

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Caroline de Oliveira Mozzaquatro

**PLANEJAMENTO FAMILIAR E CONFIGURAÇÕES FAMILIARES  
SOB A ÓTICA DE MULHERES ATENDIDAS EM UNIDADES DE  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE SANTA  
MARIA**

**Santa Maria, RS  
2016**

**Caroline de Oliveira Mozzaquatro**

**PLANEJAMENTO FAMILIAR E CONFIGURAÇÕES FAMILIARES SOB A ÓTICA  
DE MULHERES ATENDIDAS EM UNIDADES DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Área de Concentração em Psicologia da Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Psicologia**.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Dorian Mônica Arpini

Santa Maria, RS  
2016

**Caroline de Oliveira Mozzaquatro**

**PLANEJAMENTO FAMILIAR E CONFIGURAÇÕES FAMILIARES SOB A  
ÓTICA DE MULHERES ATENDIDAS EM UNIDADES DE ESTRATÉGIA DE  
SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA**


Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Psicologia.**

**Aprovado em 15 de março de 2016:**



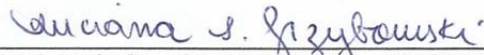
---

**Dorian Mônica Arpini, Dra. (UFSM)**  
(Presidente/Orientadora)



---

**Everley Rosane Goetz, Dra. (UFSM)**



---

**Luciana Suárez Grzybowski, Dra. (UFCSPA)**

Santa Maria, RS  
2016

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Mozzaquatro, Caroline de Oliveira  
Planejamento familiar e configurações familiares sob a  
ótica de mulheres atendidas em unidades de Estratégia de  
Saúde da Família do município de Santa Maria / Caroline de  
Oliveira Mozzaquatro.-2016.  
136 p. ; 30cm

Orientadora: Dorian Mônica Arpini  
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Maria, Centro de Ciências Sociais e Humanas, Programa de  
Pós-Graduação em Psicologia, RS, 2016

1. Planejamento Familiar 2. Estratégia de Saúde da Família  
3. Família 4. Relações Familiares 5. Psicologia I. Arpini,  
Dorian Mônica II. Título.

## AGRADECIMENTOS

*Às participantes, pela disponibilidade e generosidade em compartilhar comigo suas histórias. Agradeço pela sinceridade e pela riqueza das entrevistas, que me impulsionaram a escrever este trabalho, e, sobretudo, a ratificar a importância da escuta.*

*À professora Mônica, pela orientação valiosa que dedicou a este trabalho. Agradeço por todo aprendizado ao longo destes anos de trabalho, construído com base em uma relação de afeto e respeito, que levarei sempre comigo.*

*Aos meus pais, por tudo o que foram e são para mim. Agradeço por terem acreditado na força da educação, e pelo incentivo e apoio ao longo desta caminhada. Quando falo de responsabilidade parental, não posso deixar de pensar em vocês, por todo planejamento, dedicação, amor, limites, que dispensaram a mim e a minha irmã. Amo vocês.*

*À minha irmã, por ser parte da minha vida, parceira de toda esta jornada, e das muitas que ainda estão por vir.*

*Às amigas que encontrei durante a graduação, e que levo para a vida. Agradeço às minhas flores Alíssia, Juliana, Luana, Mariana e Marília, pela presença e afeto de sempre, que são fundamentais para mim.*

*À amiga Marciele. Dividimos nestes dois anos as conquistas e dificuldades de um Mestrado, e também da vida! Agradeço pela amizade sincera e sempre presente afetivamente.*

*Ao Daniel, que esteve comigo ao longo desta caminhada, e que coloriu este percurso. Agradeço por todo incentivo, apoio, e também pelos momentos recheados de afeto, que tornaram os dias no mestrado mais leves.*

*Aos meus amigos, Claudia, Diego, Tamara, pela amizade de tantos anos, que o tempo não corrói.*

*À Edinara e Amanda, pessoas especiais que (re)encontrei no mestrado. Agradeço pelos momentos de conversas, desabafos, e pela torcida, que é recíproca.*

*Ao grupo de pesquisa NEIAF, pelos estudos e trabalhos que realizamos. Agradeço pelas discussões, pelo aprendizado, e pelo convívio nestes anos.*

*Aos colegas do mestrado, pela leveza do nosso encontro. Agradeço por ter conhecido cada um, e por dividir estes dois anos ao lado de vocês.*

## RESUMO

### **PLANEJAMENTO FAMILIAR E CONFIGURAÇÕES FAMILIARES SOB A ÓTICA DE MULHERES ATENDIDAS EM UNIDADES DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA**

Dissertação de Mestrado  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia  
Universidade Federal de Santa Maria

AUTORA: Caroline de Oliveira Mozzaquatro  
ORIENTADORA: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Dorian Mônica Arpini

O planejamento familiar está fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da parentalidade responsável, sendo que ao Estado compete propiciar um conjunto de ações que garantam à mulher, ao homem, e ao casal, o direito de constituição, limitação e aumento da prole, conforme seus interesses. Com isto se entende que o planejamento familiar abarca não só questões biológicas, mas também aspectos emocionais e culturais. Nesse sentido, acredita-se que a Psicologia pode contribuir para a ampliação do conhecimento acerca desta temática. Com base nisto, o presente estudo pretendeu conhecer a opinião de usuárias do Sistema Único de Saúde em relação ao planejamento familiar, bem como compreender como as mesmas se situam diante desta questão. Também se pretendeu conhecer a configuração familiar das participantes, e os significados que atribuem à família. Por fim, buscou-se compreender o papel e a participação de mulheres e homens em relação ao planejamento familiar. Para tanto se realizou uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa, sendo que a coleta de dados se deu por meio de entrevista semiestruturada. Após a transcrição das entrevistas, a análise dos dados seguiu a técnica de análise de conteúdo. A amostra da pesquisa foi de 15 mulheres, as quais representavam quatro unidades de ESF do município de Santa Maria, pertencentes regiões distintas do município. Os resultados foram apresentados em três artigos. O primeiro artigo teve como resultado a identificação de que nenhuma das quatro unidades de ESF oferecia ações específicas de planejamento familiar. As participantes não tinham conhecimento sobre planejamento familiar e não haviam participado de ações específicas a este respeito. O segundo artigo teve como foco as configurações familiares das participantes, as quais estão baseadas nos laços afetivos, e no reconhecimento como membros da família aqueles que fazem parte da rede de apoio. No terceiro artigo verificou-se que a mulher é percebida como a grande responsável pela família, tanto pela constituição quanto pela manutenção. Porém, em suas vivências, as participantes relataram dividir com o companheiro não só os cuidados familiares, mas também a responsabilidade da contracepção, na medida em que eles as auxiliam na utilização do método contraceptivo. Ressalta-se o indício de uma sobreposição de aspectos tradicionais com novos padrões de relações. As considerações finais evidenciam que as ações de planejamento familiar são importantes para o bem-estar e saúde da população, visto que, longe de ser uma estratégia de controle demográfico, a possibilidade de poder planejar a família, o número e o espaçamento dos filhos que se deseja ter, ou não ter, traz influência direta à vida das pessoas. Nesse sentido, é fundamental que ocorra a implantação e implementação do planejamento familiar nas unidades de ESF, tal como previsto na legislação.

Palavras-chave: Planejamento Familiar. Estratégia de Saúde da Família. Família. Relações Familiares. Psicologia.

## **ABSTRACT**

### **FAMILY PLANNING AND FAMILY STRUCTURES FROM THE PERSPECTIVE OF WOMEN ASSISTED IN FAMILY HEALTH STRATEGY UNITS IN THE MUNICIPALITY OF SANTA MARIA**

Master's Thesis  
Postgraduation Program in Psychology  
Universidade Federal de Santa Maria

AUTHOR: Caroline de Oliveira Mozzaquatro  
ADVISOR: Dorian Mônica Arpini

Family planning is founded on the principles of human dignity and responsible parenthood, in which the State is responsible to provide a set of actions to ensure to the woman, to the man, and to the couple, the right of establishment, limitation and increase of offspring, according to their interests. It is understood that family planning includes not only biological, but also emotional and cultural aspects. In this regard, it is believed that Psychology can contribute to the amplification of knowledge about this subject. Based on this, the present study intends to know the opinions of women who use the Unified Health System about family planning, and also understand their positions referring to the subject. We also intended to know the participants' family structures, and the meanings they attribute to family. Finally, we sought to understand the role and participation of women and men in relation to family planning. In order to so, we conducted an exploratory research with a qualitative approach, in which the data was collected through a semi-structured interview. After the interviews' transcription, the technique of content analysis was employed in order to analyse the data. The research sample was composed of 15 women, who represented four Family Health Strategy (FHS) units from different areas of the city of Santa Maria. The results were presented in three articles. The first article identified that none of the four FHS units offered specific actions of family planning. Participants possessed no knowledge about family planning and had not participated in any specific action in this respect. The second article focused on the participants' family structures, which are based on affective bonds, and also in the aspect that family members are recognized as those who are part of the support network. In the third article we verified that the woman is perceived as the main responsible for the family's constitution and maintenance. However, the participants revealed that they share responsibilities with their partners in relation to the tasks of family care and contraception, as partners assist the participants in the use of contraceptive methods. We emphasize the indications of an overlap between traditional relational aspects with new patterns of relationships. The final considerations show that family planning activities are important for the well-being and health of the population and is far from being a strategy of demographic control. The possibility of planning the family and the number and spacing of children directly influences peoples' lives. Therefore, the deployment and implementation of family planning in FHS units is essential, as determined by the legislation.

Keywords: Family Planning. Family Health Strategy. Family. Family relationships.  
Psychology.

## SUMÁRIO

<b>1 APRESENTAÇÃO</b> .....	<b>8</b>
<b>2 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>10</b>
<b>3 REVISÃO TEÓRICA</b> .....	<b>12</b>
3.1 CONCEPÇÕES SOBRE A TEMÁTICA FAMÍLIA .....	12
3.2 A LEGISLAÇÃO EM SAÚDE VOLTADA À FAMÍLIA .....	21
<b>4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA</b> .....	<b>25</b>
4.1 DELINEAMENTO .....	25
4.2 INTITUIÇÕES .....	26
4.3 PARTICIPANTES .....	28
4.4 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS .....	31
4.5 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS .....	33
4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	34
<b>5 ARTIGO 1</b> .....	<b>37</b>
Resumo .....	38
Abstract .....	39
Planejamento familiar: um direito a ser conquistado.....	40
Método.....	46
Procedimento de análise dos dados.....	48
Resultados e Discussão.....	48
Considerações finais.....	63
Referências.....	65
<b>6 ARTIGO 2</b> .....	<b>70</b>
Resumo .....	71
Abstract .....	72
Configurações familiares através da perspectiva de usuárias de Estratégia de Saúde da Família.....	73
Método.....	80
Procedimento de análise dos dados.....	82
Resultados e Discussão.....	82
Considerações Finais.....	94
Referências.....	95
<b>7 ARTIGO 3</b> .....	<b>99</b>
Resumo .....	100
Abstract .....	101
Planejamento Familiar e Parentalidade: o tradicional, a mudança e os novos desafios.....	102
Método.....	107
Procedimento de análise dos dados.....	109
Resultados e Discussão.....	110
Considerações Finais.....	120
Referências.....	122
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>126</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>129</b>
<b>ANEXO A - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL</b> .....	<b>133</b>
<b>ANEXO B - REGISTRO DO SORTEIO DE ESF PARA REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS</b> .....	<b>134</b>
<b>ANEXO C – ROTEIRO DA ENTEVISTA SEMIESTRUTURADA</b> .....	<b>135</b>
<b>ANEXO D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	<b>136</b>



## 1 APRESENTAÇÃO

O presente trabalho compõe a dissertação de mestrado intitulada “Planejamento familiar e configurações familiares sob a ótica de mulheres atendidas em unidades de Estratégia de Saúde da Família do município de Santa Maria”. Como formato de sua apresentação, optou-se pela organização de três artigos, o que é permitido de acordo com o Manual de Estrutura e Apresentação de Monografias, Dissertações e Teses (MDT) (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, 2015). Compreende-se que publicar a presente dissertação em tal formato é uma forma de ir ao encontro a um dos objetivos do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGP), o qual tem por intuito estimular a produção científica dos pesquisadores docentes e discentes nele inseridos, buscando atingir um nível maior de excelência.

Considerando tais pontuações, essa dissertação foi estruturada em sete capítulos. O primeiro traz uma breve introdução que revela a motivação da pesquisadora em realizar o estudo, bem como a contextualização da temática do planejamento familiar. O segundo, por sua vez, aborda os aspectos teóricos envolvidos no estudo, os quais embasaram a construção dos artigos, principalmente a introdução dos mesmos. Destaca-se que a escolha pelo referencial teórico, o qual inclui aspectos psicológicos, sociais, jurídicos e históricos, deu-se em razão da concepção de que a família está em constante transformação, tornando necessária a interlocução destes saberes para melhor compreendê-la. Diante disso, este estudo tem por base epistemológica o materialismo dialético, visto que se pretende dar ênfase à dialética das relações entre o indivíduo e a sociedade, enfatizando o sujeito histórico, e situada em uma perspectiva econômica (MINAYO, 1996; 2013).

No terceiro capítulo, são apresentados em detalhe os aspectos metodológicos que foram empregados na realização desta pesquisa. O estudo foi qualitativo de caráter exploratório, e utilizou como instrumento de coleta de dados a entrevista semiestruturada, tendo sido os dados coletados analisados através da análise de conteúdo temática.

Os três capítulos seguintes trazem as discussões oriundas do trabalho de pesquisa, sob o formato de artigos. O primeiro artigo desenvolvido busca conhecer a relação entre as participantes do estudo com a agenda de planejamento familiar nas unidades de Estratégia de Saúde da Família às quais são atendidas, bem como compreender de que modo elas se situam diante desta temática. O segundo reflete sobre as configurações familiares das participantes, e os significados que as mesmas atribuem à família. Já no terceiro artigo, analisaram-se

questões referentes aos papéis que homens e mulheres desempenham no planejamento familiar. Por fim, no último capítulo, são tecidas as considerações finais do presente estudo, retomando as questões trabalhadas nos artigos apresentados e expondo algumas das percepções da pesquisadora ao longo do desenvolvimento deste trabalho.

## 2 INTRODUÇÃO

A partir da vivência de trabalho da pesquisadora como residente da Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, pela ênfase de Atenção Básica em Saúde Coletiva, na cidade de Porto Alegre, onde se atuou em uma unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF), surgiu o interesse por este tema de pesquisa. Através desta experiência a pesquisadora pode notar que eram poucas as ações voltadas para o planejamento familiar, e muitas tentativas de grupos, nos moldes de cursos, para gestantes. Essas ações estavam dissociadas, e o pré-natal acabava por ter um espaço privilegiado na ESF, visto que além das consultas nesta agenda específica, contava com ações de promoção de saúde, ao passo que a agenda de planejamento familiar, restringia-se somente a consultas de Enfermagem, em um turno reduzido.

Ademais, pôde-se notar, através do registro de acompanhamento mensal de retirada de anticoncepcionais, um número expressivo de mulheres que buscavam por métodos anticonceptivos regularmente nesta unidade de ESF – pílula anticoncepcional mensal, injeção anticoncepcional mensal ou trimestral. Em relação à distribuição gratuita de anticoncepcional de barreira, preferencialmente o preservativo masculino, foi possível identificar que os usuários retiravam os preservativos disponibilizados na ESF. Contudo, apesar dessas ações, a equipe considerava alta a taxa de natalidade na região atendida por ela. Com isto, começou-se a questionar se o saber técnico presente nestas ações abarcava todas as questões envolvidas no planejamento familiar, como os aspectos emocionais e culturais.

Também se percebeu que a agenda de planejamento familiar da referida unidade de ESF era formada quase que exclusivamente por mulheres, raros eram os homens ou casais atendidos nesta agenda. Este fato pode ser entendido como algo cultural das comunidades, mas também pode ser visto como uma situação que parte dos profissionais, visto que podem despercebidamente direcionar esta agenda para a população feminina. Diante destes questionamentos, surgiu o interesse de examinar como a agenda de planejamento familiar está sendo oferecida à população do município de Santa Maria, em um contexto de pesquisa, de modo a conhecer a opinião dos usuários a respeito desta agenda, e de que forma o planejamento familiar faz parte de suas vidas.

A partir destes questionamentos se deu início a leituras sobre o planejamento familiar, e se constatou que o planejamento familiar é garantido pela Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996, a qual tem suas raízes na Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988. Nesta, consta no capítulo VII Da Família, da Criança, do Adolescente, do Jovem e do Idoso, o

artigo 226, que a família tem proteção especial do estado, sendo a base da sociedade. No parágrafo 7º do referido artigo, é postulado que o planejamento familiar é de livre decisão do casal, estando fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável. Dessa forma, compete ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício do direito ao planejamento familiar, sendo que tais recursos devem ser disponibilizados prioritariamente no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1988; 1996). Impende destacar que de acordo com a referida lei, o planejamento familiar faz parte das ações em saúde à mulher, ao homem e/ou ao casal, não sendo restrito à mulher (BRASIL, 1996).

Dito isto, outro aspecto que motivou a escolha deste tema de pesquisa é a percepção de que a Psicologia, através do seu núcleo de conhecimento, pode contribuir com importantes reflexões a respeito do planejamento familiar. Deste modo, acredita-se que os achados do presente estudo podem contribuir, de forma significativa, na compreensão das necessidades que os usuários atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), nas unidades ESF de Santa Maria, em relação ao planejamento familiar. Com isso, pretende-se que a pesquisa proporcione uma visão mais clara dessas demandas, para que se possibilite pensar em estratégias que visem qualificar o atendimento em planejamento familiar nas ESF, objetivando aproximar este às necessidades e demandas da população.

Neste sentido, com este estudo, visa-se fornecer subsídios para a produção de conhecimentos acerca do planejamento familiar e suas reverberações na estrutura familiar. Ressalta-se ainda que este estudo se insere em um Programa de Pós-Graduação com ênfase em Psicologia da Saúde, o que vai ao encontro com os objetivos do estudo. Nessa perspectiva, considera-se importante que os psicólogos que atuam no contexto da saúde problematizem e reflitam sobre tais questões, as quais interferem no ambiente familiar e que estão contribuindo para o advento de diversas configurações familiares, de modo a contribuir com a construção de conhecimento na área da saúde.

Ante o exposto, com o presente estudo, pretende-se conhecer a opinião de usuárias de Estratégias de Saúde da Família (ESF) do município de Santa Maria em relação ao planejamento familiar. Mais detalhadamente, busca-se compreender como, e se, o planejamento familiar está presente na vida destas participantes. Também se objetiva conhecer a representação de família e a composição familiar destas usuárias, bem como compreender o papel que homens e mulheres desempenham no planejamento destas famílias.

### 3 REVISÃO TEÓRICA

Na revisão teórica da presente pesquisa se versou sobre dois grandes capítulos. No primeiro, intitulado ‘Concepções sobre o tema família’, propõe-se a problematizar a família a partir de uma construção histórica e social. Com o segundo grande bloco presente na revisão teórica, intitulado ‘A legislação em saúde voltada à família’, pretendeu-se indicar a entrada desta nas políticas públicas. A política pública contemporânea apresenta um acento particular nas sociabilidades familiares, em função da condição potencial de se assegurar proteção e inclusão social. Em função disto, os serviços coletivos – como as Estratégias de Saúde da Família - estão se utilizando de atendimentos ancorados na família e na comunidade (CARVALHO, 2002). Contudo, o foco sobre a família pode ser considerado recente na legislação em saúde do Brasil, e, nesse sentido, trar-se-á nesse capítulo a visão de família que está contida nessa legislação atual, principalmente ao que se refere ao planejamento familiar.

#### 3.1 CONCEPÇÕES SOBRE A TEMÁTICA FAMÍLIA

Entende-se que conceituar família ficou cada vez mais difícil (GRZYBOWSKI, 2002). Atualmente multiplicam-se diferentes formas de organização familiar, estabelecendo-se novos arranjos, diferentes do modelo nuclear, o qual é constituído por pai, mãe e filhos de um único casamento (GRZYBOWSKI, 2002; WAGNER, 2002). Dessa forma, novas formas de convívio, decorrente da grande mobilidade das configurações familiares, foram sendo estabelecidas através da evolução da cultura, de geração para geração (GROENINGA, 2003; KEHL, 2003).

A imagem da família ideal, presente em grande parte da sociedade, é daquela formada por um casal heterossexual, legalmente casado, que tenha dois filhos, preferencialmente um de cada sexo, onde todos vivam juntos em uma casa própria. Esta família é livre de conflitos e qualquer tipo de violência. O marido é o principal provedor, e a mulher é responsável pela organização da casa, pelo cuidado com as crianças, os adolescentes, os idosos e os doentes (GOLDANI, 2002). Certamente, podem-se encontrar famílias como esta descrita, mas não se pode tomar esta configuração como modelo de família, visto que as famílias foram se transformando ao longo da história (MOREIRA, 2013).

Tal padrão familiar é adotado pela classe média brasileira como o ideal, e é fundado em uma comparação com o modelo familiar monogâmico, patriarcal e endogâmico da sociedade burguesa, o qual predominou do início do século XIX a meados do século XX no

Ocidente (KEHL, 2003). Contudo, ainda que as famílias tenham passado por transformações, estes elementos da família colonial europeia e brasileira ainda fazem parte da auto-representação das famílias atualmente, as quais têm impregnadas idealizações da família nuclear como símbolo (CARVALHO, 2002; MONTEIRO; CARDOSO, 2001; ROMANELLI, 2002).

Através de seus estudos, Roudinesco (2003), apoiada em Lévi-Strauss (1956), postula que a família é um fenômeno universal que supõe uma aliança, por meio do casamento, e uma filiação através dos filhos, inserida em uma sociedade. É a inclusão em uma sociedade que faz a passagem da constituição da família enquanto fenômeno da natureza para a cultura, na medida em que esta constituição não deriva unicamente de um fundamento biológico da diferença dos sexos, mas também está ligada a uma função simbólica. A cultura, como postula Freud (2010) em 1930, é a soma das realizações e disposições pelas quais a vida humana se afasta dos nossos antepassados animais. Na cultura as relações dos seres humanos entre si têm um modo de serem regulamentadas, inclusive no que diz respeito ao ser humano na condição de membro de uma família.

Dessa forma, além da inclusão em uma sociedade, há outro princípio que assegura a existência da família na cultura. Trata-se da proibição do incesto, visto que esse princípio permite diferenciar o mundo animal do mundo humano, arrancando deste uma parte de um *continuum* biológico. Foi a partir destas duas grandes ordens, da diferença sexual e da proibição do incesto e outros interditos, que se possibilitaram o desenrolar das transformações próprias da instituição familiar através dos séculos, assim como as modificações do olhar voltado para a família ao longo das gerações (FREUD, 2010; ROUDINESCO, 2003). A partir do exposto, entende-se que a família é o diferencial da nossa espécie, sendo a célula *mater* da sociedade e matriz de constituição do psiquismo, uma instituição estruturante e estruturada pelo humano (GROENINGA, 2003).

Roudinesco (2003) pontua, bem como Ariès (2014), que houve uma evolução da família, e que pode ser distinguida em três grandes períodos. A primeira fase é a da família dita “tradicional”, que servia acima de tudo para assegurar a transmissão de patrimônio. Dessa forma, os casamentos eram arranjados, e estavam alicerçados sob uma forte autoridade patriarcal, que assegurava a célula familiar em um mundo imutável. Já a segunda fase, que se impõe entre o final do século XVIII e meados do século XX, é o da dita família “moderna”, na qual a lógica afetiva se impõe, visto que a família é fundada no amor romântico. Ela sanciona a reciprocidade dos sentimentos e os desejos carnavais através do casamento, e também coloca a atribuição da autoridade numa divisão de responsabilidades entre os pais

(mãe e pai) e o Estado. A partir de 1960, surge a família dita “contemporânea”, na qual se unem dois indivíduos em busca de relações íntimas ou realização sexual, ao longo de uma duração relativa, na medida em que aumentam o número de divórcios, separações e recomposições conjugais, o que torna a transmissão da autoridade uma questão problemática.

Com isso, entende-se a família, tal qual é concebida hoje, como decorrência de um processo histórico de construção. Ariès (2014), por meio de pesquisa histórica e análise iconográfica, apresenta a evolução do sentimento de família ao longo dos séculos, especialmente na Europa, onde desmistifica a concepção de família como algo natural e imutável. Até meados do século XVII, a representação da família conjugal, formada pelos pais e seus filhos, não existia, o que não significa a inexistência da vida familiar, contudo a família não existia como valor moral.

As pessoas nos séculos XV e XVI, viviam suas vidas no domínio do público, e em uma sociabilidade que dificultava a instauração do sentimento familiar, visto que não havia intimidade, uma vez que as casas eram um centro de relações sociais. Contudo, a vida em sociedade foi perdendo espaço na medida em que as famílias se voltaram para o interior de suas casas, e para suas crianças. Estas não eram mais separadas de seus pais para fins de educação, como eram no antigo costume. Foi essa reorganização de costumes que possibilitou que a intimidade fosse possível entre os membros da casa, a partir da separação da vida privada e da vida pública, permitindo que se instaurasse o sentimento de família (ARIÈS, 2014). Dessa forma, esta família, dita nuclear, tal como a concebemos hoje no Ocidente é a consumação de uma longa evolução (ROUDINESCO, 2003).

Ademais a família moderna, formada pelo casal conjugal e seus filhos em um lar confortável, com a presença de um sentimento de casa, não surgiu ao mesmo tempo para todas as camadas da população europeia. O sentimento de casa, de lar, não existia para grande parte da população pobre, que vivia com as crianças afastadas de seus pais ainda no século XIX. Contudo, a família como valor moral se estendeu às classes populares, mesmo que de maneira mais lenta (ARIÈS, 2014).

Nesse sentido, embora o sentimento de família proposto por Ariès (2014) esteja vinculado historicamente à família patriarcal burguesa, formada pelo casal conjugal e seus filhos, essa estruturação não pode ser considerada como definição de família de maneira geral. Ressalta-se que Ariès teoriza a partir do contexto Europeu, porém, como pontua Kehl (2003), há muitas semelhanças em relação à família nuclear burguesa do Brasil do século XIX. No entanto, como exposto anteriormente, não se pode ter esta família nuclear como único

paradigma, pois novas e variadas estruturas familiares surgiram a partir das evoluções sociais, dando origem a uma pluralidade de organizações familiares (GRISARD FILHO, 2003).

Pode-se falar de famílias, no plural, pois as circunstâncias históricas, sociais e econômicas fizeram com que múltiplas configurações familiares surgissem, sem que com isso houvesse o desaparecimento do sentimento de família, a família como valor moral. Dessa forma, as famílias não perderam as suas possibilidades de proteção, socialização e criação de vínculos relacionais, o que lhe é essencial (CARVALHO, 2002).

Contribuindo com a discussão, Neder (2011) expõe que não existe, do ponto de vista histórico e antropológico, um modelo-padrão como única possibilidade de organização familiar no Brasil, e usa o termo famílias em função da multiplicidade étnico-cultural que está na base das várias possibilidades de organização familiar na sociedade brasileira. Por isso, a partir do modo como a família vem se modificando e se estruturando, influenciada por uma grande gama de fatores decorrentes de variações culturais, é impossível identificá-la como um modelo único e ideal (KALOUSTIAN, 2011; PERES, 2001; RIZZINI, 2001).

Tais mudanças também se expressam nos papéis desempenhados pelos membros da família, não se restringindo somente à composição familiar (GRZYBOWSKI, 2002), porém, apesar disso, não houve a substituição da família por outra forma de organização (KEHL, 2003). Partindo de uma concepção moral de família, homens e mulheres estão imbuídos de papéis na estrutura familiar, os quais permitem a realização de diferentes modos de exercer a autoridade na família. No caso da população pobre, o homem exerceria um papel de autoridade moral, o chefe da família, mediando a relação da família com o mundo externo, na medida em que garante o respeito. Já as mulheres, chefes da casa, são as responsáveis por manter a unidade do grupo, e a sua autoridade se vincula à valorização do papel de mãe. Esses papéis melhor se desenvolvem quando existe uma casa, possibilitando a formação de um núcleo independente. Nesse sentido, a hierarquia homem/mulher e a diferenciação de papéis sexuais acompanhada da divisão de autoridades, marcam os princípios estruturais que definem a família entre a população pobre (SARTI, 2011).

