

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ –
FACENE/RN

ANA PEDRINA DE LUCENA

**A PERCEPÇÃO DOS HOMENS ACERCA DO PLANEJAMENTO FAMILIAR
EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE MOSSORÓ RN**

MOSSORÓ
2011

ANA PEDRINA DE LUCENA

**A PERCEPÇÃO DOS HOMENS ACERCA DO PLANEJAMENTO FAMILIAR
EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE MOSSORÓ RN**

Monografia apresentada à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN, como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADORA: Prof^ª. Esp. Verusa Fernandes Duarte.

MOSSORÓ
2011

ANA PEDRINA DE LUCENA

**A PERCEPÇÃO DOS HOMENS ACERCA DO PLANEJAMENTO FAMILIAR
EM UMA UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA DE MOSSORÓ RN**

Monografia apresentada pela aluna, Ana Pedrina de Lucena do Curso de Enfermagem tendo obtido o conceito de _____, conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovada em _____ de _____ de 2011.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Esp Verusa Fernandes Duarte (FACENE/RN)
Orientadora

Prof^ª.Esp Joseline Pereira Lima (FACENE/RN)
Membro

Prof^ª. Esp. Karla Simões Cartaxo Pedrosa (FACENE/RN)
Membro

A meus pais, Dorinha e Ozeias, pelo carinho, incentivo que eles sempre me deram no decorrer não só do curso mas de toda minha vida e por acreditarem em mim e me proporcionarem uma vida profissional que eu sempre desejei.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por iluminar e guiar meus caminhos.

A meus pais pelo amor, carinho, educação e incentivo que me deram em toda minha vida.

A minhas Tias Vanuzia, Vania pelo apoio e incentivo nesta longa jornada. Obrigada

A Vagna “minha tia,” obrigada por me incentivar nos momentos difíceis me dando apoio para a continuação dessa trajetória tão importante em minha vida.

Aos meus queridos irmãos Paulo Victor e Samuel pelo seu carinho e ajuda quando precisei.

Aos meus queridos avós, obrigada pelos ensinamentos.

A Maiane e Gabriela pela disposição em me ajudar mesmo nos momentos mais difíceis. Obrigada.

As minhas amigas Ana Paula e Karla, pelas dificuldades que passamos juntas, pelas alegrias que compartilhamos, pelos momentos inesquecíveis e pela amizade.

Aos meus colegas de turma pelo carinho e amizade durante esses quatro anos.

A minha irmã Erica, e minha sobrinha Helena pelo carinho, e por me proporcionarem momentos tão felizes.

A Adriano pela sua paciência e compreensão.

A minha querida orientadora Prof^a Verusa Fernandes, pela paciência, incentivo, compreensão e contribuição na construção do conhecimento.

Às professoras Joseline e Karla, por me concederem a honra de fazerem parte da minha banca examinadora.

A todos os homens que aceitaram participar da minha pesquisa, pois essa contribuição foi fundamental para realização da mesma.

“O planejamento familiar é direito de todo cidadão.”
(Art. 1º da Lei nº 9.263/1996)

RESUMO

O planejamento familiar (PF) é de livre decisão do casal, competindo ao Estado propor recurso para o exercício desse direito. Este trabalho teve como objetivo geral analisar a percepção do homem acerca do planejamento familiar e os específicos: caracterizar a situação socioeconômica da população pesquisada; identificar qual a importância dada pelos homens para o PF; verificar o conhecimento dos homens sobre os métodos contraceptivos oferecidos na Unidade de Saúde da Família; identificar as barreiras que distanciam o homem do PF. Trata-se de uma pesquisa do tipo descritivo-exploratória com abordagem quanti-qualitativa. O estudo foi desenvolvido em uma Unidade de Saúde da família (USF) na cidade de Mossoró-RN. A amostra pesquisada foi com 10 homens de faixa etária de 18 a 50 anos que são cadastrados no planejamento familiar da área de abrangência da referida USF. O método utilizado para coleta de dados foi a entrevista. Os resultados quantitativos foram expressos na forma de média e em valores reais, demonstrados na forma de gráficos e tabelas sucedidos de discussão. Referente aos dados qualitativos foi utilizada para análise a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. Percebeu-se que 20% da amostra apresentam 19 a 30 anos, 40% 31 a 40 anos e os demais 40% 41 a 50 anos e observou-se quanto à escolaridade que 50% não concluíram o Ensino Fundamental, 20% não concluíram o Ensino Médio, 20% concluíram o Ensino Médio e 10% são analfabetos. Quanto a Profissão/Ocupação atual observou-se que 80% apresentam uma profissão/ocupação atual e somente 20% não apresentam. Constatou-se que 10% não possui salário, 10% ganham menos de 1 salário, 60% ganham de 1 a 3 salários e 20% ganham mais de 3 salários. Percebeu-se quanto a ingestão de bebidas alcoólicas, 50% ingerem algum tipo de bebida alcoólica e os demais 50% não ingerem nenhum tipo de bebida alcoólica. Com relação aos fumantes, observou-se que 30% fumam e 70% não fumam. Quanto à questão “o que você entende sobre o planejamento familiar?” identificou-se que o planejamento familiar é visto pelos homens como um método contraceptivo que pode evitar doenças e a gravidez não desejada. Percebeu-se que quanto à questão “você acha importante o planejamento familiar?” 100% afirmaram que sim, por que querem dar maior conforto aos filhos, planejando o momento certo para tê-los proporcionando assim uma educação de qualidade. Identificou-se que quanto à questão “você conhece os métodos contraceptivos?” em 100% constatou-se que sim, destacando-se como mais relatados foram: condom, DIU, pílula e injetável. Percebeu-se que quanto à questão “quais as barreiras que dificultam você as acesso ao planejamento familiar?” o tempo e a falta de informação são os principais empecilhos para o homem. A pesquisa nos permitiu concluir que o programa de planejamento familiar precisa de um direcionamento maior para o público masculino. Entendemos que a Educação popular e Profissional aliada a transformação das práticas do serviço são caminhos a serem percorridos para que o programa de planejamento consiga atingir o público masculino.

Palavras-chave: Planejamento Familiar. Saúde do Homem. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Family Planning (FP) is a free choice of the couple, competing to the State to propose resources for the exercise of this right. This study aimed to analyze the perception of men about family planning and the specific objectives were: characterize the socioeconomic status of the studied population; identify the importance is given by men for the FP; check the men's knowledge about contraceptive methods offered at the Family Health Unit; identify the barriers that deviate man from FP. This is a descriptive-exploratory research with quantitative and qualitative approach. The study was developed in a Family Health Unit (FHU) in Mossoró, RN. The sample was composed by 10 men aged between 18 and 50 years old who are registered in the family planning in the area covered by the previously mentioned FHU. Interview was the method used for data collection. The quantitative results were expressed as average and in real values, shown as graphs and tables succeeded of discussion. Referring to the qualitative data, the technique of Collective Subject Discourse was used for technical analysis. It was noted that 20% of the sample are from 19 to 30 years old; 40% are from 31 to 40 and the other 40% from 41 to 50 years old. As for schooling it was observed that 50% had not finished elementary school, 20% did not finish high school, 20% finished high school and 10% are illiterate. As for current profession/occupation it was observed that 80% have a current profession/occupation and only 20% do not. It was found that 10% have no earnings, 10% earn less than a salary, 60% earn from 1 to 3 salaries and 20% earn more than 3 salaries. About the ingestion of alcoholic beverages it was observed that 50% drink some type of alcoholic beverage and the other 50% do not drink any alcohol. With regard to smokers, it was observed that 30% smoke and 70%do not smoke. As for the question "what do you understand about family planning?" it was identified that family planning is seen by men as a contraceptive method that can prevent disease and unwanted pregnancy. It was noticed that on the question "Do you think family planning is important?" 100% said yes, because they want to give more comfort to their children, planning the right time to have them and then providing a quality education. It was identified that on the question "Do you know the methods of contraception?" it was verified that 100% did. Standing out as the most frequently reported were: condom, IUD, pill and injections. It was noticed that on the question "what are the barriers that hinder you the access to family planning?" time and lack of information are the main obstacles for the man. The survey allowed us to conclude that the family planning program needs a major direction for the male audience. We understand that the popular and Professional education coupled with the transformation of the practices of the service are ways to be followed in order that the planning program achieve the male audience.

Keywords: Family Planning. Men's Health. Primary Health Care

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Ideia central e Expressões-chave em resposta à questão: “O que você entende sobre o planejamento familiar?”. -----33

Quadro 2 – Ideia central e Expressões-chave em resposta à questão: “Por que você acha importante o planejamento familiar?”. -----36

Quadro 3 – Ideia central e Expressões-chave em resposta à questão: “Quais métodos contraceptivos você conhece?”. -----38

Quadro 4 – Idéia central e Expressões-chave em resposta à questão: “Quais as barreiras que dificultam você a ter acesso ao planejamento familiar?”. -----41

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização da amostra, pautada na idade e escolaridade. -----30

Tabela 2 – Caracterização da amostra, relacionada à Profissão/Ocupação atual e a Renda. -----31

Tabela 3 – Caracterização da amostra, relacionada à ingestão de bebidas que contém álcool e a fumantes. -----32

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	14
2.1 OBJETIVO GERAL	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
3 REVISÃO DE LITERATURA	15
3.1 O FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA COM O SURGIMENTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	15
3.2 BREVE RELATO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM	18
3.3 O PROGRAMA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR	19
3.4 CONTRIBUIÇÕES DOS DEMAIS PROFISSIONAIS DA SAÚDE E DO ENFERMEIRO AO PLANEJAMENTO FAMILIAR	23
4 PERCURSO METODOLÓGICO	25
4.1 TIPO DE PESQUISA	25
4.2 LOCAL DA PESQUISA	25
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	26
4.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS	26
4.5 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS	27
4.6. ESTRATÉGIA PARA A ANÁLISE DOS DADOS	27
4.7 ASPECTOS ÉTICOS	28
4.8 FINANCIAMENTO	28
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	29
5.1 ANÁLISE QUANTITATIVA	29
5.2 ANÁLISE QUALITATIVA	33

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
REFERÊNCIAS	45
APÊNDICES	50
ANEXO	54

1 INTRODUÇÃO

A Organização das Nações Unidas (ONU), em 1968, declarou e reconheceu o Planejamento Familiar (PF) como sendo uma das mais importantes ações preventivas na área da saúde. Hoje a política brasileira se detém ao respeito pelos direitos humanos, em que proporciona aos casais informações necessárias sobre os direitos sexuais e reprodutivos (BARROS, 2009).

