

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
MATERNIDADE ESCOLA  
CURSO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE MATERNO-INFANTIL

IEDA FRANCISCO DE PAULO MATIAS DE ALEXANDRIA

A PERCEPÇÃO FEMININA ACERCA DA PARTICIPAÇÃO MASCULINA  
NO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO

RIO DE JANEIRO

2015

IEDA FRANCISCO DE PAULO MATIAS DE ALEXANDRIA

a percepção feminina acerca da participação masculina no planejamento  
reprodutivo

Monografia do curso de especialização em nível de pós-graduação: Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Especialista em Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil.

Orientadora: M<sup>a</sup>. Ana Paula V. dos S. Esteves

Co-orientadora: Dr<sup>a</sup> Luciana Gonçalves Pereira de Paula

RIO DE JANEIRO

2015

# A PERCEPÇÃO FEMININA ACERCA DA PARTICIPAÇÃO MASCULINA NO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO

IEDA FRANCISCO DE PAULO MATIAS DE ALEXANDRIA

Monografia do curso de especialização em nível de pós-graduação: Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de **Especialista em Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil.**

Aprovada por:

---

Ms. Ana Paula Vieira dos Santos Esteves  
(Orientadora)

---

Dr.<sup>a</sup> Luciana Gonçalves Pereira de Paula  
(Co-orientadora)

---

Ms. Lucineide Fernandes Moraes  
(Examinadora)

Nota:

Conceito:

Rio de Janeiro, 10 de junho de 2015.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus que sempre me amou e nunca me abandonou nos momentos difíceis.

A minha família: meu esposo Jorge Matias e minhas filhas Gabriela Alexandria e Priscila Alexandria, pelo apoio.

A minha orientadora Ana Paula Vieira dos Santos Esteves, por ter aceito o convite para me orientar.

A minha querida co-orientadora Luciana Gonçalves Pereira de Paula, pelo seu comprometimento com a orientação, por sua dedicação e pelas valiosas contribuições. Além de me orientar na monografia da graduação, esteve presente nessa nova etapa, na qual reafirmamos uma prazerosa parceria.

À Neide Moraes por estar dispostas a avaliar este trabalho, participando da banca examinadora.

Às amigas da especialização, pois tornaram meus dias na UFRJ mais alegres.

Aos coordenadores do Curso Saúde Materno-Infantil da Maternidade Escola da UFRJ e a todos os professores do curso que contribuíram para minha formação acadêmica.

À professora Marisa Shargel Maia, pela sua dedicação durante o Curso e pelas valiosas contribuições, como professora da disciplina monografia III.

A todos os funcionários deste Curso, em especial à Janaína Lopes da Motta, que trabalha na biblioteca, por sua dedicação e atenção.

Às mulheres da Maternidade do Hospital da Mulher Gonçalense, especialmente, às que aceitaram participar da pesquisa, pois, colaboraram substancialmente para a realização desse estudo.

## RESUMO

O planejamento reprodutivo é um assunto contemporâneo e de grande relevância, por contribuir para a qualidade de vida das pessoas. Contudo, percebe-se que homens e mulheres não usufruem de modo igualitário dos direitos consagrados pela Lei 9.263 de 12 de dezembro de 1996. Por meio de pesquisa qualitativa objetivamos levantar subsídios para pensar a respeito da percepção feminina em relação à participação masculina no planejamento reprodutivo. Na análise desse trabalho refletiremos também acerca das construções sociais, se interferem de alguma maneira no planejamento reprodutivo. O conceito de gênero será utilizado como um viés condutor para a construção do presente estudo.

Palavras-chave: Gênero. Homem. Mulher. Planejamento reprodutivo.

## **ABSTRACT**

The reproductive planning is a contemporary issue and it has a great significance for its contribution to the life quality of people. However, it is noticeable that men and women do not enjoy their rights – consecrated by the Law 9.263 from December, 12<sup>th</sup> of 1996 – in an equalitarian way. By means of this qualitative research we intend to rise supports to think over the feminine perception regarding the masculine participation in the reproductive planning. In the analysis of this research we also plan to speculate over the social constructions, if they somehow interfere in the reproductive planning. The concept of gender will be used as a conducting idea to the construction of the current study.

Key words: Gender. Man. Women. Reproductive planning.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>8</b>
<b>2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA .....</b>	<b>11</b>
<b>2.1 Um olhar sobre o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) .....</b>	<b>11</b>
<b>2.2 Planejamento reprodutivo: espaço para ações do PAISM.....</b>	<b>16</b>
<b>2.3 Construções de gênero: a atribuição dos papéis sociais e sexuais.....</b>	<b>20</b>
<b>2.4 As práticas educativas nos grupos de planejamento reprodutivo e a participação masculina .....</b>	<b>23</b>
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>26</b>
<b>4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>30</b>
<b>4.1 Apresentação do perfil das mulheres entrevistadas .....</b>	<b>30</b>
<b>4.2 Categorias .....</b>	<b>32</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>40</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>42</b>
<b>APÊNDICE A.....</b>	<b>50</b>
<b>APÊNDICE B.....</b>	<b>51</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Desde a sua implementação no Brasil, o planejamento reprodutivo<sup>1</sup> não se concretizou conforme preconizado pela Lei 9.263, Lei do Planejamento Familiar, de dezembro de 1996, a qual regula o Art. 226 da Constituição Federal de 1988. Dentre outras questões, as ações foram centralizadas na mulher, embora o planejamento reprodutivo seja um direito também dos homens.

Nesse sentido, percebe-se que a reprodução e a sexualidade de homens e mulheres podem sofrer interferência das construções sociais de gênero, ou seja, dos papéis considerados adequados para o ser humano, definidos com base no seu sexo biológico.

Contudo, homens e mulheres, como casais ou individualmente, têm o direito de planejar a vida de acordo com as suas necessidades. “O planejamento reprodutivo é um importante recurso para a saúde de homens, mulheres e crianças. Contribui para uma prática sexual mais saudável, possibilita o espaçamento dos nascimentos (...)” (BRASIL, 2010 B, p.58).

Cabe esclarecer que não há a intenção de culpabilizar o homem ou vitimar a mulher, por isso, as ideias preconcebidas serão descartadas. A finalidade – desse estudo – é entender as influências das construções sociais de gênero sobre o planejamento reprodutivo. As autoras Carloto (2002) e Almeida (2007), dentre outros, contribuíram para o debate do tema proposto.

O cenário escolhido para o presente estudo foi a Maternidade Pública Zilda Arns Neuman localizada no município de São Gonçalo, Rio de Janeiro, situada no Hospital da Mulher Gonçalense (HMG), integrante do Hospital Luiz Palmier (HLP).

---

<sup>1</sup> Considerando que o planejamento pode ser realizado pelo homem e pela mulher, isoladamente, mesmo quando estes não querem instituir uma família, vem sendo amplamente discutida a utilização do termo planejamento reprodutivo em substituição ao planejamento familiar, havendo a defesa de que se trata de uma concepção mais abrangente. Por exemplo, o adolescente, o jovem ou o adulto, homem ou mulher, independentemente de ter ou não uma união estável ou de constituir uma família, pode fazer, individualmente ou com o (a) parceiro (a), uma escolha quanto a ter ou não ter filhos (BRASIL, 2010 B, p.58). Mediante essa lógica, optamos por utilizar o termo planejamento reprodutivo neste trabalho, exceto nas citações diretas e nas referências à Lei 9.263, de 12 de dezembro de 1996, Lei do Planejamento Familiar.



O interesse pelo tema desenvolveu-se a partir da minha inserção como estagiária de Serviço Social na maternidade do HLP no período de 2011 a 2013. Posteriormente, atuando como profissional do Serviço Social nessa instituição, meu interesse se desdobrou, resultando nesse estudo. O Curso de Especialização AISMI também estimulou meu interesse por essa temática.

O objetivo central desse trabalho é conhecer a percepção feminina em relação à participação masculina no planejamento reprodutivo. A fim de consolidar esse estudo, julgamos primordial identificar se os homens participam de alguma forma na escolha do método contraceptivo utilizado pelo casal. Além disso, percebemos a importância de identificar qual é a percepção feminina em relação à participação masculina e feminina no planejamento reprodutivo, objetivos os quais complementam o presente estudo.

Posto isso, iniciamos a metodologia do nosso estudo através de uma revisão bibliográfica, tratando do seguinte tema: “Um olhar sobre o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)” oficializado em 1984 pelo Ministério da Saúde (MS). O programa foi uma conquista importante ao considerar a saúde da mulher a partir dos aspectos integrais, não somente dos reprodutivos.

A seguir foi discutida uma das ações do PAISM: o planejamento reprodutivo, viabilizado pela Lei 9.263 de 12 de dezembro de 1996. Esta lei direciona os direitos contidos em seus artigos a homens, mulheres e casais, favorecendo, por conseguinte, a autonomia das pessoas em relação à sexualidade e à reprodução.

“Construções de gênero: a atribuição dos papéis sociais e sexuais”, próximo ponto abordado, destaca o conceito gênero como instrumento teórico para estudar as relações sociais e discute a definição dos papéis sociais impostos a homens e mulheres, como a divisão sexual do trabalho e as questões relacionadas aos aspectos reprodutivos e sexuais.

Para finalizar a revisão bibliográfica, discorremos sobre “as práticas educativas nos grupos de planejamento reprodutivo e a participação masculina”. Foi enfatizada a importância dessa assistência ratificar o direito da mulher à saúde integral, além dos profissionais direcionarem suas intervenções a partir de uma consciência de gênero, incluindo homens e mulheres de forma equitativa no programa.

Os procedimentos metodológicos utilizados para compor esse estudo foram: revisão bibliográfica e entrevista social, realizada com dez mulheres internadas na Maternidade do HMG. A partir da Análise de Conteúdo de Bardin<sup>2</sup> (2011) foram analisadas as respostas das participantes da pesquisa, as quais possibilitaram a construção das categorias discutidas nesse estudo. Inicialmente foi discutida a categoria gênero, que se desdobrou em duas subcategorias: responsabilidade feminina e corresponsabilidade. A seguir foram abordadas as categorias: ausência e participação. Esse tipo de análise permite que o pesquisador apreenda o que não foi falado de modo objetivo nas entrevistas, correlacionando as falas e realizando inferências.

Para respaldar esse estudo o material coletado a partir das entrevistas foi articulado à fundamentação teórica apresentada da revisão bibliográfica. Além disso, o perfil das entrevistadas foi construído objetivando pensar os resultados e promover reflexões, a partir da realidade social e econômica das entrevistadas.

Ao fim dessas etapas foram desenvolvidas as considerações finais, intencionando contribuir para a ampliação da discussão acerca do planejamento reprodutivo, favorecendo dessa maneira o acesso de homens e mulheres aos seus direitos, assim como ao reconhecimento de seus próprios deveres relacionados ao tema proposto.

---

<sup>2</sup> Laurence Bardin é professora de psicologia na Universidade de Paris V.

## **2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Nesse capítulo, apresentaremos um breve panorama histórico, com um recorte dos acontecimentos a partir da década de 1960, que se justifica pela inserção da pílula anticoncepcional no mercado, dentre outras transformações sociais significativas para esse debate. A seguir, refletiremos sobre as construções sociais de gênero, se influenciam no planejamento reprodutivo e fechamos o capítulo analisando as práticas educativas em planejamento reprodutivo pensando a participação masculina nesse aspecto.

### **2.1 Um olhar sobre o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)**

A partir da década de 1960, com as mudanças ocorridas em nosso país nas relações sociais, o processo de urbanização e os meios de comunicação tornaram o ambiente favorável à regulação da fecundidade. A possibilidade de a mulher separar sexualidade e reprodução foi fundamental para a sua participação em importantes espaços, como o mercado de trabalho e os espaços políticos (PEDRO, 2003).

A inserção feminina no mercado de trabalho favoreceu a sua busca pelo controle da fecundidade, vivência de sua sexualidade e reconhecimento de sua cidadania. Ocorreu um processo de ruptura da mulher com o exclusivo papel social de mãe e "rainha do lar" (COSTA, 2010, p.5).