Contudo, Sarti (2011) problematiza as possibilidades de formação de um núcleo independente do casal conjugal, e a estabilidade familiar, nas famílias pobres brasileiras, indicando que há uma conexão entre a manutenção desses fatores e as condições socioeconômicas. A autora postula que quanto mais pobres forem os membros da família, mais facilmente esta será desfeita. Isto porque a pobreza afeta diretamente os papéis desempenhados pelo homem e pela mulher desse núcleo, que não conseguem ir ao encontro da realização desses, em função de estarem expostos à instabilidade do mercado de trabalho.



Pode-se entender que tendências globais alteraram a dinâmica dos papéis parentais e das relações de gênero, sendo que muitas vezes, há um deslocamento dos papéis desempenhados nas famílias (RIZZINI, 2001; ROURE; COELHO; RESENDE, 2001).

Colaborando, Kehl (2003) relata que, em função de razões de mercado, abriram-se oportunidades profissionais para as mulheres, ao passo que se achataram os salários dos homens, os ditos pais de família da moderna família burguesa. A perda do poder aquisitivo, acompanhada da diminuição da dependência econômica feminina que sustentava o casamento patriarcal, contribuiu para reduzir o poder dos homens dentro de casa.

Dessa forma, a instabilidade de mercado que se reflete em empregos precários, ou mesmo em desemprego, fragiliza e desmoraliza o homem no papel do provedor da família, o que abala sua autoridade e respeito perante os membros da família. Já a mulher se vê diante de um marido que já não cumpre o papel masculino de autoridade, o qual possibilita o respeito e a proteção para a sua família, o que a frustra por não corresponder à situação familiar esperada. No entanto, as expectativas de realização desses papéis não são desfeitas (SARTI, 2011).

Diante dos empregos incertos e uniões instáveis, as famílias pobres enfrentam dificuldades para realizar esses papéis familiares do núcleo conjugal, o que favorece que se criem arranjos com a rede de parentesco mais ampla. Tais arranjos têm o intuito de viabilizar a existência da família através de uma atualização de papéis, pois mantém a complementaridade de homem/mulher na medida em que transferem estes papéis para os membros da família ampliada (SARTI, 2011). Ademais, esta família alargada, constituída por sociabilidades sociofamiliares e redes de solidariedade, possibilita uma maximização dos rendimentos, de apoio, afetos e relações que favorecem que os membros obtenham emprego, moradia, saúde. Com isto, diz-se que esta configuração é a condição para que as camadas populares resistam e sobrevivam (CARVALHO, 2002).

Dessa forma, a família pobre se constitui como uma rede, constituída pelas ramificações envoltas na rede de parentesco, que viabilizam a sua existência através do apoio que presta, como uma trama de obrigações morais que reproduzem a estrutura hierárquica básica. Contudo, essa constituição dificulta a individualização em um núcleo familiar (SARTI, 2011). De acordo com Groeninga (2003), quando se opta por construir uma família, o pressuposto é o de sair da família de origem, deixando em segundo plano a função filial para assumir a vida adulta e a função conjugal, e possivelmente a parental. Dessa forma, os filhos dão outro estatuto para a família, a qual se constitui, para a população pobre brasileira, a partir de uma categoria moral de responsabilidade. Com a gestação, homens e mulheres

adquirem o estatuto de maioridade, e devem tornar-se responsáveis pelo próprio destino, e assim constituir o seu núcleo familiar, desvinculado da família de origem (SARTI, 2011).

A partir do exposto anteriormente, fica claro que as transformações da família relacionam-se com as mudanças na estrutura econômica e política do país, e também com as mudanças de valores que se constituíram ao longo das gerações. Atualmente se vê muitas formas de organização familiar, e esta diversidade de estrutura e dinâmica das famílias, demonstram que a família tem uma grande capacidade de adaptação e mudança ao longo da história (MOREIRA, 2013). Dentro dessa multiplicidade se encontram: pessoas que preferem viver sozinhas, casais que vivem juntos sem estar casados legalmente, casais de homossexuais, avós criando netos, pais com guarda conjunta, mães e pais singulares, pais que dividem a guarda dos filhos, família recasadas, entre outras formas de organização (GRZYBOWSKI, 2002). Ou seja, a família apresenta-se hoje em uma multiplicidade de configurações, e em cada uma haverá uma estrutura e um estilo de funcionamento, fato que impede que se estabeleça a um conceito universal de família (BILAC, 2002; PERES, 2001).

Não obstante, a organização da família moderna estaria baseada na revolução da afetividade. Na medida em que se exige que

o casamento burguês seja associado ao sentimento amoroso e ao desabrochar da sexualidade feminina e masculina; o lugar preponderante concedido ao filho, que tem como efeito 'maternalizar' a célula familiar; a prática sistemática de uma contracepção espontânea, que dissocia o desejo sexual da procriação, dando assim origem a uma organização mais individual da família (ROUDINESCO, 2003, p.96).

Dessa forma, a mutação vivida pelas famílias, tem levado a uma queda nas taxas de natalidade, justificada pelos direitos que as mulheres adquiriram de terem sua sexualidade reconhecida. Assim, é a partir da consciência dos deveres de amor e educação para com os filhos, que a família moderna se constituiu como a célula base da sociedade, responsável pelo futuro das crianças. Com isso, teve início o planejamento dos nascimentos (ROUDINESCO, 2003).

Nesse contexto, o acesso ao prazer começou a ser dissociado da procriação, e isto permitiu às mulheres irem se individualizando, na medida em que elas foram deixando de estarem resumidas ao papel de esposa ou de mãe, constituindo-se uma nova realidade das relações entre os sexos. A partir de 1950, com o advento das novas técnicas científicas de regulação dos nascimentos, como os dispositivos intrauterinos e a pílula, aliados ao planejamento familiar, as mulheres puderam recorrer a tais técnicas, substituindo progressivamente as antigas práticas espontâneas e o uso dos preservativos masculinos. Com isso as mulheres conquistaram direitos e poderes sobre seus corpos, que se modificaram com seus gostos e aspirações, reduzindo a dominação masculina (ROUDINESCO, 2003).

Dessa forma, a democratização das técnicas anticoncepcionais foi algo decisivo em relação a estabilidade conjugal, pois desvinculou a sexualidade feminina da procriação, e possibilitou às mulheres diversificar suas experiências sexuais. Esta independência sexual feminina e a possibilidade de separar a vida sexual da procriação permitiram uma virada em relação aos laços conjugais, que “já não escondem mais a base erótica – portanto, instável – de sua sustentação” (KEHL, 2003, p. 169). A sociedade contemporânea passou a reconhecer o amor e a realização sexual como fundamentos legítimos das uniões conjugais, muito em função dos imperativos disseminados pelas leis de mercado, de bem-estar, prazer e satisfação imediata dos desejos. Como consequência, separações e novas uniões foram efetuadas, e um novo tipo de família foi se formando, nomeada por Kehl de família tentacular. Nesta, está presente uma confusa árvore genealógica, onde irmãos não consanguíneos convivem com os cônjuges maternos ou paternos, de sucessivas uniões de um de seus pais, em que há um acúmulo de vínculos com pessoas que não faziam parte do núcleo original de suas vidas (KEHL, 2003).

Freud (2010) postulou em 1930, que a cultura admitiria as relações sexuais entre homens e mulheres, porém, somente na condição de que se estivesse em uma união indissolúvel e contratada, tolerada por ser, até o momento, fonte insubstituível para a reprodução da espécie. Dessa forma, ele entendia que a sociedade não toleraria a sexualidade como uma fonte autônoma de prazer, não sendo possível separar o desejo da procriação. Nesse momento ele desconhecia a força de ruptura que iniciou com a sua teoria, a qual contribuiu para que esta separação pudesse ser concebida (ROUDINESCO, 2003), ao menos em parte.

Em parte, pois, no sentido da obrigação moral para a população pobre, a sexualidade para ser aceita fica colada à noção de “dever”, no sentido de que para as pessoas obterem prazer através de relações sexuais, é necessário assumir as consequências do sexo, as quais seriam a de gerar um filho, posto como uma inevitabilidade da vida sexual. Dessa forma, a gestação é entendida como algo inevitável quando se tem relações sexuais. Com isso, a sexualidade é legitimada moralmente através da reprodução (SARTI, 2011), ainda que a contracepção permita às mulheres conhecerem o prazer sem o risco de procriarem (ROUDINESCO, 2003).

A partir de pesquisa realizada com mulheres adultas de classe média, Grzybowski (2002) relata que se verificou a manutenção de um papel tradicional de mulher, na medida em que se identificou que o casamento ainda tem um valor para essas mulheres. Elas vinculam o

sexo a um relacionamento profundo e estável, mostrando-se conservadoras em relação à prática de uma liberdade sexual, que se supõe verdadeira no senso comum.

No contexto da população de baixa renda, retomando a noção de que a sexualidade é legitimada moralmente através da reprodução, e que esta se apresenta como uma categoria moral de responsabilidade, quando o homem gera um filho e não assume a sua parcela de responsabilidade, lhe é frequentemente designado o rótulo de irresponsável. Como consequência, nessas situações cabe à mulher assumir toda a responsabilidade sozinha. Porém, para que ela alcance respeitabilidade moral, ela terá que trabalhar para sustentar sua prole, podendo assim reparar *o erro* de ter tido uma vida sexual sem parceiro fixo. Entretanto, não será unicamente com o trabalho que o respeito estará assegurado, sendo necessário também o apoio e a garantia de seus familiares, principalmente de uma figura masculina da família (SARTI, 2011).

Em relação à concepção, Corso e Corso (2011) colocam que uma gravidez pode ser fruto de uma concepção planejada e buscada pelo casal, como pode ser o resultado de um acidente. Este pode ser causado pela falta de informação, pela falha de um método anticoncepcional, ou por uma armadilha do corpo, entre outros. É um acontecimento de múltiplos significados, que pode ser a confirmação de uma fertilidade potencial, a afirmação da condição de mulher, o anúncio de um futuro restrito - já que será necessário trocar a vida social por fraldas e mamadeiras - pode ser uma maneira de união com a pessoa amada, entre outros. Em boa parte desses significados não há a intenção genuína de ser mãe/pai.

Os autores anteriormente citados são enfáticos ao dizer que “quando há escolha, torna-se mais responsável a relação com cada gestação mantida” (CORSO; CORSO, 2011, p. 52), pois quando não há desejo, não se consegue dar vida a um filho, visto que os humanos são incapazes de um amor que não lhes seja conveniente. Contribuindo com a discussão, acredita-se que tal afirmação tem por base o entendimento de que a família, mesmo em meio a variações históricas, mantém-se como instituição estruturante do indivíduo, e esta é a sua finalidade, em função da dependência e do desamparo emocional próprio da natureza humana. É por meio da função estruturante da família, que envolve questões de afeto, lugares e funções, que se pode desenvolver atributos humanos por excelência, propiciando o desenvolvimento do ser humano. Dessa forma, há responsabilidades ao se assumir os diferentes lugares e funções dentro desta estrutura, e assim dar vida a um indivíduo (GROENINGA, 2003). Ademais, Grzybowski (2011), expõe que se o filho não for fruto de uma escolha mútua, contribui-se para que haja um afastamento parental ou mesmo um exercício coparental problemático.

De acordo com o referencial psicanalítico, o nascimento de uma criança não lhe assegura que ela seja um sujeito capaz de viver e desejar. É preciso que haja uma transformação desde o “pequeno pedaço de carne” até o ingresso no simbólico, e isto se dá quando há desejo dos pais – lembrando que não se tratam apenas dos genitores, e sim de toda a rede familiar (ROURE; COELHO; RESENDE, 2001). Em razão do exposto, o direito à contracepção parece trazer melhores prognósticos, pois tenderiam a nascer os que foram desejados de algum modo, havendo energia e condições psíquicas disponíveis para eles (CORSO; CORSO, 2011).

Rizzini (2001) expõe que as mudanças da vida familiar coincidem com as complexas e rápidas transformações políticas, econômicas e sociais ocorridas nas últimas décadas. Contudo, o desenvolvimento de uma criança em seus primeiros anos não teve mudanças significativas, visto que a criança precisa contar com a família para o seu desenvolvimento mental, físico, moral, social e espiritual.

Tais mudanças são pertinentes, por exemplo, ao declínio da taxa de fecundidade, sendo que se observa uma tendência das famílias a serem menores. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), é possível perceber uma queda acentuada na taxa de fecundidade, a qual se refere ao número médio de filhos que uma mulher teria ao final de sua idade reprodutiva. Em 70 anos, houve uma diminuição na taxa de fecundidade de 69,2%, visto que em 1940 a média era de 6,16 filhos. Já na pesquisa realizada em 2010, pelo referido instituto, a taxa de fecundidade nacional foi de 1,90 filho, número menor do que o registrado no ano 2000, já que neste a taxa foi de 2,38 filhos por mulher (IBGE, 2012). Esta baixa da taxa de fecundidade pode ser explicada por alguns fatores, como o maior acesso a contraceptivos, ao sistema de saúde e de educação, e pelo aumento de oportunidades econômicas às mulheres (RIZZINI, 2001).

Esses fatores mencionados anteriormente podem ter sido propiciados em função de uma mudança nas políticas públicas, as quais passaram a reconhecer os direitos sociais dos cidadãos brasileiros (CARVALHO, 2002). Em meados da década de 90, o Brasil vivenciou o crescimento das taxas de desemprego e pobreza, o que fez com que se ajustassem programas sociais e econômicos, no sentido de uma adaptação às mudanças econômicas mundiais, através de um processo de reestruturação do Estado brasileiro. Este processo se estendeu às políticas sociais, e causou impacto para a vida da população, na medida em que a expansão do papel do Estado, como agente reorganizador das relações sociais, promoveu condições básicas de reprodução social, e estendeu às famílias o foco das políticas sociais (GOLDANI, 2002).

### 3.2 A LEGISLAÇÃO EM SAÚDE VOLTADA À FAMÍLIA

O campo da saúde demanda conhecimentos distintos e integrados, na medida em que se refere a uma realidade complexa, e que apresenta de forma imediata o problema da intervenção. Por isso, Minayo (1996) postula que este campo requer uma abordagem dialética, a qual busca compreender para transformar, sendo a teoria permanentemente repensada a partir dos desafios que a prática lhe impõe. Ademais o campo da saúde necessita de abordagens que contemplem as diversidades e as diferenças, na medida em que vivências desiguais produzem diferentes formas de pensar, sentir e agir a respeito da saúde e da doença (MINAYO, 2013).

A atenção à saúde no Brasil, especialmente no nível da Atenção Básica, tem a integralidade do cuidado como um dos seus princípios norteadores. Esta pressupõe a prestação continuada de um conjunto de ações que visam garantir a promoção, proteção, cura e reabilitação dos indivíduos e coletivos, atendendo as várias dimensões do processo saúde-doença (VASCONCELOS; PASCHE, 2006). Dessa forma, neste nível de atenção, as ações permitem que se estabeleçam estratégias em que se incluam os princípios da integralidade e equidade, sendo o modelo ideal de assistência, sobretudo à saúde reprodutiva (FORMIGA FILHO, 1999). A partir destas considerações, entende-se que as ações relativas ao planejamento familiar fazem parte deste cuidado, o qual se propõe integral.

Deste modo, o planejamento familiar faz parte dos programas da Atenção Básica que são executados pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), segundo Figueiredo (2011), ele é parte da Atenção à Saúde da Mulher. Historicamente, o planejamento familiar está ligado ao Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que foi criado em 1984 e teve grande importância na política pública na área da saúde. Este incluiu a integralidade e a equidade na assistência à mulher, com vistas a abordar a saúde desta de maneira global, e em todas as fases do seu ciclo vital, ampliando a noção de saúde da mulher para além de sua ênfase na reprodução da espécie (FORMIGA FILHO, 1999; MEYER, 2004).

Este programa objetiva incluir ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres. Com relação ao planejamento familiar, a Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher visa estimular a implantação e implementação deste para homens e mulheres, adultos e adolescentes, com o objetivo de ampliar e qualificar a atenção ao planejamento familiar,

garantindo a oferta de métodos anticoncepcionais para a população em idade reprodutiva, além de ampliar o acesso das mulheres às informações em relação aos métodos anticoncepcionais, e estimular a participação e inclusão de homens e adolescentes nas ações de planejamento (BRASIL, 2004).

Nesse sentido, o planejamento familiar é realizado por meio do fornecimento de medicamentos e orientações quanto a métodos anticoncepcionais (FIGUEIREDO, 2011). A Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996, preconiza que o planejamento familiar faz parte das ações de atenção à saúde da mulher, do homem, do casal. Portanto, o planejamento familiar é entendido como o conjunto de ações de regulação da fecundidade, que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, homem ou casal, e que não se presta a ações de controle demográfico (BRASIL, 1996).

De acordo com a referida lei, a rede de serviços do Sistema Único de Saúde deve garantir assistência à concepção e contracepção, atendimento de pré-natal, assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato, o controle de doenças sexualmente transmissíveis e o controle do câncer cérvico-uterino, do câncer de mama e do câncer de pênis. Além do que, devem ser realizadas ações educativas e preventivas em relação ao planejamento familiar, garantindo acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade (BRASIL, 1996).

Tal lei teve seus fundamentos enunciados na Constituição Federal de 1988, a qual prevê que o planejamento familiar está fundado no princípio da paternidade responsável, assim como no princípio da dignidade da pessoa humana, sendo de livre decisão do casal. Dessa forma, coloca-se a decisão sobre o desejo de ter ou não filhos como de foro íntimo, não cabendo mais ao Estado impor qualquer tipo de decisão, e sim propiciar os recursos educacionais e científicos para que as pessoas possam exercer esse direito (BRASIL, 1988; GENOFRE, 2002).

De acordo com Genofre (2002), a Constituição de 1988 representou um marco na evolução do conceito de família, e foi em função da pressão realizada pelo movimento feminista da década de 80, apoiado pelo Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, que se aprovou o artigo referente ao planejamento familiar. O movimento de mulheres teve como temas privilegiados a saúde e os direitos reprodutivos, e possibilitou que se impulsionassem mudanças legislativas e políticas públicas (ÁVILA; CORRÊA, 1999).

Ademais, muitos fatores, como o aumento das desigualdades sociais, o desemprego e a precarização nas relações de trabalho, geraram demandas a partir dos anos 90, as quais pressionaram por novos arranjos e modos de gestão da política social (CARVALHO, 2002;

GOLDANI, 2002). Até então, era consenso que a família poderia ser substituída no seu papel formador pelo Estado ou o mercado de trabalho, porém, as novas demandas que surgiram fizeram com que o Estado e o trabalho deixassem de cumprir esse papel (CARVALHO, 2002).

Diante dessas demandas, a família passou a ter destaque na política social no final do século XX, na medida em que ela passou a ser parceira e participe das ações e projetos movidos pelos serviços públicos. Dessa forma, a família tornou-se beneficiária e uma mini prestadora de serviços de proteção e inclusão social. Nesse sentido, o Estado, através da revalorização da família e de uma política imbuída pelo reconhecimento dos direitos sociais, tem a função de garantir e assegurar as atenções básicas de proteção, desenvolvimento e inclusão social de todos os cidadãos, tendo a família como centro das políticas de proteção social (CARVALHO, 2002).

Como exposto anteriormente, as conquistas na legislação para a família, presentes na Constituição, se deram muito em função dos movimentos feministas e das lutas pelos direitos das crianças e adolescentes. A partir desses movimentos, a definição de família passou a ser mais inclusiva, definindo “igualdade de direitos e deveres entre homens e mulheres na sociedade conjugal; a consagração do divórcio; a afirmação do planejamento familiar como livre decisão do casal, e a previsão de mecanismos para coibir a violência no interior da família” (COSTA, 2011, p.21).

Dessa forma, ressalta-se o processo de mudanças e transformações legislativas em relação a temas pertinentes à família, as quais buscaram acompanhar as mudanças desta. Por um longo período o Estado deixou de criar políticas e programas de apoio às famílias, porém, as recentes transformações na legislação tendem a valorizar e fortalecer os laços familiares (SILVA et al., 2012). Isto porque a família é apontada como sendo uma das instâncias responsáveis pela qualidade de vida dos seus membros, e as políticas sociais viriam no sentido de dar suporte às famílias, através de respostas políticas que incorporam as mudanças dos arranjos familiares e das relações de gênero (GOLDANI, 2002).

Ademais, a família é considerada como sendo o ponto de confluência das realidades das crianças, adolescentes, jovens, mulheres, homens, deficientes e dos idosos, e se destaca o caráter nucleador da mesma no âmbito das políticas públicas, assim como dos movimentos sociais (COSTA, 2011). Destarte, em função de suas especificidades, a família demanda políticas e programas próprios, assim como abordagens teóricas e desenvolvimento de perspectivas que possibilitem o seu conhecimento, tendo em vista não somente aspectos do mundo intrafamiliar, como também os relacionados à dinâmica das políticas sociais



(KALOUSTIAN, 2011). Sabe-se que a organização da família é sensível a políticas macroeconômicas, e está estreitamente relacionada com os sistemas e as condições de trabalho. No entanto, estar sensível não significa estar passiva, visto que a centralidade das políticas públicas para a família, implica que esta tem um caráter ativo e participativo nos processos de mudança em curso, na medida em que as transformações que sofre influenciam as mudanças nas políticas sociais (GOLDANI, 2002).

## 4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Neste capítulo, delineou-se o percurso metodológico empreendido ao longo da proposta de trabalho aqui exposta. Embora tal percurso também esteja presente nos artigos científicos que se seguem, entende-se que, nos artigos, possa haver certa delimitação no que diz respeito à possibilidade de exploração e reflexão dos recursos metodológicos utilizados. Assim sendo, a fim de compensar esta limitação, deu-se a escrita deste capítulo.

### 4.1 DELINEAMENTO

Com o intuito de atingir os objetivos propostos, realizou-se um estudo exploratório com abordagem qualitativa, na medida em que esta modalidade possibilitou que a temática fosse mais bem explorada em sua complexidade. De acordo com Minayo (2001) a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de crenças, motivos, significados, atitudes e valores, aspectos da realidade que não podem ser quantificados. Dessa forma, centra-se na compreensão e explicação das relações sociais de forma dinâmica, a qual incorpora o significado e a intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, correspondendo a um espaço mais profundo, e que, portanto, não pode ser reduzida a operacionalização de variáveis (MINAYO, 1996; 2001).

Ademais, ressalta-se que esta pesquisa teve por base epistemológica o materialismo dialético, visto que este abarca as representações e os significados que os atores sociais atribuem às vivências das relações objetivas, e não apenas o sistema de relações que constrói o modo de conhecimento exterior ao sujeito. Dito de outra forma, a análise dialética entende que há uma relação inseparável entre a ação do homem como sujeito histórico e as determinações que condicionam esta ação, sendo que esta ação é dependente do significado que o autor lhe atribui, mas também esta não se define somente pela interpretação que o ator social atribui à mesma. Nesse sentido, pretendeu-se dar ênfase à dialética das relações entre o indivíduo e a sociedade, enfatizando o sujeito histórico, e situada em uma perspectiva econômica (MINAYO, 1996; 2013).

Assim, objetivou-se investigar, por meio de uma entrevista semiestruturada, a opinião das participantes da pesquisa, em relação ao Planejamento Familiar. Mais detalhadamente, pretendeu-se compreender as necessidades que levaram as usuárias até o serviço de saúde. Também se pretendeu conhecer a representação de família e a configuração familiar das

usuárias participantes do estudo, atentando para o papel que os sexos feminino e masculino desempenham no planejamento de uma família.

Para tanto, entendeu-se que a escolha do método qualitativo iria ao encontro dos objetivos do estudo, visto que possibilita a compreensão da lógica interna do grupo, na medida em que este método se aplica ao estudo da história, das relações, representações, crenças, percepções e das opiniões, como bem aponta Minayo (2013). A referida autora entende que as opiniões são resultantes das interpretações que as pessoas fazem a respeito de como vivem, sentem, pensam, constroem seus artefatos e a si mesmos.

Com esta pesquisa, aspirou-se chegar à compreensão de mundo dos entrevistados no que diz respeito à temática investigada, e conforme define Gaskell (2013), esta é uma condição para que se tenha um estudo de ordem qualitativa. Uma abordagem qualitativa geralmente é realizada quando o pesquisador se utiliza da perspectiva construtivista para enxergar o mundo e compreender a realidade, isto é, quando o investigador entende que para o fenômeno ou conceito estudado existirão diversas e variadas significações e representações. Deste modo, o pesquisador tentará alcançar a complexidade dessa experiência a fim de desenvolver uma teoria ou tema. Tais categorias ou padrões são elaborados a partir da coleta, análise e interpretação dos dados, sejam eles textos ou imagens, que emergem e surgem dos participantes do estudo. Dessa forma, o pesquisador estabelece significados para o fenômeno investigado a partir da visão dos participantes (CRESWELL, 2010).

## 4.2 INTITUIÇÕES

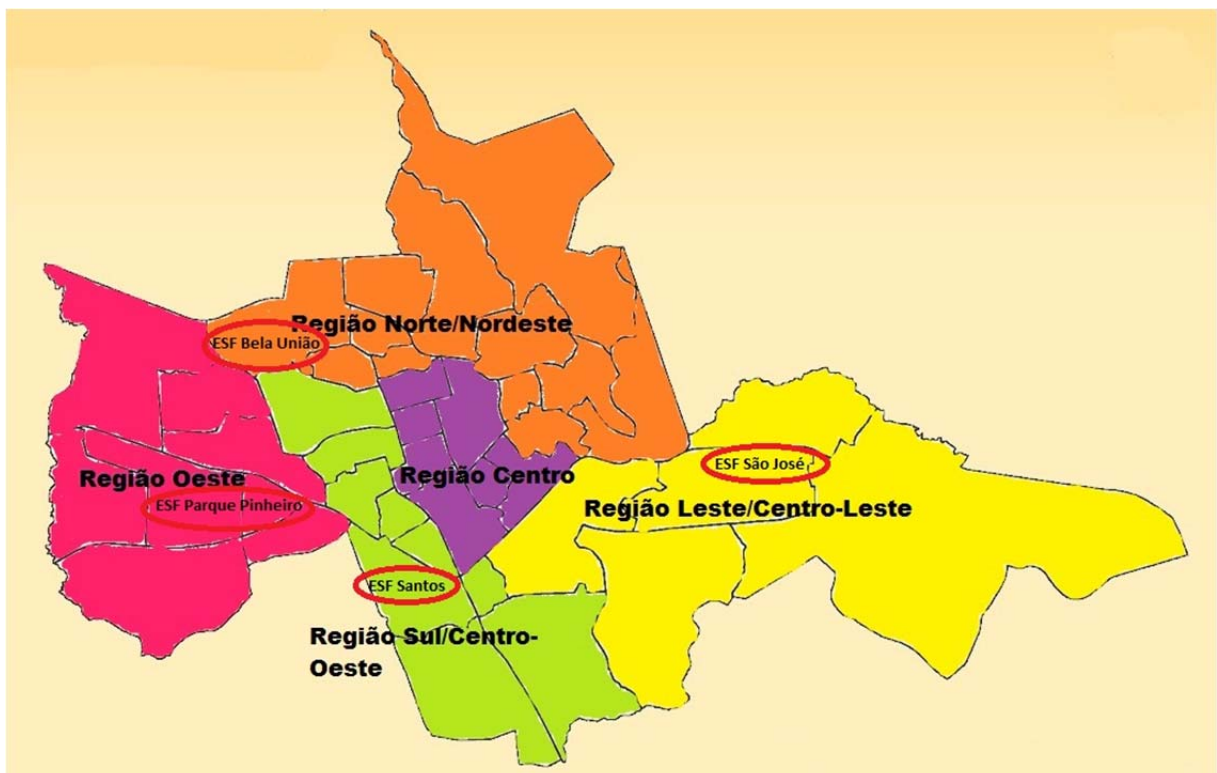
Primeiramente se definiu que o estudo seria realizado em unidades de Estratégia da Família do município de Santa Maria, pois, dentro da lógica da atenção básica à saúde, o cuidado que se presta nestas unidades está centrado na família e na comunidade, sendo o planejamento familiar uma das agendas preconizadas, o que vai ao encontro da temática do estudo. Em um segundo momento, se verificou o número de unidades de ESF no município, o qual contava com 16 equipes de ESF no momento desta verificação. Devido à impossibilidade de se abarcar todas as unidades, em função do tempo disponível para a pesquisa, decidiu-se por definir uma unidade de ESF por região, a fim de se aproximar de uma compreensão da realidade do município.

