

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

ANDRÉIA LÚCIA QUEIROZ

**ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
EXPERIÊNCIA EM PLANEJAMENTO FAMILIAR NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA**

UBERABA-MG  
2010

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

ANDRÉIA LÚCIA QUEIROZ

**ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA:  
EXPERIÊNCIA EM PLANEJAMENTO FAMILIAR NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA**

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

Orientador: Ricardo Alexandre

UBERABA-MG  
2010

## Sumário

Introdução.....	4
Configuração técnica da equipe da ESF Nossa Senhora Aparecida.....	8
Direitos Sexuais e Reprodutivos.....	11
A experiência do planejamento familiar em um Centro de Referência.....	14
Considerações Finais.....	21
Anexo.....	23
Referências Bibliográficas.....	24

## Introdução

A escolha Planejamento Familiar como tema central deste trabalho surgiu a partir da experiência de três anos como enfermeira da Estratégia Saúde da Família (ESF) Nossa Senhora Aparecida localizada no município de Uberaba-Minas Gerais. Uma das características da área de abrangência de atuação da equipe de SF é o predomínio de uma população de baixa renda e carente.

Durante este tempo, ao prestar assistência às gestantes e puérperas em visitas domiciliares e na consulta de puericultura, foi possível identificar uma população que apresenta uma proporção elevada de famílias numerosas, com um pequeno intervalo de idade entre os filhos.

Muitas das mulheres visitadas e acompanhadas afirmavam desejar ter um filho, entretanto não havia um planejamento familiar. A falta de planejamento influenciava até no aleitamento materno, uma vez que a mulher se sentia desmotivada a amamentar. Muitas manifestavam o desejo de voltar a rotina anterior, e quase sempre acabavam optando pelo aleitamento materno complementado com outros alimentos e desmame precoce a partir do terceiro mês de vida da criança, em alguns casos, até antes desse tempo.

Notamos ainda que a maioria das mulheres tem pouco conhecimento sobre outros métodos anticoncepcionais (MAC), conhecem apenas o contraceptivo oral ou a laqueadura. Apesar dos órgãos disponibilizarem vários métodos contraceptivos as mulheres ficam restritas ao uso da pílula e da esterilização feminina. Além disso, detêm pouco conhecimento sobre o seu corpo, o caminho da ovulação e fecundação, bem como sobre período fértil (Schor et al., 2000).

A partir dessas observações surgiram alguns questionamentos: será que os casais de fato desejam e planejam ter filhos? será que eles têm conhecimento de seus direitos sexuais e reprodutivos? será que eles possuem informações claras que ajudam a orientar sobre como podem planejar sua família?

As respostas para estas questões inicia-se no que determina a Lei Federal 9.236, de 12 de dezembro de 1996 que conceitua planejamento familiar como parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde, ou seja, é direito de toda pessoa planejar sua prole, amparado pelo conhecimento acerca de seus direitos sexuais e reprodutivos, bem como dos diversos MAC ao qual tem a disposição (colocar ref...) se for citação direta colocar entre aspas e a página

Uma decisão consciente que favorece o exercício do direito e da escolha livre e informada, requer que se tenha de fato a informação e orientação adequadas, que leve esse

indivíduo a criar seu próprio caminho, com responsabilidade e consciência. As ações dentro de planejamento familiar incluem sempre um componente educativo e que deve visar oferecer subsídios às pessoas para escolherem de forma livre e informada qual contraceptivo usar (DÍAZ, J.; DÍAZ, M., 1999 apud OSIS et al, 2004).

Além do que, o conhecimento precário acerca desse assunto interfere fundamentalmente na vida sexual da mulher, na sua escolha pelo melhor método contraceptivo, tanto quanto na credibilidade que dará a eficiência e segurança do método, e nos efeitos adversos que podem acarretar ao seu corpo (MOREIRA; ARAÚJO, 2004).

O vínculo criado entre a equipe de saúde e as famílias assistidas ao longo desses três anos de trabalho também permitiu a percepção de vários mitos e dúvidas acerca do assunto, criados a partir da falta de maiores esclarecimentos sobre o tema, e que, são compartilhados com o parceiro e, muitas vezes, criado por ele mesmo e que vem influenciar no comportamento da mulher.

A associação da virilidade à fertilidade; o receio de que o uso do MAC por mulheres que podem predispor à infidelidade; motivos religiosos; temor de enfraquecer sua autoridade como chefe de família; e o medo de possíveis efeitos colaterais devido ao uso dos MAC são alguns dos motivos pelos quais levam muitos homens a serem resistentes na participação no planejamento familiar e até mesmo impedir que suas companheiras participem de atividades de contracepção (RINGHEIN, 1993, apud CARVALHO, PIROTTA; SCHOR, 2000).

Sem dúvida alguma, não se pode negar a influência do parceiro sobre a mulher no momento de optar ou não pelo uso de um MAC, e/ou por qual considera melhor. “independentemente de ser o homem ou a mulher que faça uso de algum MAC, o homem tem um papel, tanto na escolha, quanto no uso do método” (FAÚNDES et al., 1989, apud DUARTE, 1998). depois de et al. tem ponto

No entanto, a participação masculina pode assumir diversos significados, desde o uso propriamente dito do MAC, até o simples fato de permitir que sua companheira faça uso do método (CARVALHO; PIROTTA; SCHOR, 2001).

A opção por um MAC de forma livre e informada envolve conhecer e ter acesso a todos eles, cientificamente aprovados e disponíveis, tendo a possibilidade de escolher aquele mais pertinente às suas características e às condições de vida a cada momento. Dentro dessa visão, “o planejamento familiar tem como objetivo garantir às mulheres e aos homens um direito básico de cidadania: o direito de ter ou não filhos” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002 apud OSIS et al., 2004, p. 1586).

Além disso, há de se considerar também as mudanças nos papéis sociais da mulher e do homem, pela ampliação da mão-de-obra feminina no mercado de trabalho, o que não a

eximiu dos trabalhos domésticos, e que, de certa maneira força a uma delimitação da prole, à sexualidade e à manutenção da família.