Em meados da década de 1960, grupos militantes do movimento feminista aproximaram-se da Igreja Católica, todavia, o consenso entre ambos a respeito dos métodos contraceptivos não ocorreu (SOUZA JÚNIOR, 2006). Apesar de as feministas discordarem da Igreja nas questões relacionadas aos aspectos reprodutivos, elas não a confrontavam. As mulheres empenhavam-se para manter um bom relacionamento com essa instituição de poder, dominante em todo o país, evitando discutir acerca desse tema (SARTI, 1988).

Segundo Coelho, Lucena e Silva (2000), a partir dos anos de 1960, organismos internacionais começaram a atuar no Brasil. Nesse mesmo momento,

ocorreu a inserção do anticoncepcional no mercado, como um instrumento utilizado pelo poder público para conter o crescimento populacional, especialmente nos países pobres. Os americanos indicavam que se a produção de alimentos não acompanhasse o crescimento populacional, haveria riscos para toda a sociedade<sup>3</sup>.

Coelho, Lucena e Silva (2000) pontuam que o Brasil foi pressionado pelos Estados Unidos e Europa para controlar o crescimento populacional. Essas potências condicionaram a ajuda financeira que forneciam para os países latino-americanos, inclusive o Brasil, à adoção de programas e de ações para controlar o crescimento demográfico<sup>4</sup>.

Nos anos de 1970, manteve-se o argumento de que para haver crescimento econômico e desenvolvimento no país, era necessário um controle demográfico. Nessa década, em meio ao contexto da ditadura militar<sup>5</sup>, foi utilizada para legitimar o regime autocrático a argumentação de que o grande número de pobres, e suas famílias, configurava-se uma ameaça à segurança nacional (COSTA, 2010).

Essa doutrina controlista não foi compartilhada pela Igreja Católica, que, possuidora de condutas baseadas em valores morais, apresentava limites claros nos debates sobre o assunto. No entanto, no final dos anos de 1970, essa instituição aceitou o uso de um método de contracepção pelos casais, o qual denominou “natural”: a abstinência periódica. Essa mudança de comportamento da Igreja, apesar de ser sutil, foi considerada um avanço (COSTA, 2010).

Ainda no fim da década de 1970, as mulheres reivindicavam o direito ao próprio corpo e enfatizavam o caráter controlista presente na regulação da fecundidade. Para elas, esse controle deveria ocorrer como um direito de cidadania e não como repressão e cerceamento (COELHO; LUCENA; SILVA, 2000).

Na década de 1980, o momento era de abertura política e de retorno das militantes feministas exiladas ao Brasil, dessa maneira, a discussão sobre as questões reprodutivas ganharam novo fôlego e emergiram como prioridade nos

---

<sup>3</sup> Ainda hoje são encontradas, nos contratos e convênios internacionais, cláusulas que explicitam compromissos como o controle de natalidade (COSTA, p.4, 2010).

<sup>4</sup> A Teoria de Malthus entende que quanto mais a população crescer, mais pobre ela será. Essa teoria baseou-se no aumento da pobreza na época da revolução industrial (COELHO; LUCENA; SILVA, 2000).

<sup>5</sup> Ditadura militar – período referido: de 1964 a 1985 –, no qual militares governaram o Brasil.

debates (SARTI, 1988). As manifestações nas ruas eram uma realidade constante, a sociedade civil reclamava direitos sociais e de cidadania (COELHO; LUCENA; SILVA 2000).

O movimento feminista no decorrer dos anos de 1980 estava inserido na política e participava da elaboração de políticas públicas relacionadas à saúde da mulher. Nessa ocasião, os movimentos sociais ganharam força, obtendo relevantes conquistas. Destaca-se que o movimento de Reforma Sanitária<sup>6</sup> atuou ativamente para solucionar “graves problemas sociais existentes” (COELHO; LUCENA; SILVA, 2000, p. 40).

A conjuntura política dos anos de 1980 favoreceu reivindicações como o direito à saúde e à autonomia para definição do tamanho da prole. O movimento da Reforma Sanitária atuou junto ao movimento feminista como parceiro no processo de luta pela ampliação dos direitos no campo da saúde. Esse movimento reivindicava ser papel do Estado prover os direitos da sociedade, expressando ideais em comum com os das feministas (COSTA, 2010).

Segundo Ávila (2003, p.466), as feministas lutaram contra ideias conservadoras que associavam sexualidade à reprodução. Os questionamentos lançados pelas ativistas serviram de base para a construção dos conceitos de direitos reprodutivos e sexuais<sup>7</sup>.

Tratá-los como dois campos separados é uma questão crucial no sentido de assegurar a autonomia dessas duas esferas (...) é também um reconhecimento das razões históricas que levaram o feminismo a defender a liberdade sexual das mulheres como diferentemente relacionada à sua autonomia de decisão na vida reprodutiva.

No período da ditadura, o PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher) foi apresentado como uma estratégia para a contenção do crescimento populacional, que preocupava o governo brasileiro. As ações do Programa seguiam

---

<sup>6</sup> Movimento de Reforma Sanitária: constituído por profissionais de saúde que buscavam o fortalecimento da saúde pública. Defendiam para a saúde: integralidade, acesso universal desassociado de contribuição (MATOS, 2003).

<sup>7</sup> Direitos sexuais: direito de viver e expressar livremente a sexualidade sem violência, discriminações e imposições e com respeito pleno pelo corpo do (a) parceiro (a) (BRASIL, 2009, p.4). Conforme Ventura (2009, p.19), os direitos reprodutivos são constituídos por princípios e normas de direitos humanos que garantem o exercício individual, livre e responsável da sexualidade e reprodução humana. É, portanto, o direito subjetivo de toda pessoa decidir sobre o número de filhos e os intervalos entre seus nascimentos, e ter acesso aos meios necessários para o exercício livre de sua autonomia reprodutiva, sem sofrer discriminação, coerção, violência ou restrição de qualquer natureza.

uma ideologia controlista<sup>8</sup>, ditada pelo governo, liderado pelo militar Gal. João Batista Figueiredo (1979-1985).

As mulheres, por sua vez, reivindicavam o uso de contraceptivos, todavia, entendiam que o método deveria proporcionar liberdade aos seus corpos, tanto para exercerem a sexualidade, quanto para definirem suas proles. Assim, deveriam ter acesso uma assistência integral à saúde durante toda a vida, não só no período reprodutivo. Em meio aos interesses desses grupos distintos, o Ministério da Saúde atendeu às demandas da sociedade civil<sup>9</sup> (COSTA, 1986).

Em 1984, o Brasil implantou o PAISM, por meio do Ministério da Saúde. As feministas participaram ativamente, tanto na elaboração quanto na coordenação do programa (MESQUITA, 2008). Ele é considerado fruto de um longo processo de lutas de vários segmentos da sociedade, inclusive do movimento feminista. Esses segmentos atuavam nos espaços de decisão como sujeitos de direitos e almejavam o reconhecimento de sua cidadania (BRASIL, 2005).

O PAISM considerou e oficializou diversas reivindicações das mulheres, tais como ações educativas sobre corpo e sexualidade, planejamento reprodutivo e assistência ginecológica. No programa, a assistência à mulher não considera somente o órgão reprodutivo, mas também a integralidade<sup>10</sup> feminina em todas as fases de seu ciclo vital. A qualidade da atenção à saúde da mulher considera não só assuntos com enfoque biológico na assistência à saúde, mas também os aspectos psicológicos, culturais, sociais, sexuais dentre outros (BRASIL, 2004, p.16).

---

<sup>8</sup> O nome planejamento familiar foi usado pelo governo para encobrir e amenizar o impacto político de sua real intenção, que era promover o controle da natalidade. Como reação às práticas controlistas, iniciou-se um movimento de oposição ao planejamento familiar e ao controle da natalidade, visto que o planejamento familiar estava sendo usado como controle de natalidade, apesar de sua finalidade ser diferente (LINDNER, 2005).

<sup>9</sup> Baseado no artigo: O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher: Anotações para um debate, São Paulo – SP. Redigido por Ana Maria Costa, médica sanitária. Ela escreveu esse artigo enquanto coordenadora do PAISM.

<sup>10</sup> A integralidade como eixo prioritário de políticas de saúde pode ser analisada a partir a organização dos serviços de saúde, do conhecimento e práticas dos trabalhadores dos serviços de saúde e da formulação de políticas governamentais com participação da sociedade civil, os envolvidos na produção do cuidado. A integralidade como definição legal e institucional é concebida como um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em cada caso, nos níveis de complexidade do sistema. Ao ser considerada um ato de saúde na rotina dos profissionais e nos serviços de saúde proporciona experiências que viabilizam transformações na vida das pessoas, cujas práticas de cuidado em saúde superam os modelos idealizados para sua realização (BRASIL, 2010 A).

O PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, concebia-se o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS).

A partir do PAISM, iniciou-se a atuação do governo brasileiro nos assuntos relacionados ao planejamento reprodutivo, inclusive por meio de medidas e políticas que objetivavam viabilizar a população o acesso aos métodos contraceptivos disponíveis na rede pública (SOUZA JÚNIOR, 2006). O programa assume a atenção ao planejamento reprodutivo como uma das ações de atenção à saúde, sob as diretrizes do princípio da integralidade da saúde (COSTA, 2009, p.4).

O PAISM esclarece que o planejamento familiar deve incluir ações para a anticoncepção e também atenção aos casos de infertilidade. 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 para disseminar as informações e possibilitar capacidade crítica às mulheres para a eleição de métodos.

O governo brasileiro intencionava, por meio do programa, definir uma política contraceptiva oficial, promovendo ações para fortalecer a saúde da mulher, dentre elas, a ampliação à assistência ao pré-natal, atenção à qualidade da assistência ao parto, aos assuntos ligados à contracepção e infertilidade<sup>11</sup> humana e implementação de métodos e técnicas de planejamento reprodutivo (FREITAS et al, 2009).

No entanto, a implementação do programa ocorreu em desacordo com o preconizado por seus princípios e diretrizes. As propostas do governo brasileiro preconizadas pelo PAISM há mais de três décadas e a citada assistência integral à saúde não se materializou (FREITAS et al, 2009).

O Ministério da Saúde, a partir da Constituição Federal (CF) de 1988 priorizou a saúde da mulher, contudo, as suas ações direcionavam-se para os aspectos reprodutivos: pré-natal, assistência ao parto e anticoncepção. A prática afastou-se da proposta inicial de atenção integral à saúde da mulher (CORREA; PIOLA 2002 apud COSTA 2009).

---

<sup>11</sup> Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), infertilidade é a ausência de gravidez, em casais que se mantêm sexualmente ativo durante um ano ou mais, sem uso de contraceptivos e desprotegidos. A infertilidade configura-se um problema de saúde pública, envolvendo cerca de 12% dos casais no mundo (SILVA et al 2012).

É relevante destacar que se a questão da não implementação do PAISM for problematizada em um universo mais amplo, ficará evidente que não é somente a atenção à saúde da mulher que está deficiente. Nesse contexto, podemos citar a saúde de homens e a de crianças, as quais estão interligadas e também não recebem a assistência devida, visto que a deterioração da saúde pública no Brasil é uma realidade. Fatores como a crise econômica e a utilização inadequada de recursos financeiros contribuíram para que propostas e pressupostos básicos reconhecidos pelo SUS não fossem materializados (LINDNER; COELHO; CARRARO, 2006).

Segundo Araújo (2004), grande parte das ações voltadas para os aspectos reprodutivos e sexuais são reducionistas e desconsideram os direitos reprodutivos e sexuais. Essa fragilidade na assistência à saúde ecoa inclusive no trabalho educativo em planejamento reprodutivo, o qual não é oferecido com qualidade satisfatória em grande parte das instituições, embora a relevância do programa seja indiscutível.