O referido município está dividido em cinco regiões administrativas, como indica a Figura 1, contudo, somente em quatro dessas regiões há equipes de ESF. Dessa forma, foi abarcada uma unidade de ESF por região administrativa que conta com esse serviço,

totalizando quatro unidades de ESF, as quais estão situadas nas regiões Norte/Nordeste, Sul/Centro-Oeste, Leste/Centro-Leste e Oeste, sendo que a Centro não conta com este serviço e por isso não pode ser representada nesta pesquisa. Inicialmente as unidades de cada região administrativa foram escolhidas mediante sorteio. Este sorteio ocorreu no Departamento de Psicologia da UFSM, sala nº 320, Rua Floriano Peixoto, 1750, 3º andar, no dia 08 de Setembro de 2014, com a presença da mestrandia autora da pesquisa, Caroline de Oliveira Mozzaquatro, da orientadora, Profª Drª Dorian Mônica Arpini e da mestrandia Edinara Zanatta.

Desse modo, após o sorteio teve-se a seguinte constituição das unidades por região administrativa que integrariam o estudo: Região Norte/Nordeste (ESF Bela União); Região Sul/Centro-Oeste (ESF Santos); Região Leste/Centro-Leste (ESF Maringá); Região Oeste (ESF São João). Contudo, a partir do início da pesquisa de campo, duas unidades tiveram que ser substituídas, situação que será descrita no item Procedimento e Instrumentos, de modo que na Região Leste/Centro-Leste a unidade em que se realizou a pesquisa foi a ESF Maringá, e na Região Oeste a ESF Parque Pinheiro. As quatro unidades de ESF que integraram o estudo se situam em regiões afastadas do centro da cidade, como indica a Figura 1.

Figura 1 – Regiões Administrativas do município de Santa Maria com a localização das unidades de ESF integrantes do estudo



#### 4.3 PARTICIPANTES

A pesquisa foi realizada com usuárias do Sistema Único de Saúde, atendidas nas referidas unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Santa Maria. Cabe ressaltar que não se tinha a intenção de delimitar os participantes do estudo às mulheres, visto que se pretendia entrevistar qualquer pessoa que participasse da agenda de planejamento familiar. Nesse sentido, foi definido que a escolha dos participantes da pesquisa se daria a partir do acesso dos usuários ao planejamento familiar. Para tanto, a pesquisadora faria um plantão, em cada uma das quatro ESF, em um dia que o serviço realizasse ações de planejamento familiar. Entretanto, as unidades que comporiam o estudo não realizavam ações específicas de planejamento familiar, o que fez com que se alterasse a forma de abordagem aos participantes.

A partir de conversas com as equipes e coordenadoras de todas as unidades, em separado, definiu-se que a escolha das participantes se daria através da agenda de preventivo de câncer de colo uterino, visto que esta seria a agenda que mais se aproximava das ações de planejamento familiar, na medida em que se referiu que neste atendimento se abordavam questões reprodutivas e de sexualidade. Com isto, a amostra da pesquisa ficou delimitada, de antemão, às mulheres atendidas nas unidades na agenda de preventivo, que aceitassem participar da pesquisa.

Dessa forma, a amostra foi de 3 a 5 usuárias por unidade integrante do estudo, totalizando 15 participantes, e a escolha das mesmas foi realizada de forma aleatória. Conforme aponta Gil (1999), a amostra é uma parte dos elementos que compõem o universo da pesquisa, e que é representativa deste. Manteve-se o planejamento inicial de se realizar plantões nas unidades, porém, agora estes seriam realizados nos dias dos atendimentos de preventivo. A pesquisadora, então, convidou as usuárias que tivessem de 18 a 35 anos para participar da pesquisa, a partir da ordem de chegada destas. O critério de inclusão das participantes se consolidou então em mulheres atendidas na agenda de preventivo, em função de uma possível proximidade desta agenda com a do planejamento familiar, que tivessem entre 18 e 35 anos. A delimitação desta faixa etária se deu em função de se supor que os questionamentos em relação ao planejamento familiar estão, em geral, mais presentes neste período para as mulheres, tanto em função dos aspectos biológicos quanto culturais. Ademais, excluiu-se da amostra adolescentes.

Entende-se que este número de participantes atendeu aos objetivos da pesquisa qualitativa, e permitiu um conhecimento das diferentes regiões sanitárias da cidade em que o

estudo foi realizado, ampliando o conhecimento sobre a realidade local. Dessa forma não se buscou a saturação entre as participantes de cada unidade ESF, mas uma abrangência quanto as diferentes regiões da cidade. Contudo, pode-se constatar que houve saturação, sendo que está é definida como o momento em que, na opinião do investigador, o material coletado começa a se repetir, isto é, os novos dados apreendidos não apresentam nenhum elemento novo significativo para a proposta do estudo (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008). A seguir, apresenta-se o Quadro 1 com as principais informações sobre as participantes do estudo, divididas nas quatro regiões administrativas.

Quadro 1 – Características das participantes

Região	Participante	Idade	Relacionamento	Filhos	Escolaridade	Trabalho
Norte/Nordeste (R. N/N)	1	21	União estável	1 (1 ano e 9 meses)	Médio completo	Não
Norte/Nordeste (R. N/N)	2	30	Casada (14 anos)	3 (10; 12; e 13 anos)	Fundamental Completo	Sim, caixa de supermercado
Norte/Nordeste (R. N/N)	3	23	Solteira	Não	Médio completo	Desempregada
Norte/Nordeste (R. N/N)	4	32	Divorciada	1 (9 anos)	Fundamental completo	Desempregada
Sul/Centro-Oeste (R. S/CO)	1	23	Solteira	Não	Superior completo (Licenciatura em Teatro)	Sim, professora de teatro.
Sul/Centro-Oeste (R. S/CO)	2	28	Casada (2 anos)	2 (7 anos; e 6 meses)	Médio completo	Não
Sul/Centro-Oeste (R. S/CO)	3	30	Casada (7 anos)	1 (6 anos)	Superior incompleto (Terapia Ocupacional)	Não, estudante
Sul/Centro-Oeste (R. S/CO)	4	19	Namorando	1 (1 ano e 7 meses)	Fundamental incompleto	Desempregada
Sul/Centro-Oeste (R. S/CO)	5	26	Casada (10 anos)	1 (9 anos)	Fundamental completo	Vendedora autônoma (cosméticos)
Oeste (R. O)	1	25	Solteira	Gestante	Médio completo	Auxiliar administrativo
Oeste (R. O)	2	20	Namorando	Não	Superior incompleto (Educação Física)	Estagio remunerado
Oeste (R. O)	3	23	Solteira	Não	Superior Incompleto (Ed. Física e Fisioterapia)	Não, estudante
Leste/Centro-Leste (R. L/CL)	1	35	Casada (17 anos)	4 (16; 13; 10; e 8 anos)	Médio completo	Auxiliar de corte
Leste/Centro-Leste (R. L/CL)	2	31	Casada (13 anos)	2 (16; e 7 anos)	Médio completo	Auxiliar de limpeza
Leste/Centro-Leste (R. L/CL)	3	34	Namorando	1 (8 anos)	Fundamental completo	Operadora de máquina

#### 4.4 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS

No momento da construção do projeto da referida pesquisa, foi realizado contato com a Secretaria Municipal de Saúde. Neste primeiro contato se fez uma apresentação dos objetivos do estudo, disponibilizando cópia do projeto ao Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPES), com vistas a obter a autorização institucional (Anexo A). Esta cópia disponibilizada do projeto já continha os nomes das unidades sorteadas, assim como o documento que certificava tal sorteio (Anexo B). Após a aceitação e aprovação pelo NEPES, o projeto foi encaminhado para aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e para a qualificação no Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria, tendo sido aprovado sob o Número CAAE 39912114.0.0000.5346.

Com a aprovação do comitê de ética em pesquisa, iniciou-se o processo de coleta de dados. Primeiramente se realizou contato telefônico com cada uma das unidades de ESF sorteadas, de modo a conversar com as coordenadoras a fim de marcar uma reunião com cada uma das equipes. Cabe destacar que o projeto de pesquisa havia sido encaminhado pelo NEPES às unidades sorteadas para que houvesse a aprovação do mesmo. No entanto, entendeu-se que antes de ir às unidades para a coleta esta conversa se faria importante, em virtude da pesquisadora ter a oportunidade de se apresentar, conhecer as equipes pessoalmente, e esclarecer quaisquer dúvidas sobre a pesquisa que as equipes pudessem vir a ter.

A primeira unidade contata foi a ESF Bela União, a qual não oferecia turno para o planejamento familiar. Informaram-me que as consultas relativas à este programa eram agendadas em livre demanda, conforme a necessidade da população. Diante disto, a equipe se propôs a agendar as pessoas que procurassem a ESF para o planejamento familiar em um dia, para que eu pudesse convidá-las a participar da pesquisa. A equipe agendou quatro mulheres que consultariam para começar o uso de contraceptivo. Contudo, nenhuma compareceu.

Logo após, contatei a ESF São João, situada na região Oeste, a qual também não oferecia turno para o planejamento familiar, pois referia não ter demanda para isto. Fui informada que a população desta região é, em sua maioria, idosa, formada por moradores antigos do bairro. Nesta unidade os atendimentos são realizados por livre demanda, e a alternativa viável que se pensou diante desta situação seria da equipe realizar uma triagem a partir dos atendimentos realizados, anotando os telefones das pessoas que por ventura procurassem a unidade para questões de planejamento familiar.



Já na ESF Santos, a coordenadora da equipe relatou que na ESF não há uma agenda de planejamento familiar, e eles atendem conforme a demanda de quem quer iniciar o uso de métodos contraceptivos. Em relação à ESF Maringá, sorteada da região Leste/Centro-Leste, mesmo o projeto tendo sido aprovado pela própria equipe, conforme constava na autorização institucional, ao entrar em contato com a coordenadora da equipe se identificou uma certa resistência quanto a unidade ser campo de pesquisa, visto que a mesma relatou que outros pesquisadores já teriam coletado dados lá e não deram retorno. Contudo, ela pode informar que nesta unidade também não haviam ações direcionadas ao planejamento familiar.

Diante do impasse de não haver agenda de planejamento familiar em nenhuma das unidades sorteadas, a pesquisadora e sua orientadora decidiram que se deveria realizar um levantamento entre todas as unidades de ESF do município, a fim de localizar quais contavam com esta agenda, e então mudar as instituições participantes do estudo para que se pudesse aproximar dos objetivos iniciais do estudo. Este levantamento foi realizado, e, em todo município, somente a ESF Parque Pinheiro, que se situa na região administrativa Oeste, referiu realizar a agenda de planejamento familiar de modo sistemático.

Dessa forma, foi decidido que a unidade da região Oeste seria trocada, na medida em que a equipe da ESF Parque Pinheiro concordou em ingressar ao estudo, e então se entrou em contato com a ESF São João para informar esta troca, e explicar os motivos, os quais foram compreendidos pela coordenadora da unidade, inclusive porque a equipe não havia identificado nenhum possível participante para a pesquisa até aquele momento. Outra região que teve sua instituição trocada foi a Região Leste/Centro Leste, visto que houve uma dificuldade de se manter contato com a ESF Maringá, e se julgou que, para fins de coleta de dados, uma unidade que estivesse mais aberta à pesquisa poderia trazer melhores resultados. Com isto, convidou-se a ESF São José para integrar o estudo, a única alternativa que restava para esta região. Dessa forma, somente duas unidades foram alteradas, visto que nas outras regiões tampouco havia a agenda de planejamento familiar.

Com isto, decidiu-se que a seleção das participantes se daria a partir da agenda de preventivo, já que nesta também se trata de questões reprodutivas e de sexualidade, sendo que esta também foi uma sugestão das equipes, pois as mesmas relataram que questões de planejamento familiar podem estar presentes neste atendimento. Deste modo, a pesquisadora realizou plantões nos dias da agenda de preventivo nas quatro unidades, com o intuito de convidar as usuárias de 18 a 35 anos para participar da pesquisa, até fechar o número inicial estipulado, que seriam de 16 participantes. Destaca-se que foi necessária a realização de vários plantões nas unidades, sendo uma média de três por unidade, em virtude da dificuldade

de se chegar ao número de participantes propostos. A dificuldade estava em preencher os critérios de inclusão, principalmente em relação à idade estipulada, já que, muitas vezes, só mulheres com mais de 35 anos compareciam aos atendimentos da agenda de preventivo, e outras vezes nenhuma usuária comparecia, sendo esta uma realidade de todas as unidades de ESF. Contudo, nenhuma mulher convidada a integrar o estudo se recusou a participar da pesquisa.

Para atingir os objetivos propostos, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, cujo roteiro se encontra em anexo (Anexo C). Minayo (2013) expõe que o roteiro de uma entrevista é uma lista de temas que ampliam os indicadores qualitativos de uma pesquisa, o qual visa compreender o ponto de vista dos sujeitos da investigação, sendo um guia que facilita a emergência de temas novos durante da coleta de dados. Dessa forma, este roteiro de entrevista apresenta uma estrutura, e é um instrumento auxiliar flexível na pesquisa qualitativa, onde o entrevistado e o entrevistador têm momentos para dar algumas direções, e ambos contribuem com suas visões e propostas para a entrevista (TURATO, 2003).

Turato (2003) também aponta a entrevista com questões abertas como uma escolha evidente quando se trata de pesquisa qualitativa, já que esta marca uma relação apenas proposta de tópicos, não delimitando respostas preestabelecidas. Segundo o autor, este tipo de entrevista facilita a coleta de informações, visto que através da introdução de tópicos pelo entrevistador é favorecido o discurso livre do entrevistado. Assim, os tópicos são lembretes para o pesquisador, na medida em que servem de orientação e guia para o andamento da entrevista, permitindo que haja flexibilidade na conversa (MINAYO, 2013). As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra, e a análise dos dados foi obtida a partir dessa transcrição.

#### 4.5 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados seguiu a técnica de análise de conteúdo, proposta por Bardin (1977), que se refere a uma técnica de investigação com a finalidade de interpretar os conteúdos manifestos nas comunicações obtidas na coleta de dados. É definida como um conjunto de procedimentos sistemáticos e objetivos o qual pretende descrever o conteúdo das mensagens, buscando indicadores que possibilitem estabelecer inferências com base no referencial teórico a respeito do material coletado. A análise se dá em três fases, que são: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos dados, e a inferência e interpretação.

Na pré-análise, organizam-se as ideias iniciais, intuitivamente, sistematizando as ideias iniciais em um plano de análise. Nessa fase se definiu os materiais a serem analisados, formularam-se as hipóteses a respeito do objeto e se elaborou indicadores como referência para a interpretação final. Já na fase de exploração do material é onde se deu a fase de análise propriamente dita, com a administração sistemática das decisões que foram tomadas na pré-análise. Por fim, no tratamento dos resultados obtidos e interpretação, os resultados brutos foram tratados de modo a se tornarem significativos e válidos, condensando e colocando em destaque as informações apresentadas pela análise, com é proposto por Bardin (1977).

Nesse sentido, a análise foi realizada a partir da transcrição das entrevistas, que foram posteriormente lidas e analisadas individualmente. Após este procedimento foi realizada a análise conjunta da totalidade das entrevistas, momento no qual se deu a construção das categorias, considerando a ênfase dos participantes em determinados pontos, assim como repetições discursivas e a carga emocional manifesta pelos mesmos. Dessa forma, estabeleceram-se três grandes categorias, sendo que cada uma foi discutida em um artigo, totalizando os três artigos. No primeiro artigo se discutiu a primeira categoria do estudo, a qual trata do planejamento familiar nas unidades de ESF sob a perspectiva das participantes do estudo, bem como o modo como elas se situam nesta temática. O segundo artigo contém a segunda categoria, a qual versa sobre as configurações familiares das participantes, bem como o significado que as mesmas atribuem à família, de modo que se criou três subcategorias, denominadas Família e Laços de Afetividade, Família e Redes de Solidariedade, e Mudanças na Forma de se Relacionar na Família. Já o terceiro artigo traz a discussão sobre o papel e a participação de mulheres e homens no planejamento familiar, a partir do ponto de vista das mulheres participantes do estudo. Esta categoria deu origem a duas subcategorias, intituladas Planejamento Familiar e Papéis Parentais: o que se atribui às Mulheres e aos Homens, e O envolvimento dos homens no planejamento familiar na perspectiva das mulheres.

#### 4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Durante a pesquisa foram respeitados os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça. Este estudo é fundamentado as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – Resolução CNS nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, e também na resolução 016/2000 do Conselho Federal de Psicologia (CFP).

Foi elaborado pelo pesquisador o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (Anexo D), que se refere, em linguagem clara e compreensível, à informação e ao esclarecimento dos principais objetivos e procedimentos do trabalho, possibilitando a livre escolha dos sujeitos por participar ou não da pesquisa. O TCLE deve conter o direito de participar voluntariamente do estudo e o direito de desistir a qualquer momento do mesmo, visto que a pessoa não deve se sentir (ou ser) coagida a participar; o objetivo do estudo, de forma que os envolvidos saibam e compreendam sobre o que trata a pesquisa; os procedimentos do estudo, para que as pessoas tenham uma ideia do que irão encontrar na pesquisa; o direito de receber esclarecimentos sobre a pesquisa em qualquer momento que desejar; ter a privacidade respeitada; os benefícios do estudo; e, por fim, a assinatura do participante e do pesquisador concordando com esses termos (CRESWELL, 2010).

Dessa forma, nesse documento deverão conter o esclarecimento de livre decisão a respeito de sua participação e a garantia à confidencialidade e à privacidade. Sendo assim, ficou assegurado a todas as participantes o sigilo com relação à sua identidade, garantindo, portanto, a sua privacidade. Com relação aos dados, os mesmos ficarão sob a responsabilidade do pesquisador. Foi também elucidada a possibilidade de a participante retirar-se do trabalho a qualquer momento que desejar. O TCLE foi assinado em duas vias, uma ficando com o pesquisador e a outra com a participante.

Considera-se que os riscos pela participação nesta pesquisa foram mínimos. Conforme o Conselho Federal de Psicologia (2000), o risco é avaliado como mínimo quando os procedimentos de pesquisa não submetem os participantes a interferências maiores do que as encontradas em suas atividades habituais. Mas, ainda assim, caso se percebesse desconforto durante a realização da entrevista, a impossibilidade da continuidade desta seria ponderada pela pesquisadora, que poderia suspendê-la, tendo em vista o bem-estar das participantes. Caso houvesse alguma intercorrência maior, a pesquisadora se responsabilizava pelo encaminhamento e acompanhamento da participante da pesquisa para algum serviço de saúde mental, sendo julgado aquele que melhor atendesse as necessidades desse participante. Dessa forma, salienta-se que tais procedimentos garantem o princípio da não maleficência do estudo.

Em relação ao princípio da beneficência, identificou-se que nesta pesquisa os benefícios a curto prazo poderiam decorrer da possibilidade da participante ser escutada numa temática que lhe diz respeito. A relação estabelecida entre pesquisador/participante pode possibilitar ainda que esta reflita sobre a temática, o que pode levar a participante a alterar seu ponto de vista ou criar novos modos de perceber o tema em questão. A médio e longo prazo os benefícios podem decorrer da publicação dos resultados do estudo a fim de ampliar o

conhecimento sobre o tema, bem como de possíveis estratégias de intervenção que possam decorrer das contribuições do mesmo. Vale mencionar que após a realização das entrevistas, várias participantes verbalizaram a sua satisfação em ter participado da pesquisa, pois relataram ter sido importante conversar com alguém sobre aspectos tão importantes às suas vidas, como é o planejamento familiar, situação nova para muitas delas.

Buscando manter o anonimato das participantes, as falas foram apresentadas com a letra P (participante), seguidas do número que representa a ordem da realização das entrevistas, de acordo com as regiões administrativas, representadas pela letra R (Região), seguidas as abreviações das mesmas: N/N (Norte/Nordeste); S/CO (Sul/Centro-Oeste); L/CL (Leste/Centro-Leste); O (Oeste).

Por fim, salienta-se que a devolução dos resultados vai se dar após a apreciação desta dissertação pela banca examinadora. Está prevista a realização de um encontro com as equipes das unidades de Estratégia de Saúde da Família, no qual se dará a exposição reflexiva dos resultados, e será entregue a cópia impressa da dissertação.

## **5 ARTIGO 1**

### **PLANEJAMENTO FAMILIAR: UM DIREITO A SER CONQUISTADO**

### Resumo

Este estudo teve por objetivo conhecer a opinião de usuárias do Sistema Único de Saúde acerca do planejamento familiar, bem como compreender como as mesmas se situam nesta temática. Acredita-se que a Psicologia pode ampliar as discussões sobre o planejamento familiar, na medida em que aspectos emocionais e culturais estão presentes nesta temática. Para tanto, realizou-se uma pesquisa de caráter qualitativo, que teve uma amostra de 15 mulheres atendidas em unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, analisadas por meio da análise de conteúdo temática. Como resultados, evidencia-se que nenhuma unidade de ESF realizava ações específicas de planejamento familiar. Isto implicou no desconhecimento das participantes sobre este tema. Contudo, as participantes do estudo pareciam realizar um planejamento, adquirido, sobretudo, depois da primeira experiência de maternidade, e à medida que aumentavam o grau de escolaridade. As considerações finais sugerem que há uma lacuna entre o que está previsto na legislação sobre planejamento familiar e o que se oferta à população, a qual precisa ser superada, visto que o acesso ao planejamento familiar auxilia mulheres, homens e casais a refletirem acerca de suas responsabilidades e seus desejos reprodutivos, fatores que influenciam diretamente seus planos de vida.

Palavras-chave: Planejamento Familiar. Estratégia de Saúde da Família. Psicologia.

## Abstract

### **Family planning: a right to be conquered**

This study aimed to know the opinions about family planning of women who use the Unified Public Health System, as well as understand their positions referring to this subject. It is believed that psychology can amplify the discussions concerning family planning in view of the fact that emotional and cultural aspects are involved in this thematic. In order to do so, we performed a qualitative research with a sample of 15 women assisted in Family Health Strategy (FHS) units. Semi-structured interviews were conducted and analysed through the thematic content analysis. The results show that no FHS unit conducted specific family planning actions. Consequently, the study participants had no knowledge in relation to the subject. Nonetheless, the participants seemed to execute a plan, acquired mainly after their first maternity experience, and as their level of education increased. The final considerations suggest that there is a gap between what is determined by the legislation with respect to family planning and what is available to the population. This gap must be overcome, given that access to family planning helps women, men and couples to reflect on their responsibilities and reproductive desires, which are factors that directly influence their life plans.

**Keywords:** Family Planning. Family Health Strategy. Psychology.



### **Planejamento familiar: um direito a ser conquistado**

A atenção básica à saúde vigente no Brasil está em consonância com o referencial da Atenção Primária à Saúde (APS), a qual apresenta uma concepção abrangente e que valoriza a dimensão preventiva e clínica (Castro & Machado, 2012). A APS visa a entrada para as novas necessidades e problemas no sistema de saúde, visto que a atenção fornecida deve ser sobre a pessoa, e não sobre a enfermidade, como acontece nos níveis especializados. Assim, na APS considera a constelação dos outros determinantes de saúde, como o meio social e físico em que a pessoa vive e trabalha (Starfield, 2002).

Dessa forma, o referencial da APS trouxe à realidade brasileira aportes conceituais e práticos, os quais foram usados para a organização das primeiras experiências de implantação dos serviços de saúde municipais em meados de 1980 (C. R. R. Gil, 2006). Contudo, nos anos 1990, optou-se pelo uso do termo atenção básica, em referência ao conjunto de ações no primeiro nível de atenção (Castro & Machado, 2012).

Em 2006, foi publicada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a qual estabelece uma revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica (Brasil, 2007). Segundo tal política:

a atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (Brasil, 2007, p. 12).

Conforme a PNAB, os princípios que orientam a atenção básica são os da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A PNAB considera o sujeito na sua singularidade, complexidade, integralidade, inserido sócio-culturalmente na comunidade, e que deve buscar a promoção da saúde da população, a prevenção e tratamento de doenças, e também reduzir danos ou sofrimentos que possam comprometer as possibilidades de viver de modo saudável dos sujeitos (Brasil, 2007).

Nesse sentido, a Atenção Básica em Saúde pressupõe a prestação continuada de um conjunto de ações que visam garantir a promoção, proteção, cura e reabilitação dos indivíduos e coletivos, atendendo as várias dimensões do processo saúde-doença (Vasconcelos & Pasche, 2006). Neste nível de atenção, as ações permitem que se estabeleçam estratégias em que se incluam os princípios da integralidade e equidade, sendo o modelo ideal de assistência, sobretudo à saúde reprodutiva (Formiga Filho, 1999).

Impende destacar que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) passou a ser estratégia prioritária para a organização e reorientação do processo de trabalho, visando a expansão, qualificação e consolidação da atenção básica (Brasil, 2007). A ESF apresenta um maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, ampliando a resolutividade e impacto na situação de saúde dos sujeitos e coletividades (Brasil, 2011). Isto é favorecido pelo fato de que as equipes que trabalham nesse modelo têm a possibilidade de atuar no espaço social onde a comunidade vive, estabelecendo vínculos de compromisso com a população. As equipes de Saúde da Família trabalham com o referencial de que a saúde é mais um recurso para a produção de vida diária dos usuários, tendo uma perspectiva ampliada sobre os modos de vida, de saúde e doença, articulada ao contexto familiar e cultural (Dimenstein et al., 2009).

Ademais, a Estratégia de Saúde da Família tem foco na família, e esta é compreendida como a célula fundamental para o reconhecimento dos modos de viver e adoecer das comunidades. Dessa forma, as equipes de atenção básica são de grande importância à promoção do desenvolvimento humano saudável. Com isto, a partir destas considerações, entende-se que as ações relativas a planejamento familiar fazem parte das ações prestadas na atenção básica, da qual se espera a integralidade do cuidado. Considera-se que o planejamento familiar se constitui em um direito sexual e reprodutivo, e a sua atenção deve se dar no sentido de escutar o que as pessoas desejam, tendo em vista o direito de todos poderem tomar decisões sobre a reprodução sem discriminação, coerção ou violência (Brasil, 2010; Habumuremyi & Zenawi, 2012).

Historicamente, no Brasil o planejamento familiar está ligado ao Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que foi criado em 1984 e teve grande importância na política pública na área da saúde. Este incluiu a integralidade e a equidade na assistência à mulher, com vistas a abordar a saúde desta de maneira global, e em todas as fases do seu ciclo vital, ampliando a noção de saúde da mulher para além de sua ênfase na reprodução da espécie (Formiga Filho, 1999; Meyer, 2004). Tal iniciativa veio em decorrência de uma percepção de que o atendimento à mulher estaria limitado, ainda que de forma deficiente, ao período gravídico-puerperal, e questões ligadas às gestações indesejadas, abortamento, e acesso a métodos e técnicas de controle da fertilidade, entre outras, estavam sendo relegadas a um plano secundário (Ministério, da Saúde, 1984).

Este programa objetivava incluir ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, câncer de colo de útero e de

mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres. Cabe destacar que a atenção particularizada à mulher visava aumentar a capacidade resolutiva da rede básica de serviços, a partir do trabalho na lógica da assistência integral, lembrando que no momento da construção de tal proposta o Sistema Único de Saúde ainda não era uma realidade. Dessa forma, os serviços de saúde deveriam oferecer atividades de assistência integral clínico-ginecológica e educativa de forma adequada, e por meio de esforços articulados do governo federal, dos estados e municípios (Ministério, da Saúde, 1984).

No ano de 2004, 20 anos após a implantação do PAISM, o Ministério da Saúde, em parceria com diversos setores da sociedade, como o movimento de mulheres, elabora o documento “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes”, o qual incorpora a integralidade e a promoção de saúde como princípios norteadores. Tal política visa consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, dando ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual (Brasil, 2004).

Com relação ao planejamento familiar, a Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher visa estimular a implantação e implementação deste para homens e mulheres, adultos e adolescentes, com o objetivo de ampliar e qualificar a atenção ao planejamento familiar. Dessa forma, busca garantir a oferta de métodos anticoncepcionais para a população em idade reprodutiva, além de ampliar o acesso das mulheres às informações em relação aos métodos anticoncepcionais, e estimular a participação e inclusão de homens e adolescentes nas ações de planejamento (Brasil, 2004).

