

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM
SAÚDE DA FAMÍLIA**

ROSANE CAMPOS DRUMOND DIAS PEREIRA

INSERÇÃO MASCULINA NO PLANEJAMENTO FAMILIAR

Ipatinga

2010

ROSANE CAMPOS DRUMOND DIAS PEREIRA

INSERÇÃO MASCULINA NO PLANEJAMENTO FAMILIAR

Trabalho de conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família - ÁGORA, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Dr^a Daisy Maria Xavier de Abreu

Ipatinga

2010

Pereira, Rosane Campos Drumond Dias

Inserção masculina no planejamento familiar. Rosane Campos Drumond Dias Pereira
UFMG, 2010.

1 Abordagens sobre planejamento familiar no Brasil

2 Inserção masculina no planejamento familiar

3 Propostas de planejamento familiar na estratégia saúde da família

CDD:

ROSANE CAMPOS DRUMOND DIAS PEREIRA

INSERÇÃO MASCULINA NO PLANEJAMENTO FAMILIAR

Trabalho de conclusão de Curso submetida à comissão examinadora designada pelo curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família - ÁGORA, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

BANCA EXAMINADORA

*A DEUS,
por ser autor e consumidor
da minha vida.*

*Aos meus pais,
WALTER e NEUZI,
por me mostrarem o valor da vida como
exemplo de amor, dedicação, respeito,
confiança, dignidade e perseverança.*

*A meu esposo
CARLOS ALBERTO,
pelo amor, companheirismo e presença
constante neste caminhar*

*A minha filha
ANA LUISA
por me ensinar o verdadeiro sentido
do cuidar*

*A minha irmã
POLLIANE
pelo apoio incondicional*

*Aos meus irmãos
VINICIUS E CHARLES, e
as minhas cunhadas e sobrinhos
por fazerem parte da minha vida.*

*A **Eles,**
dedico este trabalho com amor e carinho.*

AGRADECIMENTOS

As tutoras **Fernanda Duarte** e especialmente **Ayla Matos** que procuraram somar conhecimentos e saberes nos encontros presenciais e atividades via plataforma.

A orientadora **Daisy Maria Xavier de Abreu** que contribuiu com orientações, disponibilidade, incentivo, tolerância e acima de tudo pela confiança e credibilidade.

Ao corpo docente e funcionários do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família - ÁGORA, por propiciarem minha capacitação profissional.

A todos que cooperaram para que eu pudesse transpor mais esta etapa.

RESUMO

Este estudo objetiva conhecer a produção científica no Brasil sobre a inserção masculina no planejamento familiar, além de indicar as propostas e ações de planejamento familiar promovidas no âmbito da Estratégia Saúde da Família. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. A pesquisa bibliográfica foi realizada nas bases bibliográficas da BIREME e MEDLINE no período de setembro de 2009 a julho de 2010 selecionando artigos nacionais publicados até o ano de 2009 independentes do método de pesquisa utilizado. Os trabalhos apontam para a pouca participação masculina nas questões relacionadas à contracepção, demonstrando necessidade de ampliação de acesso não só de homens, mas de toda a população, à informação, métodos contraceptivos e consultas clínicas. Evidencia-se a necessidade de uma atuação mais efetiva dos profissionais de saúde da estratégia da saúde da família, de modo a estimular a participação dos homens nas atividades de planejamento familiar.

Palavras Chaves: planejamento familiar - homem - saúde da família.

ABSTRACT

This study aims to know the Brazilian scientific production about the male participation in the family planning and indicate proposals and actions in this approach promoted in the context of the Family Health Strategy. The search was carried out in the bibliographical bases of the BIREME and MEDLINE in the period of September of 2009 to July of 2010, selecting national articles published up to the year of 2009 independent ones of the analysis method used. The studies reveal reduced male masculine participation in the contraceptive questions, demonstrating necessity of improvement of access not alone of men, but from the whole population, to the information, contraceptive methods and health care. The requirement of more effective actions of the health professionals of family health strategy, in order to stimulate the male participation in the family planning activities.

Key Words: familiar planning - man – family health.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2	METODOLOGIA	11
4	DESENVOLVIMENTO	16
4.1	Abordagens Sobre o Planejamento Familiar no Brasil	16
4.2	Inserção Masculina no Planejamento Familiar	18
4.3	Propostas e Ações de Planejamento Familiar na Estratégia Saúde da Família.....	21
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	26

1 INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos têm se percebido que os Programas de Planejamento Familiar vêm se preocupando predominantemente com a população feminina. No entanto, a legislação brasileira deixa claro que o planejamento familiar é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão global e integral à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996)

Araújo, Moreira (2000) afirmam que, fundado nos princípios da dignidade humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas.

Com relação à saúde reprodutiva a questão do planejamento familiar é um dos tópicos mais debatido, pois possui implicações sócio-demográficas e econômicas e é uma atividade que não diz respeito somente ao casal que a pratica, mas sim a toda a sociedade sendo uma das ações preventivas mais importantes na área da saúde ao proporcionar aos casais as informações e os meios necessários na decisão de ter uma prole de forma consciente e voluntária, afirmam Espírito-Santo, Tavares-Neto (2004).