## **2.2 Planejamento reprodutivo: espaço para ações do PAISM**

Em 1968, a Organização das Nações Unidas (ONU), na I Conferência Mundial de Direitos Humanos, reconheceu o planejamento reprodutivo como um direito humano fundamental (LINDNER, 2005). Contudo, no Brasil, esse direito foi oficializado somente na Constituição Federal de 1988<sup>12</sup> (VENTURA, 2009).

Outro marco relacionado à saúde reprodutiva e ao planejamento reprodutivo foi a Conferência Internacional Sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo, em 1994, da qual o Brasil participou. A Conferência “reforçou princípios básicos, incluindo a não coerção, a saúde integral da mulher e os direitos sexuais e reprodutivos” (BRASIL, 1994, p.36).

---

<sup>12</sup> O planejamento reprodutivo no Brasil foi regulamentado somente oito anos após a promulgação da Constituição Federal, por meio da Lei 9.263 de 12 de janeiro de 1996. Essa regulamentação ocorreu quase trinta décadas após seu reconhecimento como direito humano pela ONU (VENTURA, 2009).



A Conferência do Cairo resultou em um programa de ações, no qual a saúde sexual não se resume à assistência relacionada à reprodução e doenças sexualmente transmissíveis (BRASIL, 1994). A discussão sobre planejamento reprodutivo na década de 1990, a partir da visibilidade conquistada, ratificou sua inserção no contexto da saúde e dos direitos humanos (VENTURA, 2009).

Uma das metas definidas pela comunidade internacional nessa conferência, para ser cumprida até 2015, refere-se ao acesso universal ao planejamento reprodutivo e aos serviços destinados à promoção da saúde reprodutiva por meio da Atenção Básica à Saúde (BRASIL, 1994).

Em 1995, o Brasil se fez representar na IV Conferência Mundial Sobre a Mulher, em Beijing, na China. Nesta, foram acordadas questões ligadas às relações igualitárias entre homem e mulher, aspectos da reprodução, além da corresponsabilidade entre homens e mulheres em relação ao comportamento sexual (DORA 1999 apud MOREIRA; ARAÚJO 2004).

Vale salientar que quando o PAISM inseriu o planejamento reprodutivo em seu texto, não havia no Brasil, até então, uma política instituída no campo do planejamento reprodutivo. A assistência aos direitos reprodutivos dependia de organismos privados, todavia, a luta da sociedade civil durante décadas resultou na Lei do planejamento familiar em 1996. O direito reconhecido como dever do Estado, pode ser verificado no artigo 226, §7º da CF de 1988 (MOREIRA; ARAÚJO, 2004, p.391):

Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é de 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 privada.

A Lei federal 9.263 de dezembro de 1996 regula o §7º do art. 226 da CF, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. A definição de planejamento familiar consta no art. 2º da Lei 9.263:

Para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade, que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal. Parágrafo único – É proibida a utilização das ações a que se refere o caput para qualquer tipo de controle demográfico (BRASIL, 1996, p.1).

A definição acima não se limita à contracepção e sinaliza as desigualdades de

gênero, assegurando o acesso às pessoas individualmente e no contexto familiar tradicional (VENTURA, 2009). As ações do programa são preventivas e educativas, para favorecer a saúde, o acesso aos insumos e às informações sobre os direitos reprodutivos e sexuais (BRASIL, 1996).

O art. 3º, da Lei 9.263, destaca: “O planejamento familiar é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou pelo casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde” (BRASIL, 1996, p.1). A Lei reafirma a essência do PAISM ao reconhecer que o Planejamento reprodutivo

(...) deve garantir que estas ações sejam oferecidas em todos os ciclos vitais, incluindo a assistência à concepção e contracepção; atendimento pré-natal; a assistência ao parto, puerpério e ao neonato; o controle das doenças sexualmente transmissíveis; controle e prevenção do câncer cérvico-uterino, do câncer de mama e do câncer de pênis. A lei regula da esterilização-laqueadura tubária e vasectomia, como opções irreversíveis de anticoncepção, com critérios estabelecidos para a sua utilização e punições para os (as) profissionais de saúde que as realizarem de maneira inadequada e/ou insegura.

O planejamento reprodutivo é um recurso que permite que as pessoas vivenciem o direito de planejar a vida de acordo com as suas necessidades, contribuindo, desse modo, para a saúde de homens, mulheres e crianças. Além disso, “possibilita o espaçamento dos nascimentos e a recuperação do organismo da mulher após o parto, melhorando as condições que ela tem para cuidar dos filhos e para realizar outras atividades” (BRASIL, 2010, p.58).

O art. 10, inciso I, da Lei 9.263, determina que homens e mulheres tenham capacidade civil plena e idade mínima de 25 anos para a realização de esterilização voluntária. Ventura (2009) julga contraditória essa imposição, visto que os direitos reprodutivos visam proporcionar autonomia para as pessoas, inclusive sem a interferência do Estado, o qual poderia interceder no caso dos incapazes.

Constitui-se, portanto, em um direito sexual e reprodutivo e, dessa forma, a atenção em planejamento familiar deve levar em consideração o contexto de vida de cada pessoa e o direito de todos poderem tomar decisões sobre a reprodução sem discriminação, coerção ou violência (BRASIL, 2013, p.57).

As legislações citadas garantem os direitos sexuais e reprodutivos aos homens e às mulheres a partir de um olhar não fragmentado. Contudo, segundo Schraiber (1999), a questão da integralidade, na contemporaneidade, ainda constitui-se um desafio, devido aos valores consolidados e naturalizados, baseados em ações técnicas, nas práticas de saúde.

Atualmente, planejamento reprodutivo é um tema presente em vários espaços, inclusive na imprensa, devido à relevância do assunto. Ele envolve a mortalidade materna, aborto, esterilização, reprodução assistida e outras questões. Apesar de ser um assunto amplamente discutido, a sociedade carece de informações sobre ele, fato que contribui para intervenções desnecessárias no organismo da mulher, prejudicando o exercício pleno de sua autonomia (COSTA, 2010).

No Brasil, os altos índices de morbimortalidade, abortos clandestinos e gravidez não planejada podem indicar que tanto o PAISM, quanto o planejamento reprodutivo, embora sejam legislações avançadas, não foram implementados. A saúde da mulher não se restringe à simples entrega de contraceptivos, como ocorre em muitas Unidades de Saúde Básicas. É necessário o fornecimento de informações considerando a individualidade de cada mulher (PEREIRA; ÁVILA, 2011). Além disso, é relevante estimular e favorecer a participação ativa do homem nesse processo.

O movimento feminista permanece ativo na luta por consagrar direitos, como a legalização do aborto, assunto que continua na pauta do movimento há várias décadas. As ativistas têm atuado tanto nos comitês de morte materna quanto na luta pela oficialização do aborto legal, visto que a clandestinidade dos abortos<sup>13</sup> relaciona-se com os óbitos maternos e os intensifica (COSTA, 2010).

Nos países em que a prática do aborto não é legalizada, uma das principais causas de morbimortalidade materna é o aborto provocado. Segundo as estatísticas, a condição econômica da mulher é um fator a ser considerado, uma vez que a mulher de classe menos favorecida vêm, muitas vezes, a óbito, devido à abortos clandestinos, causados por medicamentos abortivos. No Brasil, o aborto provocado configura-se um problema de saúde pública (LOUREIRO; VIEIRA, 2004).

Apesar de tantas conquistas escritas em leis, como, por exemplo, a proposta de integralidade à saúde apresentada no PAISM, segundo Costa; Silver (2006) há um questionamento fundamental sobre a atenção aos direitos reprodutivos no Brasil.

---

<sup>13</sup> Uma pesquisa realizada com médicos de hospitais públicos do Rio de Janeiro obteve como resultado que a maioria considerava o aborto um problema de saúde pública e defendia sua liberação, entendida como forma de diminuir a morbimortalidade, principalmente das mulheres mais pobres; 44% sugeriram a descriminalização do aborto em casos em que a mulher não quer ter o filho e 45% no caso de suspeita ou comprovação de malformação. A autora concluiu que, embora não participe da discussão pública em torno da descriminalização, a categoria médica é a favor dela (GIFFIN 1995 apud LOUREIRO; VIEIRA 2004).

Será que ela ocorre por meio de uma política demográfica não-controlista, oferecendo à população oportunidades e condições de vivenciar esse direito, ou está fortalecendo os interesses internacionais voltados ao controle demográfico da população brasileira, por meio de um programa que denominou de planejamento reprodutivo?

### **2.3 Construções de gênero: a atribuição dos papéis sociais e sexuais**

A cultura de um povo é a maneira como as pessoas e os grupos vivem em uma sociedade. Envolve símbolos, tradições, crenças e todo o conjunto de conhecimentos e de padrões de comportamento construído por esse povo. Por meio da cultura, definem-se normas e valores. As normas sociais determinam o modo de agir das pessoas a partir dos valores enunciados pela sua cultura (CARNEIRO, 2010).

No processo de interação social as pessoas incorporam as normas e os valores da cultura na qual estão inseridas, os quais costumam ser considerados por essa sociedade como naturais. Essas normas e valores que definem a cultura de um povo, nas sociedades patriarcais, interferem de forma significativa nas relações sociais (COELHO, 2014).

Diante disso, a categoria gênero<sup>14</sup> não somente configura-se um importante instrumento teórico, na análise da construção das relações sociais entre homens e mulheres como também colabora com os estudos dos valores e normas apreendidos e transferidos historicamente pela sociedade. Além disso, constitui-se uma categoria voltada a favorecer as relações equitativas entre homens e mulheres <sup>15</sup> (TEDESCHI, 2007).

---

<sup>14</sup> O conceito de gênero aponta que as diferenças entre os sexos são socialmente construídas (...) (ALMEIDA, 2007, P.231).

<sup>15</sup> A crítica fundamental que marca os estudos sobre mulheres – e se manifesta nos estudos de gênero – é aquela que denuncia a naturalização das diferenças entre os sexos, mostrando como a cultura se apropria dessas diferenças para justificar as desigualdades de gênero e a posição subordinada que as mulheres ocupam em diferentes situações e culturas. Toda uma tradição de estudos tratou de mostrar como os significados que damos às diferenças entre homens e mulheres variam no tempo e no espaço e dependem não da natureza, mas da organização social e da cultura (TEDESCHI, 2007, p.107).

Ao longo da história, foram definidos papéis sociais tanto para o homem quanto para a mulher. E, devido à constituição biológica da mulher, foi direcionado para ela o papel de responsável por todas as questões ligadas à reprodução, desde a gestação até os cuidados pertinentes ao ambiente doméstico (DÍAZ; CABRAL; SANTOS, 2004).

As feministas ao longo da história utilizaram o conceito de gênero como ferramenta teórica para desconstruir a naturalização das diferenças entre os sexos (CARLOTO, 2002, p.3).

Devemos destacar que a emergência do conceito e sua utilização estão fortemente impregnadas de uma dimensão política, tanto no que diz respeito a suas origens, como quanto aos seus propósitos. Ele ganha força a partir do movimento feminista, cujas principais propostas estão voltadas às mudanças nas relações de poder tanto no âmbito público como no privado, procurando abolir qualquer forma de dominação-exploração no conjunto das relações sociais.

A escolha da categoria de gênero demonstra a preocupação das pesquisadoras feministas em desnaturalizar as relações sociais desiguais entre homens e mulheres, uma tentativa de transformar a postura subordinada delas em relação ao homem, além da intenção de romper com a definição dos papéis sociais que são reafirmados a cada geração (CARLOTO, 2002).

As próprias mulheres, muitas vezes, enquanto mães ou cuidadoras alimentam os estereótipos de gênero<sup>16</sup>, ao afastar os meninos da participação das atividades no espaço privado (RIBEIRO, 2006). Deste modo, muitos homens não se sentem responsáveis pelo planejamento e pelos cuidados dos filhos, afastam-se de todos os aspectos ligados ao lar, visto que desde a infância aprenderam que eram ações pertencentes ao universo feminino.

Os meninos desde a infância são direcionados às brincadeiras relacionadas ao espaço público. Se colocados para ajudar a família, suas tarefas envolvem varrer o quintal ou realizar alguma atividade na rua. Por outro lado, às meninas são delegadas tarefas domésticas e fornecidos brinquedos relacionados às atividades do lar e aos cuidados com as crianças (RIBEIRO, 2006).