A Constituição Brasileira no capítulo VII, artigo 226, parágrafo 7, reconhece o PF como um direito de todo cidadão, bem como é dever do Estado a responsabilidade de proporcionar recursos para tais exercícios. Assim, encontra-se o direito, para livre decisão do casal sobre o número de filhos e o intervalo entre eles, com objetivo de alcançar o nível mais elevado possível de saúde sexual e reprodutiva (BARROS, 2009).

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), lançado em 1983, representou um grande avanço na assistência integral e universal, como propor o acesso às informações, quanto ao período reprodutivo, às formas seguras de práticas contraceptivas e de tratamento de infertilidade. As bases conceituais deste programa são referências e inspiração para a luta pela equidade de gênero na saúde e representa um avanço em relação à saúde da mulher na sua integralidade (SAUTHIER; GOMES, 2009).

A integração dos homens nas ações de saúde reprodutiva encontra-se entrelaçada nos princípios do PAISM e claramente apresentados nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto à universalidade, equidade e integralidade das ações (GALASTRO; FONSECA, 2005).

Apesar de ter uma vasta discussão a respeito da masculinidade em geral, ainda há uma insuficiência de estudos sobre o empenho masculino voltado para o estilo de vida saudável e a promoção da saúde. Para se avançar nessa discussão, dentre outros aspectos, é importante dar voz aos próprios homens para incluir as questões relacionadas no seu acesso aos serviços de atenção primária à saúde (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

É nessa perspectiva que o PF é uma ferramenta essencial no âmbito da saúde, em que os sujeitos que fazem parte deste arcabouço encontram-se um pouco distante dos seus conhecimentos e dos seus direitos. Os profissionais devem aproveitar o momento

para informar e orientar os usuários sobre os diversos temas que englobam a saúde sexual e reprodutiva (SAUTHIER; GOMES, 2009).

Ressalto a necessária participação do homem no PF, pois em nossa cultura, muitas vezes cristalizada pela masculinidade algumas vezes, excluir a participação do homem, e colocar a mulher em lugar de destaque na escolha dos métodos abordados pelo planejamento (SAUTHIER; GOMES, 2009).

Diante de inquietações surgidas a partir do estágio da disciplina Enfermagem em Saúde da Mulher na Atenção Básica, o qual proporcionou vivenciar a teoria *versus* prática, e deparar com a assistência ao PF, observei algumas dificuldades na adesão do homem a esse programa.

Isso fez despertar para a seguinte indagação: Qual a percepção do homem acerca do PF? Acredita-se que a existência desta pesquisa é de grande relevância devido à escassez de literatura sobre a temática, como também contribui para a academia e também para a enfermagem na abordagem ao casal na adesão ao PF.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar a percepção do homem acerca do Planejamento Familiar.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a situação socioeconômica da população pesquisada;
- Identificar qual a importância dada pelos homens para o PF;
- Verificar o conhecimento dos homens sobre os métodos contraceptivos oferecidos na Unidade de Saúde da Família;
- Identificar as barreiras que distanciam o homem do PF.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 O FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA COM O SURGIMENTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A Atenção Básica define-se por um conjunto de ações de saúde, no espaço individual e coletivo, abrangendo assim a promoção e a prevenção de possíveis agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação (BRASIL, 2006).

A porta de entrada do sistema de saúde no Brasil é atenção primária ou Atenção Básica à Saúde, em que a rede é articulada pela continuidade e integralidade da atenção, orientada pelos princípios do SUS, além de representar a coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária o qual o Programa Saúde da Família (PSF) configura-se como modelo reorganizador da assistência primária no Brasil (BRASIL, 2006).

O PSF teve início no Brasil em 1994, com a implantação anterior do programa de agente comunitário de saúde (PASC) em 1991. Em janeiro de 1994, foram formadas as primeiras equipes de Saúde da Família, cujo objetivo era incorporar e aumentar a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde, tendo como propósito de reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tecnicista, curativista, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida da população assistida (FONTINELE JÚNIOR, 2008).

No contexto do SUS, a Atenção Básica de Saúde caracteriza-se por um conjunto de ações que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, considerando o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural (OGATA; MACHADO; CATOIA, 2009).

Na perspectiva de fortalecer a Atenção Básica no país, o Ministério da Saúde, em 1994, implantou o PSF e transformou, no ano de 2006, em estratégia de forma a dar continuidade às ações que regiam o PSF (KAWAMOTO; SANTOS; MATTOS, 2009).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) ocorreu em resposta à crise do modelo médico-clínico propondo uma real mudança na forma de pensar a saúde, uma vez que o modelo assistencial predominante no país ainda não contemplava os princípios do SUS.

A assistência era focada no individualismo, baseada na cura e na medicalização com baixa resolutividade e baixo impacto social (OGATA; MACHADO; CATOIA, 2009).

A ESF não foi implantada apenas para organizar a atenção primária no SUS provisoriamente, mas, basicamente, para estruturar esse sistema público de saúde, uma vez que houve um redirecionamento das prioridades de ação em saúde, reafirmação de uma nova filosofia de atenção à saúde e concretização dos princípios organizadores do SUS (CAMPOS et al., 2009).

A operacionalização da ESF ocorre mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em áreas geograficamente delimitadas (KAWAMOTO; SANTOS; MATTOS, 2009).

A ESF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral ou contínua. Assim, esses profissionais e a população, acompanhada, criam vínculos de co-responsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento dos problemas de saúde da comunidade (FONTINELE JÚNIOR, 2008).

Sendo assim, para que os objetivos da ESF sejam alcançados de forma efetiva, torna-se necessário que as ações e serviços de saúde sejam executados por profissionais capacitados, que possam assumir novos papéis e responsabilidades (FONTINELE JÚNIOR, 2008).

As equipes têm o papel de conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, destacar suas características socioeconômicas, psicoculturais, demográficas e epidemiológicas; identificar problemas da saúde mais comuns e situações de risco à qual a população está exposta; elaborar com a participação da comunidade inserida, um nível local para o enfrentamento dos fatores que colocam em risco a saúde; valorizar a relação com o usuário e com a família para a criação de vínculos de confiança, que é fundamental no processo de cuidar (KAWAMOTO; SANTOS; MATTOS, 2009).

Ainda apresenta o papel de oferecer assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, buscando interação com indivíduos sadios ou doentes, dispor-se a promover a saúde mediante a educação sanitária; aplicar processos educativos por intercessão de grupos voltados à recuperação da auto-estima, troca de experiências, apoio mútuo e melhoria do auto-cuidado (KAWAMOTO; SANTOS; MATTOS, 2009).

Ohara e Saito (2010) destacam as atribuições dos membros da equipe e comenta que o médico saúde da família deve: oferecer atendimento integral, em sua área de abrangência; gerar vínculos com a comunidade; além do atendimento médico - assistencial, tratar dos aspectos preventivos às doenças; realizar ações de vigilância sanitária e epidemiológica; executar ações de proteção à mulher, às gestantes, às crianças, aos hipertensos, ao diabético, ao idoso, etc.

Também é tarefa da equipe realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade. (BRASIL, 2006). Sobre as atribuições da equipe, diz Brasil:

Conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações; planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS; supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem; contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem, ACD e THD; e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF (BRASIL, 2006 p. 44).

O Auxiliar de Enfermagem tem como atribuições: realizar visitas domiciliares, discussão de casos com a equipe, gerar vínculo com a população, atividade específicas da função (curativo, administração de medicamentos, vacinas) (OHARA; SAITO, 2010).

Os Agentes comunitários de saúde (ACS) funcionam como um elo de ligação entre a equipe e a comunidade; pois um contato constante com as famílias promove o trabalho de vigilância e promoção da saúde, efetuado por toda a equipe. Sua responsabilidade é; realizar o mapeamento de suas áreas; cadastrar as famílias e atualizar constantemente esse cadastro; identificar indivíduos e famílias em condição de risco; desenvolver ações de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde (KAWAMOTO; SANTOS; MATTOS, 2009).

3.2 BREVE RELATO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem tem como propósito melhorar os serviços de atenção à saúde da população masculina na perspectiva de linhas de cuidado que visem à integralidade e à equidade das demais políticas existentes, priorizando a atenção primária (BRASIL, 2008).

O reconhecimento de que a população masculina acessa o sistema de saúde por meio da atenção particularizada requer mecanismos de fortalecimento e qualificação da atenção primária, para que a Atenção à Saúde não se volte somente à recuperação, mas garanta, especialmente, a promoção da saúde e a prevenção a danos evitáveis (BRASIL, 2008).

Foi constatado que os homens, em geral, sofrem mais de condições severas e crônicas de saúde do que as mulheres e, além disso, morrem mais do que elas pelas principais causas de morte. Embora as taxas masculinas assumam um peso significativo nos perfis de morbimortalidade, é notório que a presença de homens nos serviços de atenção primária à saúde é menor do que a das mulheres (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

A não procura pelos serviços de atenção primária faz com que o indivíduo fique privado da proteção necessária, haja vista que, para a preservação de sua saúde, continue a fazer uso de procedimentos desnecessários. Se a procura pelo Serviço de Saúde houvesse ocorrido em momento anterior, muitos agravos poderiam ser evitados, caso houvesse regularidade das medidas de prevenção primária (BRASIL, 2008).