No Brasil, discussões sobre a saúde reprodutiva, há algum tempo, vêm sofrendo um processo de legitimação. Em 1993 com a proposta no âmbito do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e baseada no conceito de Atenção Integral à Saúde da Mulher (AISM), os Programas de Planejamento Familiar passaram a privilegiar a mulher no atendimento das questões vinculadas à reprodução (SCHOR *et al.* , 2000). A partir de então, tais programas, salvo com algumas exceções, vinham se preocupando em atingir quase que exclusivamente a população feminina. Isso, de certo modo, veio contribuir substancialmente para que a grande maioria da clientela que participava das atividades do planejamento familiar fosse durante a década de 1990, do sexo feminino.

Segundo Araújo, Moreira (2000), apesar de considerado um marco na história brasileira no que diz respeito à saúde produtiva em função de seus princípios estruturadores como a ênfase na dimensão educativa e a priorização de ações de promoção da saúde das mulheres e não apenas de seus filhos, o PAISM apresenta um ponto frágil em sua formulação

que é justamente a não inclusão dos homens principalmente nas ações relacionadas ao planejamento familiar.

Mais recentemente, com a implantação de um programa específico à saúde do homem, desenvolvido com objetivo de organizar, implantar, qualificar e humanizar, em todo território brasileiro a atenção integral à saúde do homem dentro dos princípios que regem o SUS, encontra-se como objetivo específico o estímulo à participação e inclusão do homem nas ações de planejamento de sua vida sexual e reprodutiva, enfocando inclusive a paternidade responsável. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008)

Embora seja pequeno o número de estudos sobre a participação do homem na contracepção, eles mostram que, por ignorarmos o interesse dos homens em planejar suas famílias, a sociedade acaba perpetuando estereótipos sexuais, segundo Marcolino e Galastro (2001, p. 13)

Este tema despertou interesse uma vez que enquanto enfermeira do Programa Saúde da Família há quatro anos no município de Ipatinga percebeu-se a escassa participação masculina no que diz respeito ao planejamento familiar, gerando inquietações e indagações.

A ausência dos homens nas atividades de planejamento familiar repercute sobre o trabalho das equipes do Programa Saúde da Família visto que, cabe à equipe ofertar os métodos de contracepção assim como a capacitação para utilizá-los, mas a decisão quanto a planejar o número de filhos é responsabilidade do casal e a ausência do homem faz com que muitas mulheres retardam ou não decidem quanto ao método de contracepção a ser utilizado ficando predisposta a uma gravidez indesejada e suas conseqüências para a família e sociedade.

Diante dessa situação optou-se por uma revisão de literatura para buscar compreender como esse fato vem transcorrendo ao longo dos anos no país e de que forma uma mudança de postura poderia interferir de forma positiva para eficácia do programa.

O trabalho tem como objetivos específicos caracterizar as abordagens sobre planejamento familiar existentes no Brasil e indicar as propostas e ações de planejamento familiar promovidas no âmbito da Estratégia Saúde da Família. Dessa forma tem-se como objetivo geral pesquisar a produção científica nacional disponível sobre a inserção masculina no planejamento familiar.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Pesquisar a produção científica nacional disponível sobre a inserção masculina no planejamento familiar.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar as abordagens existentes no Brasil sobre o planejamento familiar.
- Identificar as ações de planejamento familiar promovidas no âmbito do PSF.
- Evidenciar a proposta do planejamento familiar na estratégia saúde da família.

3 METODOLOGIA

A escolha pela realização de uma revisão integrativa da literatura justifica-se pelo fato desse método de pesquisa permitir a análise de estudos científicos de forma sistemática e ampla.

A pesquisa foi realizada na Internet, pela BIREME e MEDLINE no período de setembro de 2009 a julho de 2010 selecionando artigos publicados em periódicos nacionais até o ano de 2009 independentes do método de pesquisa utilizado.

Para o levantamento dos artigos, foram utilizados os descritores “planejamento familiar”, “homem” e “saúde da família”. Foram selecionados artigos com texto completo, em português, que apresentavam em seu título um dos descritores, publicados no período anteriormente mencionado. Dentre os critérios de exclusão estão: resumo de artigos não disponíveis no Brasil e em outros idiomas.

A pesquisa bibliográfica encontrou 18 artigos que apresentavam pelo menos um dos descritores. Além dos artigos selecionados, foram incorporados outros estudos que tratam do tema, publicados em livros e em relatórios de órgãos de governo, de modo a enriquecer a discussão.

Tabela 1- Relação dos artigos selecionados por título, delineamento e principais resultados.