---

<sup>16</sup> O estereótipo de gênero é, pois, o conjunto de crenças acerca dos atributos pessoais adequados a homens e mulheres, sejam estas crenças individuais ou partilhadas (D'AMORIM, 1997). São estereótipos direcionados ao gênero masculino e feminino. Por exemplo: afirmar que o papel do homem é prover a casa e o da mulher é casar, ter filhos, cuidar do lar e das crianças.

Em nossa cultura patriarcal, as meninas são preparadas para exercerem na vida adulta a maternidade e os cuidados com o lar. Segundo Carloto (2002), os espaços educativos como escola, igreja e família, ratificam os estereótipos dos gêneros como provenientes da natureza de homens e mulheres. Estes, mesmo quando adultos sofrem influência na construção de suas subjetividades por meio das instituições citadas<sup>17</sup>.

As definições desses papéis sociais masculinos e femininos traduzem-se em desigualdades e iniquidades de gênero<sup>18</sup>, favorecendo mais poder e oportunidade para os homens. Além de restringir as possibilidades das mulheres ao direcionar para elas essa responsabilidade com os cuidados ligados ao espaço privado (DÍAZ; CABRAL; SANTOS, 2004).

Sauthier e Gomes (2010) ressaltam que a igualdade de gênero não ocorre quando uma mulher assume uma função masculina. Se o entendimento for esse, estará ocorrendo o fortalecimento da ideologia de que as tarefas masculinas são mais valorizadas. Embora a intenção seja destacar o valor quando se afirma que uma mulher exerce tarefa masculina, o que ocorre é a supervalorização das tarefas masculinas em detrimento das femininas. A igualdade de gênero ocorre a partir do momento em as funções masculinas e as femininas são reconhecidas da mesma maneira.

A divisão sexual do trabalho pode ser utilizada como exemplo, visto que em nossa cultura, existem tarefas consideradas masculinas ou femininas. A subordinação do gênero determina às mulheres as funções menos valorizadas, por conseguinte, os salários menos atrativos<sup>19</sup> (CARLOTO, 2002).

Nesse sentido, entende-se que essa submissão da mulher em relação ao homem foi construída com a intenção de manter a ordem vigente, fundada nas relações de poder sobre os corpos femininos. Essa subordinação no trabalho

---

<sup>17</sup> A televisão também possui um papel pedagógico na definição dos papéis sociais de homens e mulheres.

<sup>18</sup> Gênero é um conceito social que discute as diferenças existentes entre homens e mulheres, a partir de uma análise biológica. Esse conceito define características e comportamentos que a sociedade espera de homens e de mulheres.

<sup>19</sup> Ao discutir gênero deve-se lembrar da exploração maior que é a exploração do trabalho, pois a realidade que a mulher vive é funcional ao capitalismo, quando ela é contratada com salários menores que os dos homens.

repercute na esfera social – a divisão sexual do trabalho alimenta a ideologia dominante, ao recrutar a mulher como responsável pela esfera reprodutiva (CARLOTO, 2002).

Assim, os profissionais que atuam no planejamento reprodutivo têm a responsabilidade de propiciar por meio de suas ações, a consciência de que este é um direito para ser usufruído por homens e mulheres. Deste modo, contribui-se para favorecer a equidade entre os gêneros, na busca de superar injustiças históricas (SAUTHIER; GOMES, 2010).

#### **2.4 As práticas educativas nos grupos de planejamento reprodutivo e a participação masculina**

A Lei federal 9.263 de 12 de janeiro de 1996 oficializou a assistência à saúde reprodutiva e sexual como um dever do Estado (BRASIL, 2005). O planejamento reprodutivo é um trabalho educativo que envolve os aspectos preventivos acerca da saúde reprodutiva e sexual, além das informações e acesso para homens e mulheres dos métodos contraceptivos (BRASIL, 2010 B).

Segundo Ventura (2009), a definição de planejamento reprodutivo considera as novas relações sociais, vai além do modelo tradicional de família e elege como seu público alvo, casais ou homens e mulheres separadamente.

Uma definição, para a década atual, de Planejamento Familiar não pode deixar de ser democrática (...). Mais ainda, que seja realizada com a consciência de gênero, no sentido de se incluir o homem nas atividades e no Programa de Planejamento Familiar e compreender a posição da mulher na sociedade, bem como procurar identificar a ideologia que permeia o Planejamento Familiar, contribuindo com a explanação dos direitos de cidadãos que devem exercer tanto o homem quanto a mulher (SAUTHIER; GOMES, 2010, p.460).

Conforme Sauthier e Gomes (2010, p. 463), o projeto de lei que regulamenta o planejamento familiar, e que foi aprovado pelo Congresso Nacional e sancionado pelo Presidente da República, em 1996, obriga

as instâncias gestoras do SUS, em todos os seus níveis, a garantir à mulher, ao homem ou ao casal, em toda a sua rede de serviços, a assistência à concepção e contracepção como parte das demais ações que compõem a assistência integral à saúde.

É importante destacar a necessidade dos profissionais atuantes desses espaços educativos ultrapassarem as barreiras das construções sociais, trabalhando não só os aspectos biológicos da reprodução, como também as ações que favoreçam a equidade entre os gêneros (MOREIRA; ARAÚJO, 2004). Percebe-se que os profissionais de saúde e os usuários do SUS, homens e mulheres, sentem dificuldades de perceber que as relações sociais sofrem interferência das construções de gênero (SAUTHIER; GOMES, 2010).

Destaca-se que no grupo de planejamento reprodutivo, é fundamental o profissional de saúde estimular a participação masculina, atuando no sentido de desconstruir o pensamento desse ser um assunto feminino. Desta maneira, estará contribuindo para a autonomia da mulher e o fortalecimento dos espaços democráticos (SAUTHIER; GOMES, 2010).

Nesse trabalho educativo, muitos profissionais carecem de capacitação, por isso, abordam nas palestras somente os assuntos ligados aos aspectos reprodutivos, desconsiderando as discussões de gênero, sexualidade e direitos (MOREIRA; ARAÚJO, 2004). E quando o assunto é contracepção, os serviços prestados nas instituições de saúde, muitas vezes, colaboram para o afastamento dos homens, visto que direcionam a sua atenção para a mulher (SILVEIRA; BARBOSA, 2014).

Outro ponto a ser considerado é a dificuldade de o homem ausentar-se do trabalho, fato que favorece o afastamento deles nas reuniões do planejamento reprodutivo (SILVEIRA; BARBOSA, 2014). Conforme Moreira e Araújo (2004), o horário das reuniões pode representar um empecilho para um homem trabalhador comparecer às reuniões das unidades de saúde. Percebe-se que as instituições de saúde, normalmente, não se interessam em estipular horários flexíveis para integrar a população masculina que trabalha.

A inserção do homem nesse espaço exige o esforço da sociedade civil e do Estado, espaços impregnados pela ideologia patriarcal. Deste modo, a desconstrução das relações sociais de gêneros configura-se um grande desafio para a assistência integral e equitativa aos homens e às mulheres, no que se refere à saúde reprodutiva. Não é a diferença sexual em si, mas a diferença no âmbito do imaginário da sociedade, o que se espera dele e da mulher, que interfere nessa questão.



O planejamento reprodutivo, em muitos espaços, tem se limitado ao fornecimento de contraceptivos e a orientação sobre os mesmos. Nesse trabalho educativo é importante que além das informações sobre os métodos contraceptivos, seja fortalecida a autonomia da mulher e fornecidas orientações sobre sexualidade. Ao considerar a saúde da mulher a partir dos aspectos integrais, o profissional comprometido, vai além da demanda apresentada, de modo a viabilizar a assistência integral à saúde (LINDNER, 2005).

Além disso, a maioria dos métodos contraceptivos é direcionada ao público feminino: pílula, o DIU, injeção contraceptiva, dentre outros. Se por outro lado oferecem autonomia para as mulheres, por outro, colabora com o entendimento de que a contracepção é um dever feminino. Segundo Diaz, Cabral e Santos (2004), percebe-se a ausência de um “ambiente facilitador” para o exercício desses direitos.

A desigualdade de gênero foi materializada tanto nas pesquisas biomédicas, nas quais foram desenvolvidos os métodos anticoncepcionais, quanto nas pesquisas ligadas à saúde reprodutiva, pois ambas direcionam a atenção para as mulheres (DÍAZ; CABRAL; SANTOS, 2004).

Percebe-se um hiato entre o que é preconizado pela Lei do Planejamento Familiar, pela definição de saúde reprodutiva pelo Ministério da Saúde, que tem como prioridade à atenção integral à saúde da mulher e o que é praticado pelos profissionais nas unidades de saúde.

Cabendo aqui, a reflexão de que a participação do parceiro na escolha e na responsabilidade do uso do método contraceptivo é importante, porém para os profissionais, a esta responsabilidade no uso ou o convencimento do parceiro para este, no caso do preservativo, é da mulher, refletindo um pensar que exclui o homem da responsabilidade que é mútua, assumindo, a mulher, para si a responsabilidade da prática e das consequências de uma gravidez indesejada ou de uma doença sexualmente transmissível (LINDNER, 2005, p.86).

Percebe-se que a materialização da proposta de inserir o homem nos espaços e ações relacionadas ao programa de planejamento reprodutivo ainda não ocorreu. Destaca-se que essa questão possui uma dimensão que ultrapassa o trabalho educativo em planejamento reprodutivo, envolve escola, família e a sociedade (SAUTHIER; GOMES, 2010).

Para Costa (2010) no que se refere o direito de procriar as mulheres tem sido vítimas de uma violência silenciosa e constante. Possuem direitos inscritos na Lei

9.263 de 12 de dezembro de 1996, que regula o Art.226 da Constituição Federal de 1988, ainda assim, tem seus direitos violados.

A autora complementa que nos assuntos ligados à reprodução, os homens ocupam um lugar de coadjuvante em relação às suas responsabilidades. Deste modo, percebe-se a necessidade imperiosa de transformações que favoreçam a desconstrução dos ideais disseminados pela cultura patriarcal, visando novas relações entre homens, mulheres e o Estado.

### **3 METODOLOGIA**

Este estudo apresenta os frutos de um processo investigativo, realizado através de uma abordagem qualitativa, por ser a melhor forma que se adapta à efetivação de uma pesquisa social. Nessa, os dados coletados são apresentados e analisados por meio de reflexões para aprofundar conhecimento acerca do objeto de estudo. Segundo Minayo (2012, p.21):

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se ocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deve ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes.

Para Minayo (2012), tanto a pesquisa qualitativa, quanto a quantitativa possuem relevância e se complementam. Goldenberg (2009) ratifica essas palavras ao afirmar que por meio dessa articulação, o pesquisador terá mais confiança no resultado de sua investigação.

A pesquisa é importante, inclusive, para os profissionais da saúde que visam atuar de modo comprometido com os usuários do Sistema Único de Saúde. É construtivo realizar indagações constantes, que nos direcionem para a investigação da realidade social, muitas vezes naturalizada. Atitudes críticas e investigações permanentes ajudam a desvendar o superficial, para percepção da realidade oculta. (PAULA, 2013).

O cenário desse estudo foi a maternidade do Hospital da Mulher Gonçalense (HMG), Maternidade Zilda Arns Neuman, única pública do município de São

Gonçalo<sup>20</sup>, administrada pela Prefeitura de São Gonçalo. O HMG integra o Hospital Luiz Palmier (HLP), o qual iniciou atendimento à população do município em 1934.

O HMG foi inaugurado em março de 2010, para atender exclusivamente às mulheres. Contudo, em 2012, o hospital foi reformado e as enfermarias do terceiro andar, que até o momento estavam desocupados, iniciaram atendimento das especialidades: ortopedia e psiquiatria. O público usuário da unidade hospitalar foi ampliado para crianças, idosos e pacientes do sexo masculino.