É bastante difundida a ideia de que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) são serviços designados quase que exclusivamente para mulheres, crianças e idosos. Há pouca assiduidade masculina nos serviços de atenção primária à Saúde. A ausência dos homens ou sua invisibilidade, nesses serviços, é uma característica da identidade masculina relacionada o seu processo de socialização (FIGUEIREDO, 2005).

Nesse caso, a identidade masculina estaria associada à desvalorização do autocuidado e à preocupação incipiente com a saúde. No entanto, afirma-se que, na verdade, os homens preferem utilizar outros serviços de saúde, como farmácias ou pronto-socorros, que responderiam mais objetivamente às suas demandas. Nesses espaços, os

homens seriam atendidos mais rapidamente e conseguiriam expor seus problemas com mais facilidade (FIGUEIREDO, 2005).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem está ligada com a Política Nacional de Atenção Básica, porta de entrada do SUS, e com as estratégias de humanização em saúde, em consonância com os princípios do SUS, fortalecendo ações e serviços em redes e cuidados da saúde, privilegia a ESF e evita, assim, a setorialização de serviços ou a segmentação de estruturas (BRASIL, 2008).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) volta-se para especificidades da saúde masculina ou seu comportamento em diferentes fases da vida. Fez duas publicações das quais uma delas defende uma abordagem particular para os rapazes nas ações da área da saúde, porque uma das principais causas da mortalidade de homens, em geral, relaciona-se com a forma de socialização e forma de vida que levam (GOMES; NASCIMENTO, 2006).

A segunda publicação se propõe a estabelecer uma base para que políticas e estratégias voltadas para os homens em processo de envelhecimento sejam desenvolvidas. O documento defende a atribuição das abordagens de gênero específicas que costumam identificar a desigualdade constante no *status* que as mulheres ocupam nas sociedades. Ao mesmo tempo, alerta para uma grande necessidade de propor investigações acerca da posição social específica dos homens, em especial, aos mais velhos, e as repercussões em termos de determinantes da saúde masculina. (GOMES; NASCIMENTO, 2006).

3.3 O PROGRAMA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR

Na década de 1960, os programas de PF, basicamente de organizações Não-Governamentais (ONG's), tinham orientações claramente demográficas e ofereciam precedência quase especificamente a realização de materiais quantitativos, com insuficiente ou inexistente importância ao contentamento individual dos usuários e ao nível de condição da atenção oferecida (GALVÃO; DÍAZ, 1999).

O PF tem como finalidade informar e orientar os casais a tomar suas próprias decisões, de forma espontânea e consciente, quanto ao número de filhos que almejam

ter, o momento mais apropriado para tê-los e o método contraceptivo que desejam usar (TABORDA; GOMES, 2005).

Nos últimos anos, o Ministério da Saúde, conhecedor das necessidades da área do PF, tem aumentado suas ações nessa área, empenhando-se na capacitação do pessoal e ampliando atividades para garantir o adequado cumprimento de materiais (GALVÃO; DÍAZ, 1999).

Com a implantação do SUS, o número de ações em PF, que são pagas pelo sistema, tem aumentado, tais como a inserção do DIU, a medição do diafragma e as ações educativas. Mas ainda existem grandes carências nos serviços de PF, não só na qualidade da atenção mas também no acesso aos diferentes métodos (GALVÃO; DÍAZ, 1999).

Considerando que o planejamento pode ser realizado tanto pelo homem quanto pela mulher, isoladamente, mesmo quando estes não querem construir uma família, vem sendo muito debatida a utilização do termo Planejamento Reprodutivo em substituição ao PF, pois se trata de uma concepção mais abrangente (BRASIL, 2002).

Dessa forma, o adolescente, o jovem ou o adulto, homem ou mulher, independentemente de serem casados ou de estabelecerem uma família, podem realizar, individualmente ou com o parceiro, pode escolher se querem ter ou não filhos (BRASIL, 2002).

Quando casais conversam sobre PF, tendo ou não ajuda de um profissional de saúde, têm maior possibilidade de fazer planos que poderão cumprir. Dessa forma, os profissionais podem: treinar homens e mulheres sobre como conversar com suas parceiras e parceiros sobre sexo, PF e Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's); estimular a tomada de decisão conjunta sobre assuntos de saúde sexual e reprodutiva; convidar e incentivar as mulheres a trazerem seus parceiros à clínica para que façam juntos o aconselhamento, a tomada de decisão e o atendimento; Sugerir às clientes que conversem com seus parceiros sobre os serviços de saúde para homens e fornecer materiais informativos para levarem para casa, se disponíveis (BRASIL, 2002).

Vários são os motivos pelos quais muitos homens resistem à participação em atividades de contracepção, ou até mesmo que suas companheiras usem contraceptivos, por agregarem a virilidade à fertilidade, por julgarem que o uso da contracepção por suas mulheres poderia predispor à infidelidade, motivos religiosos, medo de não manter sua autoridade de chefe de família e por medo de possíveis efeitos colaterais dos métodos contraceptivos (CARVALHO; PIROTTA; SCHOR, 2000).

No entanto, ao longo da década de 90, foi-se cristalizando a convicção de que o homem tem papel essencial com respeito à saúde reprodutiva do casal, de que o uso efetivo de métodos contraceptivos, e até mesmo a satisfação com o método escolhido, são freqüentemente influenciados pelo homem, de que ter o suporte do parceiro contribui para um melhor uso de métodos femininos e de que, para muitos casais, um método masculino pode ser uma excelente escolha (DUARTE, et al, 2003).

Os homens necessitam de informações corretas e que se desfaçam alguns mitos e percepções equivocadas. Entre os assuntos importantes a abordar com os homens, estão: os métodos de PF, tanto os destinados aos homens quanto para as mulheres, inclusive a segurança e eficácia de cada um deles; As DST's, entre elas HIV/AIDS como são e como não são transmitidas, testes e tratamento; as vantagens de se esperar até que o filho mais novo complete 2 anos de idades antes de a mulher engravidar novamente; a anatomia, a função sexual e reprodutiva masculina feminina e a gravidez e o parto seguros (BRASIL, 2002).

O pouco envolvimento masculino nas atividades de contracepção está ligado a outras questões proeminentes na área de Saúde Reprodutiva, como o avanço da incidência de mulheres infectadas pelo HIV e outras doenças sexualmente transmitidas, o que poderia ser minimizado com o uso do condom. (CARVALHO; PIROTTA; SCHOR, 2000).

Os principais métodos de PF como os preservativos masculinos e a vasectomia são realizados pelos homens, os quais também apresentam suas próprias necessidades e preocupações em termos de saúde reprodutiva, em particular com relação às doenças sexualmente transmissíveis (DST's) (BRASIL, 2002).

A taxa de fecundidade no Brasil tem diminuído nos últimos anos, atingindo níveis praticamente semelhantes a países desenvolvidos. O crescimento demográfico, conseqüentemente, tem diminuído e apresentado mudanças na estrutura da população. Essa redução da fecundidade ajusta-se com uma taxa de prevalência de uso de anticoncepcional muito alta (prevalência total de 76,7% das mulheres unidas em idade reprodutiva) semelhante aos países de primeiro mundo (GALVÃO; DÍAZ, 1999).

As atitudes dos homens podem determinar se as mulheres conseguirão praticar efetivamente comportamentos saudáveis ou não. Alguns homens se preocupam com a saúde reprodutiva de suas parceiras e as apóiam nisso. Outros atrapalham ou tomam decisões por elas. Os profissionais de saúde podem dar apoio e prestar serviços aos

homens de maneira a incentivar os casais a conversarem, fornecer informações precisas e oferecer serviços ou encaminhamentos (BRASIL, 2002).

A política de PF desenvolvida pelo Governo Federal prevê a oferta na rede pública de anticoncepcionais, de serviços para esterilização voluntária e serviços voltados à reprodução assistida para casais com dificuldade de ter filhos (LIMA; LIMA, 2008).

Segundo Brasil (2005, p 6), a Constituição Federal inclui no Título VII da Ordem Social, em seu Capítulo VII, art. 226, § 7º, a responsabilidade do Estado no que se refere ao PF, nos seguintes termos:

Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas (BRASIL, 2005, p. 6).

Segundo Moreira e Araújo (2004, p 391), a proteção legal dos direitos reprodutivos no Brasil é fruto de um longo processo de luta em que contracenam diversos atores sociais. Até então, o PF, dependendo de iniciativas de governantes e entidades privadas, passou a se constituir dever do Estado, a partir da Lei n.º 9.263, que regulamentou o art. 226, no parágrafo 7º, da constituição.

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 (BRASIL, 2005, p. 6).

Nessas Conferências, os governos de vários países, entre os quais se inclui o Brasil, assumiram o compromisso de basear nos direitos sexuais e nos direitos reprodutivos todas as Políticas e os Programas Nacionais dedicados à população e ao desenvolvimento, inclusive o Programa de Planejamento Familiar (PPF), haja vista que em Cairo e Pequim opõem-se radicalmente à imposição de metas populacionais, conceptivas e contraceptivas (BRASIL, 2005).

Os direitos reprodutivos abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, em documentos internacionais sobre direitos humanos, em outros documentos consensuais. Esses direitos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o

espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência (MOREIRA; ARAÚJO, 2004, p. 391).

3.4 CONTRIBUIÇÕES DOS DEMAIS PROFISSIONAIS DA SAÚDE E DO ENFERMEIRO AO PLANEJAMENTO FAMILIAR

A atuação dos profissionais de saúde no campo do PF está amparada na Constituição Federal, artigo 226, parágrafo 7º, que recomenda uma assistência baseada no princípio da paternidade responsável e no direito de livre escolha dos indivíduos e/ou casais. Por isso, as ações voltadas à anticoncepção têm como pressuposto a oferta dos Métodos Anticoncepcionais (MAC's) aprovados no País, para proporcionar à mulher, homem ou casal a possibilidade de livre acesso (MOURA; SILVA, 2005).