“A mulher vem conquistando um espaço cada vez maior no mundo público, entrando no mercado de trabalho e assumindo a co-responsabilidade ou até a responsabilidade no sustento da família” (CARVALHO, PIROTTA; SCHOR, 2001, p. 30). Mas infelizmente, a divisão das tarefas dentro do lar com o parceiro ainda não é tão comum (CARVALHO, PIROTTA e SCHOR, 2001).

Sendo assim, a escolha pelo melhor MAC está, permeada por diversas razões, sendo que a maioria delas está relacionada com os modos de vida da população e com as dificuldades, percebidas na prática, do acesso as informações e em como utilizá-las adequadamente (MOREIRA; ARAÚJO, 2004).

E para que a escolha pelo MAC seja a mais adequada é de grande relevância a educação em saúde, sendo considerada por Araújo (2004) um dos pontos imprescindíveis para a efetividade das ações do planejamento familiar, uma vez que permite ao indivíduo as condições para desempenhar o seu direito de livre escolha, consciente de seu ato e de sua realidade, visando a qualidade de vida e à saúde.

E, a Estratégia Saúde da Família (ESF), por trabalhar com uma população adscrita, tem a possibilidade de conhecer de perto a população alvo e estreitar o vínculo com a mesma, e buscar desenvolver atividades educativas de contracepção de maneira integral, contínua e objetiva, na tentativa de derrubar mitos e preconceitos, garantir a população seus direitos e incentivando a participação tanto feminina, quanto masculina.

“Uma boa interação provedor-cliente não só contribui para a liberdade de escolha, como também em passar informações precisas em um processo que proporcione um clima de confiança, permitindo troca de informações, em duas vias” (MURPHY; STEELE, 2000, apud OSIS et al., 2004, p. 1587).

Mas, para que essa interação seja de fato qualificada é de suma importância que os profissionais estejam capacitados e habilitados para desenvolver essas atividades. Falta ainda esse aprimoramento para o desempenho e operação dessas ações, é preciso maior contato com experiências de outras unidades de saúde, bem como aprofundar estudos e pesquisas acerca do tema, e disponibilizar às unidades de saúde material didático, para que assim se chegue a um padrão de atendimento em planejamento familiar mais efetivo e qualificado.

Em pesquisa realizada em Campina Grande (PB), Araújo (2004, p. 68) afirma que “...observou-se a falta de capacitação técnica, política e pedagógica, bem como limitação de material didático para a sua consecução”, e levanta a necessidade de se realizar capacitações dos profissionais, a fim de favorecer ações educativas tendo abordagens mais participativas e problematizantes, promovendo uma reflexão crítica em torno do assunto,

valorizando a troca de saberes para a conquista de autonomia e maturidade, permitindo a garantia do direito de escolha (ARAÚJO, 2004).

Acerca disso, Moura e Sousa (2002) também afirmam que os profissionais sentem-se pouco preparados para este tipo de atividade devido à mudança de paradigma educativo, uma vez que, atualmente, a prática educativa requer o conhecimento da realidade e também uma abordagem crítica daqueles que se propõem a desenvolver qualquer temática.

Diante da falta de serviço específico em planejamento familiar, buscou-se relatar, neste trabalho, a experiência em uma unidade de saúde da atenção especializada da cidade de Uberaba-MG, o Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM), onde atua a ESF Nossa Senhora Aparecida.

Como forma de contribuição, faremos uma abordagem sobre os direitos sexuais e reprodutivos, a assistência prestada à mulher, buscando dessa forma abranger os vários aspectos que envolvem a questão do planejamento familiar e de que forma devem ser trabalhadas junto às comunidades, exercendo assim, não somente a função da educação em saúde, mas também o papel social que todo profissional de saúde deve exercer, principalmente dentro da atenção básica.

Enfim, este estudo tem como finalidade fazer uma reflexão teórica de como está o serviço, aprimorar conhecimentos, trocar saberes, e almejar a extensão deste serviço na atenção básica, principalmente no que tange à questão da educação em saúde, além de estreitar a parceria entre a atenção primária e secundária.

## **Configuração técnica da equipe da ESF Nossa Senhora Aparecida**

A equipe de saúde da família Nossa Senhora Aparecida está localizada na área urbana, da cidade de Uberaba (MG), fazendo parte de uma das quatro equipes que prestam assistência ao bairro Nossa Senhora da Abadia, sendo considerado um dos bairros mais populosos e de maior extensão da cidade.

A sede da equipe está localizada dentro da sua própria área de abrangência, chamada Unidade Saúde da Família (USF) Centro de Diagnóstico. Ela divide o espaço com mais duas equipes, São Vicente e Abadia Olhos d' água. A unidade está composta por três enfermeiros, três dentistas, três médicos, três técnicos de enfermagem e três auxiliares de cirurgiões dentistas, e mais 18 agentes comunitários da saúde (ACS), juntamente com o auxiliar de gerência, o pessoal administrativo e da limpeza.

Em especial a ESF Nossa Senhora Aparecida está constituída por: enfermeiro, médico, dentista, técnico de enfermagem, auxiliar de cirurgião dentista e cinco ACS. Ressalta-se, o déficit dos ACS, uma vez que, inicialmente, a equipe contava com ACS.

Nesta área de abrangência, o PSF é responsável por 3.200 pessoas e 1047 famílias, que cobre parte do bairro Nossa Senhora da Abadia, fazendo divisa com outras quatro equipes, São Vicente, Abadia Olhos d'água, Abadia II e Leblon, com exceção dessa última, todas as outras equipes prestam assistência a população do mesmo bairro.

Um dos grandes problemas que a equipe já enfrentou foi a inconstância do médico. Durante um ano a equipe teve que atuar sem o médico. Ressalta-se a alta rotatividade dos médicos no PSF, que embora contratados permanecem pouco tempo na área.

A ausência do profissional médico ocasionou vários problemas para a equipe, rompendo o vínculo com a população, uma vez que os usuários, ao tomarem conhecimento da falta de médico na unidade, eram obrigados a se deslocarem para outras unidades de saúde, em bairros mais distantes, em busca de atendimento. Aqueles que apresentavam algum tipo de limitação para locomover-se, recorriam ao pronto-atendimento, localizada dentro da área de abrangência da ESF Nossa Senhora Aparecida, fazendo divisa com o prédio da sede da unidade Centro de Diagnóstico. Em muitos casos, os usuários ficavam sem a assistência médica. Com isso, a equipe perdia o vínculo com a comunidade, tornando mais difícil resgatar a confiança para que retornasse a unidade em busca de outros serviços existentes na unidade, manter a clientela assídua, e, conseqüentemente, a equipe ficava desmotivada, pois, pouco a pouco, o trabalho ia se distanciando da proposta inicial da estratégia saúde da família.