Cabe destacar que no interim destes 20 anos entre a elaboração do PAISM e da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, e mesmo antes disso, outros processos ocorreram de modo a refletir e qualificar o planejamento familiar, no Brasil e no mundo. Nesse sentido, houve muitas conquistas na luta pela cidadania e pelos Direitos Humanos para garantir os direitos a saúde sexual e a saúde reprodutiva, na medida em que estes são entendidos como parte do elenco de direitos considerados básicos à vida digna (Vamos, Daley, Perrin, Mahan, & Buhi, 2011). Já em 1968, ano Internacional dos Direitos Humanos, o planejamento familiar foi reconhecido pelos Estados-membro da Organização das Nações Unidas como um direito humano fundamental, passando a ser reconhecido em leis nacionais e documentos internacionais (Brasil, 2010; Fundo de População das Nações Unidas [UNFPA], 2008).

Um marco para estas conquistas se deu na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo em 1994, que resultou no Programa de Ação

do Cairo. Neste a saúde, os direitos sexuais e os direitos reprodutivos tiveram destaque, na medida em que se focou no desenvolvimento humano, afastando-se da lógica de limitar o crescimento populacional como forma de combater a pobreza e as desigualdades (Brasil, 2010; CIPD, 1994). Em vez disso se reconheceu o direito básico de todo casal e indivíduo de decidir de forma livre e responsável sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos, tendo a informação e os meios para isto e o direito de ter um elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Isto tudo livre de discriminação, coerção ou violência (CIPD, 1994).

No Brasil, como mais um resultado destes processos, em janeiro de 1996 é promulgada a Lei 9.263, a qual preconiza que o planejamento familiar faz parte das ações de atenção à saúde da mulher, do homem, do casal. Portanto, segundo a legislação o planejamento familiar é entendido como o conjunto de ações de regulação da fecundidade, que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, homem ou casal, e que não se presta a ações de controle demográfico (Brasil, 1996).

De acordo com a referida lei, a rede de serviços do Sistema Único de Saúde deve garantir assistência à concepção e contracepção, atendimento de pré-natal, assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato, o controle de doenças sexualmente transmissíveis e o controle do câncer cérvico-uterino, dos cânceres de mama, de próstata, e de pênis. Além do que, devem ser realizadas ações educativas e preventivas em relação ao planejamento familiar, garantindo acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade (Brasil, 1996).

Tal lei também teve seus fundamentos enunciados na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, a qual prevê que o planejamento familiar está fundado no princípio da paternidade responsável, assim como no princípio da dignidade da pessoa humana, sendo de livre decisão do casal. Dessa forma, coloca-se a decisão sobre o desejo de ter ou não filhos como de foro íntimo, não cabendo mais ao Estado impor qualquer tipo de decisão, e sim propiciar os recursos educacionais e científicos para que as pessoas possam exercer esse direito (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988; Genofre, 2002).

De acordo com Genofre (2002), a Constituição de 1988 representou um marco na evolução do conceito de família, e foi em função da pressão realizada pelo movimento feminista da década de 80, apoiado pelo Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, que se aprovou o artigo referente ao planejamento familiar. O movimento de mulheres teve como temas privilegiados a saúde e os direitos reprodutivos, e possibilitou que se impulsionassem mudanças legislativas e políticas públicas (Ávila & Corrêa, 1999).

Ademais, outros fatores, como o aumento das desigualdades sociais, o desemprego e a precarização nas relações de trabalho, geraram demandas a partir dos anos 90, as quais pressionaram por novos arranjos e modos de gestão da política social no Brasil (Carvalho, 2002; Goldani, 2002). Até então, era consenso que a família poderia ser substituída no seu papel formador pelo Estado ou o mercado de trabalho, porém, as novas demandas que surgiram fizeram com que o Estado e o trabalho deixassem de cumprir esse papel (Carvalho, 2002).

Diante dessas demandas, a família passou a ter destaque na política social no final do século XX, na medida em que ela passou a ser parceira e partícipe das ações e projetos movidos pelos serviços públicos. Dessa forma, a família tornou-se beneficiária e uma mini prestadora de serviços de proteção e inclusão social. Nesse sentido, o Estado, através da revalorização da família e de uma política imbuída pelo reconhecimento dos direitos sociais, tem a função de garantir e assegurar as atenções básicas de proteção, desenvolvimento e inclusão social de todos os cidadãos, tendo a família como centro das políticas de proteção social (Carvalho, 2002).

Como exposto anteriormente, as conquistas na legislação para a família, presentes na Constituição, se deram muito em função dos movimentos feministas e das lutas pelos direitos das crianças e adolescentes. A partir desses movimentos, a definição de família passou a ser mais inclusiva, definindo “igualdade de direitos e deveres entre homens e mulheres na sociedade conjugal; a consagração do divórcio; a afirmação do planejamento familiar como livre decisão do casal, e a previsão de mecanismos para coibir a violência no interior da família” (A. C. G. Costa, 2011, p.21).

Dessa forma, ressalta-se o processo de mudanças e transformações legislativas em relação a temas pertinentes à família, as quais buscaram acompanhar as mudanças desta. Por um longo período o Estado deixou de criar políticas e programas de apoio às famílias, porém, as recentes transformações na legislação tendem a valorizar e fortalecer os laços familiares (M. L. Silva, Polli, Sobrosa, Arpini, & Dias, 2012). Isto porque a família é apontada como sendo uma das instâncias responsáveis pela qualidade de vida dos seus membros, e as políticas sociais viriam no sentido de dar suporte às famílias, através de respostas políticas que incorporam as mudanças dos arranjos familiares e das relações de gênero (Goldani, 2002).

Destarte, em função de suas especificidades, a família demanda políticas e programas próprios, assim como abordagens teóricas e desenvolvimento de perspectivas que possibilitem o seu conhecimento, tendo em vista não somente aspectos do mundo intrafamiliar, como também os relacionados à dinâmica das políticas sociais (Kaloustian, 2011). Sabe-se que a

organização da família é sensível a políticas macroeconômicas, e está estreitamente relacionada com os sistemas e as condições de trabalho. No entanto, estar sensível não significa estar passiva, visto que a centralidade das políticas públicas para a família implica que esta tem um caráter ativo e participativo nos processos de mudança em curso, na medida em que as transformações que sofre influenciam as mudanças nas políticas sociais (Goldani, 2002).

Nesse sentido, no que compete à família, entende-se que esta passou a ser foco e destinatária das políticas sociais. Tais políticas avançaram juntamente com as transformações ocorridas na família, na medida em que estas passaram a ter como experiência uma maior diversidade de arranjos sexuais, novas tecnologias reprodutivas, mudanças nos papéis de gênero, um aumento das mulheres no mercado de trabalho, taxas de divórcio em elevação, e maior número de nascimentos fora das uniões. Tais transformações surgem como reflexos de tendências globais, as quais trouxeram como consequência, entre outras, a diversidade como característica das famílias nas sociedades modernas (Goldani, 2002; Rizzini, 2001).

Diante deste cenário, no presente estudo, investigou-se como o planejamento familiar está presente na vida de usuárias do Sistema Único de Saúde, atendidas em unidades de Estratégia de Saúde da Família, bem como entender como esta demanda está sendo atendida nas unidades de saúde. Cabe destacar que a temática dos direitos reprodutivos e da saúde sexual apresenta uma vasta dimensão teórica e conceitual. No entanto, este trabalho tem como foco as questões que envolvem o planejamento familiar, entendido como o direito das pessoas decidirem, de forma livre e responsável, se querem ou não ter filhos, assim como o número de filhos e em que momento da vida terão seus filhos. Assim como e o direito de acesso a informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos. Tais temas acarretam impacto no contexto familiar, de modo que são questões pertinentes à sexualidade, a qual é constitutiva das relações amorosas e do laço afetivos entre as pessoas, sendo uma importante dimensão da vida (Brasil, 2010).

## **Método**

### **Delineamento**

Com o intuito de atingir os objetivos propostos, realizou-se um estudo exploratório com abordagem qualitativa, na medida em e que esta modalidade pode possibilitar que a temática fosse mais bem explorada em sua complexidade. A pesquisa qualitativa trabalha com o universo de crenças, motivos, significados, atitudes e valores, e busca identificar os significados presentes na vida individual e coletiva (Minayo, 1996; 2001; 2013). Nesse sentido, essa abordagem não busca quantificar o fato, mas analisá-lo a partir da perspectiva das pessoas que estão envolvidas no fenômeno (Minayo, 2013). Com esta pesquisa, se aspirou chegar à compreensão de mundo dos entrevistados no que diz respeito à temática investigada, e conforme define Gaskell (2013), esta é uma condição para que se tenha um estudo de ordem qualitativa.

### **Participantes**

Os sujeitos da pesquisa foram 15 usuárias do Sistema Único de Saúde, atendidas por unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Santa Maria. Conforme aponta A. C. Gil (1999), a amostra é uma parte dos elementos que compõem o universo da pesquisa, e que é representativa deste. As participantes do estudo representavam quatro regiões administrativas do município de Santa Maria, sendo a amostra de três a cinco usuárias por unidade integrante do estudo. O referido município conta com cinco regiões administrativas, contudo, somente em quatro dessas regiões há equipes de ESF. Dessa forma, foi abarcada uma unidade de ESF por região administrativa que conta com esse serviço, totalizando quatro unidades de ESF, as quais foram inicialmente escolhidas mediante sorteio. Estas estão situadas nas regiões Norte/Nordeste, Sul/Centro-Oeste, Leste/Centro-Leste e Oeste, sendo que a Centro não conta com este serviço. Já a escolha das participantes foi realizada de forma aleatória. No Quadro 1, apresentam-se as principais informações das entrevistadas, de acordo com as diferentes regiões administrativas.

Quadro 1. *Características das participantes*

<b>Região</b>	<b>Participante</b>	<b>Idade</b>	<b>Relacionamento</b>	<b>Filhos</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Trabalho</b>
Norte/Nordeste (R. N/N)	1	21	União estável	1 (1 ano e 9 meses)	Médio completo	Não
Norte/Nordeste (R. N/N)	2	30	Casada (14 anos)	3 (10 anos; 12 anos; 13 anos)	Fundamental Completo	Caixa de supermercado
Norte/Nordeste (R. N/N)	3	23	Solteira	Não	Médio completo	Desempregada
Norte/Nordeste (R. N/N)	4	32	Divorciada	1 (9 anos)	Fundamental completo	Desempregada
Sul/Centro-Oeste (R. S/CO)	1	23	Solteira	Não	Superior completo (Licenciatura em Teatro)	Professora de teatro.
Sul/Centro-Oeste (R. S/CO)	2	28	Casada (2 anos)	2 (7 anos; 6 meses)	Médio completo	Não
Sul/Centro-Oeste (R. S/CO)	3	30	Casada (7 anos)	1 (6 anos)	Superior incompleto (Terapia Ocupacional)	Estudante
Sul/Centro-Oeste (R. S/CO)	4	19	Namorando	1 (1 ano e 7 meses)	Fundamental incompleto	Desempregada
Sul/Centro-Oeste (R. S/CO)	5	26	Casada (10 anos)	1 (9 anos)	Fundamental completo	Vendedora autônoma (cosméticos)
Oeste (R. O)	1	25	Solteira	Gestante	Médio completo	Auxiliar administrativo
Oeste (R. O)	2	20	Namorando	Não	Superior incompleto (Educação Física)	Estágio remunerado
Oeste (R. O)	3	23	Solteira	Não	Superior Incompleto (Ed. Física e Fisioterapia)	Estudante
Leste/Centro-Leste (R. L/CL)	1	35	Casada (17 anos)	4 (16 anos; 13 anos; 10 anos; 8 anos)	Médio completo	Auxiliar de corte
Leste/Centro-Leste (R. L/CL)	2	31	Casada (13 anos)	2 (16 anos; 7 anos)	Médio completo	Auxiliar de limpeza
Leste/Centro-Leste (R. L/CL)	3	34	Namorando	1 (8 anos)	Fundamental completo	Operadora de máquina



## **Procedimentos e instrumentos**

Para atingir os objetivos propostos, foram realizadas entrevistas semiestruturadas. A entrevista semiestruturada é um instrumento auxiliar flexível na pesquisa qualitativa, onde o entrevistado e o entrevistador têm momentos para dar algumas direções, e ambos contribuem com suas visões e propostas para a entrevista (Turato, 2003). Assim, os tópicos são lembretes para o pesquisador, na medida em que servem de orientação e guia para o andamento da entrevista, permitindo que haja flexibilidade na conversa (Minayo, 2013).

Os tópicos que envolveram estas entrevistas foram: (1) Estratégia de Saúde da Família e Planejamento Familiar; (2) Configuração Familiar; (3) Participação de Homens e Mulheres no Planejamento Familiar.

## **Procedimento de análise dos dados**

A análise dos dados seguiu a técnica de análise de conteúdo, proposta por Bardin (1977), que se refere a uma técnica de investigação com a finalidade de interpretar os conteúdos manifestos nas comunicações obtidas na coleta de dados. A análise foi realizada a partir da transcrição das entrevistas, as quais foram analisadas individualmente em um primeiro momento. Após este procedimento foi realizada a análise das entrevistas separadas por regiões administrativas, de modo a se identificar diferenças entre estas. Por fim, se realizou a análise da totalidade das entrevistas, considerando a ênfase das participantes em determinados pontos, assim como repetições discursivas e a carga emocional manifesta pelas mesmas, o que possibilitou a síntese interpretativa.

Destaca-se que o estudo atendeu a todas as exigências da ética em pesquisa segundo a resolução n.466/2012, obtendo aprovação do Comitê de ética em Pesquisa da Instituição na qual as pesquisadoras estão vinculadas, sob o registro CAAE 39912114.0.0000.5346. Além disso, todas as participantes ficaram cientes do objetivo do estudo e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Com o objetivo de preservar a identidade das participantes, seus nomes foram substituídos por números, conforme a região de origem de cada uma.

## **Resultados e Discussão**

A atenção integral à saúde deve ser garantida em todos os níveis do Sistema Único de Saúde, e nisto se inclui a assistência à concepção e à contracepção. Um dos níveis de atenção

que merece destaque nesta temática é o da atenção básica, na medida em que a atenção em saúde reprodutiva é uma ação básica de saúde (Brasil, 2010). De acordo com o firmado na Conferência Internacional para a População Desenvolvimento (CIPD) em 1994, até o ano de 2015 a saúde reprodutiva deveria ser acessível a todos os indivíduos por meio do sistema primário de assistência à saúde. Neste sentido, a assistência primária à saúde deveria incluir serviços de planejamento familiar, com aconselhamento, informação, educação e comunicação, conforme a necessidade, sobre sexualidade, saúde reprodutiva e paternidade responsável (CIPD, 1994).

Antes da CIPD, o governo brasileiro realizou o Encontro Nacional “Mulher e população: nossos direitos para o Cairo-94”, onde foi elaborada uma carta com princípios básicos da não coerção, da saúde integral da mulher e dos direitos sexuais e reprodutivos. Entre um dos consensos presentes nesta carta, estava a recomendação do planejamento familiar como parte da atenção básica à saúde (UNFPA, 2008). Dessa forma, o planejamento familiar no Brasil deve ser desenvolvido principalmente na atenção básica, através da Estratégia de Saúde da Família, embora seja de responsabilidade de todos os níveis de atenção (Pierre & Clapis, 2010).

Nesse sentido, esta agenda deve ser um elemento essencial na prevenção primária à saúde, a qual deve oferecer informações necessárias para que as pessoas possam fazer escolhas e uso efetivo dos métodos anticoncepcionais que melhor se adaptem às suas condições de saúde. Isto permite que os indivíduos possam espaçar e limitar as gestações de acordo com o seu desejo, o que traz um impacto direto em sua saúde e bem estar (L. N. B. Moura & Gomes, 2014; R. M. Silva, Araújo, Bastos, & Moura, 2011). Dentre as práticas de planejamento familiar, cabe destacar que o aborto não é considerado pelo Ministério da Saúde como um método de planejamento familiar (Brasil, 2005), ainda que se saiba que muitas mulheres recorram ao aborto autoprovocado diante de uma gestação não planejada – o que pode ser considerado um indicativo de que as ações de planejamento familiar falharam.

### **A Estratégia de Saúde da Família retraída em relação ao planejamento familiar**

Ante o exposto, buscou-se conhecer como a agenda de planejamento familiar estava sendo percebida pelos usuários que a acessavam nas unidades de Estratégia de Saúde da Família integrantes do estudo. Com surpresa, constatou-se que em nenhuma das unidades o planejamento familiar era realizado por meio de estratégias específicas, embora em algumas delas esta agenda estivesse citada em murais, dentre outras ações, como pré-natal, preventivo,

grupos de caminhada. Frente a este cenário, a pesquisa foi realizada com mulheres que acessaram a agenda do preventivo, visto que, em conversa com as coordenadoras das unidades, estas expuseram que, não havendo agenda de planejamento familiar, questões desta ordem eram tratadas nas consultas em que se realizava o exame citopatológico do colo do útero.

Diante disto, surgiu através do relato de participantes do estudo um desconhecimento sobre o planejamento familiar, como demonstra a seguinte fala:

Planejamento, eu, eu mesma, até hoje não tinha visto. As outras coisas sim, de remédios, as outras coisas, mas planejamento não. Até pra mim é até novidade [...] Tem alguma coisa a ver com a família. Mas sinceramente eu não sei o que é, não conheço mesmo. (R.N/N, P.1)

Tal desconhecimento esteve presente nas falas das usuárias da unidade situada na Região Administrativa Norte/Nordeste, ao passo que na unidade da região Sul/Centro-Oeste (R.S/CO), embora as usuárias não tivessem conhecimento da agenda de planejamento familiar, elas acreditavam que pudesse haver. Esta suposição estava alicerçada na percepção que elas tinham em relação ao atendimento prestado na unidade, sendo que consideravam uma boa unidade de saúde, pois sempre encontravam lá o que demandavam – na maioria das vezes consultas clínicas. Isto fica evidente na fala da Participante 2, que nunca participou de uma consulta de planejamento familiar, mas tem a seguinte percepção:

Eu acho que sim [tem planejamento familiar], eu acho que são um postinho bem bom aqui. Eles conhecem todo mundo, eles se preocupam. Eu acho. Eu sei que tem os grupos, grupo de hipertenso, tem os atendimentos que eles fazem na casa das pessoas. (R.S/CO, P.2)

Falas semelhantes estiveram presentes nos relatos das participantes do estudo da Região Oeste (R.O), as quais nunca acessaram uma agenda de planejamento familiar, não tendo conhecimento, como indica esta fala “tu é a primeira que tá me perguntando [sobre planejamento familiar]. Por isso que eu fiquei bem confusa [risos]” (R.O, P.1). Porém, uma usuária demonstrou confiança na unidade de saúde, visto que, embora não conheça a agenda de planejamento familiar, acredita que se demandar por isso será acolhida pela equipe, como fica evidente nesta fala “Eu sei que se eu precisar eu vou encontrar aqui [planejamento familiar], como o pré-natal que eles fazem aqui, mesmo o preventivo” (R.O, P. 2).

Em relação a região Leste/Centro-Leste uma pequena diferença foi percebida, e se acredita que a proximidade com uma universidade tenha propiciado isto. Tampouco nesta região as usuárias tiveram acesso a uma agenda de planejamento familiar, contudo uma

usuária relatou já ter participado de uma pesquisa acadêmica sobre esta temática, como indica a seguinte fala “Uma vez fizeram uma pesquisa comigo sobre planejamento familiar. Eu participei de uma pesquisa, aí respondi várias perguntas” (R. L/CL, P. 2). Em outro relato, surge uma profissional de Psicologia, provavelmente residente de um programa de Residência Multiprofissional, que teria realizado algo relacionado com o planejamento familiar. Esta participante também acredita que a unidade ofereça ações de planejamento familiar, como aparece nesta fala “Olha acredito que sim, porque tem bastante gente que participa das palestras, desses eventos – tem de fisioterapia, de caminhada – e eu vejo bastante gente participando” (R. L/CL, P. 1). Ela considera ter participado de uma ação deste tipo por ter conversado com uma psicóloga, que a questionou sobre o planejamento de seus filhos, “uma vez quando eu tive uma conversa com a psicóloga aqui do posto, e aí ela me perguntou sobre isso” (R. L/CL, P. 1).

No entanto, percebe-se pelos relatos que tal proximidade com a universidade não trouxe mudanças significativas ao planejamento familiar em relação às outras unidades, na medida em que as experiências que as participantes do estudo relataram não consistiam em uma ação de planejamento familiar propriamente dita. Cabe destacar que, em geral, não se encontrou diferenças expressivas nas respostas das participantes em relação às diferentes regiões administrativas.

Acredita-se que o fato de as ações que envolvem o planejamento familiar estarem de certa forma diluídas em outras agendas das unidades de ESF, como na agenda de preventivo, pré-natal e puericultura, pode ter contribuído para o pouco conhecimento em relação ao de planejamento por parte das participantes. De fato, algumas delas relataram que tiveram conversas com os profissionais nas unidades sobre métodos contraceptivos e se pensavam em ter filhos, como indicam os seguintes relatos,

Eu acho que na última consulta [puericultura], não me lembro quando, mas sei que as gurias até perguntaram se eu pretendia ter mais filhos, eu disse que não. [...] Então talvez, até perguntem, mas não que seja uma coisa muito assim... como eu vou dizer, não que seja uma coisa assim, eles vão se preocupar com cada família e querer saber. Talvez eu esteja errada, não sei, mas eu acho que não. Talvez até aquela pergunta ‘tu pretende ter mais filhos?’, eu respondo ‘não’, mas não que seja aquela... uma coisa que vá mais a fundo entendeu (R.S/CO, P. 2).

Isso aí comentaram comigo quando eu estava fazendo o pré-natal ainda, eu me lembro. Eu disse, eu nem estava esperando quando eu engravidei da minha guriuzinha, foi uma coisa não planejada; daí elas disseram ‘tu pretende ter mais?’ [...] Eu disse ‘eu

até pretendo ter mais, mais um ou dois, no máximo, mais não' [risos]. Só foi uma conversa assim, acho que na hora saiu aquela conversa. Mas mais não (R. L/CL, P3)

Sabe-se que é de fundamental importância que as pessoas tenham informação adequada em planejamento familiar, para que possam exercer seus direitos, reconhecer métodos contraceptivos e fazer escolhas de forma autônoma e consciente (Pierre & Clapis, 2010; R. M. Silva et al., 2011). Nesse sentido, as falas das participantes da pesquisa fazem pensar que, não havendo um atendimento específico de planejamento familiar, o acesso a estas informações tão importantes estaria prejudicado. Isto aparece indicado neste relato “[planejamento familiar] é isso, trabalhar, sustentar a casa, os filhos, dividir as tarefas com o marido, as despesas, passeios, tudo” (R. N/N, P. 2), no qual se pode perceber que a participante não tem clareza sobre o que é planejamento familiar.

Não obstante, uma participante da pesquisa, usuária de uma unidade de ESF da região Sul/Centro-Oeste, mostrou ter conhecimento sobre o planejamento familiar, adquirido através da participação em uma ação estratégica da unidade nesta temática. Esta ação era realizada em grupo, o qual não compõe mais as atividades da unidade, e foi reconhecida como sendo de grande importância para a participante, como indica a fala da usuária,

Eu reconheço que tinha planejamento familiar. [...] Foi aí que eu descobri a importância de fazer o preventivo, foi assim. [...] Gostava, eu ia e aprendia bastante! Um monte de coisa, sobre coisa da mulher, da família, de criança, aprendia sobre doença, o que fazer, era assim. [...] A gente ficou um tempão fazendo essa reunião. Mas daí, de uns dois anos para cá parou. (R. S/CO, P. 5)

De acordo com o manual técnico em assistência em planejamento familiar, elaborado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2002), as atividades educativas devem oferecer à população atendida os conhecimentos necessários para a escolha e utilização do método anticoncepcional mais adequado, e também propiciar o questionamento e reflexão em relação à temática da anticoncepção e sexualidade. Estas ações deveriam ser realizadas preferencialmente em grupo, e com um caráter participativo, que permita a troca de informações e experiências baseadas na vivência de cada indivíduo, o que poderia vir a ajudar na melhoria das condições de saúde da população (R. M. Silva et al., 2011). Dessa forma, apenas no relato desta participante este caráter grupal esteve presente, o qual foi destacado pela mesma, como mostra o seguinte relato:

A gente conversava, era uma roda, uma roda de mulheres, enfermeira, e todo mês tinha um especialista diferente que eles levavam, um psicólogo, uma enfermeira, um doutor disso. Era assim. Nós todos conversávamos, quem não, ou fazia pergunta num

papel quem queria ficar mais discreto, e botava lá e a enfermeira tirava as dúvidas. (R.S/CO, P.5)

A qualidade em planejamento familiar, no que concerne a orientação/informação, diz respeito a proporcionar às pessoas a análise dos métodos anticoncepcionais, como suas principais características, seu emprego eficaz, o reconhecimento de que os métodos podem provocar alterações físicas, saudáveis ou não, além de desenvolver uma expectativa apropriada a respeito do que o serviço de saúde oferece e garante (Bruce, 1990). Isto é favorecido quando a relação interpessoal profissional-usuário é positiva, estabelecida com simpatia e garantia de disponibilidade por parte do profissional, o que influencia na confiança dos usuários em suas próprias escolhas, e em uma maior adesão aos serviços (E. R. F. Moura & Silva, 2006).

Impende destacar que, embora não se realizem ações específicas de planejamento familiar, as participantes da pesquisa diziam estar satisfeitas com o atendimento que recebiam nas unidades de saúde. Uma, em especial, chamou a atenção pelo seu relato sobre sua relação com a unidade de ESF, da qual é usuária há 17 anos, e onde fez o pré-natal em suas quatro gestações. Destas gestações, somente as duas primeiras foram planejadas por ela e seu marido, sendo que as outras duas aconteceram em virtude de uma falha da utilização do método contraceptivo – no caso a pílula, da qual ela não conseguia fazer um uso regular. Diante desta situação, a profissional de saúde que a atendia, conversou com ela sobre outros métodos contraceptivos, o que a ajudou a escolher o método que atendesse as suas necessidades, como indica este relato:

Quando eu vinha fazer o pré-natal a doutora perguntava ‘quantos filhos tu já tem, tu vai querer ter mais, já tá bom assim?’ E aí eu dizia pra ela que eu pretendia ter dois, e aí veio aquela por descuido, aí ela me falava dos métodos anticoncepcionais, e que tinha as injeções que duravam três meses, aí eu optava sempre pela pílula, mas eu não tomava. Aí na quarta gestação, que foi a última, a doutora disse que se então não estava adiantando, e se eu não queria ter mais filhos, que eu experimentasse o DIU, aí eu gostei. [...] Foi bem importante. [...] E foi bom, já fazem cinco anos; a minha filha já vai fazer oito anos, a mais nova, senão acho que eu teria mais uns três. [...] Eu ia fazer laqueadura, na verdade a doutora conversou comigo sobre isso, que eu podia fazer na hora do parto. [...] Só que eu não gostei muito da ideia, porque me disseram, umas mulheres que fizeram, que ela durava quatro, cinco anos, que depois disso elas engravidaram com essa laqueadura, que dava só um nó na ponta das trompas, parece que era. [...] Então eu optei pelo DIU. (R.L/CL, P. 1)

Na fala desta participante fica evidente a importância que a profissional de saúde teve na sua vida, auxiliando-a a refletir sobre o método mais adequado, que a possibilitou não ter mais filhos, como era o seu desejo. Contudo, não se pode deixar de ressaltar que ela só obteve essa orientação após duas gestações não planejadas, o que indica que ela se enquadrava entre as mulheres com uma necessidade não atendida de planejamento familiar (Wulifan, Brenner, Jahn, & De Allegri, 2016). Fica o questionamento, será que se existisse uma ação em planejamento familiar, como está previsto na Lei 9.263 de 1996, e em tantos outros documentos já citados, este casal teria tido quatro filhos?

A resposta a esta questão certamente não é simples, pois se sabe que uma gestação pode ter muitos significados, e em muitos casos não há intenção genuína de ser mãe/pai. Esta pode ser causada pela falta de informação, pela falha de um método anticoncepcional, ou por uma armadilha do corpo, como pode ser a confirmação de uma fertilidade potencial, a afirmação da condição de mulher, uma maneira de união com a pessoa amada, entre outros. Nesse sentido, a gestação pode ser um deslize psicológico ou biológico do casal, ainda podendo ser uma forma inconsciente de levar o corpo a expressar-se. Com isso se pretende dizer que a fertilidade de uma mulher também é passível de seguir os passos ou os tropeços de determinações inconscientes, as quais lhes são incompreensíveis, e inadequadas do ponto de vista racional (Corso & Corso, 2011).