Segundo Moreira e Araújo (2004, p. 392), “os profissionais devem estar familiarizados com os mitos e percepções errôneas sobre os métodos anticoncepcionais (...). Deve-se combatê-los com sensibilidade, mais de maneira correta”.

A visita domiciliar garante um elo de ligação entre a equipe de saúde ao contexto familiar e social dos assistidos e destaca-se como uma atividade que permite acompanhar regularmente a saúde da família, prestar ou supervisionar cuidados e identificar, no domicílio e nas dinâmicas e relacionamentos do grupo familiar, os fatores que poderão auxiliar na determinação do processo saúde-doença (COSTA; SILVA, 2004).

A preferência por um método envolve tanto o número de métodos oferecidos quanto a sua variedade, de acordo com as características próprias de cada um. Deste modo, para que os indivíduos tenham opção, e possam escolher livremente, é necessária também a informação científica recebida e assimilada acerca dos MAC disponíveis. As equipes de USF estão aptas a fazer parte dessa escolha junto com os usuários, possibilitando a construção de políticas de saúde que gerem uma maior qualidade da atenção à saúde (ESPEJO, et al., 2003).

O PF, enquanto ação em saúde tem sido reconhecida como uma necessidade do ser humano, mas apresenta controvérsias entre o que é praticado pela Sociedade e o que é normatizado pelo Estado e, ainda, disponibilizado pelos serviços de saúde. A

controvérsia sobre o PF perpassa pela Enfermagem, haja vista que esta prática social, fundamentalmente se concretiza nas instituições de saúde, tendo como centro de sua ação o cuidar e o assistir da população (COELHO, 2005).

As práticas de anticoncepção decorrem das crenças e dos valores da sociedade, bem como das políticas do Estado e não são exercidas por todas as mulheres e todos os homens de forma igualitária (COELHO, 2005).

O Governo brasileiro pauta-se pelo respeito e pela garantia aos direitos humanos, entre os quais se incluem os direitos sexuais e os direitos reprodutivos, para a formulação e a implementação de políticas em relação ao PF (BRASIL, 2005).

O PF deve ser um elemento muito importante na Prevenção Primária de Saúde, auxiliando as pessoas que buscam tais serviços, oferecendo-lhes subsídios necessários para a escolha e uso efetivo dos métodos anticoncepcionais que melhor se adequam às condições atuais de saúde (CAMIÁ; MARIN; BARBIERI, 2001).

O enfermeiro encontra-se em uma posição respeitável para auxiliar os casais a compreenderem as opções de métodos contraceptivos disponíveis. Quanto melhor for a qualidade da orientação oferecida, maior será a adequação na escolha, satisfação, aceitabilidade e continuidade no uso do método anticoncepcional, o que acarretará redução no índice de falha (CAMIÁ; MARIN; BARBIERI, 2001).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE PESQUISA

Pesquisa do tipo descritivo-exploratória, com abordagem quanti-qualitativa. Na pesquisa descritiva, os fatos são analisados, registrados, classificados e interpretados, não devendo, porém, o pesquisador alterá-los. Não deve haver a modificação dos fatos (ANDRADE, 2005).

A pesquisa exploratória, segundo Triviños (2007), permite ao investigador treinar sua experiência em torno de determinado problema.

Enquanto na pesquisa quantitativa, as teorias são usadas dedutivamente como base para a geração de explicações que são, então, testadas empiricamente. Isto é, com base em uma teoria prévia ou em corpo de evidências, o pesquisador faz previsões explicativas específicas que, se sustentadas pelos dados, adicionam maior credibilidade à teoria (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004; LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

De acordo Minayo (2010), a pesquisa qualitativa é aquela que responde a questões muito particulares, e que, nas Ciências Sociais, se ocupa com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificadas. Isto é, trabalha com o universo dos significados, dos motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes. Dessa forma, o objeto de pesquisa qualitativa dificilmente pode ser traduzido em números e indicadores quantitativos.

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A presente pesquisa foi realizada em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) Francisco Marques da Silva, na cidade de Mossoró-RN. O estudo se deteve na Unidade de Saúde da Família (USF), onde ocorrem as consultas de Enfermagem em PF, se encontram os sujeitos de estudo.

A Unidade Básica de Saúde Francisco Marques da Silva, localizada a Rua Farias Alameda dos Cajueiros, fundada no ano de 2008, apresenta estrutura física com: SAME,

sala de preparo, de Vacina, de procedimentos, da gerência, de convivência (copa), de esterilização, de arquivos, lavanderia, almoxarifado e expurgo, consultório médico, de enfermagem, Odontológico, e serviço social, banheiros, e auditório.

A Unidade apresenta área de abrangência de aproximadamente 900 famílias, com 230 pessoas que fazem parte do programa PF. A Equipe da Saúde Família (ESF) é composta por um enfermeiro, um médico, um técnico de enfermagem, um dentista, seis agentes comunitários de saúde.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

O estudo foi fundamentado na população de homens que estavam na área de abrangência da USF, os quais fazem o acompanhamento do planejamento familiar. A amostra foi de 10 homens de faixa etária de 18 a 50 anos, escolhidos de forma aleatória, e que, após a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), concordaram e assinaram. Os critérios de inclusão foram: ser homem, fazer parte do cadastro da unidade e aceitar participar da pesquisa.

4.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados através de um roteiro de entrevista. A Parte I foi com perguntas fechadas referentes à caracterização dos indivíduos em que se apresentam ao respondente um conjunto de alternativas de respostas para que seja escolhida a que melhor representa seu ponto de vista. Na parte II, referente foram feitas questões, relacionadas ao tema (APÊNDICE B).

Roteiro de entrevista é um roteiro pré-estabelecido, em que o objetivo é obter dos entrevistados respostas às mesmas perguntas, permitindo, assim, um comparativo a ser realizado na análise dos dados (MARCONI; LAKATOS, 2007).

4.5 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada após o projeto passar pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE/FAMENE de João Pessoa - PB, e depois que a coordenação do curso de Enfermagem da FACENE enviou ofício a gerência da saúde executiva, responsável pelas Unidades de Saúde escolhida para a pesquisa.

Antes da coleta de dados, os participantes foram informados quanto aos objetivos da pesquisa, cujo sigilo das informações foi garantido e na oportunidade, foi solicitado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), (APENDICE A).

As entrevistas foram aplicadas no período de fevereiro a março de 2011, as quais foram gravadas em aparelho eletrônico, posteriormente transcritas e analisadas.

Para Minayo (2010), a entrevista privilegia o alcance de informações através da fala individual, a qual revela condições estruturais, sistemas de valores, normas e símbolos e transmite, através de um porta-voz, representações de determinados grupos.

4.6 ESTRATÉGIA PARA A ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados se fez de duas maneiras: a primeira parte da entrevista é referente à caracterização dos indivíduos. Foi analisada de forma quantitativa, sendo os resultados apresentados através de gráficos e/ou tabelas discutidos à luz da literatura pertinente. A segunda parte da entrevista foi analisada com enfoque do método qualitativo, através da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo.

A análise dos dados na abordagem qualitativa foi com o uso do discurso do sujeito coletivo que abordou as seguintes etapas: leitura sucessiva, seleção das expressões – chave, análise prévia para relevância da essência e decomposição das respostas para uma ideia central, em um discurso-síntese garantindo a qualidade do depoimento do participante e de uma representação social (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005). Posteriormente, a discussão de todo o material foi realizado conforme a literatura pertinente ao tema.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Nesta pesquisa, foram obedecidos os aspectos éticos da pesquisa, envolvendo seres humanos, preconizados pela Resolução CNS 196/96, do Conselho Nacional de Saúde que trata do envolvimento direto ou indireto com seres humanos em pesquisa (BRASIL, 1996).

Bem como, a Resolução COFEN 311/2007, que reformula o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, incluindo princípios, direitos, responsabilidades, deveres e proibições pertinentes à conduta ética, necessidade e o direito de assistência em enfermagem da população, os interesses do profissional e de sua organização (COFEN, 2007).

Em obediência a estas Resoluções, foram asseguradas aos participantes da pesquisa informações no que diz respeito aos objetivos, à liberdade de cada indivíduo em participar, assim como o direito de desistir da participação em qualquer fase da pesquisa, sem algum prejuízo, o direito ao anonimato, à confidencialidade e à privacidade. Privilegiou-se ainda o sigilo profissional.

4.8 FINANCIAMENTO

Todas as despesas decorrentes da viabilização desta pesquisa foram de responsabilidade da pesquisadora participante. A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró - FACENE/RN se responsabilizou em disponibilizar referências contidas em sua biblioteca, computadores e conectivos, bem como orientador e banca examinadora.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Este estudo foi realizado com amostra de 10 homens na faixa etária entre 18 a 50 anos que fazem parte da área de abrangência da USF Francisco Marques, e que fazem parte do cadastro e acompanhamento no PF. Obedecendo às questões éticas, de modo a preservar o anonimato dos participantes, atribuímos uma nomenclatura que corresponde à categoria do participante acrescida por S e numerais de acordo com a ordem dos entrevistados.

A forma da coleta de dados adotada foi a entrevista, através de um roteiro composto de duas partes, sendo a primeira relacionada à caracterização da amostra que define o caráter o quantitativo do trabalho e a segunda referente aos dados qualitativos em que será utilizado o enfoque do método qualitativo, discutindo os resultados através da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo.

5.1 ANÁLISE QUANTITATIVA

Os resultados da caracterização da amostra foram expressos na forma de gráficos e tabelas sucedidos de discussão. Responde ao primeiro objetivo específico que foi caracterizar a situação sócio-econômica da população pesquisada.