Uma das razões para essa instabilidade na permanência do profissional no Programa Saúde da Família pode ser atribuída ao vínculo trabalhista precário e que gera insegurança profissional, e esta alta rotatividade prejudica a continuidade e efetividade das ações em saúde (MENEZES; ROCHA, 2005 apud COSTA et al, 2009).

Toda a equipe sempre se empenhou para amenizar o problema e não perder o vínculo com a comunidade, através das visitas domiciliares de cada integrante da equipe, nos grupos, e na demanda espontânea que é recebida na unidade. Mas, sempre que se tinha a procura por uma prescrição, por uma avaliação de um resultado de exame, por um atestado, por um encaminhamento ou até por uma visita domiciliar que necessitava da ação do médico, o serviço se tornava precário, isso ao longo do tempo, fazia com a população respondesse de maneira negativa em relação aos outros atendimentos prestados pela equipe.

Agora, com o profissional recentemente contratado, a equipe está tendo condições de reestruturar os serviços prestados e de fortalecer o vínculo com a comunidade, ampliando a assistência e os números de atendimentos, uma vez que o paciente que se desloca à unidade para a consulta médica, já é abordado para outras ações preventivas tais como o exame de *Papanicolaou*, o de mamas, para o acompanhamento no HIPERDIA, divulgação dos grupos de hipertensos e diabéticos, a pesagem para a criança, entre outros. Além disso, a assistência domiciliar para acamados, cadeirantes e idosos com dificuldades para deambular tem sido de forma completa, uma vez que agora o usuário também recebe a visita do médico.

A equipe presta, ainda, assistência odontológica na atenção básica, procedimento coletivo na escola (bochecho e escovação), grupo de hipertensos e diabéticos, programa HIPERDIA, exame citológico, teste de pezinho, pesagem e acompanhamento das crianças do “Bolsa Família”, as visitas domiciliares, assistência de apoio ao asilo e educação continuada.

Ressalta-se a existência, na área de abrangência do PSF, várias igrejas de diversos seguimentos religiosos, centros espíritas, uma escola de ensino fundamental e médio, um complexo esportivo, uma quadra poliesportiva, um posto policial e centros comunitários.

A USF Centro de Diagnóstico conta ainda com a colaboração dos profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) constituída por uma psicóloga, uma fisioterapeuta e uma assistente social, que atendem a população das três equipes através da assistência domiciliar, nos grupos e no consultório, somente pela psicóloga.

A unidade funciona das 07:00 às 17:00 horas, desenvolvendo atividades no decorrer da semana. Não tem sala de vacina, uma vez que, junto ao prédio da unidade de saúde da família, está localizada a rede de frios, responsável pela distribuição de vacinas, que está sob a responsabilidade do município, com funcionários que aplicam as vacinas.

O prédio agrega ainda a Central de Ortopedia, para o atendimento de urgências ortopédicas, que funciona 12 horas por dia. Ao lado desta sede, existe a Unidade de Pronto Atendimento da Abadia, aberta ao público 24 horas.

Todos esses equipamentos sociais são essenciais para a manutenção dos serviços quer seja pela equipe de saúde da família ou pelos demais serviços, que juntos possibilitam uma assistência de qualidade, generalista ou especializada, e esta forma de atendimento incentiva a participação da própria comunidade.

Todas estas ações acompanham a proposta vigente na Portaria 648, de 2006, onde consta que a estratégia saúde da família considera "...o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural..." e busca promover a saúde, prevenir e tratar as doenças, bem como reduzir agravos e complicações que venham comprometer um modo de vida saudável. Além disso, integrar instituições e organizações sociais, de preferência da sua área adscrita, buscando formar parcerias e um espaço de construção da cidadania (PORTARIA GM/MS 648, 2006).

## Os direitos sexuais e reprodutivos

A Constituição Federal, Lei nº 9263, de 12 de Janeiro de 1996, no Capítulo VII, art. 226, §7º, referindo-se ao planejamento familiar, determina:

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.

Tendo como pano de fundo esta determinação, é fato que no Brasil o planejamento familiar seja um direito adquirido pelo casal, com livre arbítrio para decidir se querem ou não ter filhos, quantos desejam ter e em que momento de sua vida podem tê-los.

No Brasil, o planejamento familiar não está atrelado a um controle de natalidade, mas a um direito ao qual o cidadão deve ter acesso por meio da informação e disponibilidade dos métodos pelo govêrno, para que exerça a livre escolha de planejar sua família de maneira consciente e responsável. O planejamento familiar “não pode, ser considerado um fenômeno biológico, mas, em essência, de natureza intelectual, cultural e social. Depende fundamentalmente, da educação, origem dos comportamentos mais elaborados, mais racionais” (POLI, 2006, p. 169).

Corroborando com essa afirmativa, a Lei Federal nº 9263, de 12 de Janeiro de 1996 explica que o planejamento familiar deve ser entendido “...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”. Uma das maneiras de efetivar este direito é através da educação em saúde, da informação transmitida de maneira clara e objetiva à comunidade, sobre os diferentes métodos contraceptivos, os prós e os contra de cada um, seu modo de ação, e sua eficácia, além de incentivar a decisão conjunta, entre o homem e a mulher, dividindo assim a responsabilidade nessa decisão. Seu objetivo primordial é proporcionar aos casais as informações e os meios necessários para que, de maneira consciente e voluntária, decidam-se sobre o número de filhos que desejam ter e quando devem tê-los (DUARTE, 1998).

A questão sobre direitos sexuais e reprodutivos não se resume apenas na escolha do melhor método contraceptivo, se será usado pelo homem ou pela mulher, ou acerca do número de filhos que o casal pretende ter, uma vez que “ a sexualidade é uma dimensão fundamental de todas as etapas da vida de homens e mulheres, envolvendo práticas e desejos relacionados a satisfação, à afetividade, ao prazer, aos sentimentos, ao exercício da liberdade e à saúde” (Ministério da Saúde, 2007, pg. 13).