Nº	Autores (referência)	Título do trabalho	Delineamento	Principais Resultados
1	ARAUJO, J. N. G; MOREIRA, H. C (2000)	Planejamento familiar: autonomia ou encargo feminino	Exploratório	Prevalência feminina nos grupos operativos relacionada a valores culturais e condições de funcionamento da unidade de saúde.
2	CARVALHO, M. LO. <i>et al.</i> (2001)	Participação masculina na contracepção pela ótica feminina	Exploratório	Participação masculina na contracepção como uma atividade de apoio ao uso de métodos feminino de alta eficácia sendo a mulher a grande responsável pela escolha.
3	COELHO, E. A. C. <i>et al.</i> (2000)	O planejamento familiar no Brasil no contexto das políticas públicas de saúde: determinantes históricos.	Exploratório descritivo	A implementação das políticas públicas de saúde no Brasil atendeu a interesses controlistas internacionais e hoje ainda reflete interesses contraditórios das instâncias políticas, econômicas e ideológicas do poder.
4	COSTA, A. M. (2004)	Planejamento Familiar no Brasil	Exploratório descritivo	Trajetória histórica do planejamento familiar no Brasil marcada em grande parte pela ausência das mulheres e dificuldades na implementação dos direitos de autonomia reprodutiva conquistados pela população brasileira.
5	COSTA, A. M. <i>et al.</i> (2006)	Planejamento Familiar: a autonomia das mulheres sob questão.	Exploratório, abordagem quantitativa	Priorização do planejamento familiar associado à região geográfica e tamanho do município.
6	CREVELIM, M. A; PEDUZZI, M. (2005)	Participação da comunidade na Equipe de Saúde da Família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários?	Exploratório, abordagem qualitativa	Três dimensões distintas sobre participação: direito à saúde e cidadania, assistencialismo e necessidade de capacitação dos conselheiros.
7	DUARTE, G. A <i>et al.</i> (2003)	Participação masculina no uso de métodos contraceptivos.	Exploratório, abordagem quantitativa	Cerca de 38% dos entrevistados usavam algum contraceptivo de participação masculina. Maior grau de escolaridade relacionou-se ao uso de método de participação masculina, de vasectomia e preservativo (condom).
8	DUARTE, G. A <i>et al.</i> (1998)	Perspectiva masculina quanto a métodos contraceptivos	Exploratório descritivo	Métodos contraceptivos menos conhecidos pelos homens Billings (29%), injetáveis (35%) e os cremes/geléias (57,8%). Os demais foram mencionados por pelo menos 80% dos entrevistados.

Nº	Autores (referência)	Título do trabalho	Delineamento	Principais Resultados
9	ESPIRITO-SANTO, D. C; TAVARES-NETO, J. (2004)	A visão masculina sobre métodos contraceptivos em uma comunidade rural da Bahia, Brasil.	Transversal	Métodos mais conhecidos foram a camisinha (98,9%) e a pílula (96,6%), sendo os mais usados a camisinha, a laqueadura e pílula anticoncepcional. A opção pelo método é feita pelo homem.
10	GALASTRO, E. P; FONSECA, R. M. G. S. (2007)	A participação do homem na saúde reprodutiva: o que pensam os profissionais de saúde	Exploratório, abordagem qualitativa	O homem acompanha a mulher nos vários setores do local pesquisado. A precária infra-estrutura física e material do serviço tem sido um dos maiores obstáculos para a assistência integrada.
11	GOMES, R; NASCIMENTO, E. F. (2006)	A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica.	Exploratório, abordagem qualitativa	Temas mais encontrados foram: sexualidade masculina, masculinidade e reprodução, masculinidade e poder. São necessárias investigações sobre a masculinidade relacionada a gênero, nacionalidade, classe, idade, etnia e orientação sexual.
12	LEITE, M. T. F <i>et al.</i> (2007)	Saber e prática contraceptiva e prevenção de DST/HIV/AIDS em universitários da área da saúde.	Exploratório, abordagem qualitativa	Alerta para a necessidade de mudanças na atitude dos futuros profissionais de saúde, seja na maneira atual de ensino, seja no modo de oferecer suporte para que estes realmente entendam a importância e necessidade das práticas sexuais seguras, associadas aos métodos contraceptivos.
13	MARCOLINO, C; GALASTRO, E. P. (2001)	As visões feminina e masculina acerca da participação de mulheres e homens no planejamento familiar.	Exploratório qualitativa abordagem fenomenológica	Modificações nos papéis que homens e mulheres ocupam em relação à reprodução, sexualidade e vida familiar.
14	MOURA, E. R. F <i>et al.</i> (2007)	Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no Programa Saúde da Família no Brasil.	Exploratório abordagem quantitativa	Ausência de rotina de serviço quanto ao planejamento familiar; inexistência de uma rede de serviços, com atendimento centralizado no enfermeiro e no médico, inexistindo parceria com serviços outros de saúde reprodutiva ou espaços comunitários.
15	OSIS, M. J. D <i>et al.</i> (2006)	Atenção ao Planejamento Familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa.	Transversal	Ações de planejamento familiar são realizadas de forma isolada; profissionais de saúde não entendem o planejamento familiar como parte da atenção primária e não se consideram capacitados para atividade.

Nº	Autores (referência)	Título do trabalho	Delineamento	Principais Resultados
16	OSIS, M. J. D <i>et al.</i> (2004)	Escolha de métodos contraceptivos entre usuárias de um serviço público de saúde.	Transversal	Quase todas as mulheres (99%) já chegaram ao serviço de saúde com uma escolha de contraceptivo definida e 90% saíram com o método escolhido.
17	PEREIRA , Q. L. C. <i>et al.</i> (2007)	Processo de (re)construção de um grupo de planejamento familiar: uma proposta de educação popular em saúde.	Exploratório abordagem qualitativa	Interrelação dialógica entre usuárias, as agentes comunitárias e a equipe de saúde
18	SCHOR, N <i>et al.</i> (2000)	Mulher e anticoncepção: conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais.	Exploratório, abordagem quantitativa	Oitenta e seis por cento das mulheres disseram conhecer algum método contraceptivo sendo a pílula o mais citado (95,3%) e em segundo lugar, o condom masculino que obteve 92,6% das respostas.

4 DESENVOLVIMENTO

Os trabalhos encontrados foram categorizados em unidades temáticas: abordagens sobre o planejamento familiar no Brasil; propostas e ações de planejamento familiar na estratégia saúde da família; inserção masculina no planejamento familiar.