Ao realizarmos a caracterização da amostra relacionada à idade, salientamos que a escolha das idades de 18 a 50 anos foi feita por ser uma etapa que engloba a chegada do adolescente ao homem adulto. Quando analisamos os índices de mortalidade, percebemos que a maioria dos homens que iam a óbito se encontrava na faixa etária entre 15 e 59 anos (BRASIL, 2008).

A Tabela 1 demonstra um compilado dos dados de idade e escolaridade dos homens submetidos à entrevista:

Tabela 1 – Caracterização da amostra, pautada à idade e escolaridade.

CARACTERÍSTICA	FREQUÊNCIA	PORCENTAGEM
IDADE	Nº	(%)
19 A 30 ANOS	2	20
31 A 40 ANOS	4	40
41 A 50 ANOS	4	40
TOTAL	10	100
ESCOLARIDADE	Nº	(%)
FUNDAMENTAL	5	50
INCOMPLETO		
ENSINO MÉDIO	2	20
INCOMPLETO		
ENSINO MÉDIO	2	20
COMPLETO		
ANALFABETO	1	10
TOTAL	10	100

Fonte: Pesquisa de Campo, 2011.

A Tabela 1 apresentou o seguinte perfil: quanto à idade 20% de 19 a 30 anos, 40% de 31 a 40 anos e os demais 40% de 41 a 50 anos. Isso demonstra que a maioria está em idade ativa.

Ainda de acordo com a Tabela 1, quanto à escolaridade, observamos que 50% não concluíram o Ensino Fundamental, 20% não concluíram o Ensino Médio, 20% concluíram o Ensino Médio e 10% são analfabetos.

Segundo Lima Costa (2004), os serviços de prevenção em saúde observaram a influência da escolaridade sobre os vários estilos de vida pesquisados. Tal observação reforça a hipótese da determinação social desse comportamento tanto em jovens quanto em adultos.

Na Tabela 2, podemos observar um combinado dos dados referentes à Profissão/Ocupação atual e a renda dos homens entrevistados:

Tabela 2 – Caracterização da amostra, relacionada à Profissão/Ocupação atual e a Renda.

CARACTERÍSTICA	FREQUÊNCIA	PORCENTAGEM
PROFISSÃO/OCUPAÇÃO		
ATUAL	Nº	(%)
SIM	8	80
NÃO	2	20
TOTAL	10	100
RENDA		
SEM SALÁRIO	Nº	(%)
SEM SALÁRIO	1	10
< DE 1 SALÁRIO	1	10
DE 1 A 3 SALÁRIOS	6	60
> DE 3 SALÁRIOS	2	20
TOTAL	10	100

Fonte: Pesquisa de Campo, 2011.

De acordo com a Tabela 2, verificamos que 80% apresentam uma profissão/ocupação atual e somente 20% não apresentam.

Ainda de acordo com a Tabela 2, observamos quanto a renda que 10% não possuem salário, 10% ganham menos de 1 salário, 60% ganham de 1 a 3 salários e 20% ganham mais de 3 salários.

Segundo Lima Costa (2004), os indivíduos mais pobres apresentaram piores indicadores da condição de saúde, procuravam menos o serviço de saúde e consulta a um médico com menos frequência que aqueles com melhores condições financeiras.

Para concluir a caracterização da amostra, observamos na Tabela 3 que demonstra a ingestão de bebidas que contêm álcool e os fumantes:

Tabela 3 – Caracterização da amostra, relacionada à ingestão de bebidas que contém álcool e a fumantes.

CARACTERÍSTICA	FREQUÊNCIA	PORCENTAGEM
TOMA BEBIDA QUE CONTÉM ÁLCOOL	Nº	(%)
SIM	5	50
NÃO	5	50
TOTAL	10	100
FUMANTE	Nº	(%)
SIM	3	30%
NÃO	7	70%
TOTAL	10	100
PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA	Nº	(%)
SIM	4	40%
NÃO	6	60%
TOTAL	10	100

Fonte: Pesquisa de Campo, 2011.

Em concordância com a Tabela 3, observamos quanto à ingestão de bebidas alcoólicas que 50% ingerem algum tipo de bebida alcoólica e os demais 50% não ingerem nenhum tipo de bebida alcoólica. Com relação aos fumantes, constatamos que 30% fumam e 70% não fumam.

No Brasil, vários estudos demonstram a diferença no consumo de álcool entre homens e mulheres. A disposição ao uso abusivo de álcool e tabaco entende-se à luz da crença na invulnerabilidade do homem, que precisa ser esclarecido sobre os malefícios dessas práticas por meio de ações preventivas e de promoção da saúde e de hábitos saudáveis. O uso dessas drogas, ainda, está diretamente ligado aos números de morbimortalidade a serem apresentados como requerentes de ações enérgicas na atenção especializada (BRASIL, 2008).

5.2 ANÁLISE QUALITATIVA

Referente à análise qualitativa, utilizamos a Técnica do Discurso do Sujeito Coletivo, a qual se trata de uma forma de organização do material advindo do trabalho de campo, no trabalho em questão, das falas oriundas das entrevistas realizadas com a equipe de Enfermagem (ANDRADE; DUARTE; MAMEDE, 2009).

Desse modo, as figuras metodológicas da técnica foram utilizadas de forma que será exposto um quadro com as ideias centrais e as expressões chaves seguidas das ancoragens.

Metodologicamente, o Discurso do Sujeito Coletivo é uma proposta de organização e tabulação de dados qualitativos de caráter verbal, adquiridos de depoimentos, artigos, jornais, revistas especializadas etc.

Desta forma, iniciaremos a discussão com a primeira questão referente ao entendimento dos homens acerca do PF que caracteriza o objetivo geral (analisar a percepção do homem acerca do PF).

O Quadro 1 nos permite observar a Ideia central e as Expressões-chave em resposta dos homens a questão: “O que você entende sobre o planejamento familiar?”.

Quadro 1 – Ideia central e Expressões-chave em resposta a questão: “O que você entende sobre o planejamento familiar?”

Tema	Ideias centrais	Expressões-chave
Entendimento dos homens acerca do PF.	Prevenção	S1 “(...) é usar preservativo (...)”
		S3 “(...) planejamento familiar é pra tá se planejando pra num tá pegando nenhuma DST (...)”
		S4 “Planejar é se você vai ter filho (...)”
	Não entenderam ou fugiram do tema.	S5 “(...) planejar qual a ora exata e ai ela chega”.

		S2 “(...) quando a família tão unida durante ah... o tempo que for necessário (...)”
		S6 “(...) importante é uma coisa que vai servir para todos nós.”
		S7 “(...) é filho na escola pode ser isso uma boa casa para acomodar a todos (...)”
		S8 “(...) é aqui no posto de saúde, que também é a saúde da família vim aqui no posto e se prevenir e se tratar (...)”
	Não souberam responder.	S9 “Nunca ouvi falar não.”
		S10 “Não sei.”

Fonte: Pesquisa de Campo, 2011.

Na análise do Quadro 1, identificamos que o PF é visto pelos homens como um método contraceptivo que pode evitar doenças e a gravidez não desejada. Mas de acordo com a literatura pertinente, observamos que o PF não se resume só ao que foi descrito pelos entrevistados.

O PF tem como intenção informar e orientar os casais a adotar suas próprias decisões, de forma natural e consciente, quanto ao número de filhos que desejar ter, o tempo mais adequado para tê-los e o método contraceptivo que querem usar (TABORDA; GOMES, 2005).

O conhecimento dos métodos e livre escolha é um dos atos da Política do PAISM, preconizada pelo MS, desde 1984. E ainda, conforme os princípios que administram esta política, o serviço deve garantir a acessibilidade aos meios para impedir ou proporcionar gravidez, o acompanhamento clínico ginecológico e ações educativas para seleção de métodos sejam de forma consciente (SAUTHIER; GOMES, 2009).

O PF, enquanto ação em saúde vem sendo distinguido como uma necessidade do ser humano, mas provocando discussão entre o que é aplicado pela Sociedade e o que é normatizado pelo Estado e, ainda, disponibilizado pelos serviços de saúde. As polêmicas sobre o PF percorrem pela Enfermagem, visto que esta prática social, necessariamente se consolida nas instituições de saúde, tendo como meio de sua ação o cuidar e o assistir (COELHO, 2005).

Houve algumas mudanças a partir da década de 80, quando esses programas passaram a procurar estratégias que permitissem alcançar um número maior de usuários. A partir desse momento, a saúde reprodutiva masculina começou a ganhar alguma atenção (ROGOW, 1992 apud DUARTE, 1998).

Evidenciou-se que, independente de ser o homem ou a mulher que faça uso de qualquer método contraceptivo, o homem tem um papel, tanto na escolha, quanto no uso do método (HARDY, 1971, POPULATION REPORTS, 1987, FAÚNDES et al., 1989 apud DUARTE, 1998).

Dessa forma, a maior parte dos métodos contraceptivos está voltada para o público feminino e só o condom, a vasectomia e o coito interrompido para os homens. Logo, as mulheres é o público preferencial desses programas (POPULATION REPORTS, 1987 apud DUARTE, 1998).

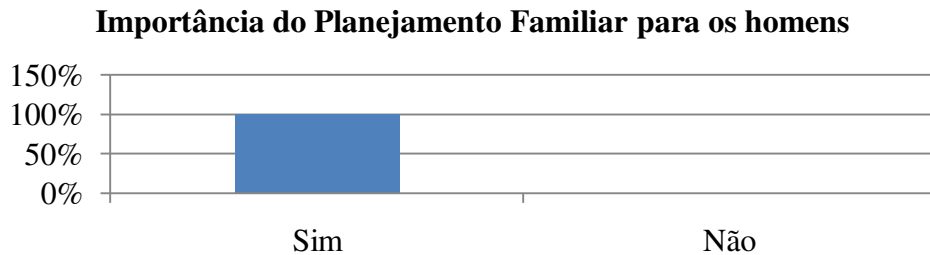
Apesar do PF ser um direito de homens e mulheres, por muitos anos, os homens estiveram esquecidos, do mesmo modo que deveriam participar das decisões reprodutivas. (DUARTE, 1998).