É preciso visualizar a assistência ao planejamento familiar de uma maneira mais ampla, integral, abordando todos os aspectos histórico, cultural e social que envolvem sexualidade humana e que se transformam conforme mudam as relações sociais (Ministério da Saúde, 2007).

E a questão dos direitos sexuais e reprodutivos amplia os serviços a serem oferecidos e fornece ao usuário informação que lhe proporcione o poder de livre escolha com responsabilidade e consciência da opção que faz, uma vez que “direito não é concedido, mas algo que é conquistado e conservado, porque ele é um poder” (CHAUÍ, 1998, apud ÁVILA, 2003, p. 467). Estar ciente de seus direitos possibilita a transferência ao usuário o poder de decisão sobre sua própria vida.

Ressalta-se que compete aos serviços de saúde proporcionar ao usuário, além da informação sobre métodos contraceptivos, anatomia humana, processo da fecundação, DST/AIDS, oferecer informações acerca dos direitos sexuais e reprodutivos reconhecidos em leis e sem, em qualquer momento, induzir a uma decisão ou a um comportamento, e minimizar o peso dos preconceitos e regras impostas pela sociedade.

Em um estudo realizado por Osis et al (2004), observou que as mulheres que procuram um serviço de planejamento familiar referem conceitos e preconceitos sobre os MAC, construídos a partir de informações que para elas tem mais credibilidade do que aquelas que irão receber dos profissionais de saúde.

É importante que o profissional da saúde esteja preparado para enfrentar estes conflitos sem fomentá-los, tornando-se imprescindível a capacitação e habilidade dos mesmos para realizar atividade de educação em saúde, refletindo sobre a realidade local, considerando as políticas oficiais de saúde, e não sendo um mero repassador de informações (MOURA; SOUSA, 2002).

É relevante frisar que o planejamento familiar é um direito dado ao casal, e que esta decisão deve ser compartilhada por ambos. Constituindo-se mais uma premissa a ser observada pelos profissionais da saúde, uma vez que os homens são vistos, ainda, como meros coadjuvantes no controle da fecundidade (VILLA, 2001; FIGUEIROA-PEREA, 1998 apud ORLANDI e TONELI, 2008).

Este fato pode ser explicado por conta da regulação da fecundidade ser feita, na maioria das vezes, pela mulher já que ela que sofrerá todo o processo da gestação, as conseqüências e os riscos e assumem, também, a maior responsabilidade no cuidado da prole. Soma-se a estas questões, o fato da maior parte dos MAC estar direcionado para o público feminino e, para os homens, apenas o condom, a vasectomia e o coito interrompido (POPULATION REPORTS, 1987 apud DUARTE, 1998).

Estes fatores contribuem para que a mulher sinta a autonomia nessa decisão, todavia, é mais um tópico que deve ser abordado no planejamento familiar, trazendo para o

homem e para a mulher a responsabilidade por essa escolha já que a formação do indivíduo é produto da criação, da energia e da genética de ambos, sendo a família a primeira instância de um grupo social a responsabilidade, pois, a decisão deve ser compartilhada e discutida entre ambos. Envolver pai e mãe nesse processo, portanto, é de fundamental importância, já que “A família não nasce do nada, para se formar, transforma em patrimônio comum o que é pertença de dois... com base na negociação e renegociação” (RELVAS, 1996b, p. 33).

Dentro da estratégia saúde da família, o planejamento familiar é, portanto, mais um eixo de grande importância a ser trabalhado, por toda a equipe, uma vez que a mesma estando inserida na realidade de sua população tem condições de realizar a educação em saúde acerca do tema de maneira mais direcionada para suas famílias, transmitindo informações que permitem ao casal a possibilidade de fazer suas escolhas de maneira consciente, seguindo sua realidade, favorecendo o desenvolvimento de sua autonomia e otimizando suas condições de vida e saúde (ARAÚJO, 2004).

“Diante do direito à diferença e à opção informada, incluindo-se o acesso às várias opções contraceptivas, cabe aos serviços de saúde, prover as condições mínimas para o exercício dos direitos reprodutivos de mulheres e homens” (CARVALHO; PIROTTA; SCHOR, 2001, p. 31).

## **A experiência do planejamento familiar em um Centro de Referência**

Até o princípio da década de 80 a principal preocupação com a saúde da mulher estava atrelada ao seu período gestacional, a assistência prestada, até então, tinha como primordial a saúde materno-infantil. A idéia era garantir a saúde das mulheres-mães, para que assim elas gerassem uma prole saudável, buscando assegurar a saúde da criança necessária à reprodução social (CANESQUI, 1987; OSIS, 1994 apud OSIS, 1998).

Assim, o único momento em que a mulher, de fato, estava inserida em um programa de saúde era no período gravídico-puerperal, os outros aspectos da saúde feminina não eram abordados. A visão da assistência focava-se na mulher como mãe (COSTA; AQUINO, 2000 apud ARAÚJO, 2004).

Corroborando com estes fatos, Moreira e Araújo (2004) destacam que a mulher, até então, na sua função meramente reprodutiva, ocupava uma posição de subordinação e de autonomia restrita, limitada a um corpo destinado apenas a reprodução e tinha como ideais e projetos somente as funções de mãe e dona de casa.

Nesse contexto, no ano de 1983, surge a primeira idéia de mudar essa visão, a partir da criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que vem romper com a óptica tradicional e propor uma assistência integral à saúde da mulher, no intuito de abordar os problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade, ampliando o atendimento para o controle das doenças sexualmente transmissíveis, do câncer cérvico-uterino e mamário e à assistência para a concepção e contracepção (OSIS, 1998).

Na verdade, essa idéia resultou de um movimento feminista, iniciado na década de 70, quando a pílula anticoncepcional foi inserida no mercado, e a regulação da fecundidade passa a ser defendida como um direito de cidadania, bem como o controle sobre o corpo, e contestando os interesses controlistas (COELHO; LUCENA; SILVA, 2000). Ao mesmo tempo, a reprodução deixa de ser vista como um desígnio divino ou destino feminino inarredável e passa a ser considerada um fenômeno passível de controle e decisão individual (CITELI, 1996 apud MOREIRA; ARAÚJO, 2004).