A seguir apresentam-se os agrupamentos temáticos que emergiram da análise das referências bibliográficas:

4.1 Abordagens Sobre o Planejamento Familiar no Brasil

Na década de 1920 surge no Brasil a medicina social. Observava-se nesse período um incentivo ao aumento da população, que segundo Coelho *et al.*, (2000), era necessário para que a economia pudesse se expandir. Porém, sem infra-estrutura cresceram as cidades, a pobreza, a marginalização. O crescimento populacional passa então a ser um problema político.

Segundo Costa *et al.*, (2006), ao longo dos anos 70 o debate em torno do controle demográfico no Brasil encontrava-se acirrado e polarizado. As políticas do Ministério da Saúde para lidar com a questão do planejamento familiar eram frágeis e permitiu que instituições com interesse na abordagem controlista da fecundidade no país ganhassem força, agindo desordenadamente em todo o país.

Em meio à fragilidade política enfrentada pelo Ministério da Saúde e a dependência do capital internacional, o Brasil se rende às entidades americanas de planejamento familiar (Coelho *et al.*, 2000). Cria-se no país a BENFAM (Sociedade Civil de Bem Estar Familiar no Brasil) financiada por entidades internacionais que facilitavam o acesso das mulheres aos métodos contraceptivos principalmente à pílula.

No final da década de 1970 movimentos sociais lutam pela redemocratização do país, sendo o Movimento Sanitário relevante nas questões de saúde e na luta contra os graves problemas sociais existentes. O movimento feminista, marcado pela conscientização e maior participação da mulher no mercado de trabalho opõe-se ao discurso dos militares em relação ao controle demográfico, apresentando posições firmes sobre as suas aspirações. Conforme Costa (2004), o movimento feminista clamava pela autonomia das mulheres no que diz respeito à saúde reprodutiva, porém sem identificação com as argumentações de controle da população.

No início dos anos de 1980, como resultado de uma luta política assumida pelos movimentos sociais no país, principalmente o de mulheres, cria-se o PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher) tendo como objetivo atender a mulher, através de atividades de assistência integral clínico-ginecológica e educativa, voltadas para aprimoramento do controle pré-natal, do parto e do puerpério; a abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; o controle das doenças transmitidas sexualmente, do câncer cérvico-uterino e mamário e a assistência para a concepção e a contracepção (BRASIL, 1992).

Para Osis *et al.*, (2006), a provisão de insumos contraceptivos para os serviços públicos de saúde e a capacitação dos profissionais foram as primeiras ações do PAISM, mas que não tiveram grande efetividade e continuidade na próxima década.

Anos mais tarde, o Movimento da Reforma Sanitária contabilizaria sua grande conquista ao inscrever na Constituição Federal a saúde como direito do cidadão e o dever do Estado. O planejamento familiar, por sua vez, foi definido na Carta Magna, como de livre arbítrio das pessoas envolvidas. Com o propósito de garantir autonomia na escolha dos métodos e do controle da fertilidade, são valorizadas as práticas de educação em saúde e sexualidade entendidas como instrumentos disseminadores de informações para fortalecimento da autonomia (ROCHA, 1993).

Além disso, a Constituição Federal, em 1988, consagra o direito ao planejamento familiar, estabelecendo diretrizes a serem seguidas e favorecendo o acesso aos serviços de planejamento familiar e às políticas de controle demográfico (COSTA *et al.*, 2006).

Em 1996, um projeto de lei que regulamenta o planejamento familiar foi aprovado pelo Congresso Nacional e sancionado pela Presidência da República estabelecendo que todas

as instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS), em todos seus níveis estão obrigadas a garantir ao homem ou ao casal, em toda a sua rede de serviços, assistência à concepção e contracepção como parte das demais ações que compõem a assistência integral à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996).

Nesse sentido, o Planejamento Familiar deve ser tratado dentro do contexto dos direitos reprodutivos, tendo como objetivo garantir às mulheres e aos homens o direito de ter ou não filhos e os recursos e estratégias para viabilizar esse direito.

4.2 Inserção Masculina no Planejamento Familiar

Direitos reprodutivos originaram-se das correntes sócio-culturais, principalmente do Movimento de Mulheres, à margem dos aparatos institucionais, e estão associados à noção de cidadania. Neste sentido, a regulação da reprodução está atrelada a premissa da indivisibilidade do direito básico à saúde e deve ser exercida exclusivamente por parte dos indivíduos, cabendo ao Estado a oferta dos meios para tanto. Deste modo, conforme destacam Gomes e Nascimento (2006), objetiva-se que os interesses da população se sobreponham aos interesses econômicos, presentes e determinantes no controle de natalidade e no planejamento familiar.

Embora a Constituição Federal Brasileira (1988) preconize que o planejamento familiar é livre decisão do casal, sendo que compete ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vários aspectos têm distanciado a realidade da lei (GOMES e NASCIMENTO, 2006).

Para Galastro e Fonseca (2007), os serviços de saúde reprodutiva no Brasil, tradicionalmente se orientaram pela política centrada exclusivamente na mulher reprodutora. A partir dos anos de 1980, essa política tomou uma nova direção com a criação do PAISM. As bases conceituais deste programa são referências e inspiração para a luta pela equidade de gênero na saúde e representa um avanço em relação à saúde da mulher ao propor um modelo baseado na assistência integral.