Uma provável explicação para isso é que a regulação da fecundidade era e é feita, na maioria dos casos, pelas mulheres, pois é ela que engravida, sofre as consequências e riscos da gestação e ostentar maior responsabilidade pelo cuidado dos filhos (DUARTE, 1998).

O PF é uma atividade que diz respeito não somente ao casal que o pratica, pois tem implicações sócio-demográficas. Dentro do campo médico, é essencial nas atividades preventivas, tendo como objetivo central proporcionar aos casais e, em especial às mulheres, as informações e os meios necessários para que possam definir o tamanho da família, de forma consciente e livre. Planejar o número de filhos almejados e o espaçamento entre eles é direito de cada indivíduo (PINTO, 1987 apud DUARTE, 1998).

Quanto ao segundo objetivo (identificar a importância dada pelos homens para o planejamento familiar), fizemos a seguinte pergunta: “Você acha importante o planejamento familiar?” e obtivemos o Gráfico 1:

Gráfico 1 – Resposta dos homens a questão: “Você acha importante o planejamento familiar?”



Fonte: pesquisa de campo, 2011.

O Gráfico 1 demonstra que os homens foram unânimes em destacar a importância do planejamento familiar, chamando a nossa atenção para o fato de que, apesar de informarem que consideram o PF importante, os homens, em sua maioria, não souberam dizer o que é PF.

Então perguntou-se aos homens que responderam que acham o PF importante: “Por que você acha importante o planejamento familiar?” e obtivemos o Quadro 2:

Quadro 2 – Ideia central e Expressões-chave em resposta à questão: “Por que você acha importante o planejamento familiar?”.

Tema	Ideias centrais	Expressões-chave
Visão dos homens acerca da importância do PF.	Controle da natalidade	S1 “(...) se não planejar você vai ter filho sem querer (...)”.
		S3 “Porque às vezes a gente quer uma coisa, de repente vem e a gente não pode fazer mais nada”.
	Não entenderam ou fugiram do tema.	S5 “(...) para evitar algumas surpresas financeiras (...)”.

		S2 “(...) tem que planejar a hora exata.”
		S6 “(...) é uma coisa que vai servir para a família para todos nós.”
		S7 “(...) porque a família é à base de tudo (...)”
		S8 “(...) importante cuidar da saúde né estar bem (...)”
	Não souberam responder.	S9 “(...) Porque se a pessoa quiser algum conselho procura ouvir pai e mãe (...)”.
		S10 “ (...) nunca ouvi falar nisso.”
		S10 “.(...) acho que tenha necessidade né.”

Fonte: pesquisa de campo, 2011.

A análise do Quadro 2 nos permite dizer que os homens pensam em dar maior conforto aos filhos, planejando o momento certo para tê-lo proporcionando assim uma educação de qualidade.

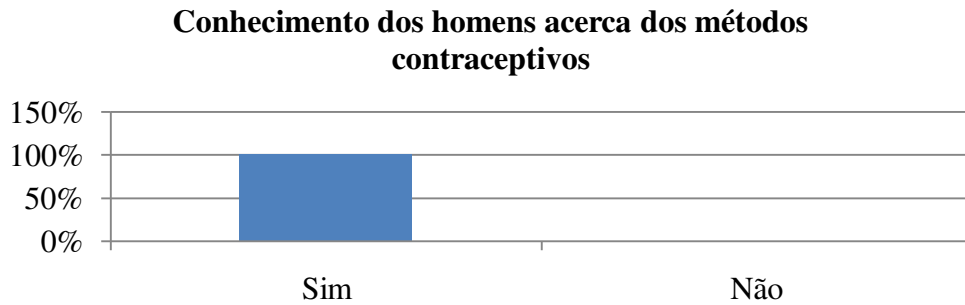
A participação do homem no PF como resultado de sua preocupação com as condições financeiras para cuidar da família é vigente no papel que a sociedade atribui ao homem como provedor da família (MARCOLINO; GALASTRO, 2001).

Segundo Marcolino e Galastro (2001), a moradia, educação, alimentação e os cuidados médicos são um grande estímulo para que os homens e as mulheres analisados diminuam e restrinjam o número de filhos de maneira a oferecer-lhes uma melhor qualidade de vida.

Os fatores econômicos são uns dos motivos que conspiram contra a família numerosa. O número ideal de filhos parece estar absolutamente relacionado as metas e planos projetado pelo casal no que se refere à sobrevivência e segurança (MARCOLINO; GALASTRO, 2001).

Quanto ao terceiro objetivo (verificar o conhecimento dos homens sobre os métodos contraceptivos oferecidos na USF), realizamos a seguinte questão: “Você conhece os métodos contraceptivos?”. Obtivemos o seguinte Gráfico:

Gráfico 2 – Resposta dos homens à questão “Você conhece os métodos contraceptivos?”.



Fonte: Pesquisa de campo, 2011.

A partir da análise do Gráfico 2, observamos que os homens foram unânimes com relação ao conhecimento dos métodos contraceptivos. E assim perguntamos: “Quais métodos contraceptivos você conhece?”. E obtivemos o seguinte Quadro:

Quadro 3 – Ideia central e Expressões-chave em resposta à questão: “Quais métodos contraceptivos você conhece?”.

Tema	Ideias centrais	Expressões-chave
Conhecimento dos homens quanto aos métodos contraceptivos.	Métodos de anticoncepção	<p>S1 “(...) para o homem é eu conheço o preservativo para mulher anticoncepcional, DIU (...)”.</p> <p>S3 “(...) a camisinha a mulher a pílula né a injeção (...)”.</p> <p>S4: “camisinha a pílula anticoncepcional”.</p> <p>S5 “a pílula da mulher a camisinha e outros”.</p>

		<p>S6 “preservativo para evitar né mulher comprimido”.</p> <p>S7 “(...) camisinha o comprimido né (...)”.</p> <p>S8 “camisinha aconteceu ate um caso comigo sai com uma garota de programa que eu não usei camisinha foi solicitado um exame anti - HIV não deu nada bem”.</p> <p>S9 “a camisinha também a mulher tomar comprimido, injeção”.</p> <p>“S10 “a camisinha né o comprimido.”</p>
--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fonte: Pesquisa de campo, 2011.

Apesar da falta de conhecimento dos homens quanto ao que é PF, podemos observar, no Quadro 3, que todos os homens têm um conhecimento superficial sobre o método mas não se preocupa e deixa a responsabilidade para a mulher.

Em estudo feito por Espírito-Santo e Tavares Neto (2004), as pessoas estudadas não apresentavam o conhecimento adequado que lhes permitissem eleger, no meio dos vários métodos contraceptivos, o mais adequado ao comportamento sexual individual ou do casal.

Os homens têm um papel na escolha do método contraceptivo a ser usado pelo casal. Além do mais, observamos que existem poucos dados disponíveis acerca do caráter masculino quanto à anticoncepção, conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais (DUARTE, 1998).

O uso do condom parece estar muito mais ligado à prevenção de DSTs e AIDS do que um método anticoncepcional, mas a sua propagação poderá ter consequência na fecundidade especialmente dos adolescentes (BADIANI; CAMARANO, 1998).

Um estudo observou que a grande maioria dos entrevistados tinha conhecimento quanto ao que é DSTs e distinguia-se a função de prevenção de algumas DST pelo método de barreira (camisinha), portanto é um fator que pode estar colaborando para a

escolha da “camisinha” como método contraceptivo (ESPÍRITO-SANTO; TAVARES NETO, 2004).

Desse modo, os métodos mais referidos foram aqueles que são mais disseminados na sociedade e também mais divulgados na mídia, tais como camisinha, pílula, laqueadura (DUARTE, 1998).

Sakamoto et al (1989 apud Duarte 1998) mostra a participação do homem na anticoncepção na cidade de São Paulo, mais de 80% dos homens pesquisados, que viviam em união, já tinham ouvido falar de condom, pílula, laqueadura, tabela e coito interrompido

Na pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, realizada em 1996, houve uma centralização no uso de dois métodos contraceptivos: a laqueadura tubária e a pílula (40% e 21%). O uso da ligadura tubária é extenso nas regiões onde as mulheres têm pouca escolaridade e as condições financeiras são mais precárias (BRASIL, 2004).

Ao aconselhar o conjunto dos métodos anticoncepcionais disponíveis - naturais ou comportamentais; de barreira; hormonais; DIU e laqueadura, o MS reafirma a autonomia e confiança da escolha para as usuárias do PF do SUS (DUARTE, 1998).

Pode-se assegurar que a autonomia tem múltiplos significados, incluindo a autodeterminação, direito à liberdade, privacidade, escolha individual, livre vontade. No entanto, a pretensão e a competência não são suficientes para o pleno exercício da autonomia (CARVALHO; PIROTTA; SCHOR, 2008).

A informação é necessária para a escolha que o indivíduo realiza, no contexto de uma sociedade moderada. A respeito do PF, o exercício da autonomia depende da oferta de escolhas contraceptivas, existentes e disponíveis nos serviços de saúde (CARVALHO; PIROTTA; SCHOR, 2008)

As práticas de anticoncepção transcorrem das crenças e dos valores da sociedade, bem como das políticas do Estado e não são exercidas por todas as mulheres e todos os homens de forma igualitária (COELHO, 2005).

Quanto ao quarto e último objetivo (identificar as barreiras que distanciam o homem do PF), fizemos o seguinte questionamento aos entrevistados: “Quais as barreiras que dificultam você ao acesso ao planejamento familiar?”. A partir desse questionamento obtivemos o seguinte Quadro:

Quadro 4 – Ideia central e Expressões-chave em resposta à questão: “Quais as barreiras que dificultam você ao acesso ao planejamento familiar?”.