O principal objetivo dos idealizadores do PAISM era especificar as bases doutrinárias do programa e normas técnicas (OSIS, 1998), visando ampliar a assistência prestada às mulheres, não somente no período gravídico-puerperal, mas também à adolescente, à mulher jovem, no climatério e à idosa, incluindo, ainda o planejamento familiar.

O planejamento familiar foi incluído no PAISM sob muitas críticas, uma vez que o programa recomendava a assistência exclusiva a saúde da mulher, e em contrapartida o planejamento familiar deveria incluir o casal considerando que ambos são responsáveis pela concepção. Para os críticos, o programa ocultava uma forte intenção controlista, uma vez

que excluindo o homem comprometia a integralidade e a universalidade do programa (OSIS, 1998).

Segundo Borges (1986, apud OSIS, 1998), também foi mencionado pelos críticos que o planejamento familiar abordado pelo programa teria intenções para o controle de natalidade, uma vez que pretendia-se atender as mulheres que tinham o risco de engravidar.

Mas, com a implantação do programa e o apoio dos movimentos feministas, o PAISM foi, pouco a pouco, se consolidando e a política do planejamento familiar foi deixando de ser visto como um mecanismo de controle populacional para assumir a consagração dos direitos reprodutivos (BERQUÓ, 1995 apud COELHO, 2005).

Seguindo as diretrizes do PAISM, foi inaugurado no ano de 2001, o Centro de Atenção Integral a Saúde da Mulher (CAISM), estruturado e administrado pela Prefeitura Municipal de Uberaba (MG), dedica-se a assistência na atenção secundária a população feminina de Uberaba e dos demais municípios da região pactuados com a cidade, seguindo as normatizações do Ministério da Saúde.

O principal objetivo do CAISM é prestar assistência integral à Saúde da Mulher nas diferentes fases biológicas de sua vida. Dentre os serviços prestados pela unidade de saúde conta assistência ao pré-natal, ao aleitamento materno, banco de leite humano, assistência odontológica à gestante, serviço de imunização, teste do pezinho, programa dentinho de leite, programa de prevenção e tratamento do colo do útero, o ambulatório de mastologia, ambulatório de fisioterapia, de ginecologia e obstetrícia, climatério e o ambulatório de planejamento familiar. Portanto, as ações desenvolvidas no CAISM são sistematizadas por programas específicos que priorizam atenção à saúde da mulher, de forma integral e humanizada, contando com equipes multiprofissionais, buscando elevar a qualidade do serviço prestado.

Além destas, o de prestar assistência à mulher no seu ciclo gravídico-puerperal, atende também a criança em aleitamento materno exclusivo no peito, são feitas ações à mulher para prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação para o câncer de mama, câncer de colo de útero (papanicolau, colposcopia), assistência nas alterações ocorridas no climatério, bem como ao planejamento familiar, contando com a participação do casal, quando é possível.

O CAISM compõe-se de uma equipe multiprofissional sendo o ginecologista e obstetra, mastologista, pediatra, enfermeira, dentista, fisioterapeuta, assistente social, psicóloga, técnico de enfermagem. Entretanto, nota-se que dentre as várias atividades realizadas pelos profissionais do CAISM, ainda faltam aquelas que possam ser dedicadas à saúde do adolescente, como orientação sexual, sobre DST/AIDS, entre outros.

Já o serviço de planejamento familiar é desenvolvido por uma enfermeira obstetra, ginecologista e assistente social. A grande maioria dos casais que procura o serviço chega para os profissionais já com uma opinião formada acerca do assunto, porém sem ter conhecimento abrangente, acreditam que ou o caminho é laqueadura tubária (LT) ou a vasectomia, como sendo os principais métodos contraceptivos.

Qualquer que seja o motivo de procura, o casal sempre é encaminhado para o grupo de planejamento familiar, que está sob a responsabilidade de uma enfermeira obstetra, onde o usuário recebe informações sobre os métodos contraceptivos, esclarecimentos para que tenham a oportunidade de ampliar sua visão diante da temática e tenham a plena segurança para a tomada de decisão.

Semanalmente, o grupo se reúne, em horário que permita a participação do casal. Neste encontro discute-se as vantagens e desvantagens de cada método, qual o melhor método, levando-se em consideração a história do casal, a aplicação do método, como funciona, a importância do planejamento familiar, e são esclarecidas as dúvidas que porventura o casal tenha. A partir de então, é dado um tempo para que o casal possa livremente decidir como deseja planejar sua família.

No caso de esterilização, existe um protocolo de anticoncepção cirúrgica voluntária que estabelece através de um critério de pontos, se o interessado preenche os requisitos necessários. A realização deste procedimento é feita pela Comissão de Ética, e o interessado tem que participar de três encontros com profissionais responsáveis pelo serviço de planejamento familiar. O primeiro encontro é com a enfermeira obstetra responsável pelo grupo de planejamento familiar, conforme descrito acima, onde são oferecidas orientações gerais sobre os diversos tipos de métodos contraceptivos e é aberto a todo público.

Após a reunião, é dado um tempo aos interessados, de dois meses, para que possam tomar a decisão com segurança. No segundo encontro, há esclarecimentos sobre o procedimento cirúrgico, o pós operatório, os requisitos e documentos necessários para a realização do procedimento.

O terceiro encontro é com a assistente social, que vai confirmar se o casal realmente atende os critérios para a realização do procedimento cirúrgico. Vale lembrar que um dos critérios é o de ter tido pelo menos dois filhos e terem idade acima de 25 anos. Além destas, o interessado tem que apresentar um documento pessoal, cartão do posto da prefeitura, cartão SUS, título de eleitor, comprovante de endereço e certidão de nascimento dos filhos.

Quanto ao uso do dispositivo intra uterino (DIU), os órgãos públicos tem feito campanha para a sua divulgação, por ser um método mais simples, não havendo necessidade de cirurgia e também por não conter hormônio, reduz o risco de efeitos

adversos. Entretanto, é esclarecido que também não é um método 100% seguro, e que pode falhar, como qualquer outro método, e que não oferece proteção contra as DST/AIDS.