Contudo, ainda que não seja possível responder de forma precisa o questionamento proposto anteriormente, em função dos múltiplos fatores envolvidos na gestação, ressalta-se aqui o seguinte relato dado por uma participante do estudo, quando descreve que era jovem quando engravidou, e não tinha clareza das mudanças que advinham com os filhos, e das renúncias que teria que fazer:

Eu tive esses quatro filhos, eu era jovem, não pensava muito que depois eles iam crescer, ia ter outras preocupações; eu pensava que era um bebezinho bonitinho, ‘ah que bonitinho, vou ter outro bebezinho!’, eu não pensava muito [risos]. [...] Se eu tivesse planejado bem eu acho que teria tomado um rumo diferente na minha vida. Porque hoje em dia eu teria um filho com 16 anos, outra com 13 anos, não iam tá totalmente dependentes de mim. Mais aí eu tive mais dois filhos, e aí ficou bem complicado. [...] Tive meu filho, e aí eu parei de estudar, de trabalhar, pra cuidar dele. Só que eu tinha essa necessidade de voltar a estudar. Aí depois eu tive a minha filha e pensei, ‘já vou ter os dois logo, que daí depois eu volto a estudar’, porque na minha cabeça era mais fácil! Era fácil com dois filhos voltar a estudar e trabalhar. [...] só que eu não pensava que ia ter alguém pra cuidar, pra alimentar, como que eu vou trabalhar

e deixar eles o dia inteiro aonde? Como que eu vou pra escola depois estudar? Tanto que quando eu comecei a fazer [faculdade], minha filha [mais nova] estava com dois, ia fazer 3 anos, que eu consegui por ela aqui na creche, que eu voltei a estudar, que aí eu fiz o ENEM, e consegui uma bolsa na universidade. [...] Daí eu comecei a estudar, e eu trabalhava o dia inteiro, saía do trabalho e ia pra faculdade. Só que aí eu via os meus filhos só no fim de semana, e eles começaram a me cobrar muito isso. [...] Daí um dia a minha filha disse assim ‘nunca mais tem tempo pra nós, nunca mais vou te pedir nada, eu não tenho mais mãe’, e aí eu parei e pensei, eu tive o meu tempo pra estudar... Então depois que a gente tem filho fica bem difícil. Então eu acho que por isso tudo tem a sua hora, o seu tempo, então tem que estudar enquanto não tem filho. Aí eu abandonei, acabei abandonando a faculdade, só o trabalho que não. [...] Era uma coisa que eu queria, e eu tive que abrir mão por causa dos filhos. (R.L/CL, P.1)

Aqui fica evidente que o planejamento familiar não é uma política de controle demográfico, mas sim um meio de auxiliar as mulheres e homens a, além de melhorar sua saúde sexual e reprodutiva, obter mais educação, diminuir a pobreza, melhorar o ambiente em que vivem, sendo assim uma ação de promoção de saúde, a qual pode contribuir para o aumento da qualidade de vida das pessoas (Gutiérrez, 2013; Santos & Freitas, 2011). Nesse sentido, o planejamento familiar incorpora um novo paradigma de população e desenvolvimento, na medida em que demonstra que o indivíduo informado pode agir, e agirá, com responsabilidade, de acordo com suas necessidades e das necessidades de sua família e da comunidade, sendo um princípio de livre escolha consciente (CIPD, 1994).

Ainda que não seja possível estabelecer uma relação causal direta entre as ações de planejamento familiar e a redução de gestações não planejadas, em virtude dos aspectos psicológicos e também físicos envolvidos, na medida em que todos os métodos apresentam um percentual de falha (Brasil, 2002), acredita-se que tais ações, além de ser um direito fundamental de todas as pessoas, tem o potencial de auxiliá-las a refletir melhor sobre seus desejos e planos de vida. A oferta de serviços que atendam demandas pertencentes à saúde sexual e reprodutiva possibilita que os usuários possam fazer uso de seus direitos de forma responsável. Ademais, sabe-se que o comportamento de planejar a família é sensível aos incentivos realizados neste tipo de ações, as quais incluem atividades médicas, educacionais e sociais, e não apenas os aspectos estritamente relacionados à contracepção (Heil, Gaalema, & Hermann, 2012).

Dessa forma, entende-se que as questões relativas às informações, trocas, atividades grupais mais participativas, pertinentes ao planejamento familiar, estão pouco presentes nas



unidades de ESF do município de Santa Maria. Não obstante, a presente situação não parece ser encontrada somente no referido município. Em pesquisa realizada por Osis et al. (2006) se verificou que o planejamento familiar ainda apresentava um papel secundário em Unidades Básicas de Saúde e em equipes de Saúde da Família, e as ações nesta área tendiam a ser executadas de forma isolada e não priorizadas, diferentemente dos demais componentes da atenção básica. Em outro estudo sobre planejamento familiar, realizado em um bairro da cidade de Medellín, na Colômbia, constatou-se que as necessidades em relação ao planejamento familiar das mulheres em idade fértil, e consideradas em condição de vulnerabilidade social, estavam menos satisfeitas do que a população em geral. Elas estariam mais vulneráveis neste aspecto em função da baixa escolaridade, pouco acesso ao sistema de saúde, escassos recursos econômicos, e desconhecimento de seus direitos em saúde sexual e reprodutiva (Hincapié, Zapata, Hinestroza, & Betancur, 2011).

Corroborando com a discussão, pesquisas mostram (E. R. F. Moura & Silva, 2004; Pierre & Clapis, 2010) que as ações de planejamento familiar vêm sendo realizadas em atendimentos individuais, com o público predominantemente feminino, e com foco em orientação sobre métodos anticoncepcionais. Com isso se entende que uma ampla gama de aspectos relacionados à saúde sexual e reprodutiva está sendo negligenciado (Pierre & Clapis, 2010). Este cenário encontrado em tais pesquisas, e também no presente estudo, evidencia o descompasso entre as propostas presentes na política de planejamento familiar, em relação à atenção ofertada às mulheres, homens, e casais, indicando uma precariedade na atenção, na medida em que não se identificam espaços para escolhas reprodutivas livres e informadas. Impende destacar que a informação adequada auxilia as pessoas a formarem suas próprias opiniões e tomarem decisões, as quais trazem impacto às suas vidas (R. M. Silva et al., 2011).

### **A despeito deste cenário, as mulheres fazem planejamento familiar. De que maneira?**

Chama a atenção o fato de que a maioria das participantes do estudo não possui um número elevado de filhos, fato que contraria o que ainda se encontra presente no senso comum, em relação ao número de filhos dos moradores das periferias. Aqui se faz importante trazer a última taxa de fecundidade divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), na medida em que este resultado pode auxiliar a desmistificar tal crença. Neste censo demográfico de 2010, a média brasileira de filhos por mulher ao final do período fértil estava em 1,9 filho, 69,2% a menos do que em relação a 1940, onde este número era de 6,16 filhos (IBGE, 2012).

Em relação às participantes deste estudo, como já demonstrado no quadro de informações, das 15 participantes, quatro não têm filhos, uma está na primeira gestação, seis têm um filho, duas têm dois filhos, uma tem três filhos, e uma tem quatro filhos. Dentre estas mulheres que têm filhos, três relataram que planejaram a primeira gestação, e oito não planejaram. A idade da primeira gestação variou entre 15 e 26 anos para todas. Chama a atenção que, mesmo entre as participantes que referiram terem planejado a primeira gestação, esta se deu aos 19 anos para duas, e aos 23 anos para outra, o que indica que tal planejamento não causou grande variação em relação à idade em que as mulheres que não planejaram tiveram a primeira gestação, sendo que neste caso foi entre 15 anos e 26 anos.

Nesse sentido, pode-se inferir que muitas participantes do estudo tiveram filhos ainda jovens, mesmo as que relataram terem planejado com seus companheiros a gestação. Tal situação foi encontrada em pesquisa realizada por Scavone (2001), na qual se evidenciou que a maioria das mulheres brasileiras tem filhos na faixa etária jovem, porém, também jovens decidem não ter outras experiências de maternidade, mesmo tendo poucos filhos. De acordo com os dados do IBGE (2012) a fecundidade das mulheres menores de 30 anos representava 68,6% da fecundidade total em 2010.

No relato da Participante 1, da Região Norte/Nordeste aparece uma questão que pode ajudar a pensar sobre esta situação:

Nós conversamos, a gente foi morar junto, nós éramos colega de colégio, terminamos o estudo junto. Daí nós ‘poderíamos ter um bebê’, é o sonho dele é de ter bebê, e eu de anos né, sonho ter uma bebezinha – toda mulher pensa ser mãe né. Daí nós planejamos, fomos tentando, tentamos, conversamos e conseguimos, quando vê já estava grávida. (R.N/N, P.1)

Nesta fala aparece a ideia da mulher/mãe, algo esperado na vida de uma mulher. Tal vinculação do papel da mulher à maternidade faz parte de uma construção histórico-social que se consolidou ao longo dos tempos (Alves, Cúnico, Smaniotto, Pilecco, & Arpini, 2014). Esta fala faz pensar que ainda há uma aproximação da maternidade com a determinação do lugar da mulher na família e sociedade, sendo um elemento muito forte da cultura e identidade feminina, mesmo que a experiência da maternidade no Brasil esteja em processo de mudança (Scavone, 2001). Tal mudança também está presente na fala desta participante, onde aparece o desejo de ter filhos como uma realização do casal. Também, as falas de duas participantes que planejaram a gestação parecem indicar que o planejamento se deu mais no sentido de um desejo do casal em ter um filho, e fazer uma família, do que em relação a outros aspectos ligados ao planejamento familiar.

Ah foi planejado, ela foi. Eu e o pai dela queria! Nós dois queria ela. Aí ele pediu pra eu parar com os comprimidos, ficou um bom tempinho, depois eu consegui engravidar dela. Nós planejamos. (R. N/N, P.4)

Planejei, os dois. Eu queria ter um casal, e eu tive um casal. (R. L/CL, P.1)

Contudo, estes outros aspectos do planejamento familiar, mais relacionados a uma paternidade responsável e a um desenvolvimento pessoal, se fizerem presentes nos relatos das participantes após terem se tornado mães, tanto das que disserem terem planejado quanto das que não planejaram. Tal dado corrobora o exposto por Santos e Freitas (2011), de que o planejamento familiar muitas vezes só é iniciado depois do primeiro filho. Nesse sentido, esta experiência parece ter possibilitado outra visão quanto a maternidade/paternidade, na medida em que elas passaram a significar de modo diferente tal experiência, ao que parece, de forma mais crítica, como indica esta fala:

Eu não me planejei. [...] Mas hoje em dia eu penso antes de ter outro, tanto é que a minha prioridade hoje é estudar e não ter mais filhos. É ficar somente com uma filha. [...] Eles exigem muita atenção, então não é legal, sabe, tu colocar outro filho no mundo e não dar muita atenção. [...] Então a gente prefere fazer as coisas agora diferente, estudar primeiro, se formar, pra depois, quem sabe no futuro, mas muito no futuro [risos]. É que talvez pela dificuldade que a gente passou, assim, no sentido de... da correria mesmo, sabe. [...] Então talvez por essa dificuldade, dessa correria, a gente achou melhor não ter outro. Porque se a gente tivesse mais filhos ia sobrar menos tempo pra gente estudar, menos tempo pra gente, pra mim, mulher, pra ele, homem, também – aquele tempo individual que tu tem que ter. (R. S/CO, P.3)

Dessa forma, parece que após a primeira gestação as participantes do estudo passaram a ter outra compreensão de planejamento familiar, conquistada através de suas experiências, e não através do acesso às políticas públicas. Com isso, infere-se que estas mulheres expressam ter autonomia em relação às suas práticas de concepção/anticoncepção, o que de forma alguma pode ser considerado algo negativo. Contudo, o Estado, aqui na figura das unidades de ESF, deveria estar mais presente, na retaguarda, auxiliando e informando estas mulheres nestas práticas e em suas decisões. Tal resultado foi encontrado em outra pesquisa, onde se evidenciou que a escolha do método contraceptivo se dava sem o suporte adequado do Estado, sendo uma iniciativa feminina (Moreira & Araújo, 2004). Nesse sentido, ainda que as participantes do estudo apresentem esta autonomia, muitas são as dúvidas, como, por exemplo, em relação aos métodos contraceptivos, como indicam estas falas:

[...] Me disseram é que o normal é a mulher não sentir cólica quando usa pílula, e eu sinto. Mas eu não sei se é por causa da pílula, pode ser outros problemas. (R.O, P.2)

Eu já até peguei os comprimidos [pílula] aqui pra começar a tomar de novo. [...] E como agora eu já fui fazer os exames [preventivo] eu já aproveitei. Até foi bom, ela me explicou bem direitinho, como fazia pra eu tomar. Até me esqueci de perguntar pra ela, eu tenho que começar no dia que tá ali, né? [tira dúvida comigo sobre o dia que deveria começar a tomar o anticoncepcional, em relação aos dias escritos na cartela, e quanto ao horário, se deveria ser sempre o mesmo]. (R.L/CL, P.3)

Sabe-se que a falta de informação, os mitos, ou crenças acerca dos métodos contraceptivos são uma barreira para um uso adequado dos mesmos (Gutiérrez, 2013). Outra fala significativa neste sentido surgiu no relato da Participante 2, da região Norte/Nordeste. Ela refere não estar satisfeita com a pílula como método anticoncepcional, embora faça uso, e entre as alternativas possíveis só mencionou os métodos irreversíveis, mas nem ela nem seu companheiro estão dispostos a se submeter a uma intervenção deste tipo. Contudo, haveria alternativas disponíveis para este casal, que poderiam melhor atender as suas necessidades. Nesse sentido, quando perguntado a participante se ela já havia conversado com algum profissional de saúde sobre métodos alternativos, eis aqui sua resposta:

Não, porque quando eu venho aqui eu termino consultando com os enfermeiros, aí eles te perguntam, tipo “por que tu veio?”, aí tu diz, aí não tem muita, não consigo assim conversar muito. Mais era com a Dr.<sup>a</sup> Maria que tinha aqui, aí sim, ela te perguntava tudo, deixava bem a vontade. Mas aí com os enfermeiros já não... com a enfermeira até eu converso mais, mas não... que aí tu só vem pra uma consulta mesmo. Te perguntam por que tu veio consultar, para o que é, aí tu já chega e diz, e deu, né. Tu só fala o que eles te perguntam. (R.N/N, P.2)

Ressalta-se que muitas das participantes do estudo acessam as unidades de saúde, e retiram anticoncepcionais, na maioria das vezes a pílula. Com isto se pretende dizer que as unidades, por meio dos serviços que prestam, têm grande importância para a população, visto que esta muitas vezes depende de recursos públicos para resolver problemas de saúde, e efetivar os direitos reprodutivos. Dessa forma, já há proximidade entre muitas participantes do estudo com as unidades de ESF, como aparece nestes relatos:

Ah até esses dias eu vim pra fazer um teste de gravidez rápido que eu queria saber, porque eu não tinha me cuidado – mas deu negativo. [...] E eu vou pedir um anticoncepcional hoje pra eles, aproveitar a consulta [preventivo]. (R.S/CO, P. 4)

Quando eu estava casada nós comprava [anticoncepcional]. Depois que eu me separei, que eu não ia ter condição de comprar, aí eu vim aqui [ESF] pedir e eles me deram. (R.N/N, P.4)

Destarte, acredita-se que as unidades de ESF tem um grande potencial para realizar as ações de planejamento familiar, e assim prestar suporte adequado à população. Suporte este que ultrapasse a simples entrega de anticoncepcionais, na medida em que se reconheça a importância do planejamento familiar como uma ação de promoção da saúde (Santos & Freitas, 2011; R. M. Silva et al., 2011). Este planejamento, como já foi dito, tem sido realizado na maioria das vezes pelas participantes do estudo, e o primeiro filho parece ser um fator de grande influência. Outro fator que parece exercer influência no planejamento familiar realizado pelas participantes do estudo, se refere ao grau de escolaridade destas.

Cabe destacar que o aumento de acesso à educação por parte das mulheres foi uma das metas firmadas na CIPD. Esta meta se deu porque a educação foi considerada como um dos meios mais importantes de emancipação da mulher, através do saber, habilidades e autoconfiança, melhorando assim seu *status* e sua capacidade de tomar decisões em todas as esferas da vida, como na área da sexualidade e da reprodução (CIPD, 1994). Ademais, entende-se que a educação permite às mulheres ter uma maior capacitação, o que vem a melhorar a situação de suas famílias, dando maior poder a estas mulheres (Gutiérrez, 2013).

Nesse sentido, apresenta-se, com o intuito de comparação em relação ao nível de escolaridade, um estudo realizado em 1989 sobre a prática de planejamento familiar por mulheres moradoras de favelas do Rio de Janeiro, com idade entre 15 e 49 anos, onde o percentual de mulheres analfabetas era de 12,5%, 61,2% das participantes tinham ensino fundamental incompleto, 17,6% o ensino médio incompleto, e somente 8,2% mais que o ensino médio (S. H. Costa, Martins, Pinto & Freitas, 1989). Já no presente estudo apenas uma participante não havia completado o ensino fundamental, ao passo que quatro tinham o ensino fundamental completo, seis o ensino médio completo, uma ensino superior completo, e três estavam cursando o ensino superior, o que indica que o nível de escolaridade apresenta uma mudança significativa se comparado com o estudo anterior.

Tal mudança parece influenciar a relação das mulheres com o planejamento familiar, na medida em que, com o aumento da escolaridade a escolha pela maternidade tende a se tornar mais reflexiva (Scavone, 2001). Nesse sentido, ressalta-se que das quatro participantes do estudo que não têm filhos, uma tem ensino médio completo, duas estão cursando o ensino superior, e uma tem ensino superior completo, e as idades variam de 20 a 23 anos. Para estas

participantes a maternidade parece ser algo que não está tão próximo em seus planos de vida, e é até mesmo questionada, como indicam os seguintes relatos:

Hoje eu pensar em ter uma família eu não penso, daqui um, dois anos, hoje eu não penso. [...] Eu penso em me formar, eu penso em fazer pós, penso em fazer doutorado. [...] Hoje não, não sinto vontade de ter filho, eu já tenho o meu sobrinho, que praticamente eu criei ele. Então hoje eu não tenho vontade de ser mãe. Não tá nos meus planos, nem um pouco. (R. S/CO, P.3)

Olha, é uma coisa [ter filhos] que me assusta quando eu penso, porque realmente eu vou ter que estar muito estável na vida. Vou ter que ter algum emprego que eu consiga conciliar ter um filho e conseguir gerenciar. [...] Eu não sei realmente se eu quero ter filhos, se eu vou querer gerar um filho, ou se eu vou querer adotar uma criança; isso me assusta um pouco. Acho que vai realmente depender da pessoa que eu tiver lá no futuro. Hoje em dia, sozinha, eu penso ‘adoro os meus sobrinhos’, cuido deles, adoro meus alunos, educo eles, ajudo eles, mas pensar eu ter um filho nesse momento seria pra deixar com a mãe, porque eu sei que eu não ia conseguir cuidar dele e dar a atenção que ele precisaria. Porque eu estou no processo, não é de crescer na vida, é de tentar encontrar essa estabilidade financeira, essa estabilidade de ter as minhas coisas e não ficar dependendo do pai e da mãe. (R.O, P.1)

Dessa forma, elas parecem estar se afastando dos valores tradicionais que têm a maternidade como uma predestinação da mulher, a qual cumpre com os filhos sua função natural, estabelecendo assim uma paridade entre reprodução e sexualidade (Fernandes, 2003). Com isto, entende-se que esta mudança em relação à maternidade, que reflete mais uma escolha e não um acontecimento natural, e, portanto, dentro dos princípios do planejamento familiar, tem a contribuição do acesso à educação, o qual parece estar colaborando para a variação das práticas reprodutivas. Outros estudos corroboram este achado, na medida em que postulam que quanto mais anos de escolaridade, mais as mulheres diminuem o número de filhos (Hincapi et al., 2011; (Wulifan et al., 2016), retardam os casamentos, ingressam no mercado de trabalho e se afastam dos valores tradicionais dos atributos femininos (Fernandes, 2003).

Nesse sentido, destaca-se a fala de uma das participantes do estudo, a qual tem ensino superior completo, sobre o que ela acredita ser planejamento familiar, que indica a clareza que ela apresenta sobre este tema, ainda que nunca tenha participado de ações deste tipo.

Por planejamento familiar eu entendo – não sei se é isso – mas eu compreendo que é pensar quando, quantos, porque, ter filhos; e dentro disso se eu vou ter condições de

educar esse meu filho, se vou ter condições de dar afeto e de disponibilizar tempo. E também se cabe dentro do orçamento, entre aspas, dentro do orçamento da família, porque um filho demanda tempo, demanda cuidado, demanda afeto, demanda educação, demanda um monte de coisa. E planejar a vinda de um filho pra mim é o que tá dentro de um planejamento familiar. Acho que é mais isso. Daí por exemplo, claro, cuidar dos que já estão é um planejamento também, mas o meu entendimento maior é com relação a chegada de um novo ser. Acho que é isso. (R.O, P.1)

Por fim, acredita-se ser significativa e emblemática a seguinte fala de uma participante do estudo:

Tu me perguntou ‘ah se alguém já tinha me perguntado sobre isso [planejamento familiar]’, não, nunca tinha parado pra pensar sobre esse assunto de eu ter uma família e coisas de família. Bem legal, gostei. Na verdade eu não tinha pensado, e nunca ninguém tinha me perguntado em questão de eu ter minha família. Bem legal, faz a gente pensar mesmo! (R.N/N, P. 3)

Aqui mais uma vez fica claro o quão distante estão as ações de planejamento familiar da população, e o quanto se precisa investir na formação de mulheres e homens para o exercício da cidadania reprodutiva (Meyer, 2004). Sem dúvida, a evolução dos métodos anticoncepcionais foi um grande aliado que possibilitou liberdade de escolher, e questionar, os caminhos da maternidade (Corso & Corso, 2011). Com o advento das novas técnicas científicas de regulação dos nascimentos, aliados ao planejamento familiar, o acesso ao prazer começou a ser dissociado da procriação, e isto permitiu às mulheres irem se individualizando, na medida em que elas foram deixando de estarem resumidas ao papel de esposa ou de mãe. Dessa forma, as mulheres conquistaram direitos e poderes sobre seus corpos, que se modificaram com seus gostos e aspirações (Roudinesco, 2003).

Contudo, somente o acesso aos métodos conceptivos e contraceptivos não são suficientes para o planejamento familiar, visto que é necessário também o acesso à informação, para que a população tenha mais em condições de fazer escolhas de forma livre e consciente (R. M. Silva et al., 2011). Nesse sentido, os profissionais de saúde que trabalham com a perspectiva de cuidado mais próximo das famílias e comunidade, como nas unidades de ESF, têm na oportunidade de diálogo com a população um potencial transformador, como indica o relato anterior, no qual a participante expõe que a partir desta conversa pode, pela primeira vez, pensar sobre as questões que envolvem o planejamento familiar.

De acordo com Groeninga (2003), os profissionais e instituições têm responsabilidade ética em relação às mudanças que ocorrem nas famílias, visto suas palavras são percebidas

como sendo daquele que sabe, que apresenta certa autoridade por meio da credencial profissional e institucional. Com isso, adquire um peso, e assume um lugar de certo modo afetivo, causando um efeito, mesmo que de forma não perceptível, inconsciente. Dito isto, acredita-se que o diálogo entre profissionais e população tem grande importância para a saúde pública, quando este se afasta de um espaço protocolar para um espaço participativo, onde seja possível a existência de trocas, ainda mais quando se trata de planejamento familiar.

### **Considerações finais**

Através do presente estudo ficou evidente o respaldo que o planejamento familiar apresenta nas políticas públicas de saúde, tendo sido tema de discussão em diversos momentos ao longo da história, tanto em âmbito nacional quanto internacional. De tal maneira, que está figurado entre as conquistas da luta pela cidadania e pelos Direitos Humanos, na medida em que foi considerado um direito humano fundamental à vida digna, tendo em vista o direito de todos poderem tomar decisões sobre a reprodução sem discriminação, coerção ou violência.

Dessa forma, as ações de planejamento familiar estão alicerçadas na atenção à saúde da mulher, do homem, e do casal, como o conjunto de ações de regulação da fecundidade, que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole, e não se trata de uma política de controle demográfico. Isto porque tal atenção visa auxiliar as pessoas a melhorar sua saúde sexual e reprodutiva, de acordo com suas necessidades e as necessidades de sua família, e assim proporcionar que possam escolher de forma livre, consciente e responsável sobre se, quando, como, quantos filhos desejam ter. Nesse sentido o Estado deve propiciar os recursos educacionais e científicos para que as pessoas possam exercer esse direito, e de forma alguma impor qualquer tipo de decisão.

Para tanto, o Estado tem na atenção básica, principalmente na unidade de Estratégia de Saúde da Família, um aliado para proporcionar tais recursos à população brasileira. Quanto a esse aspecto os resultados do estudo indicam que não haviam ações específicas de planejamento familiar nas unidades, e foi indicado pelas coordenadoras destas que a amostra do estudo fosse de mulheres atendidas na agenda de preventivo, já que nesta agenda as questões de planejamento familiar estariam permeadas. Deste modo, o público masculino ficou excluído do estudo já de antemão, o que não era a intenção inicial, visto que a atenção em planejamento familiar é para mulheres, homens e casais.



Diante deste cenário, em que as ações de planejamento familiar estão diluídas nas unidades, ficou claro o pouco conhecimento das ações de planejamento por parte das participantes, e se pode constatar que há uma lacuna entre o previsto nas políticas públicas, e o que de fato se oferta à população. Apenas uma entrevistada identificou ter participado de grupo de planejamento familiar. Este foi reconhecido como sendo de grande importância, e o seu fim foi lamentado pela participante. Cabe destacar que não se encontrou diferenças significativas entre as respostas das usuárias das diferentes regiões administrativas do município. Embora todas, com exceção da já citada, nunca tenham participado do planejamento familiar, algumas acreditavam que as unidades ofertavam este serviço, em virtude da identificação positiva que tinham com as mesmas.

Ainda que não participassem de ações de planejamento familiar, e que a maioria não tenha planejado a primeira gestação, as participantes do estudo pareciam agora ter um planejamento. Acredita-se que a experiência com o primeiro filho tenha contribuído para que elas significassem de outra maneira a maternidade, de modo mais reflexivo, o que fez com que ponderassem se teriam ou não mais filhos, e em que condições. Com isto, percebe-se que o número de filhos das participantes do estudo pode ser considerado baixo, ainda mais se comparado com o que se encontra presente no senso comum em relação ao número de filhos dos moradores das periferias, que se pensa ser alto.

Outro fator que parece contribuir para o planejamento familiar é o grau de escolaridade. Ressalta-se que dentre as participantes que não têm filhos, o grau de escolaridade se encontra entre o nível médio completo e o superior completo. Tais participantes referem planos de vida, como ter um lar independente dos pais, fazer pós-graduação e ter maior estabilidade financeira. Com isso, a maternidade se encontra perpassada por estes planos, o que faz pensar que a relação com a maternidade está sendo em alguma medida alterada, principalmente se comparada com a visão tradicional de mulher.

Ressalta-se que não se pretende afirmar que as ações de planejamento familiar por si só diminuirão as gestações não desejadas, visto que se sabe que existem outros fatores que influenciam a concepção. Fatores estes tanto ligados aos aspectos físicos e às limitações dos métodos contraceptivos, como fatores psíquicos, os quais podem ser da ordem de um desejo inconsciente. No entanto, entende-se que o acesso ao planejamento familiar pode auxiliar mulheres, homens e casais a refletirem acerca de suas responsabilidades e seus desejos reprodutivos, fatores que influenciam diretamente seus planos de vida. Com isto, acredita-se ser possível que se produza um exercício reflexivo sobre planejamento familiar, sendo a responsabilidade deste compartilhada entre a população atendida e os profissionais de saúde,

através do diálogo possibilitado pelo vínculo que se preconiza nas ações realizadas nas unidades de ESF.