Galvão (1999), afirma que a inclusão dos homens nas ações de saúde reprodutiva se encontra implícita nos princípios do PAISM e está claramente apresentada nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto à universalidade, equidade e integralidade das ações.

O homem tem importante papel no que diz respeito à saúde reprodutiva do casal. Fatores como o uso efetivo de métodos contraceptivos e satisfação com os mesmos são influenciados pela participação masculina. Percebe-se através dos últimos estudos realizados no país que o conhecimento masculino acerca dos métodos contraceptivos tem aumentado e que apesar de toda história cultural atrelada ao planejamento familiar, a participação masculina tem se evidenciado através do apoio oferecido à mulher, na aquisição da pílula ou no ato de lembrar a parceira quanto ao método de contracepção, como demonstrado por Carvalho *et al.*(2001).

Estudos como de Araújo e Moreira (2000), demonstram que, apesar do maior conhecimento sobre os métodos contraceptivos pela população masculina, o homem ainda não se sente responsável pela escolha e definição do método deixando essa função a cargo da mulher. Entretanto, Gomes e Nascimento (2006) salientam que uma das áreas que mais tem desenvolvido discussões sobre questões relacionadas à masculinidade é a saúde reprodutiva e esse fato reforça a idéia de que uma mudança de postura masculina com relação ao planejamento familiar pode estar ocorrendo.

Um estudo realizado por Osis *et al.*, (2006), com profissionais de Unidades Básicas de Saúde em quatro capitais do país, mostrou que a presença dos homens em atividades de planejamento familiar era muito pequena. Alguns questionamentos quanto aos fatores que interferem nessa condição podem ser levantados a partir da pesquisa realizada: A questão cultural, imputando ao longo do tempo à mulher as questões relacionadas à reprodução e cuidados com a prole pode ser responsável por este comportamento masculino? Os horários definidos pelas Unidades de Saúde para orientações quanto ao planejamento familiar tem dificultado esse acesso? Números reduzidos de métodos de contracepção masculina podem interferir no interesse do homem em participar de forma ativa do planejamento familiar?

Historicamente os homens sempre foram negligenciados pelos programas de planejamento familiar. Para Carvalho *et al.*, (2001), sempre se atribuiu à mulher a responsabilidade pela escolha dos métodos contraceptivos e portanto a organização dos programas de planejamento familiar sempre foram direcionados às mesmas. Para Duarte

(1998), por vários anos os homens ficaram esquecidos quanto à participação nas decisões reprodutivas.

Quanto às orientações e informações Costa *et al.*, (2006), consideram que estas podem ter resultados importantes na adesão e eficácia do método e são requisitos na escolha da contracepção. Gomes e Nascimento (2006), também afirmam que o nível de escolaridade pode afetar na escolha e permanência do método escolhido. A falta de comunicação entre o casal foi outro fator relacionado ao pouco envolvimento do homem na contracepção (SCHOR *et al.*, 2000).

Percebe-se através das pesquisas analisadas que o setor público investe pouco em serviços de planejamento familiar direcionados à população masculina com horários adequados para os mesmos. A maioria dos programas funciona em dias e horários não acessíveis aos homens trabalhadores que cumprem jornada fixa conforme Carvalho *et al.*, (2001); Araújo e Moreira (2000).

Em se tratando de métodos contraceptivos observa-se que, em pleno século XXI, os métodos disponíveis no setor público brasileiro ainda são na sua maioria destinados ao público feminino e as poucas opções masculinas não estão acessíveis à maioria da população como é o caso da vasectomia. Estudo realizado por Carvalho *et al.*, (2001), com 254 usuárias de métodos reversíveis demonstrou que em 78,8% dos casos, o método contraceptivo utilizado era de uso feminino. Em outro estudo demonstrado por Duarte *et al.*, (2003), entre docentes, alunos, funcionários e trabalhadores do setor de obras de uma Universidade em São Paulo, diferenças quanto ao uso dos métodos foram significativas: docentes citaram principalmente a laqueadura, a vasectomia e o preservativo. Entre os funcionários e trabalhadores do setor de obras apareceram mais a laqueadura e a pílula e entre os alunos: a pílula, preservativo e tabela. Ressalta-se que os métodos de contracepção feminina estiveram em evidência em todos os grupos pesquisados.

Araújo e Moreira (2000) relatam que a não opção por métodos de contracepção masculina e ou que dependem de uma maior participação do homem estão relacionados a alguns tabus brasileiros como: “a vasectomia deixa o homem brocha”; “o preservativo masculino diminui o prazer”. Os tabus podem ser quebrados a partir de informações corretas e experiências pessoais. Para Moura *et al.*, (2007), há uma omissão dos serviços de saúde, principalmente os da atenção primária, quando deixam de informar aos usuários a vasectomia como opção contraceptiva.

Segundo o Ministério da Saúde (2002), a assistência em anticoncepção pressupõe oferta de todas as alternativas de métodos contraceptivos, assim como o acompanhamento clínico-ginecológico. Os métodos se dividem de acordo com os mecanismos de ação: a) métodos de barreira (preservativo masculino, preservativo feminino, diafragma, espermaticidas) que consistem em obstáculos mecânicos ou químicos à penetração dos espermatozoides no canal cervical; b) DIU (Dispositivo Intra-Uterino) que atuam impedindo a fecundação; c) métodos hormonais (pílulas combinadas, pílula progestagênio, injetáveis trimestrais, injetáveis mensais combinados) cuja finalidade básica é impedir a concepção; d) métodos cirúrgicos ou esterilização (ligadura tubária, vasectomia) e) métodos comportamentais (OginoKnaus, temperatura basal corporal, mucocervical ou Billings) que estão embasados na auto-observação que ocorre no organismo ao longo do ciclo menstrual, sendo necessário que as usuárias tenham ciclos menstruais regulares e que exista cumplicidade entre o casal; f) contracepção de emergência, método alternativo hormonal oral que evita a gravidez quando ingerido até 72 horas após a relação sexual desprotegida.