Em 2014 foi retomado o atendimento no HMG exclusivo às mulheres: maternidade, atendimento pré-natal para gestantes de alto risco, atendimentos às vítimas de violências, urgências ginecológicas ou obstétricas. A ortopedia e psiquiatria foram transferidas para outro bairro, permanecendo na instituição poucos serviços oferecidos ao público masculino: o programa de planejamento reprodutivo e o serviço odontológico, os quais ocorrem no espaço anexo da maternidade do HMG.

Os registros das Fichas de Atendimentos do Serviço Social (FASS) e prontuários indicam que o público atendido no HMG, normalmente, são mulheres pertencentes a famílias com baixo poder aquisitivo, pouca escolaridade e de diversas faixas etárias, a maioria não exerce atividade remunerada.

A fim de orientar esse trabalho foram utilizados dois procedimentos metodológicos: revisão bibliográfica e a entrevista social semiestruturada. A proposta da pesquisa foi apresentada às mulheres e as que aceitaram participar ficaram cientes sobre a possibilidade de desistirem de participar desse estudo a qualquer momento. Além disso, receberam, leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), apresentado em anexo.

A amostra dos sujeitos da pesquisa foi composta por dez mulheres internadas na maternidade do HMG. As mulheres submetidas a curetagens foram excluídas devido o momento ser considerado inadequado para entrevista social.

Os dados da pesquisa foram coletados somente após a autorização da direção do Hospital Luiz Palmier e a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da

---

<sup>20</sup> Segundo o IBGE, o município de São Gonçalo/RJ possui uma área territorial de 247,709 (Km<sup>2</sup>). Apresenta população estimada em 2014 de 1.031.903 pessoas. É o segundo município mais populoso do Estado do Rio de Janeiro.

Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – número do parecer: 872.188.

O sigilo dos dados das participantes foi garantido, conforme orienta o capítulo V, do art.15 e 16 do Código de Ética do Serviço Social. Os direitos das entrevistadas, respeitados de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisa com seres humanos, da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Ademais, o sigilo dos dados das entrevistadas foi garantido, conforme orienta o Capítulo V, do Art. 15 e 16 do Código de Ética do Serviço Social.

O perfil das entrevistadas foi organizado em gráficos, possibilitando uma análise quantitativa. Em seguida, a partir das respostas oferecidas às questões da entrevista social, realizou-se uma análise qualitativa, voltada para a compreensão e interpretação dos dados.

Na realização das entrevistas foi utilizado o método de saturação, que define o momento em que a inserção de novos dados não altera a compreensão sobre o objeto estudado, por ocorrer reincidência das informações coletadas, determinando, assim, o encerramento da coleta de dados (THIRY-CHERQUES, 2009).

Para realizar a análise foi utilizada a técnica de análise de conteúdo temática, instrumento que segundo Bardin (1979 apud Minayo 2010) é usado para analisar conteúdos de materiais de pesquisa e realizar a análise das entrevistas. Essa análise configura-se: “uma técnica de investigação que através de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações tem por finalidade a interpretação destas mesmas comunicações” (BERELSON 1952 apud BARDIN, 2011, p.42).

A análise foi realizada por meio da decomposição das informações coletadas nas entrevistas e executada em três etapas: “Pré-análise; Exploração do material e Tratamento dos resultados/ Inferência/Interpretação” (MINAYO, 2012, p.91).

As entrevistas foram descritas anteriormente no diário de campo, de modo fiel à fala de cada entrevistada. Na pré-análise as entrevistas foram digitadas e organizadas, sendo realizada uma leitura minuciosa dos dados de cada entrevistada. Esse primeiro contato é denominado por Bardin (2011, p.126) de “leitura flutuante”, por meio da qual surgem impressões sobre o conteúdo analisado.

A seguir foi realizada a exploração do material, as unidades de registros foram decompostas para verificação dos temas que se repetiam nas falas das entrevistadas. A disposição dos dados em colunas serviu para confrontar o conteúdo das falas de cada ator da pesquisa. Foi realizada leitura das unidades de significados em busca de ideias com conteúdo em comum, para serem agrupadas, como categorias de análise. É válido ressaltar que na análise de conteúdo, somente a descrição dos conteúdos não basta, é necessário descobrir o que está além da aparência desses.

No tratamento dos resultados, inferência e interpretação, últimos momentos da análise, foram realizadas inferências, observando as ideias de cada mulher e as suas percepções, em busca de apreender os dados subjetivos desse estudo, o sentido das falas das entrevistadas. Para orientar essa etapa da análise foi realizada uma articulação entre os registros produzidos por meio das entrevistas e o referencial teórico definido.

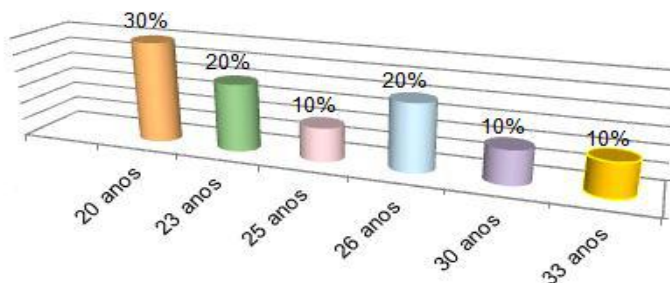
## 4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

*Ainda quando hoje em dia resulte quase imperceptível, o domínio sexual é, talvez, a ideologia que mais profundamente arraigada se encontra na nossa cultura, por cristalizar nela o conceito mais elementar de poder (Lodoño, 1996, p.14).*

Nesse capítulo apresentaremos e analisaremos os dados coletados por meio de entrevista social. Nesse processo investigativo, foram realizadas dez entrevistas com mulheres internadas na Maternidade Zilda Arns Neuman, situada no Hospital da Mulher Gonçalense, integrante do Hospital Luiz Palmier. Essa aproximação objetivou levantar os subsídios para a fundamentação de nossa reflexão sobre a percepção feminina em relação à participação masculina no planejamento reprodutivo.

### 4.1 Apresentação do perfil das mulheres entrevistadas

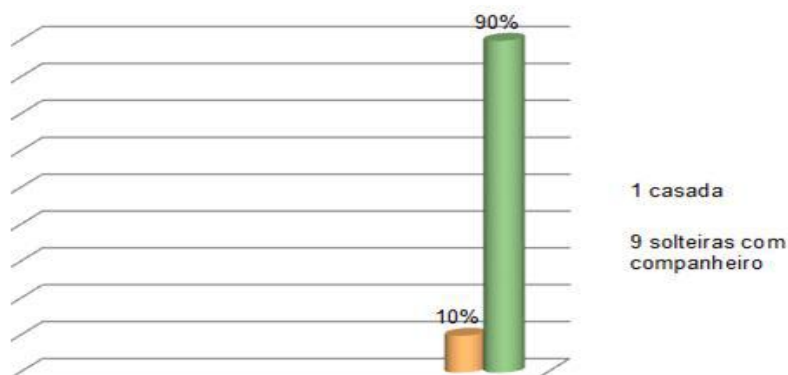
Gráfico nº 1 – Idade das entrevistadas



Fonte:Elaboração da autora, 2015

As entrevistas foram realizadas com mulheres em idade reprodutiva. Conforme indica o gráfico nº 1, a faixa etária foi de 20 a 33 anos de idade, embora não fosse um critério de exclusão, todas eram maiores de idade.

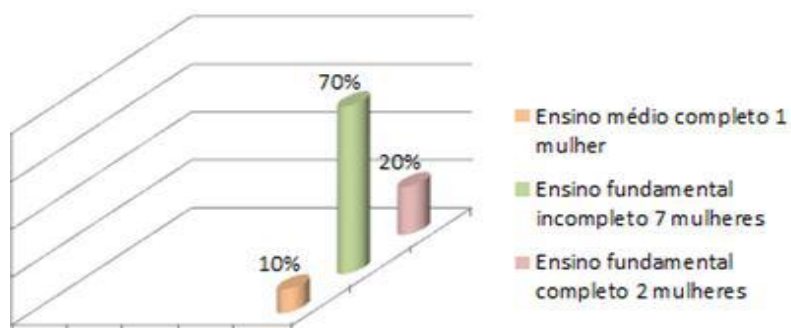
Gráfico nº 2 – Estado civil



Fonte: Elaboração da autora, 2015

Dentre as mulheres entrevistadas identificamos nove solteiras com companheiros (90%) e uma casada (10%).

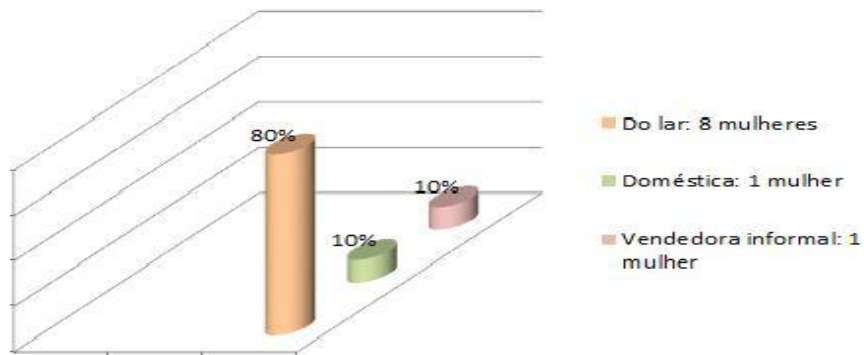
Gráfico nº 3 – Escolaridade



Fonte: Elaboração da autora, 2015

De acordo com os resultados apresentados no gráfico nº 3, podemos verificar que o nível de escolaridade da maioria, sete mulheres, é o nível fundamental incompleto (70%). Duas mulheres possuem ensino fundamental completo (20%) e uma possui o ensino médio completo (10%).

Gráfico nº 4 – Inserção no mercado de trabalho



Fonte: Elaboração da autora, 2015

Dentre as entrevistadas verificamos que a maioria: oito mulheres, não exercem trabalho remunerado (80%). Somente duas exercem função remunerada (20%).

## 4.2 Categorias

A análise dos dados teve como norte a percepção das entrevistadas a respeito da atuação de seus companheiros no planejamento reprodutivo. Foram elencadas três categorias e duas subcategorias, frutos das ideias centrais inferidas dos depoimentos durante a análise de conteúdo.

A primeira categoria discutida foi o conceito de gênero, o qual se desdobrou em duas subcategorias: responsabilidade feminina e corresponsabilidade. Além dessa categoria, elencamos duas outras: ausência e participação.

### Categoria 1 - Gênero

Segundo as entrevistadas, os cuidados relacionados à esfera reprodutiva são percebidos pelos companheiros, como pertencentes à mulher. Para Sauthier e



Gomes (2010, p. 462), as “relações de gênero são desiguais e refletem-se nas leis, condutas profissionais e nas relações entre os seres humanos”.

Uma das razões apontadas pela entrevistada para o companheiro não comparecer às reuniões educativas de planejamento reprodutivo é o assunto ser considerado pelo companheiro como uma tarefa feminina. Esse motivo expressa o enfoque de gênero que envolve o tema, exemplificado nas respostas a seguir:

*A4 Não ia gostar porque o homenzinho é machista, não me acompanha em nada dessas coisas... ele detesta médico!*

*A10 Aquilo é machista, ele não iria não... ele vai dizer que isso é coisa de mulher...*

Embora na Lei 9.263 de 12 de dezembro de 1996 exista a proposta de inserir o homem nas ações e discussões desse assunto, essa proposta não foi efetivada plenamente. Segundo Sauthier e Gomes (2010), devido aos papéis sociais e sexuais definidos pela nossa cultura patriarcal, a sociedade considera a prática contraceptiva uma tarefa feminina.

Seguindo o pensamento relacionado às construções sociais, a entrevistada A4 relatou que “a pílula lhe dava muito enjoo e estava engordando com a injeção contraceptiva”. Por isso, o casal optou por “não usar nada”, e assim, ela engravidou. O preservativo masculino poderia ter sido uma opção para o casal, contudo, talvez devido ao pensamento de que os assuntos relacionados aos cuidados sejam pertinentes à mulher, não foi utilizado.