### Referências

- Alves, A. P., Cúnico, S. D., Smaniotto, A. C., Pilecco, M. B. , & Arpini, D. A. (2014). O mito do amor materno e suas implicações nas decisões judiciais. In D. M. Arpini & S. D. Cúnico (Eds.), *Novos olhares sobre a família: aspectos psicológicos, sociais e jurídicos* (pp. 55-70). Curitiba, Brasil: CRV.
- Ávila, M. B., & Corrêa, S. (1999). O movimento de saúde e direitos reprodutivos no Brasil: revisitando percursos. In L. Galvão, & J. Díaz (Eds.), *Saúde sexual e reprodutiva no Brasil* (pp. 70-102). São Paulo: Hucitec.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Brasil. (1996) Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF.
- Brasil. (2002). *Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico*. Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2004). *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2005). *Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo*. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2007). *Política Nacional de Atenção Básica*. Ministério da Saúde, Brasília.
- Brasil. (2010). *Saúde sexual e saúde reprodutiva*. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2011). *Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Bruce J. (1990). Fundamental elements of the quality of care: a simple framework. *Studies Family Planning*, 21(2), 61-91.
- Carvalho, M. do C. B. de. (2002) O lugar da família na política social. In M. do C. B. de

- Carvalho (Ed.), *A família contemporânea em debate* (4a ed., pp. 15-27). São Paulo: EDUC/Cortez. (Obra original publicada em 1995).
- Castro, A. L. B., & Machado, C. V. (2012). A política federal de atenção básica à saúde no Brasil nos anos 2000. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 22(2), 477-506.
- Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento. (1994). *Relatório da conferência Internacional sobre população e Desenvolvimento*. Cairo, Egito: Nações Unidas.
- Constituição da República Federativa do Brasil*. (1988). Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm)
- Corso, D. L., & Corso, M. (2011). *A psicanálise na Terra do Nunca: ensaios sobre a fantasia*. Porto Alegre, Brasil: Penso.
- Costa, S. H., Martins, I. R., Pinto, C. S., & Freitas, S. R. da S. (1989). A prática de planejamento familiar em mulheres de baixa renda no município do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 2(5), 187-206.
- Costa, A. C. G. da. (2011). A família como questão social no Brasil. In S. M. Kaloustian (Ed.). *Família brasileira, a base de tudo* (10a ed., pp. 19-25). São Paulo: Cortez, Brasília: Unicef. (Obra original publicada em 1995).
- Dimenstein, M., Severo, A. K., Brito, M., Pimenta, A. L., Medeiros, V., & Bezerra, E. (2009). O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. *Saúde e Sociedade*, 18(1), 63-74.
- Fernandes, M. F. M. (2003). Mulher, família e reprodução: um estudo de caso sobre o planejamento familiar em periferia do Recife, Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(2), 253-S261.
- Formiga Filho, J. F. N. (1999). Políticas de saúde reprodutiva no Brasil: uma análise do PAISM. In L. Galvão, & J. Díaz (Eds.), *Saúde sexual e reprodutiva no Brasil* (pp. 151-162). São Paulo: Hucitec.
- Fundo de População das Nações Unidas. (2008). *Planejamento Familiar no Brasil: 50 anos de história*. Conclusões do evento comemorativo ao Dia Mundial de População no Brasil. Brasília.
- Gaskell, G. (2013). Entrevistas individuais e grupais. In M. W. Bauer & G. Gaskell (Eds.), *Pesquisa qualitativa com texto: imagem e som: um manual prático* (11a ed., pp. 64-89). Petrópolis: Vozes.
- Gil, A. C. (1999). *Método e técnicas de pesquisa social* (5a ed.) São Paulo: Atlas.
- Gil, C. R. R. (2006). Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e

- singularidades do contexto brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(6), 1171-1181.
- Genofre, R. M. (2002). Família: uma leitura jurídica. In M. do C. B. de Carvalho (Ed.), *A família contemporânea em debate* (4a ed., pp. 97-104). São Paulo: EDUC/Cortez. (Obra original publicada em 1995).
- Goldani, A. M. (2002). Família, gênero e políticas: famílias brasileiras nos anos 90 e seus desafios como fator de proteção. *Revista Brasileira de Estudos da População*, 19(1), 29-48.
- Groeninga, G. C. Família: um caleidoscópio de relações. In G. C. Groeninga & R. da C. Pereira (Eds.), *Direito de família e psicanálise: rumo a uma nova epistemologia* (pp. 125-142). Rio de Janeiro: Imago.
- Gutiérrez, M. (2013). La planificación familiar como herramienta básica para el desarrollo. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30(3), p. 465-470.
- Habumuremyi, P. D., & Zenawi, M. (2012). Making family planning a national development priority. *The Lancet*, 380. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60904-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60904-0)
- Heil, S. H., Gaalema, D. E., & Herrmann, E. S. (2012). Incentives to promote family planning. *Preventive Medicine*, 55, S106-S112.
- Hincapié, L. F., Zapata, G. M. M., Hinestroza, A. L. M., & Betancurt, V. D. C. (2011). Planificación familiar en mujeres en condiciones de vulnerabilidad social. *Revista de la Universidad Industrial de Santander: Salud*, 43(3), 241-248.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2012). *Censo demográfico 2012: Resultados gerais da amostra*. Rio de Janeiro.
- Kaloustian, S. M. (2011). *Família brasileira, a base de tudo* (10a ed.). São Paulo: Cortez, Brasília: Unicef, 2011. (Obra original publicada em 1995).
- Meyer, D. E. (2004). Direitos reprodutivos e educação para o exercício da cidadania reprodutiva: Perspectivas e desafios. In C. Fonseca et al. (Eds.), *Antropologia, diversidade e direitos humanos: diálogos interdisciplinares* (pp. 87-100). Porto Alegre: Editora da UFRGS.
- Minayo, M. C. de S. (1996). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (4a ed.). São Paulo: Hucitec.
- Minayo, M. C. de S. (2001). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes.
- Minayo, M. C. de S. (2013). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (13a ed.) São Paulo: Hucitec.

- Ministério da Saúde. (1984). *Assistência Integral à saúde da mulher: bases de ação programática*. Brasília.
- Moreira, M. H. C., & Araújo, J. N. G. de (2004). Planejamento familiar: autonomia ou encargo feminino?. *Psicologia em Estudo*, 9(3), 389-398.
- Moura, E. R. F., & Silva, R. M. (2006). Qualidade da Assistência em Planejamento Familiar na opinião de usuárias do Programa Saúde da Família. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19(2), 150-156.
- Moura, L. N. B., & Gomes, K. R. O. (2014). Planejamento familiar: uso dos serviços de saúde por jovens com experiência de gravidez. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(3), 853-863.
- Osis, M. J. D., Faúndes, A., Makuch, M. Y., Mello, M. B., Sousa, M. H., & Araújo, M. J. O. (2006). Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(11), 2481-2490.
- Pierre, L. A. S., & Clapis, M. J. (2010). Planejamento familiar em Unidade de Saúde da Família. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(6). Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt\\_17.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt_17.pdf).
- Rizzini, I. (2001). Crianças, adolescentes e suas bases familiares: tendências e preocupações globais. In S. M. G. Souza & I. Rizzini (Eds), *Desenhos de família: criando os filhos, a família goianiense e os elos parentais* (pp. 23-44). Goiânia: Cãnone Editorial.
- Roudinesco, E. (2003). *A família em desordem*. (A. Telles, Trad.). Rio de Janeiro: Zahar.
- Santos, J. C. dos & Freitas, P. M. de. (2011). Planejamento familiar na perspectiva do desenvolvimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(3), 1813-1820.
- Silva, R. M., Araújo, K. N. C., Bastos, L. A. C., & Moura, E. R. F. (2011). Planejamento familiar: significado para mulheres em idade reprodutiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(5), 2415-2424.
- Silva, M. L., Polli, R. G., Sobrosa, G. M. R., Arpini, D. M., & Dias, A. C. G. (2012). Da normatização à compreensão: caminhos construídos para a intervenção familiar. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 20(1-2), 13-21.
- Starfield, B. (2002). *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO.
- Turato, E. R. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis: Vozes.
- Vamos, C. A., Daley, E. M., Perrin, K. M., Mahan, C. S., & Buhi, E. R. (2011). Approaching

4 Decades of Legislation in the National Family Planning Program: An Analysis of Title X's History From 1970 to 2008. *American Journal of Public Health*, 101(11), 2027-2037.

Vasconcelos, C. M. de, & Pasche, D. F. (2006). O Sistema Único de Saúde. In G. W. de S. Campos et al. (Eds.), *Tratado de Saúde Coletiva* (pp. 531-562). São Paulo: Hucitec.

Scavone, L. (2001). Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero. *Interface - Saúde, Educação, Comunicação*, 5(8), 47-60.

Wulifan, J. K., Brenner, S., Jahn, A., & De Allegri, M. (2016). A scoping review on determinants of unmet need for family planning among women of reproductive age in low and middle income countries. *BMC Womens Health*, 16(1), 2. doi: 10.1186/s12905-015-0281-3

**6 ARTIGO 2**

**CONFIGURAÇÕES FAMILIARES ATRAVÉS DA PERSPECTIVA DE USUÁRIAS  
DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

### Resumo

Neste estudo, buscaram-se conhecer as configurações familiares de usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como conhecer quais os significados de família para elas. Para tanto, integraram o estudo, de abordagem qualitativa, 15 mulheres atendidas em unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Para atingir os objetivos propostos, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, as quais foram analisadas por meio da análise de conteúdo temática. Pode-se inferir que as relações afetivas tem uma grande importância na configuração das famílias, e o peso da consanguinidade parece estar subordinado ao vínculo afetivo que se estabelece entre os membros da família, a qual é reconhecida como a principal rede de apoio. Dessa forma, a família foi definida como algo de muito valor, tendo significado de união e amor. As participantes sinalizaram ainda que a família vive processos de mudança na relação entre seus membros. As considerações finais apontam a importância dos profissionais estarem atentos às singularidades das diferentes experiências familiares, a fim de que efetivamente se possam atender as demandas dos usuários, em especial nas ações de planejamento familiar, foco deste estudo.

Palavras-chave: Família. Relações familiares. Estratégia de Saúde da Família.



## Abstract

### **Family structures from the perspective of women using Family Health Strategy**

This study aimed to know the family structures of women who use the Unified Health System, as well as know the meanings attributed to family by these women. This study has a qualitative approach and the participants are 15 women assisted in Family Health Strategy (FHS) units. In order to attain the established objectives, semi-structured interviews were conducted and subsequently analysed through the thematic content analysis. It can be inferred that affective relations are of great importance in family structures, and that the significance of consanguinity seems to be subordinate to the emotional bonds that are established between family members. The family is recognized as the main support network and is also defined as something of great value, meaning union and love. Moreover, the participants indicated that processes of change are occurring in the relationships between family members. The final considerations emphasize the importance of professionals being aware to the uniqueness of each family experience, so that they can effectively meet the users' demands, especially in relation to family planning activities, the focus of this study.

**Keywords:** Family. Family Relationships. Family Health Strategy.

## **Configurações familiares através da perspectiva de usuárias de Estratégia de Saúde da Família**

A imagem da família ideal, ainda presente em grande parte da sociedade, é daquela formada por um casal heterossexual, legalmente casado, que tenha dois filhos, preferencialmente um de cada sexo, onde todos vivam juntos em uma casa própria. Esta família seria livre de conflitos e qualquer tipo de violência. O marido seria o principal provedor, e a mulher responsável pela organização da casa, pelo cuidado com as crianças, os adolescentes, os idosos e os doentes (Goldani, 2002). Certamente podem-se encontrar famílias como esta descrita, mas não se poderia tomar esta configuração como definição de família (Moreira, 2013).

Isso porque, entende-se que não há, histórica e antropologicamente, um modelo padrão de família (Neder, 2011). Atualmente multiplicam-se diferentes formas de organização familiar, estabelecendo-se novos arranjos, diferentes do modelo nuclear, o qual é constituído por pai, mãe e filhos de um único casamento (Grzybowski, 2002; Wagner, 2002).

Tal modelo nuclear de família, adotado por muito tempo pela classe média brasileira como o ideal, é fundado em uma comparação com o modelo familiar monogâmico, patriarcal e endogâmico da sociedade burguesa, o qual predominou do início do século XIX a meados do século XX no Ocidente (Kehl, 2003). Dessa forma, ainda que as famílias tenham passado por transformações, estes elementos da família colonial europeia e brasileira por muito tempo se fizeram presentes na auto representação das famílias, as quais tiveram ou ainda têm impregnadas idealizações da família nuclear como símbolo (Carvalho, 2002; Monteiro & Cardoso, 2001; Romanelli, 2002).

Roudinesco (2003) pontua, bem como Ariès (2014), que houve uma evolução da família, e que pode ser distinguida em três grandes períodos. A primeira fase é a da família dita “tradicional”, que servia acima de tudo para assegurar a transmissão de patrimônio. Dessa forma, os casamentos eram arranjados, e estavam alicerçados sob uma forte autoridade patriarcal, que assegurava a célula familiar em um mundo imutável. Já a segunda fase, que se impõe entre o final do século XVIII e meados do século XX, é a da dita família “moderna”, na qual a lógica afetiva se impõe, na medida em que a família é fundada no amor romântico. Ela sanciona a reciprocidade dos sentimentos e os desejos carnavais através do casamento, e também coloca a atribuição da autoridade numa divisão de responsabilidades entre os pais e o Estado. A partir de 1960, surge a família dita “contemporânea”, na qual se unem dois indivíduos em busca de relações íntimas ou realização sexual, ao longo de uma duração

relativa, na medida em que aumentam o número de divórcios, separações e recomposições conjugais, o que torna a transmissão da autoridade uma questão problemática.

Com isso, entende-se a família, tal qual é concebida hoje, como decorrência de um processo histórico de transformações. Ariès (2014), por meio de pesquisa histórica e análise iconográfica, apresenta a evolução do sentimento de família ao longo dos séculos, especialmente na Europa, onde desmistifica a concepção de família como algo natural e imutável. O autor postula que até meados do século XVII a representação da família conjugal, formada pelos pais e seus filhos, não existia, o que não significa a inexistência da vida familiar, contudo a família não existia como valor moral.

As pessoas nos séculos XV e XVI viviam suas vidas no domínio público, e em uma sociabilidade que dificultava a instauração do sentimento familiar, visto que não havia intimidade, uma vez que as casas eram um centro de relações sociais. Contudo, a vida em sociedade foi perdendo espaço na medida em que as famílias se voltaram para o interior de suas casas, e para suas crianças. Foi essa reorganização de costumes que possibilitou que a intimidade fosse possível entre os membros da casa, a partir da separação da vida privada e da vida pública, permitindo que se instaurasse o sentimento de família (Ariès, 2014). Desta forma, esta família, dita nuclear, tal como a concebemos hoje no Ocidente, é a consumação de uma longa evolução (Roudinesco, 2003).

Ademais a família moderna, formada pelo casal conjugal e seus filhos em um lar confortável, com a presença de um sentimento de casa, não surgiu ao mesmo tempo para todas as camadas da população europeia. Este sentimento de casa, de lar, não existia para grande parte da população pobre, que vivia com as crianças afastadas de seus pais ainda no século XIX. Contudo, a família como valor moral se estendeu às classes populares, mesmo que de maneira mais lenta (Ariès, 2014).

Ressalta-se que Ariès (2014) teoriza a partir do contexto Europeu, porém, como pontua Kehl (2003), há muitas semelhanças em relação à família nuclear burguesa do Brasil do século XIX. Por volta deste período histórico a família colonial brasileira passa a ser dominada pelo sentimento de privacidade, e se começa a valorizar o convívio íntimo e exclusivo entre os membros da família, algo que não estava presente até então. Este sentido de intimidade familiar, inexistente ou despercebido antes do século XIX, passou a ser concebido e estimulado pelos médicos, em nome da higiene. Nesse sentido, os esforços da higiene em enaltecer o amor entre os casais e autorizar o prazer nas relações sexuais circunscritas no matrimônio, tinha como objetivos estimular a responsabilidade do casal na manutenção do casamento, e com isso manter os filhos, já que ao Estado não interessava só a família fecunda,

mas a família responsável. Aqui, como também acontecia na Europa, a alteração que ocorreu em relação à representação da infância modificou radicalmente a vida familiar (Costa, 1983).

Tal padrão familiar, fortemente influenciado pela medicina, estava calcado na vinculação da sexualidade com a procriação. Com isto o único modelo de família incentivado e validado pela ordem médica era aquele formado por um homem e uma mulher, férteis, e que pudessem gerar crianças saudáveis e bem educadas (Costa, 1983). Este modelo de família incentivado pela medicina por volta do século XIX, denominado de família nuclear, acabou sendo internalizado por muito tempo como o paradigma de família. No entanto, não se pode ter esta família nuclear como único paradigma, pois ao longo do desenvolvimento histórico variadas estruturas familiares surgiram a partir das evoluções sociais, dando origem a uma pluralidade de organizações familiares (Grisard Filho, 2003).

Pode-se falar de famílias, no plural, pois as circunstâncias históricas, sociais e econômicas fizeram com que múltiplas configurações familiares surgissem, sem que com isso houvesse o desaparecimento do sentimento de família, a família como valor moral. Dessa forma, as famílias não perderam as suas possibilidades de proteção, socialização e criação de vínculos relacionais, o que lhes é essencial (Carvalho, 2002).

Contribuindo com esta reflexão, Neder (2011) usa o termo famílias em função da multiplicidade étnico-cultural que está na base das várias possibilidades de organização familiar na sociedade brasileira. Por isso, a partir do modo como a família vem se modificando e se estruturando, influenciada por uma grande gama de fatores decorrentes de variações culturais, é impossível identificá-la como um modelo único e ideal (Kaloustian, 2011; Peres, 2001; Rizzini, 2001).

Tais mudanças também se expressam nos papéis desempenhados pelos membros da família, não se restringindo somente à composição familiar (Grzybowski, 2002). Partindo de uma concepção moral de família, homens e mulheres estão imbuídos de papéis na estrutura familiar, os quais permitem a realização de diferentes modos de exercer a autoridade na família. No caso da população pobre, o homem exerceria um papel de autoridade moral, o chefe da família, mediando a relação da família com o mundo externo, na medida em que garante o respeito. Já as mulheres, chefes da casa, são as responsáveis por manter a unidade do grupo, e a sua autoridade se vincula à valorização do papel de mãe. Esses papéis melhor se desenvolvem quando existe uma casa, a qual possibilita a formação de um núcleo independente. Nesse sentido, a hierarquia homem/mulher e a diferenciação de papéis sexuais acompanhada da divisão de autoridades, marcam os princípios estruturais que definem a família entre a população pobre (Sarti, 2011).

Contudo, Sarti (2011) problematiza as possibilidades de formação de um núcleo independente do casal conjugal, e a estabilidade familiar, nas famílias pobres brasileiras, indicando que há uma conexão entre a manutenção desses fatores e as condições socioeconômicas. A autora postula que quanto mais pobres forem os membros da família, mais facilmente esta poderá ser desfeita. Isto porque a pobreza afetaria diretamente os papéis desempenhados pelo homem e pela mulher desse núcleo, que não conseguiriam ir ao encontro da realização desses, em função de estarem expostos a várias fragilidades, entre elas, à instabilidade do mercado de trabalho. Nesse sentido, pode-se entender que tendências globais alteraram a dinâmica dos papéis parentais e das relações de gênero, sendo que muitas vezes há um deslocamento dos papéis desempenhados nas famílias (Rizzini, 2001; Roure, Coelho, & Resende, 2001).

Parece importante sinalizar que, em função de razões de mercado, abriram-se oportunidades profissionais para as mulheres, ao passo que se achataram os salários dos homens, os ditos pais de família da moderna família burguesa. A perda do poder aquisitivo, acompanhada da diminuição da dependência econômica feminina que sustentava o casamento patriarcal, teria contribuído para reduzir o poder dos homens dentro de casa. Com isso os homens tiveram seu papel de provedor da família fragilizado e desmoralizado, o que teria abalado sua autoridade e respeito perante os membros da família (Kehl, 2003; Sarti, 2011). Dessa forma, os papéis que correspondem à situação familiar esperada são frustrados, contudo as expectativas de realização desses papéis não são desfeitas (Sarti, 2011).

Diante das dificuldades para realizar esses papéis familiares do núcleo conjugal, as famílias pobres criam arranjos com a rede de parentesco mais ampla. Tais arranjos têm o intuito de viabilizar a existência da família através de uma atualização de papéis, pois mantém a complementaridade de homem/mulher na medida em que transferem estes papéis para os membros da família ampliada (Sarti, 2011). Ademais, esta família alargada, constituída por redes de solidariedade, possibilita uma maximização dos rendimentos, de apoio, afetos e relações que favorecem que os membros obtenham emprego, moradia, saúde. Com isto, diz-se que esta configuração é a condição para que as camadas populares resistam e sobrevivam (Carvalho, 2002).

Dessa forma, a família pobre se constitui como uma rede, constituída pelas ramificações envoltas na rede de parentesco, que viabilizam a sua existência através do apoio que presta, como uma trama de obrigações morais que reproduzem a estrutura hierárquica básica. Contudo, essa constituição dificulta a individualização em um núcleo familiar (Sarti, 2011). De acordo com Groeninga (2003), quando se opta por construir uma família, o

pressuposto é o de sair da família de origem, deixando em segundo plano a função filial para assumir a vida adulta e a função conjugal, e possivelmente a parental. Dessa forma, os filhos dão outro estatuto para a família, a qual se constitui, para a população pobre brasileira, a partir de uma categoria moral de responsabilidade. Com a gestação, homens e mulheres adquirem o estatuto de maioridade, e devem se tornar responsáveis pelo próprio destino, e assim constituir o seu núcleo familiar, desvinculado da família de origem (Sarti, 2011).

A partir do exposto anteriormente, fica claro que as transformações da família relacionam-se com as mudanças históricas na estrutura econômica e política do país, e também com as mudanças de valores que se constituíram ao longo das gerações. A diversidade de estrutura e dinâmica das famílias demonstra que estas têm uma grande capacidade de adaptação e mudança ao longo da história (Moreira, 2013). Ou seja, a família apresenta-se hoje em uma multiplicidade de formas, e em cada uma haverá uma estrutura e um estilo de funcionamento, fato que impede que se estabeleça a um conceito universal de família (Bilac, 2002; Peres, 2001). Dentro dessa multiplicidade se encontram: pessoas que preferem viver sozinhas, casais que vivem juntos sem estar casados legalmente, casais homossexuais, avós criando netos, pais com guarda conjunta, mães e pais singulares, pais que dividem a guarda dos filhos, famílias recasadas, entre outras formas de organização (Grzybowski, 2002).

Não obstante, como citado anteriormente na distinção da evolução da família nos três grandes períodos históricos, a organização da família contemporânea estaria baseada na revolução da afetividade, na medida em que associa o casamento ao sentimento amoroso. Outro fenômeno desta nova organização seria o do lugar preponderante concedido ao filho, que como efeito ‘maternalizou’ a célula familiar. Aliado a isto, também está presente a prática sistemática de contracepção espontânea, que dissocia o desejo sexual da reprodução (Roudinesco, 2003).

Nesse sentido, a democratização das técnicas anticoncepcionais foi algo decisivo em relação à estabilidade conjugal, pois desvinculou a sexualidade feminina da procriação, e possibilitou às mulheres diversificar suas experiências sexuais. Esta independência sexual feminina e a possibilidade de separar a vida sexual da reprodução permitiram uma virada em relação aos laços conjugais, que “já não escondem mais a base erótica – portanto, instável – de sua sustentação” (Kehl, 2003, p. 169).

A sociedade contemporânea passou a reconhecer o amor e a realização sexual como fundamentos legítimos das uniões conjugais, muito em função dos imperativos disseminados pelas leis de mercado, de bem-estar, prazer e satisfação imediata dos desejos. Como

consequência, separações e novas uniões foram efetuadas, e um novo tipo de família foi se formando, nomeada por Kehl de família tentacular. Nesta, está presente uma confusa árvore genealógica, onde irmãos não consanguíneos convivem com os cônjuges maternos ou paternos, de sucessivas uniões de um de seus pais, em que há um acúmulo de vínculos com pessoas que não faziam parte do núcleo original de suas vidas (Kehl, 2003).

Freud (2010) postulou em 1930, que a cultura admitiria as relações sexuais entre homens e mulheres, porém somente na condição de que se estivesse em uma união indissolúvel e contratada, tolerada por ser, até o momento, fonte insubstituível para a reprodução da espécie. Dessa forma, ele entendia que a sociedade não toleraria a sexualidade como uma fonte autônoma de prazer, não sendo possível separar o desejo da procriação. Nesse momento ele desconhecia a força de ruptura que iniciou com a sua teoria, a qual contribuiu para que esta separação pudesse ser concebida (Roudinesco, 2003).

Em relação à concepção, Corso e Corso (2011) colocam que uma gravidez pode ser fruto de uma concepção planejada e buscada pelo casal, como pode ser o resultado de um acidente. Este pode ser causado pela falta de informação, pela falha de um método anticoncepcional, ou por uma “armadilha” do corpo, entre outros. É um acontecimento de múltiplos significados, que pode ser a confirmação de uma fertilidade potencial, a afirmação da condição de mulher, o anúncio de um futuro restrito - já que será necessário trocar a vida social por fraldas e mamadeiras - pode ser uma maneira de união com a pessoa amada, entre outros. Em boa parte desses significados não há a intenção genuína de ser mãe/pai.

Os autores anteriormente citados são enfáticos ao dizer que “quando há escolha, torna-se mais responsável a relação com cada gestação mantida” (Corso & Corso, 2011, p. 52), pois quando não há desejo, não se consegue dar vida a um filho, visto que os humanos são incapazes de um amor que não lhes seja conveniente. Contribuindo com a discussão, acredita-se que tal afirmação tem por base o entendimento de que a família, mesmo em meio a variações históricas, mantém-se como instituição estruturante do indivíduo, e esta é a sua finalidade, em função da dependência e do desamparo emocional próprio da natureza humana. É por meio da função estruturante da família, que envolve questões de afeto, lugares e funções, que se pode desenvolver atributos humanos por excelência, propiciando o desenvolvimento do ser humano. Dessa forma, há responsabilidades ao se assumir os diferentes lugares e funções dentro desta estrutura, e assim dar vida a um indivíduo (Groeninga, 2003). Ademais, Grzybowski (2011), expõe que se o filho não for fruto de uma escolha mútua, contribui-se para que haja um afastamento parental ou mesmo um exercício coparental problemático.

De acordo com o referencial psicanalítico, o nascimento de uma criança não lhe assegura que ela seja um sujeito capaz de viver e desejar. É preciso que haja uma transformação desde o “pequeno pedaço de carne” até o ingresso no simbólico, e isto se dá quando há desejo dos pais – lembrando que não se trata apenas dos genitores, e sim de toda a rede familiar (Roure et al., 2001).

Rizzini (2001) expõe que as mudanças da vida familiar coincidem com as complexas e rápidas transformações políticas, econômicas e sociais ocorridas nas últimas décadas. Contudo, no que se refere ao cuidado e a importância das relações familiares para o desenvolvimento de uma criança cabe destacar que ela continua necessitando contar com a família para o seu desenvolvimento mental, físico, moral, social e espiritual.

Tais mudanças são pertinentes, por exemplo, ao declínio da taxa de fecundidade, sendo que se observa uma tendência das famílias a serem menores. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), é possível perceber uma queda acentuada na taxa de fecundidade, a qual se refere ao número médio de filhos que uma mulher teria ao final de sua idade reprodutiva. Em 70 anos houve uma diminuição na taxa de fecundidade de 69,2%, visto que em 1940 a média era de 6,16 filhos. Já na pesquisa realizada em 2010, pelo referido instituto, a taxa de fecundidade nacional foi de 1,90 filho, número menor do que o registrado no ano 2000, já que neste a taxa foi de 2,38 filhos por mulher (IBGE, 2012).

Esta baixa da taxa de fecundidade pode ser explicada por alguns fatores, como o maior acesso a contraceptivos, ao sistema de saúde e de educação, e pelo aumento de oportunidades econômicas às mulheres. Como também por uma mudança nas políticas públicas que estendeu às famílias o foco das políticas sociais, através da expansão do papel do Estado como agente reorganizador das relações sociais (Carvalho, 2002; Goldani, 2002; Rizzini, 2001), entre outros.

Desse modo, este estudo buscou conhecer as configurações familiares de usuários atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF), bem como conhecer quais os significados de família para tais usuários. Entende-se que se faz importante conhecer essas especificidades, considerando sua relevância para as ações de planejamento familiar preconizadas pela política de atenção básica nesse contexto.



## **Método**

### **Delineamento**

Com o intuito de atingir os objetivos propostos, realizou-se um estudo exploratório com abordagem qualitativa, na medida em que esta modalidade pode possibilitar que a temática fosse mais bem explorada em sua complexidade. A pesquisa qualitativa trabalha com o universo de crenças, motivos, significados, atitudes e valores, e busca identificar os significados presentes na vida individual e coletiva (Minayo, 1996; 2001; 2013). Nesse sentido, essa abordagem não busca quantificar o fato, mas analisá-lo a partir da perspectiva das pessoas que estão envolvidas no fenômeno (Minayo, 2013). Com esta pesquisa, se aspirou chegar à compreensão de mundo dos entrevistados no que diz respeito à temática investigada, e conforme define Gaskell (2013), esta é uma condição para que se tenha um estudo de ordem qualitativa.