Além da disponibilidade dos métodos, os profissionais de saúde devem empenhar-se em informar aos usuários sobre suas opções para que estes possam participar de forma ativa da escolha. Segundo o Ministério da Saúde (2002), as atividades que devem ser desenvolvidas pelos profissionais na assistência à anticoncepção são: atividades educativas, aconselhamento e atividades clínicas. A garantia do exercício dos direitos reprodutivos no país depende da ampliação do acesso de homens e mulheres não só aos métodos contraceptivos como também à informação.

A pesquisa demonstra que já existem estudos que tratam da participação dos homens na saúde reprodutiva, mas investimentos deverão ser promovidos para que os homens também se sintam co-participantes nesse processo (DUARTE, 1998).

4.3 Propostas e Ações de Planejamento Familiar na Estratégia Saúde da Família

A criação do Programa Saúde da Família (PSF) no Brasil foi influenciada por diferentes modelos de assistência à saúde de outros países, principalmente o de Cuba. A

origem direta do PSF está alocada no Programa de Agentes de Saúde, instituído em 1987, pela Secretaria Estadual de Saúde do Ceará, o qual por apresentar muitos resultados positivos, acabou sendo estendido pelo Ministério da Saúde (MS) em 1991 para todo o país como Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Como esse programa constituiu-se isoladamente em uma proposta de atenção primária seletiva, gerou uma demanda crescente nos serviços de saúde, levando, posteriormente, à criação do Programa de Saúde da Família (PSF). O programa criado no Ceará serviu de base para o lançamento do PSF em nível nacional pelo Ministério da Saúde em 1994, em substituição ao PACS (MENDES, 2002).

O Programa Saúde da Família surgiu como estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da organização da atenção básica, do estabelecimento de vínculos, da criação de laços de compromissos e de co-responsabilidade entre profissionais de saúde e a população, em conformidade com os princípios do SUS. No entanto, sua implantação, ao mesmo tempo em que ratifica sua condição de programa por apresentar objetivos, metas e passos definidos, reivindica a posição de "estratégia", sinalizando um caminho possível para se atingir os objetivos do SUS, reorientando o modelo assistencial. Posteriormente, na segunda versão oficial publicada em 1997, o PSF é definido efetivamente como estratégia, tendo como foco a família em seu ambiente físico e social, visando à promoção da saúde e prevenção de doenças (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem como princípios a definição do território, a adscrição das famílias, o cadastro, o prontuário familiar, a visita domiciliar e o agendamento com o propósito de enfrentar e resolver os problemas identificados, oferecendo atenção integral, resolutiva e humanizada através do acolhimento (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO, 2002). O acolhimento significa a manutenção da Unidade de Saúde permeável a todos os usuários que dela necessitarem e à escuta qualificada (FRANCO e MERHY, 2003). Deve estar presente em todas as ações das Equipes do Programa de Saúde da Família e possibilitar a mudança de processo de trabalho a fim de atender a todos que procuram o serviço de saúde, por meio de uma atenção centrada nas relações humanas e na produção de vínculo, levando em consideração a autonomia do usuário no cuidado de si (MALTA *et al.*, 2000).

Estudos recentes como os realizados por Pinho (2004) e Crevelim, Peduzzi (2005), demonstraram que alguns fatores são essenciais para atingir os objetivos da ESF: o planejamento cuidadoso, o compromisso, o investimento constante, os objetivos comuns, a

liderança e tomada de decisão, a comunicação, a competência e habilidades, a definição clara de papéis, o respeito, além do suporte e engajamento por parte da equipe.

A equipe mínima de Saúde da Família preconizada pelo Ministério da Saúde é constituída por 01 médico, 01 enfermeiro, 01 auxiliar de enfermagem e 06 agentes comunitários de saúde (ACS), que são co-responsáveis pela saúde de cerca de 1000 famílias, correspondendo em média 3.450 a 4.500 pessoas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

No que tange ao planejamento familiar, este se enquadra na ESF, uma vez que está previsto na constituição brasileira o direito de todo casal escolher a forma de planejar sua família assim como é preconizado pelo Ministério da Saúde assistência à concepção e contracepção em todos os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde. Estudo realizado Osis *et al.*, (2006), verificou uma melhor organização e efetividade das atividades de planejamento familiar nas capitais em que a ESF está implementada, porém os profissionais pertencentes às equipes de saúde da família demonstraram maior ênfase ao ciclo grávido-puerperal e não se consideravam capacitados para atuarem em planejamento familiar.

Leite *et al.*, (2007), declaram que as mulheres podem ser bastante beneficiadas com o aprendizado sobre contracepção, mas ressaltam que a garantia do exercício dos direitos reprodutivos no país depende da ampliação do acesso de homens e mulheres não somente aos métodos como também à informação, deixando claro a importância de poder contar com profissionais capacitados para essa função nos serviços de saúde.