O DIU é de fácil colocação, oferece proteção por dez anos, com os devidos cuidados, e para a sua colocação é preciso ter feito o exame citopatológico recentemente, e estar período de regra. As mulheres são orientadas para fazerem o *Papanicolaou* uma vez ao ano, rigorosamente e estar atenta a sinais e sintomas de possíveis infecções.

Salienta-se que o DIU é ofertado por livre demanda, e um dos critérios, é o da mulher ter tido pelo menos um filho, participar de um encontro com a enfermeira para receber orientações e comparecer no dia e horário agendado para que o médico possa fazer o procedimento. Após a colocação do DIU, a mulher tem que fazer uma ultrassonografia para a confirmação da posição do DIU. Até a obtenção da confirmação se atende os critérios para a colocação do DIU, a mulher é orientada para continuar fazendo o uso de outro método contraceptivo.

O interessante para a divulgação do uso do DIU é por ser um método contraceptivo temporário, caso a mulher, no futuro, resolva ter mais filhos basta ser retirado, sem maiores custos ou dificuldades. No nosso cotidiano temos observado que algumas pessoas que optaram por vasectomia ou laqueadura ao se arrependerem tem que trilhar um caminho muito mais longo para a sua reversão.

A LT, a vasectomia e o DIU são os principais métodos contraceptivos fornecidos, em especial, no CAISM, os outros como o preservativo masculino e pílula anticoncepcional são fornecidos, no geral, pela atenção básica, nos programa saúde da família, no Centro de Testagem Anônima (CTA) e na farmácia da rede.

Os demais métodos como o diafragma, a tabelinha, o coito interrompido não são abordados com detalhes em grupos de discussão, os profissionais tem abordado esta temática de forma informativa, citando que elas existem, suas implicações, as vantagens e desvantagens, assim como a pílula do dia seguinte, que é utilizada em situações específicas.

A seguir destacamos número de atendimentos realizado pelo serviço de planejamento familiar do CAISM, nos últimos cinco anos, na tabela 1 observa-se que a maioria dos encaminhamentos foram feitos para a vasectomia, ficando a LT em segundo plano. Já na Tabela 2 percebe-se que a espera pela vasectomia também é maior que em relação à LT. Nota-se, portanto, que a campanha e a procura pela LT vêm diminuindo, iniciando-se uma tendência para a maior participação masculina, atendida no CAISM.

Tabela 1: Distribuição dos atendimentos realizados pelo serviço de Planejamento Familiar do CAISM, segundo o tipo de procedimento, de 2005 a 2009. Uberaba-MG.

Ano	N	Tipo de encaminhamento		
		LT	Vasectomia	Total
2005	233	14	149	163
2006	284	9	87	96
2007	422	23	70	93
2008	432	44	84	128
2009	356	58	80	138
Total	1727	148	470	618

Fonte: arquivos consultados no CAISM

Existe, porém, um percentual de usuários que não constam nem na lista de encaminhados e também não estão na lista de espera por um dos métodos cirúrgicos. Isto significa que pode ter ocorrido três situações: optaram por outro método, procuraram outro serviço de planejamento familiar, ou ainda desistiram. Infelizmente, estas informações não foram registradas para fins de pesquisa. Os casos que foram encaminhados para a colocação do DIU nestes últimos cinco anos, também não foram registrados, ficando essas informações perdidas.

Tabela 2: Distribuição dos atendimentos realizados pelo serviço de Planejamento Familiar do CAISM, segundo a lista de espera, de 2005 a 2009. Uberaba-MG.

Ano	Pessoas atendidas	Lista de espera para:		
		LT	Vasectomia	Total
2005	233	39	6	45
2006	284	9	19	28
2007	422	8	23	31
2008	432	17	32	49
2009	356	24	32	56
Total	1727	97	112	209

Fonte: arquivos consultados no CAISM

Os métodos cirúrgicos seguem os critérios determinados pelo Ministério da Saúde, na Portaria Nº 48, de 11 de Fevereiro de 1999, que estabelece a permissão para a esterilização para homens e mulheres com capacidade civil plena, idade acima de 25 anos ou, com pelo menos, dois filhos vivos, devendo ser respeitado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual a pessoa interessada terá acesso ao serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, no intuito de desencorajar a esterilização precoce.

Estabelece também que o método cirúrgico para contracepção será executado por laqueadura tubária e vasectomia, sendo vedada por meio de histerectomia e ooforectomia. Considerado obrigatório registrar no prontuário médico a expressa manifestação de vontade em documento escrito e firmado, após terem sido informados os riscos da cirurgia, os possíveis efeitos colaterais, a dificuldade de reversão e as outras opções de contracepção reversíveis disponíveis ao casal (PORTARIA Nº 48, 11 de Fevereiro de 1999).

Além disso, favorece a participação masculina, uma vez que realiza o grupo de planejamento familiar, após as 17h, horário que provavelmente o casal já terminou o seu expediente de trabalho e pode participar da atividade sem muitos impedimentos e também, vem estimulando mais a vasectomia do que a LT, quando é caso cirúrgico. E o atendimento para orientações sobre o DIU é feito sob livre demanda.

O serviço de planejamento familiar do CAISM não está distante do que é preconizado pelo Ministério da Saúde, ao casal é dado através da livre escolha, o direito de optar por qualquer método contraceptivo, desde que seja o método adequado ao caso e aos critérios do Programa obedecendo às orientações legais.

Todavia, percebe-se que no CAISM, na prática, as ações em planejamento familiar estão limitadas na oferta da colocação do DIU, no consentimento ou não da laqueadura e/ou da vasectomia, distribuição do preservativo masculino e da pílula do dia seguinte, quando é necessário. Os outros métodos são apenas comentados no grupo pela enfermeira responsável.

Outra limitação é o fato do grupo de planejamento familiar ser realizado por um único profissional da saúde, no caso, a enfermeira obstetra, não havendo a participação de uma equipe multiprofissional nessa atividade, para contribuir no reforço das orientações repassadas.

Entretanto, as ações em planejamento familiar na atenção básica, nas equipes de saúde da família, estão mais deficientes ainda, limitadas apenas na distribuição do preservativo masculino e fornecimento de prescrição médica da pílula, que é fornecida pela farmácia da rede.