### **Participantes**

Os sujeitos da pesquisa foram 15 usuárias do Sistema Único de Saúde, atendidas por unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Santa Maria. Conforme aponta Gil (1999), a amostra é uma parte dos elementos que compõem o universo da pesquisa, e que é representativa deste. As participantes do estudo representavam quatro regiões administrativas do município de Santa Maria. Integraram o estudo de três a cinco usuárias por ESF. O referido município conta com cinco regiões administrativas, contudo, somente em quatro dessas regiões há equipes de ESF. Dessa forma, foi abarcada uma unidade de ESF por região administrativa que conta com esse serviço, totalizando quatro unidades de ESF, as quais foram inicialmente escolhidas mediante sorteio. Estas estão situadas nas regiões Norte/Nordeste, Sul/Centro-Oeste, Leste/Centro-Leste e Oeste, sendo que a Centro não conta com este serviço. Já a escolha das participantes foi realizada de forma aleatória. O Quadro 1 apresenta as principais informações das entrevistadas, de acordo com as diferentes regiões administrativas.

Quadro 1. *Características das participantes*

<b>Região</b>	<b>Participante</b>	<b>Idade</b>	<b>Relacionamento</b>	<b>Filhos</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Trabalho</b>
Norte/Nordeste (R. N/N)	1	21	União estável	1 (1 ano e 9 meses)	Médio completo	Não
Norte/Nordeste (R. N/N)	2	30	Casada (14 anos)	3 (10 anos; 12 anos; 13 anos)	Fundamental Completo	Sim, caixa de supermercado
Norte/Nordeste (R. N/N)	3	23	Solteira	Não	Médio completo	Desempregada
Norte/Nordeste (R. N/N)	4	32	Divorciada	1 (9 anos)	Fundamental completo	Desempregada
Sul/Centro-Oeste (R. S/CO)	1	23	Solteira	Não	Superior completo (Licenciatura em Teatro)	Sim, professora de teatro.
Sul/Centro-Oeste (R. S/CO)	2	28	Casada (2 anos)	2 (7 anos; 6 meses)	Médio completo	Não
Sul/Centro-Oeste (R. S/CO)	3	30	Casada (7 anos)	1 (6 anos)	Superior incompleto (Terapia Ocupacional)	Não, estudante
Sul/Centro-Oeste (R. S/CO)	4	19	Namorando	1 (1 ano e 7 meses)	Fundamental incompleto	Desempregada
Sul/Centro-Oeste (R. S/CO)	5	26	Casada (10 anos)	1 (9 anos)	Fundamental completo	Vendedora autônoma (cosméticos)
Oeste (R. O)	1	25	Solteira	Gestante	Médio completo	Auxiliar administrativo
Oeste (R. O)	2	20	Namorando	Não	Superior incompleto (Educação Física)	Estágio remunerado
Oeste (R. O)	3	23	Solteira	Não	Superior Incompleto (Ed. Física e Fisioterapia)	Não, estudante
Leste/Centro-Leste (R. L/CL)	1	35	Casada (17 anos)	4 (16 anos; 13 anos; 10 anos; 8 anos)	Médio completo	Auxiliar de corte
Leste/Centro-Leste (R. L/CL)	2	31	Casada (13 anos)	2 (16 anos; 7 anos)	Médio completo	Auxiliar de limpeza
Leste/Centro-Leste (R. L/CL)	3	34	Namorando	1 (8 anos)	Fundamental completo	Operadora de máquina

## **Procedimentos e instrumentos**

Para atingir os objetivos propostos, foram realizadas entrevistas semiestruturadas. A entrevista semiestruturada é um instrumento auxiliar flexível na pesquisa qualitativa, onde o entrevistado e o entrevistador têm momentos para dar algumas direções, e ambos contribuem com suas visões e propostas para a entrevista (Turato, 2003). Assim, os tópicos são lembretes para o pesquisador, na medida em que servem de orientação e guia para o andamento da entrevista, permitindo que haja flexibilidade na conversa (Minayo, 2013).

Os tópicos que envolveram estas entrevistas foram: (1) Estratégia de Saúde da Família e Planejamento Familiar; (2) Configuração Familiar; (3) Participação de Homens e Mulheres no Planejamento Familiar. Neste artigo se enfatizou o tópico 2.

## **Procedimento de análise dos dados**

A análise dos dados seguiu a técnica de análise de conteúdo, proposta por Bardin (1977), que se refere a uma técnica de investigação com a finalidade de interpretar os conteúdos manifestos nas comunicações obtidas na coleta de dados. A análise foi realizada a partir da transcrição das entrevistas, as quais foram analisadas individualmente em um primeiro momento. Após este procedimento foi realizada a análise das entrevistas separadas por regiões administrativas, de modo a se identificar possíveis diferenças entre estas. Por fim, se realizou a análise da totalidade das entrevistas, considerando a ênfase das participantes em determinados pontos, assim como repetições discursivas e a carga emocional manifesta pelas mesmas, o que possibilitou a síntese interpretativa.

Destaca-se que o estudo atendeu a todas as exigências da ética em pesquisa segundo a resolução n.466/2012, obtendo aprovação do Comitê de ética em Pesquisa da Instituição na qual as pesquisadoras estão vinculadas, sob o registro CAAE 39912114.0.0000.5346. Além disso, todas as participantes ficaram cientes do objetivo do estudo e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Com o objetivo de preservar a identidade das participantes, seus nomes foram substituídos por números, conforme a região de origem de cada uma.

## **Resultados e Discussão**

Ao longo da história as famílias passaram por diversas configurações, as quais estão ligadas às circunstâncias históricas, sociais e econômicas. Com isso, entende-se que a maneira

como os indivíduos se relacionam em família não é algo natural e imutável, e está em constante processo de transformação (Moreira, 2013). Goldani (1993, 1994) expõe que as transformações na família, principalmente na década de 80, sofreram a influência da crise econômica que ocorria na época, visto que a população lançou mão de estratégias para lidar com a crise. Entre as estratégias, a diminuição das famílias pela redução dos nascimentos pode ter sido uma delas, assim como o retardamento dos casamentos, e a entrada de mais pessoas da família no mercado de trabalho de modo a aumentar a renda familiar, o que certamente contribuiu para a definição de novos estilos de vida e arranjos familiares.

Como aponta Sarti (2004), a família é um mundo de relações, e o atendimento focado na família, tal como é proposto nas unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF), acaba por lidar com esse mundo de relações, com todo seu emaranhado de situações e pontos de vista, e é com este emaranhado que este estudo pretendeu trabalhar. Destaca-se que não se buscou uma contabilização e caracterização dos membros da família, de modo a classificá-las como pertencentes a famílias do tipo nuclear, monoparental, singular, homoafetiva, entre outras formas de classificação, mas sim uma compreensão de como as participantes referem suas relações familiares.

### **Família e Laços de Afetividade**

A partir da análise das entrevistas foi possível perceber que a configuração familiar das participantes está pautada nos laços de afetividade, os quais aparecem como mais significativos do que o fator biológico em si. Este dado está presente em diversas entrevistas, e não se encontrou diferença expressiva entre as participantes das quatro regiões administrativas do município, como sugerem os seguintes relatos:

A minha família é meu marido, minha filha, minha mãe, meu irmão, meu ex-padrasto também – que não tem laço sanguíneo, mas ele é como se fosse da família. São pessoas muito significativas na minha vida. [...] a minha filha chama o meu ex-padrasto de avô – e ele não é o vô, não é o meu pai. [...] Ela tem muito mais afinidade com essa pessoa, que passou a fazer parte da nossa família, do que com o avô paterno dela – que é o avô de sangue. [...] Mas eu acho que o mais importante não é o sangue, e sim a identificação que um tem pelo outro. (R. S/CO, P. 3)

Minha família é meu pai, minha mãe, meus irmãos, meu sobrinho, e meu cunhado. Só. O resto é parente. [...] Na realidade eu tenho... deixa eu pensar. Eu tenho mais três [irmãos], só que o meu pai também teve [filhos] de outro casamento, mas eu

não considero meus irmãos. Mais três [filhos] ele tem também, que é de outro casamento. [...] Na realidade eu só tenho mais dois [irmãos] que são filhos de mãe e de pai, mas o outro é filho da minha mãe só e eu considero família. (R. O, P. 3)

Chama à atenção a fala desta última participante, na medida em que a diferenciação que ela faz entre as pessoas que ela tem como sua família está claramente baseada nos laços afetivos. Isto porque ela refere ter três meio irmãos, filhos de seu pai, mas que ela não considera família, ao passo que seu meio irmão por parte de mãe faz parte de sua família, assim como seu cunhado, que junto da sua irmã teve uma grande participação na sua criação, e acabou por ter estatuto de família, ainda que não tenha laço sanguíneo. Neste recorte, pode-se perceber a presença da família tentacular, postulada por Kehl (2003), a qual se refere a um novo tipo de família, formada por uma confusa árvore genealógica, hiper-ramificada. Esta família, cujos laços conjugais estão agora sustentados por uma base erótica, portanto, instável, guarda o traçado das moções de desejo dos adultos ao longo de suas vidas. Dessa forma, as separações e as novas uniões que são efetuadas ao longo da vida formam esta família tentacular, a qual propicia a acumulação de vínculos profundos entre pessoas que não faziam parte do núcleo original de suas vidas.

Retomando a questão da configuração familiar baseada nas relações de afeto, outra fala vem para contribuir com a discussão:

É por, mais é por aproximação, por ser próximo. Quando a gente fala “tem almoço em família” eu penso, vai estar meus pais, que moram [comigo], e meus irmãos, e dentro disso a família deles, que fazem parte da minha família. É mais por carinho mesmo, por afeto, e por laço sanguíneo. Acho que é isso. [...] então por esse laço afetivo eles são da minha família. (R. S/CO, P. 1)

Esta participante ainda refere que uma de suas irmãs é adotada, mas enfatiza que fez essa colocação apenas para compor dados de pesquisa: “Tenho dois irmãos de sangue e uma que é adotada, mas que é minha irmã também – eu falo que é adotada por dados mesmo” (R. S/CO, P. 1). Estas falas denotam que a singularidade das vivências das participantes em seus núcleos familiares tem um peso significativo na definição que as mesmas dão aos integrantes que “são da família”, o que indica que a configuração familiar atualmente está alicerçada para além dos fatores biológicos e legais (Wagner, Tronco & Armani, 2011).

Wagner et al. (2011) postulam que já não é tão simples identificar esses personagens que “são da família”, visto que a variável consanguinidade, a qual historicamente teve um peso muito grande, identificada como a principal e mais importante variável na definição da configuração familiar, hoje passa a dar lugar a outras variáveis, como a afinidade, a

coabitação, entre outros. Nesse sentido, a preponderância da consanguinidade na definição da configuração familiar estaria ligada a valores tradicionais. Contudo, acredita-se que esta variável ainda se faz presente na definição que as pessoas estabelecem à família, pois há coexistência entre valores e padrões tradicionais com os atuais, o que se desdobra em mudanças na maneira como as pessoas se relacionam (Neto, Stray, & Magalhães, 2011). De acordo com Passos (2005), o estudo das funções familiares pressupõe a convivência íntima entre as noções de velho e novo, que estão sempre engendrados nas experiências dos sujeitos ou das famílias, e formam os elementos constitutivos de um universo familiar, porém, não sem tensão.

Em relação a essa reflexão, o seguinte relato de uma participante se torna emblemático, na medida em que parece que ela se sente impelida a incluir seu pai biológico na sua família, porém, subjetivamente ela tem dificuldade de fazer esta inclusão:

Quando eu penso na minha família, minha mãe e meu pai. [...] Eu considero mais a minha mãe e a minha irmã, por causa que meu pai, na verdade eu conheci ele faz 5, 6 anos – eu já estava até namorando quando eu conheci ele. Porque ele e a minha mãe tiveram problemas antes de eu nascer, aí ele sumiu. Então eu não consigo aceitar bem ele, sabe. [...] eu incluí porque a minha mãe ama ele, e eu tenho que aguentar ele. É mais uma coisa de ter que aceitar, mas se fosse por mim fica bem complicado, pra mim ainda é complicado por causa da situação toda. (R. O, P. 2)

Acredita-se que estejam presentes nesta fala os velhos ideais de família e de relacionamento, como o valor da consanguinidade e de uma família “perfeita” do passado, os quais convivem com os novos valores e ideais, o que parece provocar uma tensão, já que não correspondem com o vivido (Goldani, 2007; Ramires, 2014). Nesse sentido, fica claro que os vínculos familiares excedem a relação consanguínea envolvendo relações de afeto, as quais ampliam a noção de família à medida que inclui diferentes arranjos e relações entre seus membros (Meireles & Teixeira, 2014; Perucchi & Beirão, 2007). Dessa forma, como expõe Sartre (2004, p. 18) “a família não se define, portanto, pelos indivíduos unidos por laços biológicos, mas pelos significantes que criam os elos de sentido nas relações, sem os quais essas relações se esfacelam, precisamente pela perda, ou inexistência, de sentido”. Logo, se os laços biológicos unem as famílias, é porque são em si significantes, e contém uma força simbólica em nossa cultura ibérico-ocidental.

Ainda em relação aos laços afetivos, entende-se que as funções do grupo familiar estão reguladas pelos investimentos afetivos dos sujeitos, com isso, os sentidos que circunscrevem o familiar dependem da economia de afetos do grupo. Dito de outra forma se pode inferir que

a qualidade e a intensidade dos investimentos afetivos servem de balizas para a definição do grupo familiar, e para esta constituição de laços é fundamental que cada sujeito se reconheça em uma determinada posição dentro da família, ao mesmo tempo em que legitima a posição do outro (Groeninga, 2003; Passos, 2005).

Indo ao encontro destes apontamentos, outras disciplinas, como o Direito de Família, têm pensado a família contemporânea como àquela que tem o vínculo afetivo como sua principal característica. Tal dimensão presente no Direito de Família foi alcançada também em função da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, a qual introduziu uma mudança radical do panorama da família, passando esta a ser concebida de forma mais ampla e pelo seu caráter sociológico. Esta nova concepção de família deu origem ao surgimento de novos textos legais, que acompanham o processo de transformação da sociedade (Maluf, 2010; Souza, Beleza, & Andrade, 2012).

Com isso, a socioafetividade, a vontade, o consentimento, os vínculos de afinidade, também são reconhecidos como indicadores de parentesco pelo Direito, em que os princípios da solidariedade e da afetividade despontam nesse conceito plural de família (Dias, 2015). Dessa forma, o Direito de Família não poderia excluir qualquer tipo de entidade familiar, visto que isto seria negar o direito à família, presente na Constituição, a qual apresentou uma nova era jurídica ao Direito de Família, o qual deve sempre manter sua evolução (Barros, 2003).

### **Família e Redes de Solidariedade**

Merece destaque o relato da participante 2, da Região Leste/Centro-Leste, a qual faz referência à família como sendo a que está circunscrita do portão do pátio para dentro. As pessoas que vivem neste espaço são sua família, visto que ali está presente uma relação de solidariedade, além da afetividade, como indica esta fala:

É o que eu sempre digo, do portão pra dentro é que são a minha família. A gente mora, são várias casas no mesmo pátio, então mora minha mãe, meu pai, meu irmão – que eu considero... é filho, né – numa casa, em outra é minha irmã, meu cunhado e o filhinho dela em outra casa, eu e meu marido, são quatro casas, e mais o meu tio. São essas pessoas só que eu considero minha família, que a gente pode contar, que eu posso contar mesmo. (R. L/CL, P. 2)

Nesta fala surge uma característica muito observada nas moradias das famílias situadas nos bairros das cidades, onde vários núcleos familiares residem em um mesmo

espaço compartilhado. Tal situação também está presente na fala de outras participantes, como indicam estes relatos:

Eu moro com o meu marido e meu filho, e a minha sogra mora na frente com o meu sogro – também são minha família, a gente mora no mesmo pátio, a gente se relaciona bem. [...] se não fosse eles eu não sei o que seria, ajudaram a gente bastante. [...] dar a assistência que a gente precisava. Pra mim foi essencial. (R. S/CO, P. 5)

A gente tinha casa, só que a gente teve que sair porque aonde a gente tinha [casa] estava em lugar de risco. Tinha a sanga que estava comendo a casa, e eu estava no início da gravidez. E uma vez já caí da escada, quase perdi o bebê. Daí eu vim pra cá pra mãe. Daí ali já tinha o meu quarto, no meu quarto tá algumas coisas nossa. E daí fiz mais para o fundo um pouquinho um pedacinho para poder fazer as minhas coisas da cozinha. E o resto é a parte da mãe né, as peças da mãe. Mas a gente usa assim, que nem a Grande Família, é tudo meio junto. Mas é bom, eu gosto assim. (R. N/N, P. 1)

Com estes relatos, pode-se pensar que os arranjos familiares também são influenciados pelas motivações financeiras dos membros, as quais visam ao atendimento das demandas de cada membro e contribuem para a definição de novos estilos de vida (Meireles & Teixeira, 2014). Dessa forma, Goldani (1993) postula que as famílias mais pobres se organizariam em grande medida em função dos fatores concretos de suas condições de vida, em geral mais precárias, o que favoreceria o fenômeno da ampliação dos núcleos familiares, pela integração de parentes ou não parentes, assim como o incremento das famílias conviventes via associação entre núcleos familiares. Formam-se assim as redes de solidariedade nestas famílias, as quais estão para além dos limites dos laços de parentesco por sangue ou adoção, visto que respondem às necessidades humanas dos membros da família através de respostas sociais e culturais disponíveis (Goldani, 1994; Sarti, 2003).

Sarti (2003, 2011) defende que uma característica da família pobre brasileira é a sua configuração em rede, e não em núcleo, visto que há ramificações que envolvem a rede de parentesco. Esta rede tem a finalidade de viabilizar a existência da família, porque se entende que a família pobre se vê diante de uma experiência de desamparo social, carecendo de uma rede de apoio ou ajuda mútua. Contudo, a família não tem apenas uma importância funcional, e valor meramente instrumental, mas se constitui como uma referência simbólica fundamental, que estrutura a explicação de mundo dos indivíduos, dentro e fora do mundo familiar.



Ademais, ressalta-se que esta rede de apoio constitui uma rede de obrigações morais, que delimita os vínculos, e, portanto, define a família. Aqui a noção de consanguinidade não é a mais importante, visto que se não se pode contar com um parente, ele não é da família, já que o pertencimento no grupo familiar está definido em os membros se disporem às obrigações morais (Sarti, 2003; 2011), como indicam estas falas:

Tios, eles são parente, por exemplo. Eu não considero que eles são da minha família, eles são meus parentes. (R. S/CO, P. 1)

A gente sempre tem tios e coisa, mas a minha família não é muito unida; quem é minha família mesmo é o pai, a mãe e os meus irmãos. (R. N/N, P. 3)

Minha família é meu pai, minha mãe, meus irmãos, meu sobrinho, e meu cunhado. Só. O resto é parente. [...] parente só faz fofoca, né, e a família é a que tá sempre do teu lado, te ajuda, te apoia. (R. O, P.3)

Do portão pra dentro é isso, agora pra fora é parente, e a gente não pode contar muito. (R. L/CL, P. 2)

Nesse sentido, a família pobre se define em torno de um eixo moral, onde as obrigações morais são a base fundamental, visto que a família é fundada em relações em que o dar, receber, retribuir, e confiar, se torna uma referência simbólica fundamental (Sarti, 2003; 2005; 2011). Tal conjuntura foi encontrada nos relatos das participantes, os quais foram fortemente marcados pela referência a essa rede de obrigações referida. Diversos foram os exemplos em que este eixo moral das obrigações presente nas relações familiares foi evidenciado pelas participantes, no mesmo sentido que Goldani (2007) aponta que o cuidar e o ser cuidado se equilibram entre afetos e reciprocidades na família brasileira, sendo uma de suas características. Nas seguintes falas se pode notar o quanto o cuidado e o afeto estão presentes nas famílias das participantes:

Ah, família é tudo. Sem ela a gente tá lá no chão, a gente não tem nada. [...] O que elas [mãe e irmã] fizeram por mim também, né. Pelo o que fizeram comigo, não me abandonaram quando eu precisei com a minha filha, sempre tiveram comigo. (R. N/N, P. 4)

Acho que a primeira coisa é amor. É onde a gente tem respeito, onde alguém com certeza vai pra te ouvir quando tu precisar. Porque a minha mãe quando eu precisei, quando eu descobri que eu estava grávida – foi um pequeno probleminha, por eu não estar mais com o meu namorado, vou ser sincera, eu não queria – mas aí a minha mãe sentou, conversou comigo. Ela me explicou, me disse um monte de coisa,

que pra mim foi bom, me fez eu aceitar a gravidez. É, acho que família primeiramente é amor. (R. O/P. 1)

Porque como ela [mãe] fez cirurgia, um tempo antes eu saí [do trabalho] pra ela poder ficar... porque ela tinha que ficar de repouso, e não tinha ninguém pra cuidar. [...] Trabalhava com vendas. Fiquei quase 5 anos, saí por causa da mãe, foi mais por causa da mãe. Porque na verdade como o meu irmão não tá aí, não tinha quem cuidasse. [...] Como ela estava com problema ela não tinha como, ela precisava de alguém, eu tive que ficar, mas agora que ela já tá bem. (R. N/N, P. 3)

Como indicam as falas, fica claro que as participantes significaram família como algo muito importante. Nesse sentido, pode-se dizer que a família contemporânea é composta por pessoas que nunca foram nem serão indiferentes entre si, visto que é pautada na existência de vínculos significativos, sejam fortes sentimentos ou ressentimentos, os quais compõe o laço familiar. Tal laço, que pode ser dramático, intenso e complexo, como toda a relação baseada no amor, é considerado a base sobre a qual as pessoas se constroem e se transformam (Corso & Corso, 2011). Dessa forma, a família é um dos pilares da vida psicológica dos indivíduos, a qual influencia os padrões de comportamento, o sentimento de pertencimento social e a saúde psíquica (Capitão & Romano, 2012), o que corrobora a importância que se dá a família, como indicam os seguintes relatos:

Porque a pessoa é feliz, mas a felicidade vem em tu ter uma família, unidos, sair de casa e saber que tu vai chegar e vai ter esperando a família. Acho que é mais legal, sei lá. (R. L/CL, P. 3)

A família é a que tá sempre do teu lado, te ajuda, te apoia. (R. O, P. 3)

Lá em casa é tudo. É isso, amor, união, tudo junto. Um contar com o outro. E a minha é bem unida. É pouca, não é muito, eu só tenho um irmão, então é só nós, mas é bem unida. (R. N/N, P. 2)

Eu acho que é tudo pra ti, por causa que é a tua família, então tu vive ali por ela. [...] Pra mim era tudo, eu gostava, sei lá. Me dedicava a ela assim, não deu certo, mas enquanto eu estava nela era meu tudo. Tentava me dedicar ao máximo. (R. S/CO, P. 4)

Dessa forma, estas falas denotam que o vínculo presente nestas famílias não se dá somente em função de certa interdependência material, econômica, mas também afetiva, à medida que sugerem uma dependência emocional em relação à família, situação já apontada por Rizzini (2001). A referida autora verificou uma alteração nas famílias em relação à dependência econômica, a qual teria diminuído, mas que não foi seguida em relação à

dependência emocional, visto que esta não teria se alterado. Talvez porque na família se estabelecem tanto ligações afetivas quanto econômicas, sendo que os seres humanos agregam à dependência biológica a dependência psíquica, o que é fator essencial de sua constituição, em função da natureza humana de dependência e desamparo (Groeninga, 2003).

Indo ao encontro disto, algumas participantes que já constituíram sua família, independente da de seus pais, não deixaram de incluir sua família de origem nesta nova família, principalmente a figura materna, embora não residam na mesma casa:

Família, no meu entendimento, é eu, meu marido, minhas filhas, pra mim, é minha mãe e meu irmão. Pra mim. Agora, não que eu não goste da minha sogra, ou coisa assim, mas pra mim é o que eu vejo, é aquela coisa que a gente sente mais um vínculo. [...] Claro que normalmente tu vai ver a família é teu marido e teus filhos, né, a família que tu vai formando depois da tua... tu tem a tua família, tua mãe, teu pai, teu irmão, só que depois tu vai formar a tua família né. Mas eu incluo sempre a minha mãe e o meu irmão. (R. S/CO, P.2)

Mas acho que as pessoas mais importantes mesmo pra mim é a minha mãe e a minha filha. (R. S/CO, P. 3)

Estas falas podem indicar a complexidade que está envolvida no processo de saída dos filhos da casa de seus pais, formando assim suas vidas de modo independente. Como postula Wendling e Wagner (2005), fatores psicológicos, socioeconômicos, culturais, transgeracionais estão envolvidos neste processo, o qual é marcado por dois fatores, os quais por vezes são conflitantes entre si, que é o pertencimento à família versus a desvinculação desta para lançar-se ao mundo. Nesse sentido, as autoras puderam identificar em pesquisa que parece haver uma tendência da família de origem em proteger esta união, para que se mantenha a continuidade da identidade familiar (Wendling & Wagner, 2005), o que também pode ser observado nas falas destas duas participantes.

A partir destas reflexões fica claro o quanto a família é valorizada, tanto pelas participantes, quanto pelos teóricos, na medida em que salientam a importância da família, a qual é capaz de proporcionar o sentimento de pertencimento, onde as pessoas constroem suas identidades, formam valores, e desenvolvem sua segurança básica (Capitão & Romano, 2012; Corso & Corso, 2011; Wendling & Wagner, 2005). Nesse sentido, Roudinesco (2003) postula que a família é o único valor seguro ao qual ninguém quer renunciar, sendo que homens, mulheres, e crianças de todas as idades, de todas as orientações sexuais e de todas as condições a desejam, a despeito de todas as mudanças que sofreu.

Faz-se necessário lembrar que não se está tratando de um padrão familiar, pois, como evidenciado nas falas das participantes, a família que se está se desenhando aqui é aquela em que o laço afetivo é o que une seus membros, o que permite uma multiplicidade de configurações. Dessa forma, a família contemporânea, horizontal e em ‘redes’, marcada agora pela revolução dos afetos, trouxe mudanças na forma de se relacionar em família (Roudinesco, 2003), as quais são resultantes de diversos fatores, como os fatores socioeconômicos, que influenciam os biológicos, individuais, familiares e sociais (Bossardi & Vieira, 2015).

### **Mudanças na Forma de se Relacionar na Família**

Novos aspectos em relação à família foram identificados pelas participantes, o que pode sinalizar que as mesmas não estão alheias às transformações constantes que a família passa. Nas suas falas se pode perceber uma diferenciação em relação ao modo como os membros da família se relacionavam em gerações passadas em comparação com os dias de hoje, como indicam os seguintes relatos:

Tem bastante diferenças, porque antigamente as mulheres não saíam pra trabalhar. Ficavam mais em casa, então elas tomavam conta dos filhos. E era mais rigorosa essa educação, porque às vezes os filhos entendiam só no olhar do pai. [...] Porque a minha mãe começou a trabalhar quando eu tinha 15 anos, já era quase adulta, e eu era a mais nova. Então eu tinha muito isso da educação da minha mãe, de me por de castigo se eu fizesse coisa errada, de conversar bastante comigo. E os meus filhos não têm isso, porque eu sempre trabalhei, então eles sempre dependeram de outras pessoas que cuidassem deles, de escolinha, de creche. [...] Então eles têm mais liberdade. [...] Então eu acho que isso mudou bastante. O Comportamento deles. (R. L/CL, P. 1)

Os costumes eram totalmente diferentes. Os costumes de criar os filhos, mais preso. Várias coisas, antigamente a mulher não trabalhava, ficava em casa. Hoje tá mais diferente. (R. S/CO, P. 4)

E tá diferente mesmo, a educação tá bem diferente do que era. Eu não sou tão velha, mas já é bem diferente do que era comigo do que o que é agora. Desde o tratar as pessoas, tudo é diferente. Ninguém chama mais ninguém de senhor/senhora. Tem bastante diferença sim. No sair, não saía muito, agora pequenininho já sai. O perigo que agora é sair, antes não era tanta violência. No número de filhos também. Antes

tinham mais, agora já... tem gente que tem um, e não quer mais. Antes tinham 10, 12, né. Eu sei pelos meus tios que são 12 de cada lado, então a diferença que é agora né. Eu mesma já me passei, da família só eu que tem três [risos]. (R. N/N, P. 2)

Estas falas indicam algumas mudanças, como em relação aos padrões de relacionamento entre os membros da família, nas condições de reprodução da população, sugerem que os modelos de autoridade estão em questionamento, e mostram o quanto a posição da mulher vem se alterando na sociedade. Tais mudanças já haviam sido ressaltadas por Goldani (1993), a qual expõe que a família brasileira sofreu rápidas e profundas transformações em suas tradicionais atribuições, e consequente redefinição nos papéis de cada membro, sendo parte ativa na complexidade envolvida neste processo de mudança. Neste processo, o modelo de relações familiares tem sido mais informal ou mais democrático, onde há interdependência das trajetórias individuais, na qual a família toma novas formas, tamanhos e significados.