Quanto às atividades educativas, no estudo realizado por Osis *et al.*, (2007), em algumas capitais brasileiras não foi encontrado atividade específica sobre saúde sexual e reprodutiva para homens. Atividades existentes eram direcionadas às mulheres com participações eventuais dos parceiros como acompanhantes.

Outros fatores mencionados como dificultadores para realização das atividades educativas foram: a carência de recursos audiovisuais para demonstração das palestras e distribuição entre os participantes; inexistência de um local apropriado nas unidades de saúde para realização dos eventos; ações de planejamento focadas em um ou dois profissionais específicos (OSIS *et al.*, 2006; PEREIRA *et al.*, 2007; ARAÚJO; MOREIRA, 2000).

Para sucesso da divulgação dos métodos de contracepção Osis *et al.*, (2006), ressaltam que as estratégias de ações no âmbito da atenção primária devem contemplar um projeto abrangente com participação de toda sociedade e não apenas dos serviços de saúde.

Nesse sentido, as ações de planejamento familiar devem ser divulgadas por meio de diálogos em escolas públicas e privadas, centros comunitários, associações, unidades de saúde, igrejas, com participação de grupos de diferentes faixas etárias. Em concordância com os autores, o Ministério da Saúde preconiza a utilização de materiais de divulgação adequados a cada grupo específico, sugerindo também a importância da utilização dos meios de comunicação em massa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). A capacitação deve ser ação contínua, multiprofissional, centrada no processo de trabalho, com vista à melhoria da qualidade dos serviços. Para tal a participação efetiva da comunidade é essencial.

Outro fator em destaque nos estudos analisados, que contribuem para fragilidade das unidades de saúde em incluir o homem no planejamento familiar, é a disponibilização em número suficiente dos métodos de contracepção aprovados pelo Ministério da Saúde. Para Araújo e Moreira (2000), esse fato limita os critérios de escolha individual e da indicação profissional, tornando-os sujeitos à disponibilidade de estoque. Leite *et al.*, (2007) afirmam que embora se perceba uma pequena preocupação por parte da população quanto ao controle da natalidade, existe um abismo entre a prática, o que é normatizado pelo Estado e a disponibilidade dos métodos nas instituições. Sem suporte adequado, a classe social menos favorecida se vale de iniciativas próprias, arcando muitas vezes com o ônus financeiro e os danos para a própria saúde (ARAÚJO; MOREIRA, 2000).

O foco principal da estratégia da saúde da família é a promoção da saúde e prevenção de doenças com envolvimento da população. Percebe-se que, no que diz respeito ao planejamento familiar, o mesmo não está cumprindo com a eficácia desejada os objetivos que justificaram sua implantação e funcionamento.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tema planejamento familiar ainda hoje gera discordâncias nas esferas que o discutem. A partir da análise bibliográfica fica clara a necessidade de ampliar o acesso não apenas dos homens, mas de toda população ao serviço de planejamento familiar assim como a importância de contextualizar no processo educativo o conhecimento referente à contracepção com destaque para promoção da saúde e inclusão da comunidade. A aprendizagem se processa através do diálogo, da discussão, da inserção do indivíduo na realidade que o cerca e o influencia, interferindo, assim no processo de mudanças e transformação de maneira criativa, crítica, consciente e responsável.

Cabe aos órgãos competentes a disponibilização dos recursos necessários para efetivação do programa, como capacitação dos profissionais, oferta e acesso da população a todos os métodos preconizados pelo Ministério da Saúde, estrutura e suporte físico-material adequado e atividades educativas nas unidades de saúde da família. Propor uma maior participação do homem na saúde reprodutiva significa romper com velhos paradigmas e adotar um novo, uma proposta que visa à integralidade do cuidado e à qualidade da assistência.

Do ponto de vista de atuação dos profissionais do PSF, é preciso estabelecer estratégias específicas para estimular a participação masculina nas atividades de planejamento familiar. Essas estratégias devem ser desenvolvidas, de modo que os homens passem a compreender melhor as questões relativas ao controle da fecundidade, e assim, assumam seu papel de parceiro no processo reprodutivo, que é de responsabilidade do homem e da mulher.

Nesse aspecto, deve-se considerar também a necessidade de treinamento ou capacitação dos profissionais de saúde em práticas educativas sobre direitos sexuais e reprodutivos e sobre masculinidade. É necessário que os profissionais sejam sensibilizados para tais questões, de modo a investirem no acolhimento dos homens nos serviços de saúde de modo geral e, especificamente, nos grupos de planejamento familiar implementados na atenção primária à saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, J. N. G; MOREIRA, H. C. Planejamento familiar: autonomia ou encargo feminino. **Revista Psicologia em Estudo**, Maringá, vol. 9, n.3, set 2000. Disponível em < <http://www.scielo.br>> Acesso em: 12/09/2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Assistência ao Planejamento Familiar**. Brasília, Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, 1992.

CARVALHO, M. LO. *et al.* Participação masculina na contracepção pela ótica feminina. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, vol. 35, n.1, Feb. 2001. Disponível em <<http://www.scielo.br>> Acesso em: 12/09/2009.

COELHO, E. A. C. *et al.* O planejamento familiar no Brasil no contexto das políticas públicas de saúde: determinantes históricos. **Revista Escola de Enfermagem**, USP, vol 34, n1, p. 37-44, março 2000. Disponível em: < <http://www.scielo.br>> Acesso em: 12/09/2009.