Por meio das falas das entrevistadas percebeu-se que elas entendem a atenção à saúde reprodutiva como uma atribuição feminina. A responsabilidade assumida pela mulher quando se trata de anticoncepção vai ao encontro do papel naturalizado pela sociedade em geral, que entende determinadas atividades como exclusivas das mulheres (SILVA et al, 2013).

*A4 – Eu usava pílula, mas me dava muito enjoo. Mudei para injeção e deu certo. Fiquei um tempo sem usar nada porque estava engordando... aí engravidei.*

Nesse sentido, é importante que nas orientações referentes à sexualidade e reprodução, sejam consideradas as construções sociais de gênero. Além disso, que a inserção do homem nas atividades seja estimulada, para que eles exerçam plenamente os próprios direitos sexuais e reprodutivos, além do autocuidado referente à saúde integral (SILVEIRA; BARBOSA, 2014).

Cabe destacar que por meio dos depoimentos percebe-se a carência de preocupação com a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis. No caso da entrevistada A4, assim como engravidou poderia ter contraído uma DST. Ainda hoje, há pouca informação sobre a importância do uso de preservativos e pouca aceitação deles pela sociedade.

Embora o preservativo feminino esteja disponível nas Unidades de Saúde Básica, sua divulgação é frágil, ele não é comercializado nas farmácias e não integra as campanhas relacionadas às DST'S. Esses são fatores que comprometem a autonomia da mulher, a qual permanece dependente do parceiro usar o preservativo masculino, conforme verificamos na fala a seguir:

*A6 – Meu companheiro usou camisinha... Ele usou uma ou duas vezes, mas não gostou... aí parou...*

Percebe-se que quando o homem rejeita o uso do preservativo masculino, talvez por ignorância, a sua vontade normalmente sobrepõe à da mulher. Nesse caso, ele distancia-se dos seus deveres, mas também dos seus próprios direitos pertinentes à sua saúde integral.

Segundo Sauthier e Gomes (2010, p.462) existem vários motivos para que o homem “não se integre ou deixe de ser integrado” nos grupos de planejamento reprodutivo. A essência dessas razões normalmente encontra fundamento nas construções sociais de gênero, conforme expressa a entrevistada a seguir:

*A10 – A mulher deve ser a responsável pela escolha do método contraceptivo, porque é ela que sabe como é que funciona o corpo dela. O homem não sabe de nada, não sabe nem dele...*

Ao exercer o papel que a sociedade definiu para ela – o de responsável pelos cuidados –, a mulher tende a assumir uma postura individualista, excluindo o parceiro das decisões pertinentes aos direitos sexuais e reprodutivos. Ao desconsiderar, mesmo que sem perceber, a participação do homem nas questões relacionadas à sexualidade e reprodução, contribui ainda mais para a ausência masculina.

Subcategoria 1A – Responsabilidade feminina

A maioria das mulheres em seus depoimentos sobre a importância dos métodos contraceptivos, não incluíram os homens como sujeitos em suas falas. Os seus discursos indicam que entendem a contracepção como um papel feminino.

*A2 – Os contraceptivos são importantes pra mulher não engravidar...*

*A6 – Os contraceptivos são importantes porque sem contraceptivo as mulheres não teriam controle, os métodos evitam que a mulher ‘embuche’, evitam doenças e tem a ligadura...*

Mesmo diante de um momento difícil, citado pela entrevistada A8, em que fala sobre a “mulher engravidar e jogar o filho fora na lata do lixo”, ela não incluiu o homem como corresponsável pelo planejamento reprodutivo e pela criança.

*A8 – Os contraceptivos são importantes pra não acontecer de ter tanta mulher engravidando e jogando o filho fora na lata do lixo. Eu fiquei grávida cinco vezes, mas só tenho dois filhos... esse monte de filhos me prejudicou muito minha vida, me prejudicou emocionalmente e também minha saúde.*

Esses relatos demonstram a visão das mulheres sobre a sua responsabilidade acerca da contracepção, bem como suas escolhas solitárias e a carência de informação sobre o assunto.

Com base em documentos como a Lei 9.263 de 12 de janeiro de 1996, que regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal e que trata do planejamento familiar, pode-se afirmar que “o planejamento familiar é direito de todo cidadão” (BRASIL, 1996, p.1).

Para Ventura (2009), o direito à saúde reprodutiva traduz-se na vivência de uma vida sexual segura e satisfatória. Abarca o direito ao acesso de homens e mulheres aos métodos contraceptivos eficientes e seguros, dentre outras questões.

No entanto, conforme denuncia Marcolino e Galastro (2001), a assistência à saúde reprodutiva e sexual coloca a mulher no centro das suas ações, ratificando a ideia de que ela é a responsável exclusiva por essas questões. Desse modo, entende-se ser necessário que os serviços de saúde estimulem não só a participação das mulheres, mas também a dos homens, nas atividades da instituição.

Na atualidade, o universo masculino pouco participa dos espaços que oferecem assistência à saúde sexual e reprodutiva. No entanto, é necessário modificar esse cenário, visto que as decisões relacionadas a essa esfera dizem respeito à vida e à saúde de ambos, devendo, por isso, serem tomadas pelo casal (Silva et al, 2013) ou por homens e mulheres individualmente.

## Subcategoria 1B – Corresponsabilidade

As falas das entrevistadas expressam o desejo que sentem de compartilhar os assuntos relacionados ao planejamento reprodutivo com seus companheiros. Ao serem questionadas sobre quem deve ser o responsável pela escolha do método contraceptivo, relatam:

*A6 - Os dois. Tem que ter noção, porque senão um joga na cara do outro as responsabilidades. Às vezes a mulher quer ser mãe, mas o homem não quer ser pai...*

*A8 - Os dois. O casal deve resolver, deve pensar. No nosso caso, só ele trabalha e ganha pouco...*

*A9 - Os dois, porque na hora de fazer não é só um que faz, né?*

A relevância da participação do homem no assunto é reconhecida, porém, fica claro que nas relações sociais da maioria das entrevistadas não é habitual o homem compartilhar das responsabilidades relacionadas a esse tema.

Ao falar sobre o assunto, a entrevistada A5 demonstra tristeza ao relatar sua participação solitária na escolha do método contraceptivo. Fica evidente que a responsabilidade feminina ultrapassa a barreira da autonomia e configura-se um encargo feminino.

*A5 - Os dois devem ser responsáveis, mas como o homem não esquenta a cabeça, a mulher tem que se prevenir porque quem fica com os filhos nos braços é a mulher.*

A entrevistada demonstra que se sente responsável pela vida sexual e reprodutiva, talvez pelo fato da gestação ocorrer em seu corpo. Todavia, a dimensão biológica é somente uma etapa dessa questão, a qual ultrapassa a gestação, pois envolve a saúde, os aspectos econômicos e sociais, enfim, paternidade e maternidade responsável.

Apesar de a maioria das mulheres relatarem que a responsabilidade pela escolha do método contraceptivo deva ser do casal, nota-se que a realidade se contrapõe à fala das entrevistadas. Silva et al (2013) afirmam que diante da ausência masculina e dos métodos quase exclusivamente femininos, a mulher sente a necessidade de optar por um deles para não engravidar.

Há de se destacar que os métodos contraceptivos são resultantes de muitas lutas da sociedade, uma importante conquista de vários grupos e configuram-se direitos e responsabilidades de homens, mulheres e casais, na mesma proporção.

O Ministério da Saúde entende que as ações de anticoncepção devem ser garantidas para todas as mulheres e homens em idade reprodutiva, adultas (os) e adolescentes, que desejem ter acesso a métodos e meios para regulação da sua fecundidade (BRASIL, 2005).

No que se refere à anticoncepção e à prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, espera-se que haja a corresponsabilidade entre homens e mulheres, uma vez que a concepção de um ser humano pela via natural é, normalmente, resultante de uma relação sexual entre um homem e uma mulher, envolvidos igualmente nesse contexto. Contudo, o patriarcado<sup>21</sup> inserido em nossa cultura delegou à mulher a responsabilidade pelos aspectos ligados à maternidade e ao homem, a função de provedor da família (MARCOLINO; GALASTRO, 2001).

## Categoria 2 – Ausência

Essa categoria emergiu quando as usuárias foram perguntadas quem deve ser o responsável pela escolha do método utilizado pelo casal e no caso delas, quem escolheu. O posicionamento passivo do homem na definição do método foi revelado nas falas das mulheres. Em relação ao depoimento de A6 percebe-se que o companheiro não participa do planejamento reprodutivo e a entrevistada assume sozinha a escolha do método. Contudo, também é evidenciada a postura dominadora e excludente dessa entrevistada em relação ao seu companheiro.

*A2 Eu acho que deve ser a mulher que deve escolher o método. Lá em casa é assim: se deixar ele não escolhe nada, aí já viu, né? Ele deixa por minha conta...*

*A6 Eu escolhi o método. Eu é que sempre controlo tudo. Ele ganha pouco e não posso deixar vim um monte de filho. O primeiro filho eu não tomava direito o remédio. Tinha vergonha de ir ao médico e não sabia como fazer... eu tinha*

---

<sup>21</sup> O patriarcado é uma relação de dominação subjetiva, onde os homens são considerados superiores, na condição de poder dominar as mulheres. É uma fundamentação biológica construída socialmente que cria essa ordem. A ordem patriarcal de gênero representa um tipo hierárquico de relação que invade todos os espaços da sociedade e corporifica-se no controle da sexualidade e da capacidade reprodutiva (SAFFIOTTI, 2004, p.100).

*catorze anos quanto tive meu primeiro filho, não sabia dos métodos, tomei por conta própria... aí engravidei!*

*A9 Eu que escolhi a injeção e ele concordou...*

Segundo Gomes (2010, p.458), o conhecimento dos meios disponíveis para intervir na procriação é requisito indispensável para o “exercício da Paternidade Responsável” para que os indivíduos ou casais possam optar pela planificação familiar. Deste modo, a sociedade poderá separar prazer e reprodução, e usufruir plenamente do direito ao planejamento reprodutivo.

No relato de A7, nota-se a ausência da participação da mulher como sujeito no processo de escolha do método. Lima Maria e Lima Luanda (2008, p.2) apontam para “uma política de educação que ainda não forma o profissional para o serviço público e para o diálogo, ele forma apenas para a abordagem íntima do consultório, onde decide o melhor para o paciente, neste caso, para o casal”. Conforme verificamos nas falas a seguir:

*A7 Nenhum dos dois usava nada. Fui a um ginecologista no posto, que mandou eu tomar pílula. Há pouco tempo eu descobri... eu nem sabia que tinha tanta coisa pra evitar filho...*

*Quem decidiu foi o ginecologista, depois fui eu. Aí meu companheiro ficou sabendo depois... e nem falou nada, só concordou.*

O investimento em métodos contraceptivos para o público masculino é inexpressivo, a maior parte deles é direcionada para o universo feminino. Apesar de grande parte dos métodos serem femininos, destacamos a importância da reflexão do casal. Todavia, a participação equitativa de ambos nesse processo nem sempre ocorre, pois, normalmente, reproduzem a cultura na qual estão inseridos (CRUZ, 2005).

Apesar das alterações na sociedade contemporânea em relação à função do homem e ao que se espera dele, o papel principal de grande parte, continua sendo o de provedor (SILVA et al 2013). Acredita-se que devido à cultura e à realidade social na qual estão inseridas, as entrevistadas são direcionadas a pensar e agir como responsáveis pelo planejamento reprodutivo, sendo esse fluxo também seguido de forma natural pelo seu companheiro.