Tema	Ideias centrais	Expressões-chave
Quais as barreiras que dificultam você ao acesso ao PF.	Acesso a USF	S6 “(...) Falta de cobertura da ESF na área, moro mais distante (...)”.
	Não apresentam dificuldade	S5 “sempre venho à maioria das vezes eu venho junto”.
	Falta de tempo	S4 “Só o tempo”. S3 “tempo”. S7 “Tempo” S8 “Apesar de que eu mesmo sei das coisas sou assíduo a vim para as palestras (...)”.

Fonte: Pesquisa de campo, 2011.

Analisando o Quadro 4, constatamos a baixa frequência dos homens na USF, por falta de tempo e por residirem em uma área que não tem cobertura de uma ESF. Isso dificulta a adesão do homem ao planejamento familiar. Segundo Marcolino e Galastro (2001), a participação do homem limita-se a reprodução, por um lado, mas também

pode resultar em gastos financeiros e uma inquietação em fornecer a sua família melhor qualidade de vida.

A deficiência de informação, o acesso aos demais métodos que sejam reversíveis, a pouca ou nenhuma participação do companheiro no processo de escolha são as causas levantadas que atestam a desigualdade de gênero (LIMA, [2010]).

Apesar de as taxas masculinas adotarem um peso expressivo nos perfis de morbimortalidade, observa-se que a frequência de homens nos serviços de atenção primária à saúde é menor do que a das mulheres (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

Há autores que associam esse fato à própria socialização dos homens, em que o cuidado não é visto como uma prática masculina. Na literatura específica sobre o assunto, também há vários estudos que apontam a necessidade de se refletir sobre a masculinidade para uma compreensão dos comprometimentos da saúde do homem (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

Além dessas percepções centradas no que seria próprio da conduta dos sujeitos do sexo masculino, há também outros aspectos que reconhecem as USF como sendo elas a causa da dificuldade do acesso dos homens ao serviço. Nessa conjuntura, os homens sentiriam mais dificuldades para serem acolhidos, seja pelo tempo perdido na espera da assistência ou por considerarem a USF como um espaço feminilizado, frequentados sobretudo por mulheres e composto por uma equipe de profissionais formada, em sua maioria, por mulheres (FIGUEIREDO, 2005).

Isso acarretaria aos homens a sensação de não-pertencimento àquele espaço. Alega-se, ainda, que os homens não buscam a USF, visto que estas não disponibilizam programas ou atividades direcionadas especificamente para a população masculina. Por fim, tudo isso indica que parece ter uma dificuldade de interação entre as necessidades de saúde da população masculina e a organização das práticas de saúde das unidades de atenção primária (FIGUEIREDO, 2005).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de o PF ser um direito de homens e mulheres, observamos que os homens estão esquecidos no sentido de não participarem das decisões reprodutivas, ficando essa decisão, na maioria dos casos, a cargo das mulheres.

Defendemos, a partir deste estudo, que não é uma questão de falta de interesse do homem a adesão ao planejamento familiar, mas sim da falta de enfoque por parte do programa e dos profissionais que atuam na equipe de saúde da família, que, na maioria das vezes, privilegiam o público feminino.

Quanto aos objetivos da pesquisa, todos foram alcançados, pois a partir da análise dos dados observou-se que a população possui salários que variam de 1 a 3, com escolaridade acima de 4 (quatro) anos de estudo. Por possuir essas características, os sujeitos poderiam ter o real entendimento sobre o seu dever diante do planejamento familiar.

Isso nos faz entender que a escolaridade e as condições financeiras não são determinantes no processo de participação no programa, outros fatores influenciam, por exemplo, a falta de incentivo dos profissionais que ainda estão condicionados ao planejamento familiar direcionado ao público feminino, e também focar em uma política mais flexível à realidade local.

Um fato relevante é que, apesar de informarem que consideram o PF importante, os homens, em sua maioria, não souberam dizer o que é PF.

Esse fato nos leva a debater a importância da educação popular com enfoque na metodologia da problematização. Para que um programa funcione bem, vários atores sociais devem ser mobilizados. E os atendidos pelo programa, em especial os homens, devem ter noção do que devem esperar desse programa, quais os objetivos, de quais alternativas este programa dispõe.

Dessa forma, não se pode esquecer que a Educação Permanente em saúde é algo que ajudará na consolidação da participação masculina no PF de modo que, quando esses profissionais se comprometerem e planejarem seu tempo a Educação Permanente, se tornará efetiva na transformação da realidade da população.

Quanto ao terceiro objetivo que foi identificar as barreiras que distanciam o homem do PF, observamos que a questão de gênero prevalece no sentido de que o

homem ainda tem a responsabilização por parte da sociedade de provedor e com isso alegaram não ter tempo para ir à USF.

Concluimos que falta incluir mais esse homem, de maneira que ele saiba que o programa também é para ele. E dentre as alternativas possíveis para que essas mudanças aconteçam destacamos a “educação”, como já dissemos tanto Popular quanto Permanente em Saúde e bem como, a execução da Política Nacional de Saúde do Homem no município e no Estado do Rio Grande do Norte. É a educação que, a longo prazo, mudará a concepção desses homens acerca do PF e dos serviços prestados na USF.

Sendo assim, a contribuição deste trabalho se deu em vários setores: para os profissionais de saúde deu-se pelo fato de agregar uma nova visão de execução do PF; para a comunidade acadêmica, contribuirá para outras pesquisas visto que há uma escassez de literatura pertinente ao tema; para os gestores em saúde, contribuirá para que observem as reais necessidades do dia-dia adequando o PF à realidade local; e para a sociedade em geral, no que tange ao controle social.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Maria Margarida de. **Introdução a metodologia do trabalho científico**. 7. ed. São Paulo: Atlas S.A, 2005.

ANDRADE, Sônia Maria Oliveira de; DUARTE, Sebastião Junior Henrique; MAMEDE, Marli Villela. Opções Teórico- Metodológicas em Pesquisas Qualitativas: Representações Sociais e Discurso do Sujeito Coletivo. **Saúde Soc. São Paulo**, v.18, n.4, p.620-626. 2009.

BADIANI, Rita ; CAMARANO, Ana Amélia. Homens brasileiros percepção, conhecimento e atitudes em saúde reprodutiva . In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS DA ABEP, 11., São Paulo. **Anais eletrônicos...** São Paulo, 1998. Disponível em:
<www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/PDF/1998/a159.pdf> Acesso em 01 Abril 2011.

BARROS, Sonia Maria Oliveira. (Org). **Enfermagem Obstétrica e Ginecológica: Guia para Prática Assistencial**. 2. ed. São Paulo: Roca, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolução 196, de 10 de outubro de 1996. **Aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em:
<<http://www.pppg.ufma.br/departamentos/comitedeetica/resolucao196.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Plano de Ação 2004 – 2007**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção de Ações Programáticas Estratégias. **Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et. al. (Org). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2009.

CAMIÁ, Gislaine E. Kuahara; MARIN, Heimar de Fátima; BARBIERI, Márcia. Diagnósticos de enfermagem em mulheres que freqüentam serviço de planejamento familiar.

Rev Latino-am Enfermagem, São Paulo, v. 9 p. 26-34 2001. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlaenf> Acesso em: 13 set. 2010.

CARVALHO, Marta Lúcia O; PIROTTA, Katia Cibelle Machado; SCHOR, Neia. Apoio: a forma predominante de participação masculina na regulação da fecundidade do casal. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v.9 p.61-76, 2000. Disponível em www.scielo.br/pdf/sausoc/v9n1-2/05.pdf> Acesso em 23 set. 2010.

COELHO, Elga Berger Salema. Enfermagem e o planejamento familiar: as interfaces da contracepção. **Rev Bras Enferm**, v. 58 p. 665-72 nov./dez. 2005. Disponível em <www.scielo.br/pdf/reben/v58n6/a07v58n6.pdf> Acesso em: 11 nov 2010.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução 311/07 do Conselho Federal de Enfermagem. **Aprova a reformulação do código de ética dos profissionais de enfermagem**. 2007. Disponível em <<http://www.coren-sc.org.br/documentacao2/Res31107.pdf>> Acesso: 11 de jun 2010.

COSTA, Maria Bernadete de Sousa; SILVA, Maria Iracema Tabosa. Impacto na criação do programa saúde da família na atuação do enfermeiro. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v.12 p. 272- 279, 2004. Disponível em:<www.facenf.uerj.br/v12n3/v12n3a04.pdf> Acesso em: 10 nov. 2010.

DUARTE, Graciana Alves. Perspectiva masculina quanto a métodos Contraceptivos **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 125-130, 1998. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v19n1/14921.pdf> Acesso 10 mar. 2011.

DUARTE, Graciana Alves et al. Participação masculina no uso de métodos contraceptivos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19 p.207-216, jan./fev. 2003. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v19n1/14921.pdf> Acesso em: 12 nov. 2010.

ESPEJO, Ximena, et al. Adequação do conhecimento sobre métodos anticoncepcionais entre mulheres de Campinas, São Paulo. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 37 n. 5, out. 2003. Disponível em: <www.scielosp.org/pdf/rsp/v37n5/17472.pdf> Acesso em: 23 out. 2010.

ESPÍRITO-SANTO, Danilo Cerqueira do; TAVARES-NETO, José. A visão masculina sobre métodos contraceptivos em uma comunidade rural da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 2, Rio de Janeiro, mar./abr. 2004.

FIGUEIREDO, Wagner. Assistência à Saúde dos Homens; Um Desafio para os Serviços de Atenção Primária. **Ciência e saúde Coletiva**, v. 10, n.1, p.105-109, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100017&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: 30 out. 2010.

FONTINELE JÚNIOR, Klinger. **Programa Saúde da Família (PSF): comentado**. 2.ed. Goiania: AB editora, 2008.

GALVÃO, Loren; DÍAZ, Juan (Org). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Hucitec Population Council, 1999.