A assistência ao planejamento familiar precisa de mais investimentos dos órgãos públicos, subsidiando capacitação para os profissionais, disponibilidade de material didático,

outros métodos contraceptivos e estrutura física das unidades, que permita um atendimento qualificado, respeitando a intimidade do usuário e permitindo que ele possa, de fato, fazer sua escolha livre e consciente, disponibilizando um serviço multiprofissional de fácil acesso a comunidade.

Em um estudo realizado por Osis et al (2006, p. 2487) confirmam que “as ações de planejamento familiar, com frequência, são executadas de forma isolada e não priorizadas como os demais componentes da atenção básica” e, também, fica claro que para os profissionais das equipes de saúde da família o planejamento familiar não fazia parte da atenção básica e não se consideravam capacitados para prestar tal assistência (OSIS et al, 2006).

Não basta o Ministério da Saúde fornecer os insumos contraceptivos aos municípios adequadamente, em quantidade e regularidade, é preciso que os mesmos façam esforços de tratarem, de fato, as ações em planejamento familiar como parte integrante da atenção básica, fazendo com que o processo de humanização da atenção inclua também o planejamento familiar, incorporando princípios referentes aos direitos humanos e à bioética (OSIS et al, 2006).

Além disso, como a estratégia saúde da família atua em áreas adscritas, com cadastros de famílias de um determinado território, torna as mesmas mais aptas a desenvolver as ações em planejamento familiar de acordo com a caracterização de sua comunidade, respeitando sua cultura, costumes e o seu perfil socioeconômico e biológico, e ao mesmo tempo, estabelecer um vínculo de confiança que minimiza os possíveis entraves nas relações entre a equipe e a população.

Para Kim (2002, apud OSIS et al, 2004) os fatores imprescindíveis que asseguram a liberdade de escolha dentro do planejamento familiar é poder dispor de uma variedade de MAC, associada a uma comunicação interpessoal e aconselhamento qualificados, bem como uma aproximação cliente-provedor, que gera uma maior satisfação à clientela.

Segundo Ministério da Saúde (1996, apud MOREIRA; ARAÚJO, 2004) recomenda-se que seja incorporados no serviço de planejamento familiar os valores e modos de vida da população, devendo os profissionais estarem familiarizados com os mitos e concepções errôneas sobre os MAC (...), combatendo-os com sensibilidade, mas de maneira correta.

Corroborando com as afirmações acima, Ribeiro et al (2008) considera que um dos pontos fundamentais para efetivar as ações de planejamento familiar é permitir o livre acesso às informações que oferecerão oportunidade ao indivíduo de realizar escolhas conscientes a partir da sua realidade e, dessa maneira, possibilita o desenvolvimento da sua autonomia, proporcionando a melhoria das suas condições de vida e saúde.

## Considerações Finais

O planejamento familiar deve ser tratado como um direito adquirido por todo brasileiro, como esclarece a Lei Federal 9.236, anteriormente citada. Ao considerar o indivíduo como parte integrante de um núcleo familiar, no qual compartilha-se ideais, uma cultura e valores, que se mesclam constantemente, jamais pode-se dizer que é exclusivo da mulher ou do homem a decisão sobre ter ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter, o espaço entre eles ou qual o melhor método contraceptivo a ser utilizado. Da mesma forma, não compete ao profissional da saúde tomar essa decisão pelo casal e induzir para a escolha de um determinado caminho.

Compete ao profissional de saúde esclarecer e orientar a população para que essa escolha seja o mais livre e consciente possível. É atribuição do profissional da saúde no planejamento familiar intermediar e estimular para que essa decisão seja resolvida entre o casal, além de disponibilizar o método escolhido para o seu cliente.

São os direitos sexuais e reprodutivos, bem como as resoluções determinadas pelo Ministério da Saúde que irão fundamentar e guiar as ações da assistência ao planejamento familiar, e que devem ser de conhecimento da população para que a mesma tenha a oportunidade de exercer seu livre direito de escolha, com responsabilidade e consciência, acerca da melhor maneira de planejar sua família.

A procura pelo serviço de planejamento familiar também deve ser de forma a incentivar a importância do serviço oferecido pelas equipes de saúde da família, uma vez que ela é parte integrante da atenção básica, colaborando assim na disseminação do direito da comunidade de exercer, livremente, sua sexualidade, com segurança, responsabilidade e consciência.

A estratégia saúde da família, com certeza, tem sua contribuição a ser dada acerca da temática por trabalhar com uma área de cobertura que permite a delimitação e a caracterização de sua comunidade, e assim desenvolver a assistência de maneira humanizada, de acordo com a realidade da mesma, o que possibilita uma melhor compreensão sobre o assunto e, ao mesmo tempo, a tomada de decisão livre e consciente, sem imposições ilegais.

O cuidado que o profissional deve ter é de não transmitir a idéia de planejamento familiar como uma simples estratégia de controle da natalidade, e nem impor limites reservados ao casal delimitar. É oferecer instrumentos que auxiliem a família no seu planejamento, além de prestar assistência tanto na concepção, como na contracepção, sem deixar de incluir, com certeza, os requisitos estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Todavia, nada impede que se construam parcerias entre unidades de saúde, de nível primário e secundário, viabilizando um atendimento mais qualificado e sistemático, uma vez

que a abordagem feita ao cliente deve ser multiprofissional e acolhedora. A comunicação entre setores transmite ao usuário segurança e confiança de que será atendido nas suas necessidades, para tanto é preciso que todos utilizem a mesma linguagem.

O atendimento a ser prestado na unidade de referência deve ser monitorado pela equipe de saúde da família. No caso do DIU, a busca ativa destas pacientes para realizarem o *Papanicolaou* anualmente de maneira rigorosa. Integra-se a estas atividades, a prevenção de DST/AIDS, incentivando o uso do preservativo, as formas de disponibilização, esclarecendo sobre os diversos MAC, a assistência pré-natal e o puerpério.

Com certeza, ainda faltam muitos itens de atenção básica para uma assistência mais ampla e qualificada, como o médico ginecologista e obstetra, que ainda não há em algumas unidades, lembrando que estas parcerias fortalecem e dá credibilidade ao serviço diante de sua comunidade, o que favorece o vínculo da mesma com a equipe de saúde da família.