Categoria 3 – Participação

Quando perguntadas como achavam que o seu parceiro reagiria ao ser convidado para participar do programa educativo de planejamento reprodutivo, a maioria, oito mulheres entrevistadas, demonstrando satisfação e segurança, relatou que os seus companheiros compareceriam à palestra caso fossem convidados. Seguem algumas de suas falas:

*A1 Ele iria tranquilo...*

*A7 Se ele fosse convidado para ir... com certeza ele iria... Meu pré-natal ele até que acompanhou tudo...*

*A8 Ele iria gostar muito, sempre fala que quer fazer vasectomia. Ele fala pra caramba sobre essa situação... que eu tenho que fazer laqueadura ou ele fazer vasectomia, se preocupa mais que eu..*

*A9 Ele aceitou, foi comigo. E disse que se garantia de me lembrar de tomar pílula.*

Sobre métodos contraceptivos, o fato de a maioria ser direcionado para a mulher, não exclui o homem de sua responsabilidade e nem de se interessar pelo assunto. Conforme relatou A9, o homem pode participar lembrando a mulher de tomar a pílula todos os dias e na hora certa. Nota-se em seu relato que seu companheiro propõe-se a dividir a responsabilidade a respeito do uso do método contraceptivo para que o casal exerça seus direitos reprodutivos e sexuais.

Apesar de os resultados apontarem que as mulheres entendem que os homens aceitariam comparecer ao programa, por que o espaço está carente da participação masculina? O que preenche esse vazio entre o discurso das entrevistadas e a realidade?

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo desse trabalho muitas indagações referentes ao tema surgiram. Algumas ficaram claras no decorrer do estudo, como o fato de a mulher se perceber protagonista nos aspectos reprodutivos. Por outro lado, outros aspectos foram compreendidos somente nesse momento final.

Hoje, século XXI, a maioria das mulheres trabalha no espaço público. Contudo, esse não é o perfil das participantes da pesquisa, as quais representam o perfil das usuárias dos serviços do HMG. Além do baixo nível de escolaridade, não possuem normalmente, oficialmente função remunerada, dedicam-se ao papel de mãe e esposa.

A maioria das participantes da pesquisa demonstrou reconhecer a importância da participação tanto do homem quanto da mulher no planejamento reprodutivo. Elas demonstraram uma percepção crítica, reprovando a ausência de seus companheiros. Todavia, a análise das categorias evidenciou uma conformação dessas mulheres com a ausência dos companheiros, ou seja, elas optaram por não exigirem um comprometimento dos mesmos. Observa-se que apesar das transformações econômicas, sociais e culturais das últimas décadas, as mulheres entrevistadas ainda se sentem as principais responsáveis pelo planejamento reprodutivo.

A nossa sociedade, com raízes patriarcais determina à mulher esse papel, e o fato de essa tarefa ser aceita e assumida por ela fortalece a ideia equivocada de que se trata de uma atribuição feminina. Apesar dos avanços, essas construções sociais de gênero, muitas vezes, interferem nas relações sociais, causando fraturas na cidadania de homens e mulheres.

Diante desse quadro, parece-me claro que é necessária a continuidade das lutas iniciadas há décadas pela sociedade civil, as quais resultaram em conquistas conferidas à sociedade, inclusive no campo jurídico, como a Lei 9.263 de 12 de dezembro de 1996. Essa, entretanto, não foi suficiente para – na prática – incluir o homem como igualmente responsável pelo planejamento reprodutivo, e beneficiário dos direitos expressos em seus artigos, os quais são direcionados aos homens e às mulheres igualmente.



A pesquisa demonstrou que embora a maioria das entrevistadas tenha o desejo de que o companheiro participe ativamente nessas questões, elas desobrigam-no das responsabilidades ligadas ao assunto. No entanto, não percebem que quando discursam (e agem) dessa forma, contribuem para a exclusão masculina, conforme verificamos na análise da categoria “ausência”.

Todavia, em dado momento obtivemos respostas contraditórias e intrigantes, uma vez que oito mulheres responderam que se os companheiros fossem convidados para comparecer ao programa educativo de planejamento reprodutivo, elas acreditavam que eles compareceriam. As respostas trouxeram um importante questionamento acerca do motivo da ausência deles, o qual nesse estudo não foi esclarecido.

Não seria demais afirmar que uma real transformação na estrutura da sociedade poderia ser iniciada pelos espaços educativos, de forma a construir novos modelos de relações sociais pautados na perspectiva de gênero, desde a infância. Nesse sentido, é relevante um trabalho em rede, com profissionais capacitados – de instituições de saúde, espaços jurídicos, dentre outros – que fortaleçam essas transformações e que promovam a equidade entre os gêneros.

Essa pesquisa não tem a pretensão de concluir o assunto, visto que se trata de um tema muito rico e complexo. Dessa maneira, esse assunto não se encerra nesse momento, pois se espera abrir novas percepções de diversos sujeitos sociais a partir do conceito de gênero.

Ao concluir essa última etapa destaco que a cada descoberta, além das respostas, novos questionamentos acerca do tema surgiram, trazendo-me inquietações diversas como pesquisadora, apontando a possibilidade de novos estudos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Suely Souza de (Org.). **Violência de gênero e políticas públicas**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2007.

ARAÚJO, Flávia Mentor de. **Ação de educação em saúde no planejamento familiar nas Unidades de Saúde da Família de Campina Grande – PB**. Paraíba: UFPB, 2004. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2004/especializacao/MonografiaFlaviaMentorAraujo.pdf>>. Acesso em: 24 mar. 2015.

ÁVILA, Maria Betânia. **Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde**. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/csp/v19s2/a27v19s2.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s2/a27v19s2.pdf)>. Acesso em: 16 mar. 2015.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Ed.70, 1980.

BARROCO, Maria Lucia Silva; TERRA, Sylvia Helena. **Código de Ética do/a Assistente Social**. Lei 8.662/93. Conselho Federal de Serviço Social – CFESS. São Paulo: Cortez, 2012.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília – DF, Senado, 1988. Disponível em: <[www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>. Acesso em: 22 mar. 2015.

BRASIL. FNUAP. **Resumo do Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento**, 1994. Disponível em: <[www.direito.caop.mp.pr.gov.br/arquivos/File/relatoriocairo.pdf](http://www.direito.caop.mp.pr.gov.br/arquivos/File/relatoriocairo.pdf)> Acesso em: 28 mar. 2015.

BRASIL. **Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996**. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Brasília, 1996 Disponível em: <[www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9263.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm)>. Acesso em: 20 fev. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde da Mulher: Princípios e diretrizes. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <[conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2007/politica\\_mulher.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf)>. Acesso em: 14 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos sexuais e reprodutivos: uma prioridade do governo**. Brasília: 2005. (Caderno n.01). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha\\_direitos\\_sexuais\\_reprodutivos.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_direitos_sexuais_reprodutivos.pdf)>. Acesso em: 13 fev. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direitos\\_sexuais\\_reprodutivos\\_metodos\\_anticoncepcionais.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direitos_sexuais_reprodutivos_metodos_anticoncepcionais.pdf)>. Acesso em: 26 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderno humaniza SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010 A. (Política Nacional de Humanização v.1; Formação e Intervenção). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_humanizaSUS.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf)> Acesso em: 20 mai. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010 B. (Série A - Normas e Manuais Técnicos; Cadernos de Atenção Básica nº 26). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_sexual\\_saude\\_reprodutiva.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf)> Acesso em: 24 mar. 2015.

BRASIL. **Resolução nº466 de 12 de dezembro de 2012**. Que trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 02 jan. 2015.

CARLOTO, Cássia Maria. O conceito de gênero e sua importância para análise das relações sociais. **Serv. Soc. Rev.**, v.3, n.2, 2001. Disponível em: <[http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c\\_v3n2\\_genero.htm](http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c_v3n2_genero.htm)>. Acesso em: 05 abr. 2015.

CARNEIRO, Regina Maria Dias. **Cultura e sociedade**. Minas Gerais: Centro de Referência Virtual do Professor, SEE-MG, 2010. (Módulo Didático de Sociologia). Disponível em: [http://crv.educacao.mg.gov.br/sistema\\_crv/banco\\_objetos\\_crv/%7BBAB23A422-7B7F-4F70-B544-F578B73CBEFF%7D\\_Cultura%20e%20Sociedade.pdf](http://crv.educacao.mg.gov.br/sistema_crv/banco_objetos_crv/%7BBAB23A422-7B7F-4F70-B544-F578B73CBEFF%7D_Cultura%20e%20Sociedade.pdf). Acesso em: 06 abr. 2015.

COELHO, Edméia de A. C.; LUCENA, Maria de F. G. de Lucena; SILVA, Ana Tereza de M. Silva. O planejamento familiar no Brasil no contexto das políticas públicas de saúde: determinantes históricos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.34, n.1, p.37-44, 2000. Disponível em: [www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342000000100005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342000000100005). Acesso em: 11 mar. 2015.

COELHO, Virgínia Paes et al. Reflexões sobre a violência: poder e dominação nas relações sociais de sexo. **Rev. Pol. Públic.**, v.18, n.2, p.471 - 479, 2014. Disponível em: [www.revistapoliticaspUBLICAS.ufma.br/site/download.php?id\\_publicacao...](http://www.revistapoliticaspUBLICAS.ufma.br/site/download.php?id_publicacao...). Acesso em: 06 abr. 2015.

COSTA, Ana Maria. **O programa de assistência integral à saúde da mulher: anotações para um debate**, 1986. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/1986/T86V02A24.pdf>. Acesso em: 01 fev. 2015.

COSTA, Ana Maria. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.14, n.4, p.1073-1083, 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000400014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400014). Acesso em: 23 mar. 2015.

COSTA, Ana Maria. Planejamento familiar no Brasil. **Rev. Bioética**, v.4, n.2, p.1-13, 2010. Disponível em: [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/viewArticle/416](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewArticle/416). Acesso em: 20 abr. 2015.

COSTA, Ana Maria; GUILHEM, Dirce; SILVER, Lynn Dee. Planejamento familiar no Brasil: a autonomia das mulheres sob questão. **Rev. Bras. Saúde-Mater. Infant.**, v.6, n.1, p.75-84, 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292006000100009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292006000100009&script=sci_arttext). Acesso em: 03 mar. 2015.

CRUZ, Cristiane de Oliveira. **Barrados no baile**: práticas contraceptivas no Brasil e a ausência da participação masculina, 2005. Trabalho de Conclusão de Curso. Escola de Serviço Social. Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2005.

D'AMORIM, Maria Alice. Estereótipos de gênero e atitudes acerca da sexualidade em estudos sobre jovens brasileiros. **Temas psicol.**, v.5, n.3, p.121-134, 1997. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413389X1997000300010&script=sci\\_artt\\_ext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413389X1997000300010&script=sci_artt_ext)>. Acesso em: 10 abr. 2015.

DÍAZ, Margarida; CABRAL, Francisco; SANTOS, Leandro. Os direitos sexuais e reprodutivos. In: RIBEIRO, C.; M.T.A. (Ed.) **Afinal, que paz queremos?** Lavras: UFLA, 2004. p.45-70. Disponível em: <[http://adolescencia.org.br/upl/ckfinder/files/pdf/Os\\_direitos\\_sexuais\\_e\\_direitos\\_reprodutivos.pdf](http://adolescencia.org.br/upl/ckfinder/files/pdf/Os_direitos_sexuais_e_direitos_reprodutivos.pdf)>. Acesso: 24 mar. 2015.

DRUMOND, Marcelo. **Rendendo homenagens aos que fizeram história em São Gonçalo!** 2013. Disponível em: <<http://vereadormarcelodrumond.blogspot.com.br/2013/08/renderendo-homenagens-aos-que-fizeram.html>>. Acesso em: 15 mar. 2015.

FREITAS, Gisele Lima de et al. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Rev. Eletrôn. Enf.**, v.11, n.2, p.424-428, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a26.htm>>. Acesso em: 23 mar. 2015.

LIMA, Maria Aparecida R. de Oliveira; LIMA, Luanda de Oliveira. Planejamento Familiar: conflitos e soluções. In: FAZENDO GÊNERO, 8 – CORPOS, VIOLÊNCIA E PODER, 2008, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: UFSC, 2008. Disponível em: <[http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST58/Lima-Lima\\_58.pdf](http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST58/Lima-Lima_58.pdf)>. Acesso em: 02 mar. 2015.