GALASTRO, Elizabeth Perez; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa. A participação do homem na saúde reprodutiva: o que pensam os profissionais de saúde. **Rev. Esc Enferm USP**. São Paulo, v. 41, n. 3, p. 454- 459, 2005. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/16.pdf> Acesso em: 20 nov. 2010.

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine Ferreira. *A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica*. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, p. 901-911, maio 2006. Disponível em <www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0478.pdf> Acesso em: 7 nov. 2010.

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine Ferreira; ARAÚJO, Fábio Carvalho. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.3, p.565-574, mar. 2007. Disponível em: <www.scielosp.org/pdf/csp/v23n3/15.pdf> Acesso em: 02 nov. 2010.

KAWAMOTO, Emilia Emi; SANTOS, Maria Cristina Honório; MATTOS, Thalita Maia. **Enfermagem Comunitária**. São Paulo: E.P.U, 2009.

LEFÉVRE, Fernando; LEFÉVRE, Ana Maria Cavalcanti. **O discurso do sujeito Coletivo: Um Enfoque em Pesquisa Qualitativa**, 2 ed. Caxias do Sul: EDCS, 2005.

LIMA, Maria Aparecida Rodrigues Luanda de Oliveira; LIMA, Luanda de Oliveira. **Planejamento Familiar: Conflitos e soluções**. 2008. Disponível em: <www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST58/> Acesso em: 02 dez. 2010.

LIMA, Lorena Costa. A mulher e o planejamento familiar: uma discussão sobre gênero. [2010]. Disponível em <www.fa7.edu.br/.../A_mulher_e_o_planejamento_familiar_um_discussao_sobre_genero.pdf> Acesso em: 02 set.2010.

LIMA COSTA, Maria Fernanda. A escolaridade afeta, igualmente, comportamentos prejudiciais à saúde de idosos e adultos mais jovens? – Inquérito de Saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Minas Gerais, v.13, n.4, p.201-208, out./dez. 2004. Disponível em: <Saudeftp://iah.iec.pa.gov.br/iah/fulltext/pc/portal/ess/v13n4/pdf/v13n4a02.pdf> Acesso em: 01 mar. 2011.

LIMA COSTA, Maria Fernanda. Influência da idade e da escolaridade no uso de serviços preventivos de saúde Inquérito de Saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Minas Gerais, v.13, n.4, p.209-215, out./dez.2004. Disponível em: <<http://iah.iec.pa.gov.br/iah/fulltext/pc/portal/ess/v13n4/pdf/v13n4a03.pdf>> Acesso em 11 mar. 2011.

LOBIONDO-WOOD, L.G; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

MARCOLINO, Clarice; GALASTRO, Elizabeth Perez. As visões femininas e masculinas acerca da participação de mulheres e homens no planejamento familiar. **Rev Latino-am Enfermagem**, Minas Gerais, v. 19, n.3, p. 77-82, maio 2001. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rlae/v9n3/11502.pdf> Acesso em: 02 set.2010.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de Pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**. 6. ed. São Paulo: Atlas. 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O Desafio da Pesquisa social. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010. p. 9-29.

MOURA, Escolástica Rejane Ferreira; SILVA, Raimunda Magalhães. Competência profissional e assistência em anticoncepção. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n.5, out. 2005. Disponível em: < www.scielo.org/scielo.php> Acesso em: 12 set. 2010.

MOREIRA, Maria Helena Camargos; ARAÚJO, José Newton Garcia. Planejamento familiar: autonomia ou encargo feminino. **Ciências e saúde coletiva**. Maringá, v. 9, n. 3, p. 389-398, set/dez. 2004. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rlae/v9n3/11502.pdf> Acesso em: 15 nov. 2010.

OGATA, Márcia Niituma; MACHADO, Maria Lúcia Teixeira; CATOIA, Erika Aparecida. Saúde da família como estratégia para mudança do modelo de atenção: representações sociais dos usuários. **Rev. Eletr. Enf**, São Paulo, v. 11, p.820 – 829, 2009. Disponível em <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a07.htm>> Acesso em: 2 set. 2010.

OHARA, Elisabete Calabuig Chapina; SAITO, Raquel Xavier de Souza. **Saúde da Família**: considerações teóricas e aplicabilidade. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2010.

POLIT, Denise F; BECK Cheryl Tatano; HUNGLER Bernadette P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**: Métodos, avaliação e Utilização. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RICHARDSON, Roberto Jarry. et al. **Pesquisa Social**: Métodos e Técnicas. 3. ed. São Paulo: Atlas. 2007.

SAUTHIER, Marta; GOMES, Maria da Luz Barbosa. Gênero e Planejamento Familiar: Uma Abordagem Ética sobre o compromisso profissional para a Interação do homem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 61., 2009, Fortaleza. **Anais eletrônicos...** Fortaleza, 2009. Disponível em: <www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/02252.pdf> Acesso em: 10 set. 2010.

TABORDA, Wladimir Correa; GOMES, Mariano Tamura Vieira. **Ginecologia**: Diagnóstico e tratamento. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2005.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais**: a pesquisa qualitativa em educação, o positivismo, a fenomenologia, o marxismo. São Paulo: Atlas, 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa, intitulada “A percepção dos homens acerca do planejamento familiar em uma Unidade Saúde da Família de Mossoró RN”, está sendo desenvolvida por Ana Pedrina de Lucena, pesquisadora participante e discente do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE-RN, tendo como pesquisadora responsável a Prof^a. Verusa Fernandes Duarte. A pesquisa apresenta os seguintes objetivos: analisar a percepção do homem acerca do planejamento familiar; e caracterizar a situação socioeconômica da população pesquisada; identificar qual a importância dada pelos homens para o planejamento familiar; verificar o conhecimento dos homens sobre os métodos contraceptivos oferecidos na Unidade de Saúde da Família; identificar as barreiras que distanciam o homem do planejamento familiar.

Diante de inquietações surgidas a partir do estágio da disciplina de Enfermagem em Saúde da Mulher na atenção básica, o qual nos proporcionou vivenciar a teoria *versus* prática, e nos deparamos com a assistência ao planejamento familiar observei algumas dificuldades na adesão do homem a esse programa. Acredito que a existência desta pesquisa é de grande relevância devido a escassez de literatura sobre a temática; como também contribuir para a academia e também para a enfermagem na abordagem ao casal na adesão ao planejamento familiar.

Solicitamos sua contribuição neste trabalho e informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir da mesma e que não será efetuada nenhuma forma de gratificação mediante sua participação. Informamos que o referido estudo não apresenta nenhum risco aparente, aos participantes.

Ressaltamos que os dados serão coletados através de uma entrevista gravada, o senhor responderá a algumas perguntas relacionadas ao projeto. Os mesmos farão parte de um trabalho de conclusão de curso, podendo ser divulgado em eventos científicos, periódicos e outros tantos em nível nacional ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, os nomes dos entrevistados serão mantidos em sigilo.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o senhor não é obrigado a responder ou fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano.

Em caso de esclarecimentos, entrar em contato com a pesquisadora participante Ana Pedrina de Lucena, pelo telefone 9626-8648, assim como com a pesquisadora responsável, Verusa Fernandes Duarte pelo telefone 9991-0271, 8723-3188 e do Comitê de Ética em Pesquisa: Avenida Frei Galvão, nº. 12, Gramame CEP: 58067-695 - João Pessoa - Paraíba – Brasil. Contatos: email<cep@facene.com.br> Fone: (83)2106-4792 / 2106-4790.

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

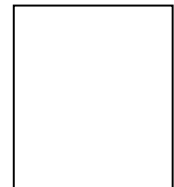
Eu, _____,
concordo em participar desta pesquisa, declarando que cedo os direitos do material coletado, que fui devidamente esclarecido, estando ciente dos objetivos e da justificativa da pesquisa, com a liberdade de retirar o consentimento sem que isso me traga qualquer prejuízo. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento, assinada por mim e pelas pesquisadoras.

Mossoró-RN, _____ de _____ de 2011.

Profª Esp. Verusa Fernandes Duarte
Pesquisadora Responsável

Ana Pedrina de Lucena
Pesquisadora Participante

Assinatura do Entrevistado/ Testemunha



APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

ROTEIRO DE ENTREVISTA**PARTE I:** Caracterização da amostra

Ano do Nascimento:

Escolaridade:

Profissão/Ocupação atual:

Toma bebidas que contém álcool:

Renda:

Fumante:

Pratica atividades físicas:

PARTE II: Questões inerentes a temática:

1 - O que você entende sobre o planejamento familiar?

2 - Você acha importante o planejamento familiar?

SIM () NÃO () Por quê

3 - Você conhece os métodos contraceptivos?

SIM () NÃO () Quais?

4 – Quais as barreiras que dificultam você ao acesso ao planejamento familiar?

ANEXO

ANEXO A – APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DAS
FACULDADES DE ENFERMAGEM E DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA.

FACENE
FAMENE

FACULDADES DE ENFERMAGEM
E DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA

Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 3258, de 21.09.2005 e publicada no
DOU de 23.09.2005 Pg. 184 Seção 01.

Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 1.084, de 28 de dezembro 2007, publicada no
DOU de 31 de dezembro de 2007, página 36, seção 1.



CERTIDÃO

Com base na Resolução CNS 196/96 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 1º Reunião Ordinária realizada em 27/01/2011 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado "A percepção dos homens acerca do planejamento familiar em uma Unidade Saúde da Família de Mossoró-RN", protocolo número: 11/11 e CAAE: 0065.0.351.000-11, da orientadora: Verusa Fernandes Duarte e da aluna: Ana Pedrina de Lucena.

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, com previsão em 30/06/11, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela resolução já citada.

João Pessoa, 11 de Fevereiro de 2011

Escola de Enf. Nova Esperança Ltda.

Rosa Rita da Conceição Marques

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - FACENE/FAMENE

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - FACENE/FAMENE

Lígia Kelly de Sousa Lima