Há a necessidade, ainda, de ampliar e fortalecer esses laços de parceria entre as instituições, bem como os treinamentos e capacitações, e tornar, assim os profissionais da atenção primária mais seguros e habilitados na prática do planejamento familiar, tanto na concepção como na contracepção.

Todos esses itens foram colocados como sugestão para melhorar e qualificar o serviço, e ao mesmo tempo, possibilitar aos usuários as ferramentas necessárias para planejarem sua família de maneira consciente e com responsabilidade, o que, com certeza, irá influenciar na formação e organização da sociedade.

**Anexo:****Direitos Sexuais e Reprodutivos****✚ Direitos Reprodutivos:**

- Direito das pessoas de decidirem, de forma livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas.
- Direito a informação, meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos.
- Direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência.

**✚ 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).
- Direito de escolher o(a) parceiro(a) sexual.
- Direito de viver plenamente a sexualidade sem medo, vergonha, culpa e falsas crenças.
- Direito de viver a sexualidade independentemente de estado civil, idade ou condição física.
- Direito de escolher se quer ou não quer ter relação sexual.
- Direito de expressar livremente sua orientação sexual: heterossexualidade, homossexualidade, bissexualidade, entre outras.
- Direito de ter relação sexual independente da reprodução.
- Direito ao sexo seguro para a prevenção da gravidez indesejada e de DST/AIDS.
- Direito a serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e atendimento de qualidade e sem discriminação.
- Direito à informação e à educação sexual e reprodutiva.

## Referências Bibliográficas:

1. ARAÚJO, F. M. **Ações de Educação em Saúde no Planejamento Familiar nas Unidades de Saúde da Família do Município de Campina Grande-PB.** Campina Grande, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/premio2004/especialização/monografiaFlaviaMentorAraujo.pdf> Acesso em: 18 de Outubro de 2009.
2. ÁVILA, M. B. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, v. 19 (Sup. 2), 2003. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v19s2/a27v19s2.pdf> Acesso em: 05 de Maio de 2010.
3. BRASIL. Lei n. 9.263, de 12 de janeiro 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Acessado em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2009/res019225> Acesso: 09 de Dezembro de 2009.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais.** 1. ed. Brasília, DF, 2006. 51p.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. **Marco Teórico e Referencial: Saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens.** 1ª reimpressão. Brasília, DF, 2007. 56p. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/07\\_0471\\_M.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/07_0471_M.pdf) Acesso em 05 de Maio de 2010.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 48 – 11 de fev. 1999. Planejamento familiar. Brasília. Disponível em: [www.google.com.br](http://www.google.com.br) Acesso em: 26 de Maio de 2010.
7. CARVALHO, M. L. O.; PIROTTA, K. C. M.; SHOR, N. Participação masculina na contracepção pela ótica feminina. **Revista de Saúde Pública**, v. 35(1), 2001, p. 23-31.
8. COELHO, E. A. C.; LUCENA, M. F. G.; SILVA, A. T. M. O planejamento familiar no Brasil no contexto das políticas públicas de saúde: determinantes históricos. **Rev. Esc. Enf.USP**, v. 34, n. 1, mar. 2000. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/> Acesso em 2 de Setembro de 2009.
9. COELHO, E. B. S. Enfermagem e o planejamento familiar: as interfaces da contracepção. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58(6), nov./dez. 2005. Disponível em: <http://bases.bireme.br> Acesso em: 9 de Fevereiro de 2010.
10. CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. **Iniciação à metodologia científica: participação em eventos e elaboração de textos científicos.** Belo Horizonte: Editora Coopmed/ NESCON UFMG, 2008, 89 p.
11. COSTA, G. D. et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62 (1), Jan.-Fev. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n1/17.pdf> Acesso em: 23 de Outubro de 2009.
12. DUARTE, G. A. Perspectiva masculina quanto a métodos contraceptivos. **Caderno de Saúde Pública**, v. 14 (Supl. 1), 1998, p. 125-130.
13. MOREIRA, M. H. C.; ARAÚJO, J. N. G. Planejamento familiar: autonomia ou encargo feminino? **Psicologia em estudo**, v. 9, n. 3, set/dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br> Acesso: 20 de Setembro de 2009.
14. MOURA, E. R. F.; SOUSA, R. A. Educação em saúde reprodutiva: proposta ou realidade do Programa Saúde da Família? **Caderno de Saúde Pública**, v.

- 18(6), nov./dez. 2002. Disponível em: <http://bases.bireme.br> Acesso em: 10 de Setembro de 2009.
15. ORLANDI, R.; TONELI, M. J. F. Adolescência e paternidade: sobre os direitos de criar projetos e procriar. **Psicologia em estudo**, v. 13, n. 2, abr/jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br> Acesso em: 20 de Setembro de 2009.
16. OSIS, M. J. D. et al. Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa. **Caderno de Saúde Pública**, v. 22(11), nov. 2006. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v22n11/23.pdf> Acesso em: 23 de Outubro de 2009.
17. OSIS, M. J. D. et al. Escolha de métodos contraceptivos entre usuárias de um serviço público de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, v. 20 (6), nov./dez. 2004, p. 1586-1594.
18. OSIS, M. J. M. D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 14 (Supl. 1), 1998. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/csp/v14s1/1337.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csp/v14s1/1337.pdf) Acesso em: 18 de Outubro de 2009.
19. POLI, M. E. H. A anticoncepção como instrumento do planejamento familiar e da saúde. **Scientia Medica**, v. 16, n. 4, out./dez. 2006. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br> Acesso em: 10 de Fevereiro de 2010.
20. RIBEIRO, P. J. et al. Planejamento familiar: importância do conhecimento das características da clientela para implementação de ações de saúde. **O mundo da saúde**, v. 32(4), 2008. Disponível em: [http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/65/01%20Planejamento\\_baixa.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/65/01%20Planejamento_baixa.pdf) Acesso em: 23 de Outubro de 2009.
21. SCHOR, N. et al. Mulher e anticoncepção: conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais. **Caderno de Saúde Pública**, v 16 (2), abr/jun. 2000. Disponível em: [www.scielosp.org/pdf/csp/v16n2/2087.pdf](http://www.scielosp.org/pdf/csp/v16n2/2087.pdf) Acesso em: 15 de Outubro de 2009.