COSTA, A. M. Planejamento Familiar no Brasil. Confederação Federal de Medicina. **Núcleo de Estudos de Saúde Pública**. Universidade de Brasília, Brasília, DF. 2004. Disponível em:<<http://w.w.w.cfm.org.br/revista/bio2v4/planeja.html>> Acesso em: 12/09/2010.

COSTA, A. M. *et al.* Planejamento Familiar: a autonomia das mulheres sob questão. **Revista Brasileira Saúde Materna Infantil**. Recife, 6 (1): 75-84, Jan / mar, 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br>> Acesso em: 12/09/2010.

CREVELIM, M. A; PEDUZZI, M. Participação da comunidade na Equipe de Saúde da Família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.2, p.323-331, abr. 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br>> Acesso em: 12/09/2010.

DUARTE, G. A *et al.* Participação masculina no uso de métodos contraceptivos. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(1):207-216, jan-fev, 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br>> Acesso em: 12/09/2009.

_____. Perspectiva masculina quanto a métodos contraceptivos. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 14(Supl.1):125-130.1998. Disponível em: < <http://www.scielo.br>> Acesso em: 12/09/2009.

ESPIRITO-SANTO, D. C; TAVARES-NETO, J. A visão masculina sobre métodos contraceptivos em uma comunidade rural da Bahia, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 20, n.2, 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br>> Acesso em: 12/09/2009.

FRANCO, T. B; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. **O trabalho em saúde: olhando e experimentando o SUS no cotidiano**. Hucitec, São Paulo, p. 55-124. 2003.

GALASTRO, E. P; FONSECA, R. M. G. S. A participação do homem na saúde reprodutiva: o que pensam os profissionais de saúde. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, vol.41, n.3, Setembro, 2007. Disponível em: < [http:// www.scielo.br.](http://www.scielo.br)> Acesso em: 12/09/2009.

GALVÃO L. Saúde sexual e reprodutiva, saúde da mulher e saúde materna: a evolução dos conceitos no mundo e no Brasil. In: GALVÃO, L. D. J. (Org). **Saúde sexual e reprodutiva**. Hucitec, São Paulo, p. 165-79. 1999.

GOMES, R; NASCIMENTO, E. F. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, maio, 2006. Disponível em: < [http:// www.scielo.br.](http://www.scielo.br)> Acesso em: 15/10/2009.

LEITE, M. T. F *et al.* Saber e prática contraceptiva e prevenção de DST/HIV/AIDS em universitários da área da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, Vol. 60, n.4, Julho-Agosto, 2007. Disponível em: < [http:// www.scielo.br.](http://www.scielo.br)> Acesso em: 12/10/2009.

MALTA, D. C *et al.* **Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência em Belo Horizonte**. Saúde e Debate, [s.n.]. v.24, p.21-34, 2000.

MARCOLINO, C; GALASTRO, E. P. As visões feminina e masculina acerca da participação de mulheres e homens no planejamento familiar. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.9, n.3, maio 2001. Disponível em: < [http:// www.scielo.br.](http://www.scielo.br)> Acesso em: 15/05/2010.

MENDES, E. V. **A evolução histórica da atenção primária a saúde no Brasil. A atenção primária à saúde no SUS**. Escola de Saúde Pública do Ceará, Fortaleza, cap. III. p. 23-29, 2002.

MOURA, E. R. F *et al.* Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no Programa Saúde da Família no Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 23, n4, Apr. 2007. Disponível em: < [http:// www.scielo.br.](http://www.scielo.br)> Acesso em: 15/05/2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Assistência ao Planejamento Familiar**. Brasília: Secretaria executiva de Coordenação de Saúde da Mulher. Brasília, DF 1996.

_____. **Assistência ao Planejamento Familiar**. Brasília: Secretaria executiva de Coordenação de Saúde da Mulher. Brasília 2002.

_____. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Coordenação de Saúde da Comunidade, Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde, 1997.

_____. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Princípios e Diretrizes)**. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas, agosto 2008.

_____. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

OSIS, M. J. D *et al.* Atenção ao Planejamento Familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(11):2481-2490, nov 2006. Disponível em: < [http:// www.scielo.br](http://www.scielo.br).> Acesso em: 15/05/2010.

_____. Escolha de métodos contraceptivos entre usuárias de um serviço público de saúde. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20:1586-94, 2004. Disponível em: < [http:// www.scielo.br](http://www.scielo.br).> Acesso em: 20/04/2010.

PEREIRA , Q. L. C. *et al.* Processo de (re)construção de um grupo de planejamento familiar: uma proposta de educação popular em saúde. **Texto Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, Vol.16, Apr./Jun 2007. Disponível em: < [http:// www.scielo.br](http://www.scielo.br).> Acesso em: 20/04/2010.

PINHO, M. C. G. **Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz**. Ciências & Cognição, v. 8, 2004.

ROCHA, M. I. B. **Política demográfica e parlamento. Debates e decisões sobre o controle da natalidade** (tese doutorado). Campinas: Núcleo de Estudos da População da Universidade Estadual de Campinas, 1993.

SCHOR, N *et al.* Mulher e anticoncepção: conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 16:377- 84, 2000. Disponível em: < [http:// www.scielo.br](http://www.scielo.br).> Acesso em: 20/04/2010.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO. **Acolhimento: o pensar, o fazer, o viver**. Secretaria Municipal de saúde. São Paulo, 2002. 144 p.