LINDNER, Rubia Sheila. **Direitos reprodutivos**: entre o discurso e a prática na atenção à saúde da mulher com foco no Planejamento Familiar, 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005. Disponível em:

<<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/101664/214289.pdf?sequenc e=1>>. Acesso em: 23 mar. 2015.

LINDNER, Rubia Sheila; COELHO, Elza Berger Salema; CARRARO, Telma Eliza. Direitos reprodutivos: entre o discurso e a prática na atenção à saúde da mulher com foco no planejamento familiar. **Cogitare enferm.**, v.11, n.3, p.197-205, 2006. Disponível em: <[www.saude.sc.gov.br/gestores/sala\\_de.../artigo\\_dissertacao\\_Sheila.doc](http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de.../artigo_dissertacao_Sheila.doc)>. Acesso em: 13 mar. 2015.

LODOÑO, Maria Ladi. **Derechos sexuales y reproductivos**: lo más humanos de todos los derechos. Cali: Talleres Gráficos, 1996.

LOUREIRO, David Câmara; VIEIRA, Elisabeth Meloni. Aborto: dos serviços de emergência de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, sobre aspectos éticos e legais conhecimento e opinião de médicos. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.3, p.679-688, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0102-311x2004000300004](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0102-311x2004000300004)>. Acesso em: 03 mar. 2015.

LYRA, Jorge; MEDRADO, Benedito; LOPES, Fernanda. **Homens também cuidam!** diálogos Sobre direitos, saúde sexual e reprodutiva, paternidade e relações de cuidado. Brasília: UNFPA. Recife: Instituto Papai, 2007. Disponível em: <<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/homenstambemcuidam.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2015.

MARCOLINO, Clarice; GALASTRO, Elizabeth Perez Galastro. As visões feminina e masculina acerca da participação de mulheres e homens no planejamento familiar. **Rev. Latino-am. Enf.**, v.9, n.3, p.77- 82, 2001.

MATOS, Maurílio Castro de. O debate do serviço social na saúde nos anos 90. **Serv. Soc. Soc.**, n.74, p.85-117, 2003.

MESQUITA, Cecília Chagas. **Planejamento familiar e contracepção: saúde, gênero e política na transição democrática**. In: ENCONTROS DE HISTÓRIA, 13, 2008. Rio de Janeiro: Anpuh-Rio, 2008. Disponível em: <[http://encontro2008.rj.anpuh.org/resources/content/anais/1212878796\\_ARQUIVO\\_T extointegralAnpuhrj2008.pdf](http://encontro2008.rj.anpuh.org/resources/content/anais/1212878796_ARQUIVO_T extointegralAnpuhrj2008.pdf)>. Acesso em: 11 mar. 2015.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 31. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

MONNERAT, Giselle Lavinias; SENNA, Mônica de Castro Maia; SOUZA, Rosimary Gonçalves de. A reorganização dos serviços de saúde no cenário local. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.7, n.3, p.509-521, 2002. Disponível em: <[www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232002000300009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232002000300009&script=sci_arttext)>. Acesso em: 25 fev. 2015.

MOREIRA, Maria Helena Camargo; ARAÚJO, José Newton Garcia de. Planejamento familiar: autonomia ou encargo feminino?. **Psic. Estudo**, v.9, n.3, p.389-398, 2004.

PAULA, Luciana. G. de. A dimensão investigativa do exercício profissional do assistente social na saúde. In: SILVA, Letícia Batista; RAMOS, Adriana (Org.). **Serviço Social, saúde e questões contemporâneas**: reflexões críticas sobre a prática profissional. Campinas: Papel Social, 2013. p. 85-98.

PEDRO, Joana Maria. A experiência com contraceptivos no Brasil: uma questão de geração. **Rev. Bras. Hist.**, v.23, n.45, p. 239-260, 2003. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-01882003000100010>>. Acesso em: 20 mar. 2015.

PEREIRA, Antonio Luis Correa; ÁVILA, Maria Antonieta Nunes de. **Planejamento familiar no Brasil**: uma análise crítica, 2011. Disponível em: <<http://www.aads.org.br/arquivos/Artigo%20Planejamento%20Familiar.pdf>> Acesso em: 29 mar. 2015.

REZNIK, Luís; ARAÚJO, Marcelo da Silva. Imagens constituindo narrativas: fotografia, saúde coletiva e construção da memória na escrita da história local. **Hist. cienc. saúde**, v.14, n.3, p.1013-1036, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702007000300017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702007000300017)>. Acesso em: 02 mar. 2015.

RIBEIRO, Jucélia Santos Bispo. Brincadeiras de meninas e de meninos: socialização, sexualidade e gênero entre crianças e a construção social das diferenças. **Cadernos pagu**, n.26, p.145-168, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010483332006000100007&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010483332006000100007&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 06 abr. 2015.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Perseu Abramo, 2004.

SARTI, Cynthia. Feminismo no Brasil: uma trajetória particular. **Cad. Pesq.**, n.64, p.38-47, 1988.

SAUTHIER, Marta; GOMES, Maria da Luz Barbosa. Gênero e planejamento familiar: uma abordagem ética sobre o compromisso profissional para a integração do homem. **Rev. Bras. Enf.**, v.64, n.3, p.457-464, 2010. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/reben/v64n3/v64n3a08.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n3/v64n3a08.pdf)>. Acesso em: 26 fev. 2015.

SCHRAIBER, Lilia Brima. Desafios atuais da Integralidade em Saúde. **J. Rede Saúde**, n.17, p.27-30, 1999. Disponível em: <<http://www.redesaude.org.br/home/conteudo/biblioteca/biblioteca/jornal/001.pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2015.

SILVA, Graziela Souza da et al. Participação do companheiro no planejamento familiar sob a ótica feminina: estudo descritivo. **OBJN**, n.4224, p.882- 891, 2013. Disponível em: <[http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/viewFile/4224/pdf\\_16](http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/viewFile/4224/pdf_16)>. Acesso em: 02 mar. 2015.

SILVA. Henrique Mendonça da. **Luiz Palmier e sua produção intelectual sobre saúde**. In: ENCONTRO REGIONAL DA ANPUH-RIO, 14, 2010. Rio de Janeiro: UNIRIO, 2010. Disponível em: <[http://www.encontro2010.rj.anpuh.org/resources/anais/8/1278018992\\_ARQUIVO\\_LuizPalmier\\_apresenta\\_Henrique\\_Mendonca\\_revisto.pdf](http://www.encontro2010.rj.anpuh.org/resources/anais/8/1278018992_ARQUIVO_LuizPalmier_apresenta_Henrique_Mendonca_revisto.pdf)>. Acesso em: 14 mar. 2015.

SOUZA JÚNIOR, Aujôr de. **A política demográfica da Igreja Católica e a medicalização da contracepção** (1960-1980), 2006. Dissertação (Mestrado em História Cultural) - Programa de Pós Graduação em História, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/106584/225827.pdf?sequenc e=1>>. Acesso em: 12 mar. 2015.

TEDESCHI, Losandro Antônio. Uma palavra para desconstruir sentido e construir usos políticos. **Rev. Ártemis**, v.6, p.106-113, 2007. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/artemis/article/view/2130/1888>>. Acesso em: 06 abr. 2015.



THIRY-CHERQUES, Hermano Roberto. Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. **Rev. PMKT**, n.03, p.20, 2009.

VENTURA, Miriam. **Direitos reprodutivos no Brasil**. 3. ed. rev. atual. Brasília: UNFPA, 2009. Disponível em: <[http://www.unfpa.org.br/Arquivos/direitos\\_reprodutivos3.pdf](http://www.unfpa.org.br/Arquivos/direitos_reprodutivos3.pdf)>. Acesso em: 06 abr. 2015.

### SITES ACESSADOS

**O São Gonçalo on line**, 2010. Um hospital só para mulheres. Disponível em [www.osaogoncalo.com.br/site/geral/2012/2/2/10520/um+hospital+s%C3%B3+para+mulheres](http://www.osaogoncalo.com.br/site/geral/2012/2/2/10520/um+hospital+s%C3%B3+para+mulheres) Acesso 26 fev. 2015.

[www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/perfil.php?codmun=330490](http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/perfil.php?codmun=330490) Acesso em: 22 fev. 2015.

<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=330490> Acesso em: 28 jan. 2015.

[http://www.saogoncalo.rj.gov.br/orcamento/2015/ppa/mensagem\\_creditos\\_ppa\\_2015.pdf](http://www.saogoncalo.rj.gov.br/orcamento/2015/ppa/mensagem_creditos_ppa_2015.pdf) Acesso em: 14 mar. 2015.

## APÊNDICE A

### QUESTIONÁRIO

- Perfil da pessoa entrevistada
  - 1 – Idade
  - 2 – Grau de escolaridade
  - 3 – Profissão
  - 4 – Possui vínculo empregatício formal?
  - 5 – Estado civil
  - 6 – Com quem reside?
  
- Entrevista
  - 1 – Para você, qual a importância dos métodos contraceptivos?
  - 2 – Você ou seu parceiro usam algum método contraceptivo?
  - 3 – Se vocês usam, quem escolheu o método contraceptivo?
  - 4 – Quem deve ser o principal responsável pela escolha do método contraceptivo: o homem, a mulher, ou os dois? Por quê?
  - 5 – Seu (s) filho(s) foi planejado pelo casal ou somente por um dos dois?
  - 6 – Como acha que o seu companheiro reagiria ao ser convidado por você para acompanhá-la nas palestras de planejamento familiar? As reuniões ocorrem, nessa unidade hospitalar, às segundas feiras. Há dois horários: das 9:00 às 11:00 ou das 14:00 às 16:00

## APÊNCICE B

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Título da Pesquisa:** a percepção feminina acerca da participação masculina no planejamento sexual e reprodutivo  
**Curso/ Instituição:** Curso de Especialização: AISMI – Assistência Integral à Saúde Materno-Infantil da UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro  
**Local da coleta de dados:** HLP – Hospital Luiz Palmier, Setor Saúde da Mulher

#### **Objetivos deste estudo**

Conhecer o que as mulheres pensam sobre a participação/ausência do homem no planejamento sexual e reprodutivo; identificar se os companheiros participam na escolha do método contraceptivo utilizado pelo casal; examinar as condições que homens e mulheres possuem para usufruir dos direitos relacionados ao Programa de Planejamento Familiar; conhecer o método contraceptivo utilizado pelo casal.

#### **Descrição dos procedimentos realizados**

Esse projeto será apresentado a dez puérperas, na referida instituição, as quais serão convidadas a participar de modo voluntário de uma entrevista que comporá o estudo.

#### **Desconforto e riscos esperados**

Ao participar da entrevista poderá ocorrer algum desconforto para responder às perguntas.

#### **Benefícios relacionados à participação do sujeito da pesquisa**

Espera-se contribuir para melhorar a qualidade de vida de homens e mulheres, visto que o planejamento sexual e reprodutivo interfere nas dimensões econômicas e sociais.

#### **Despesas**

Não haverá custos para o participante da pesquisa e nenhum tipo de pagamento.

As informações obtidas por meio dessa pesquisa são confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados da pesquisa não serão divulgados de forma a possibilitar a sua identificação. A pessoa pesquisada receberá um cópia desse termo. Se houver dúvidas sobre o projeto estas poderão ser tiradas com o pesquisador em qualquer momento.

Afirmo que ficou claro para mim, o processo da pesquisa citado acima. Deste modo, participei voluntariamente deste estudo, certa de que poderei desistir a qualquer momento, sem prejuízos.

---

Assinatura do sujeito da pesquisa

Identidade n° \_\_\_\_\_

---

Ieda F. de Paulo Matias de Alexandria – pesquisadora responsável. Tel.: 021-983056841

Hospital Luiz Palmier – Pça. Estephania de Carvalho, s/nº – Zé Garoto – São Gonçalo

Comitê de Ética e Pesquisa – CEP – Maternidade Escola /UFRJ, Rua das Laranjeiras 180, Laranjeiras – RJ

São Gonçalo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.