Corroborando com a discussão, Kehl (2003) postula que a partir da metade do século XX, a família “hierárquica”, marcada pelo poder patriarcal, cedeu lugar a um modelo de família em que o poder passa a ser distribuído de forma mais igualitária, tanto entre o homem e a mulher, mas também entre pais e filhos. Dessa forma, diferentes formas de relações passaram a ser construídas nas novas famílias. Contudo, as transformações são graduais, na medida em que há tanto conservação de valores quanto mudanças (Perucchi & Beirão, 2007), como sugerem as seguintes falas:

Tem que ser diferente, não adianta, né. Eu tentei fazer, mas não dá, é diferente porque o mundo de hoje tá diferente. Não adianta. [...] Hoje tá tudo mais moderno. E a gente tenta entrar nessa fase, porque não adianta, o passado passou, agora é evolução, a gente tem que evoluir junto. Ficar no passado não tem como. Até a criação... claro que eu pego as coisas boas, os ensinamentos que eu tive eu passo pra ela também, que eu não me arrependo, o ensinamento foi rígido foi, mas pra mim foi muito bom. É o exemplo deles que eu vejo em mim, que eu tento passar, mas juntar os dois, né. Não só um ou o outro. (R. L/CL, P. 3)

Mas tem diferença sim, acho que... ai não sei, na minha eu acho que a gente é mais unido, conversa bastante, sabe, eu e meu marido – a gente conversa com a minha filha, a gente brinca tudo junto com ela, que é pequenininha; e antes acho que não era muito, o meu pai era mais na dele, trabalhava, a mãe já ficava mais na dela também, não era muito de estarem juntos e conversando. (R. S/CO, P. 2)

Eu quero fazer bem diferente, porque a minha mãe não era muito de conversar. Então já passa na minha cabeça que quando eu tiver um filho se acontecer alguma coisa errada eu vou querer conversar, eu não vou querer bater – porque a minha mãe se a gente fazia alguma coisa errada ela batia. [...] Se tiver que colocar de castigo, claro, vou colocar, mas não vou fazer a mesma educação que ela fez pra nós. Não foi ruim, foi boa, até que foi boa até, mas não fazer o que ela fez. Eu vou querer ser aquela mãe mais companheira, mais amiga. Eu já penso que vai ser bem diferente. (R. O, P. 1)

Dessa forma, pode-se inferir que as famílias, em especial as que integram os grupos populares, obviamente não estão à margem das mudanças ocorridas na família, contudo, mantêm sua singularidade, visto que tais mudanças têm sentidos diversos para os diferentes segmentos sociais, e também impactam de formas distintas nestes (Neder, 2011; Sarti, 2003). Com isto, entende-se que se faz necessário que os profissionais que trabalham com famílias estejam sensibilizados a estas mudanças, a fim de que possam compreender a diversidade que está contida nas configurações familiares, e o impacto destas sobre a maneira como os indivíduos se relacionam em família (Bossardi & Vieira, 2015; Cúnico, 2014). De acordo com Neder (2011), para se trabalhar com famílias é preciso evitar os paradigmas de família regular versus família irregular, e, sobretudo, enxergar e respeitar as diferenças étnico-culturais que estão presentes na sociedade brasileira, para que então se possa efetivamente trabalhar com políticas públicas e ações adequadas à realidade dos sujeitos, principalmente no que toca às famílias dos segmentos populares, foco deste estudo.

Sarti (2004) postula que há uma tendência das pessoas de projetar a família com a qual se identificam, que pode ser como a realidade vivida ou uma idealização, ao que é ou deve ser a família. A autora considera isto uma tendência ao etnocentrismo, na medida em que se olha para o outro a partir das próprias referências, o que é problemático quando se trabalha com famílias. Isto porque, quando se tem uma naturalização das relações familiares, logo um modelo a ser seguido, é fácil entrar em um discurso normativo, em que o diferente de si toma a forma de “desviante”. Nesse sentido, se faz necessário que os profissionais que trabalham com famílias reconheçam que há diferentes formas de família, enunciadas de lugares socialmente diferenciados, de modo a não desqualificar o outro, relativizando seu lugar, pois é um entre outros discursos legítimos.

## Considerações Finais

A temática de estudo família à primeira vista pode ser entendida como algo simples de ser examinado, visto que todos conhecem e vivenciam alguma experiência de família, portando algum referencial sobre o assunto. Dito isto, entende-se as participantes deste estudo, ao falarem de suas configurações familiares expuseram as especificidades destas, as quais precisam ser reconhecidas para que o trabalho que se realiza nas unidades de saúde vá ao encontro das necessidades dos usuários. A partir dos relatos das mesmas, pode-se inferir que as relações afetivas tem uma grande importância na configuração das famílias, na medida em que une as pessoas em torno do seu eixo. Com isto não se pretende afirmar que a consanguinidade não tem valor para as participantes, mas o peso desta variável parece estar atrelado ao vínculo afetivo que se estabelece entre os membros da família, o que faz pensar que a força do laço que se estabelece é a do laço afetivo.

Este laço afetivo parece conter dentro dele uma rede de apoio para as participantes, na medida em que as pessoas que fazem parte de suas famílias são aquelas em quem se pode contar e confiar. Cabe destacar que esta rede de apoio não se constitui apenas de apoio material, financeiro, ainda que este possa ter um peso importante na trama familiar das famílias que integram os grupos populares, mas também o apoio emocional que a família cumpre. Nesse sentido, a família foi tida pelas entrevistadas como algo muito importante, tendo significado de união e amor.

Não obstante, as participantes do estudo estão cientes das mudanças que vêm ocorrendo na família, e identificam que tais mudanças estão presentes em suas famílias. Foram apontadas mudanças no papel da mulher no mercado de trabalho, o que teria causado impactos na família, bem como mudanças no relacionamento entre os membros da família, sendo que o acento na afetividade também teria favorecido tais transformações. Dessa forma, identificaram-se mudanças importantes nos relatos das participantes a respeito da família, que precisam ser conhecidas e compreendidas por quem trabalha com famílias, a fim de que se evitem atravessamentos.

Por fim, pode-se pensar que há uma pluralidade de relações afetivas as quais constituem as configurações familiares das participantes do estudo. Esta pluralidade precisa ser reconhecida pelos profissionais que trabalham na atenção básica em saúde, principalmente no que se refere às unidades de Estratégia de Saúde da Família. Pois, ainda que o foco nestes serviços sejam a família e a comunidade, não há um modelo de família a ser seguido, especialmente quando se pensa nos diferentes contextos que compõem a realidade brasileira.

Sobretudo quando se trabalha com planejamento familiar se faz necessário ter em mente de que família se está tratando, de modo a evitar atravessamentos etnocêntricos. Entende-se que somente deste modo se torna possível auxiliar com qualidade os usuários das unidades de ESF a realizarem seu planejamento familiar.

### Referências

- Ariès, P. (2014). *História social da criança e da família* (2a ed.). (D. Flaksman, Trad). Rio de Janeiro: LTC. (Obra original publicada em 1960).
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barros, S. R. (2003). Direitos humanos da família: dos fundamentais aos operacionais. In G. C. Groeninga & R. da C. Pereira (Eds.), *Direito de família e psicanálise: rumo a uma nova epistemologia* (pp. 143-154). Rio de Janeiro, Brasil: Imago.
- Bilac, E. D. (2002). Família: algumas inquietações. In M. do C. B. de Carvalho (Ed.), *A família contemporânea em debate* (4a ed., pp. 29-38). São Paulo: EDUC/Cortez. (Obra original publicada em 1995).
- Bossardi, C. N., & Vieira, M. L. (2015). Ser mãe e ser pai: integração de fatores biológicos e culturais. In E. R. Goetz & M. L. Vieira (Eds.), *Novo pai: percursos, desafios e possibilidades* (pp. 15-30). Curitiba, Brasil: Juruá.
- Capitão, C. G., & Romano, R. A. (2012). Concepção psicanalítica da família. In M. N. Baptista & M. L. M. Teodoro (Eds.), *Psicologia da família: teoria, avaliação e intervenção* (pp. 27-37). Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Carvalho, M. do C. B. de. (2002) O lugar da família na política social. In M. do C. B. de Carvalho (Ed.), *A família contemporânea em debate* (4a ed., pp. 15-27). São Paulo: EDUC/Cortez. (Obra original publicada em 1995).
- Corso, D. L., & Corso, M. (2011). *A psicanálise na Terra do Nunca: ensaios sobre a fantasia*. Porto Alegre, Brasil: Penso.
- Costa, J. F. (1983). *Ordem médica e norma familiar* (2a ed.). Rio de Janeiro, Brasil: Edições Graal.
- Cúnico, S. D. (2014). *Significados atribuídos à paternidade por mulheres chefes de família de periferia urbana*. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Santa Maria, RS, Brasil.
- Dias, M. B. (2015). *Manual de direito das famílias I* [Manual]. São Paulo, Editora Revista dos Tribunais.



- Freud, S. (2010). *O mal-estar na cultura*. (R. Zwick, Trad.). Porto Alegre: L&PM. (Obra original publicada em 1930).
- Gaskell, G. (2013). Entrevistas individuais e grupais. In M. W. Bauer & G. Gaskell (Eds.), *Pesquisa qualitativa com texto: imagem e som: um manual prático* (11a ed., pp. 64-89). Petrópolis: Vozes.
- Gil, A. C. (1999). *Método e técnicas de pesquisa social* (5a ed.) São Paulo: Atlas.
- Goldani, A. M. (1993). As famílias no Brasil contemporâneo e o mito da desestruturação. *Cadernos Pagu*, 1, 67-110.
- Goldani, A. M. (1994). As famílias brasileiras: Mudanças e perspectivas. *Cadernos de Pesquisa*, 91, 7-22.
- Goldani, A. M. (2002). Família, gênero e políticas: famílias brasileiras nos anos 90 e seus desafios como fator de proteção. *Revista Brasileira de Estudos da População*, 19(1), 29-48.
- Goldani, A. M. (2007, 12 de janeiro). Reinventar políticas para famílias reinventadas: entre la realidad brasilena y la utopia. *California Center for Population Research*. Recuperado de <https://escholarship.org/uc/item/4q55p9m5>
- Grisard Filho, W. (2003). Famílias reconstituídas: breve introdução ao seu estudo. In G. C. Groeninga & R. da C. Pereira (Eds.), *Direito de família e psicanálise: rumo a uma nova epistemologia* (pp. 255-268). Rio de Janeiro: Imago.
- Groeninga, G. C. Família: um caleidoscópio de relações. In G. C. Groeninga & R. da C. Pereira (Eds.), *Direito de família e psicanálise: rumo a uma nova epistemologia* (pp. 125-142). Rio de Janeiro: Imago.
- Grzybowski, L. S. (2002). Famílias monoparentais: Mulheres divorciadas chefes de família. In A. Wagner (Ed.), *Família em cena: tramas, dramas e transformações* (39-53). Petrópolis: Vozes.
- Grzybowski, L. S. (2011). Ser pai e ser mãe: como compartilhar a tarefa educativa após o divórcio? In A. Wagner et al. (Eds.), *Desafios psicossociais da família contemporânea: pesquisas e reflexões* (pp. 112-122). Porto Alegre: Artmed.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2012). *Censo demográfico 2012: Resultados gerais da amostra*. Rio de Janeiro.
- Kaloustian, S. M. (2011). *Família brasileira, a base de tudo* (10a ed.). São Paulo: Cortez, Brasília: Unicef, 2011. (Obra original publicada em 1995).
- Kehl, M. R. Em defesa da família tentacular. In G. C. Groeninga & R. da C. Pereira (Eds.),

- Direito de família e psicanálise: rumo a uma nova epistemologia* (pp. 163-176). Rio de Janeiro: Imago.
- Maluf, A. C. do R. F. D. (2010). *Novas modalidades de família na pós-modernidade*. Tese de doutorado. Faculdade de Direito da USP, São Paulo, Brasil.
- Meireles, F. S., & Teixeira, S. M. (2014). As diversas faces da família contemporânea: conceitos e novas configurações. *Informe Econômico*, 16(31), 38-44.
- Minayo, M. C. de S. (1996). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (4a ed.). São Paulo: Hucitec.
- Minayo, M. C. de S. (2001). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes.
- Minayo, M. C. de S. (2013). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (13a ed.) São Paulo: Hucitec.
- Monteiro, L. P., & Cardoso, N. A. Família e criação de filhos. In S. M. G. Souza & I. Rizzini (Eds), *Desenhos de família: criando os filhos, a família goianiense e os elos parentais* (pp. 95-115). Goiânia: Cênone Editorial.
- Moreira, M. I. C. (2013). *Novos rumos para o trabalho com famílias*. São Paulo: NECA – Associação dos Pesquisadores de Núcleos de Estudos e Pesquisa sobre a Criança e o Adolescentes.
- Neder, G. (1994) Ajustando o foco das lentes: um novo olhar sobre a organização das famílias no Brasil. In S. M. Kaloustian (Ed.). *Família brasileira, a base de tudo* (10a ed., pp. 26-46). São Paulo: Cortez, Brasília: Unicef. (Obra original publicada em 1995).
- Neto, J. A. S., Strey, M. N., & Magalhães, A. S. (2011). Sobre as motivações para a conjugalidade. In A. Wagner et al. (Eds.), *Desafios psicossociais da família contemporânea: pesquisas e reflexões* (pp. 19-35). Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Passos, M. C. (2005). Nem tudo que muda, muda tudo: um estudo sobre as funções da família. In T. Feres-Carneiro (Ed.), *Família e casal: efeitos da contemporaneidade* (pp. 11-23). Rio de Janeiro, Brasil: Editora PUC-Rio.
- Peres, V. L. A. (2001). Desenhos de família. In S. M. G. Souza & I. Rizzini (Eds), *Desenhos de família: criando os filhos, a família goianiense e os elos parentais* (pp. 73-93). Goiânia: Cênone Editorial.
- Perucchi, J., & Beirão, A. M. (2007). Novos arranjos familiares: paternidade, parentalidade e relações de gênero sob o olhar de mulheres chefes de família. *Psicologia Clínica*, 19(2), 57-69.
- Ramires, V. R. R. (2014). A paternidade na contemporaneidade. In D. M. Arpini & S. D.

- Cúnico (Eds.), *Novos olhares sobre a família: aspectos psicológicos, sociais e jurídicos* (pp. 27-38). Curitiba, Paraná: CRV.
- Rizzini, I. (2001). Crianças, adolescentes e suas bases familiares: tendências e preocupações globais. In S. M. G. Souza & I. Rizzini (Eds), *Desenhos de família: criando os filhos, a família goianiense e os elos parentais* (pp. 23-44). Goiânia: Cãnone Editorial.
- Romanelli, G. (2002). Autoridade e poder na família. In M. do C. B. de Carvalho (Ed.), *A família contemporânea em debate* (4a ed., pp. 73-88). São Paulo: EDUC/Cortez. (Obra original publicada em 1995).
- Roudinesco, E. (2003). *A família em desordem*. (A. Telles, Trad.). Rio de Janeiro: Zahar.
- Roure, G. Q. de, Coelho, J. M., & Resende, J. C. (2001). Família contemporânea: entre o passado e o futuro. In S. M. G. Souza & I. Rizzini (Eds), *Desenhos de família: criando os filhos, a família goianiense e os elos parentais* (pp. 193-215). Goiânia: Cãnone Editorial.
- Sarti, C. A. (2003). Famílias enredadas. In A. R. Acosta & M. A. F. Vitale (Eds.), *Família: Redes, laços e políticas públicas* (pp. 31-48). São Paulo, Brasil: Cortez.
- Sarti, C. A. (2004). A família como ordem simbólica. *Psicologia USP*, 15(3), 11-28.
- Sarti, C. A. (2011) *A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres* (7a ed.). São Paulo: Cortez. (Obra original publicada em 1996).
- Souza, A. B. L., Beleza, M. C. M., & Andrade, R. F. C. (2012). Novos arranjos familiares e os desafios ao direito de família: uma leitura a partir do Tribunal de Justiça do Amazonas. *Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP*, 5, 105-119.
- Turato, E. R. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis: Vozes.
- Wagner, A. (2002). Possibilidades e potencialidades da família: A construção de novos arranjos a partir do recasamento. In A. Wagner (Ed.), *Família em cena: tramas, dramas e transformações* (pp. 23-38). Petrópolis: Vozes.
- Wagner, A., Tronco, C., & Armani, A. B. (2011). Os desafios da família contemporânea. In A. Wagner et. al (Eds.), *Desafios psicossociais da família contemporânea: pesquisas e reflexões* (pp. 19-35). Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Wendling, M. I., & Wagner, A. (2005). Saindo da casa dos pais: a construção de uma nova identidade familiar. In A. Wagner (Ed.), *Como se perpetua a família? A transmissão dos modelos familiares* (pp. 123-134). Porto Alegre, Brasil: EDIPUCRS.

**7 ARTIGO 3**

**PLANEJAMENTO FAMILIAR E PARENTALIDADE: O TRADICIONAL, A  
MUDANÇA E OS NOVOS DESAFIOS**

### Resumo

Este estudo apresenta os resultados de uma pesquisa qualitativa, a qual objetivou compreender o papel e a participação de mulheres e homens no planejamento familiar, entendendo este como uma ação que visa à parentalidade responsável. Para tanto, integraram o estudo 15 mulheres atendidas em unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Para atingir os objetivos propostos, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, tendo sido analisadas por meio da análise de conteúdo temática. Como resultado, verificou-se que para as participantes a mulher, em geral, é a principal responsável pela anticoncepção, já que a ela recaem os cuidados aos filhos, pois o homem é visto como menos implicado nesta questão. Contudo, em contraposição a essa perspectiva, as integrantes do estudo referiram atitudes participativas por parte de seus companheiros no cuidado e planejamento familiar, assim como envolvimento na utilização do método contraceptivo, considerando que esse aspecto seria algo de interesse do casal. Por fim, destaca-se a importância da presença de ações de planejamento familiar nas unidades de ESF, tal como previsto na legislação, incluindo a participação dos homens nesse contexto, sendo esse entendido com um grande desafio a ser construído pelos profissionais que atuam nesse contexto.

Palavras-chave: Planejamento familiar. Relações familiares. Parentalidade.

## Abstract

### **Family Planning and parenthood: the traditional, the change and the new challenges**

This study presents the results of a qualitative research, which aimed to comprehend the role and participation of women and men in family planning and understands it as an action of responsible parenthood. Therefore, 15 women assisted in Family Health Strategy (FHS) units composed the study. In order to accomplish the intended goals, semi-structured interviews were conducted and subsequently analysed using the thematic content analysis. As a result, we found that the participants consider the women as the main responsible for contraception, since they are in charge of the children's care, and because men are seen as less involved in this matter. Nonetheless, in opposition to this perspective, the study participants reported participative attitudes of her partners in the tasks of care and family planning, as well as an involvement in the use of contraceptives, as this aspect is considered of mutual interest. Finally, the importance of family planning actions in FHS units, as determined by the legislation, is highlighted. The inclusion of men within this context is understood as a great challenge to be constructed by professionals who work in the field.

**Keywords:** Family planning. Family relationships. Parenthood.

### **Planejamento Familiar e Parentalidade: o tradicional, a mudança e os novos desafios**

Planejamento familiar é o conjunto de ações de educação e saúde, nas quais são oferecidos não só métodos e técnicas para a concepção e a anticoncepção, mas também informações e acompanhamento, em um contexto de escolha livre e informada (Brasil, 2010; Fundo de População das Nações Unidas [UFPA], 2008). Destaca-se que não se trata de controle demográfico, na medida em que este é tido como uma intervenção impositiva e autoritária do Estado, que atende a interesses econômicos e segue metas demográficas. Não se pode deixar de citar que o planejamento familiar, tal qual o controle de natalidade, teve enfoque econômico-demográfico, porém, sua proposta é a de uma intervenção estatal mais branda nas decisões reprodutivas da população. Isto porque é posto como um sistema de orientação e apoio às famílias, entendendo que estas possuem plena liberdade para decidir o número de filhos, colocando à disposição as informações e subsídios necessários para um controle efetivo da própria fertilidade (Fernandes, 2003; Pereira, 1978).

Embora pareça não ser de conhecimento de grande parte da população, o planejamento familiar possui lei específica no Brasil, a qual regula o § 7º do art. 226 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Este parágrafo estabelece que o planejamento familiar está fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, sendo que ao Estado compete propiciar os recursos educacionais e científicos para o exercício deste direito (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988). Dessa forma, a referida lei, denominada Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, dispõe sobre o que trata o planejamento familiar, a quem se destina, e quem tem a obrigação de fazê-lo, e de que modo, além das penalidades caso se descumpra o que está estabelecido em lei. Ademais, consta neste documento a proibição da utilização das ações de planejamento familiar para qualquer tipo de controle demográfico, sendo um direito de todo cidadão (Brasil, 1996).

De acordo com o que está regulamentado nesta lei, o planejamento familiar é 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. O mesmo é parte do atendimento integral à saúde, tanto à mulher quanto ao homem, ou ao casal. Nesse sentido, ele deve ser oferecido em todos os níveis do Sistema Único de Saúde (SUS), em toda sua rede de serviços, e pode estar em associação, no que couber, com instâncias componentes do sistema educacional. Destarte, as atividades básicas que o SUS deve oferecer são a de assistência à concepção e contracepção, o atendimento pré-natal, a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato, o controle das doenças sexualmente transmissíveis, o

controle e a prevenção dos cânceres cérvico-uterino, de mama, de próstata e de pênis, de modo que esteja orientado por ações preventivas e educativas, e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade (Brasil, 1996).

Cabe destacar que diversos movimentos de reflexão sobre o planejamento familiar ocorreram no Brasil, e no mundo, os quais surgiram com o intuito de qualificar o mesmo. Como consequência, o planejamento familiar faz parte de um conjunto de conquistas na luta pela garantia ao direito à saúde sexual e à saúde reprodutiva, na medida em que estes são entendidos como parte do elenco de direitos considerados básicos à vida digna (Vamos, Daley, Perrin, Mahan, & Buhi, 2011). Já em 1968, ano Internacional dos Direitos Humanos, o planejamento familiar foi reconhecido pelos Estados-membro da Organização das Nações Unidas como um direito humano fundamental, passando a ser reconhecido em leis nacionais e documentos internacionais (Brasil, 2010; UFPA, 2008).

Um marco para estas conquistas se deu na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo em 1994, que resultou no Programa de Ação do Cairo. Neste a saúde, os direitos sexuais e os direitos reprodutivos tiveram destaque, na medida em que se focou no desenvolvimento humano, afastando-se da lógica de limitar o crescimento populacional como forma de combater a pobreza e as desigualdades (Brasil, 2010; CIPD, 1994). Em vez disso se reconheceu o direito básico de todo casal e indivíduo de decidir de forma livre e responsável sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos, tendo a informação e os meios para isto e o direito de ter um elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Isto tudo livre de discriminação, coerção ou violência (CIPD, 1994).

No Brasil o planejamento familiar está ligado ao Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que foi criado em 1984 e teve grande importância na política pública na área da saúde. Este incluiu a integralidade e a equidade na assistência à mulher, com vistas a abordar a saúde desta de maneira global, e em todas as fases do seu ciclo vital, ampliando a noção de saúde da mulher para além de sua ênfase na reprodução da espécie (Formiga Filho, 1999; Meyer, 2004). Tal iniciativa veio em decorrência de uma percepção de que o atendimento à mulher estaria limitado, ainda que de forma deficiente, ao período gravídico-puerperal, e questões ligadas às gestações indesejadas, abortamento, e acesso a métodos e técnicas de controle da fertilidade, entre outras, estavam sendo relegadas a um plano secundário (Ministério da Saúde, 1984).

No ano de 2004, 20 anos após a implantação do PAISM, o Ministério da Saúde, em parceria com diversos setores da sociedade, como o movimento de mulheres, elabora o



documento “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes”, o qual incorpora a integralidade e a promoção de saúde como princípios norteadores. Tal política visa consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, dando ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual (Brasil, 2004).

Com relação ao planejamento familiar, a Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher visa estimular a implantação e implementação deste para homens e mulheres, adultos e adolescentes, com o objetivo de ampliar e qualificar a atenção ao planejamento familiar. Dessa forma, busca garantir a oferta de métodos anticoncepcionais para a população em idade reprodutiva, além de ampliar o acesso das mulheres às informações em relação aos métodos anticoncepcionais, e estimular a participação e inclusão de homens e adolescentes nas ações de planejamento (Brasil, 2004).

Já a saúde dos homens só foi alvo de política específica no ano de 2008, quando foi lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Nesta consta que a paternidade não deve ser vista apenas do ponto de vista da obrigação legal, mas, sobretudo, como um direito do homem, o qual deve ser conscientizado tanto a respeito deste direito, quanto ao dever à participação no planejamento reprodutivo. Para tanto, deve-se estimular a participação e inclusão do homem nas ações de planejamento familiar, sendo que a eles devem ser disponibilizadas informações e métodos contraceptivos, enfatizando a importância de se assegurar condições para que a paternidade seja vivenciada de modo responsável (Brasil, 2008).

Sabe-se que, historicamente, as políticas sociais e o atendimento à família brasileira foram centrados na maternidade e na infância, o que acabou por reproduzir um desempenho comprometedor no tratamento da família como um todo (Takashima, 2011). Pode-se pensar que tal foco se deu em função de que à mulher, tradicionalmente, foi atribuído no núcleo familiar o papel de prestar suporte psicológico, sendo a guardiã da afetividade familiar, visto que é ela que deveria tomar conta dos filhos, ser a provedora do alimento e do espírito (Manzini-Covre, 2002; Neder, 2011).

Impende destacar que a família foi influenciada, e ainda o é, por um processo histórico de transformação. Como bem mostrou Ariès (2014), a partir de pesquisa histórica e análise iconográfica, o sentimento de família que se vê presente hoje na sociedade tem origem na reorganização dos costumes que ocorreu por volta do século XVII e XVIII. A família, através desta reorganização, alterou a forma de cuidar das crianças em função de uma invasão de sensibilidade pela infância, o que passou a inspirar novos sentimentos. Cabe expor que,

embora Ariès articule a partir do contexto Europeu, este fenômeno também se estendeu à família brasileira do século XIX, como pontua Costa (1983). Isto porque a valorização do convívio íntimo e exclusivo entre os membros da família passou a estar presente na família colonial brasileira, evocando um sentido de intimidade familiar inexistente ou despercebido antes do século XIX, o qual foi concebido e estimulado pelos médicos, em nome de uma higiene, visto que ao Estado não interessava só a família fecunda, mas a família responsável. Aqui, como também acontecia na Europa, a alteração que ocorreu em relação à representação da infância modificou radicalmente a vida familiar (Costa, 1983).

Dessa forma, a vida do homem citadino começou a girar em torno dos filhos, o homem passou a:

*casar para ter filhos; trabalhar para manter os filhos; ser honesto para dar bom exemplo aos filhos; investir na saúde e educação dos filhos; poupar pelo futuro dos filhos; submeter-se a todo tipo de opressão pelo amor dos filhos; enfim, ser acusado e aceitar a acusação, ser culpabilizado e aceitar a culpa, por todo tipo de mal físico, moral ou emocional que ocorresse aos filhos. [...] O cuidado com os filhos foi usado como isca para manter o homem-pai quieto, imóvel, na dócil postura de cidadão patriótico. (Costa, 1983, p. 251)*

Com a passagem do patriarca ao novo pai, Costa (1983) expõe que foi concedido ao homem médio, privado dos benefícios dos poderosos senhores, uma compensação, que seria o machismo, na medida em que este seria um dos raros direitos e uma das raras parcelas de poder social que ele poderia usufruir sem restrição. Ao homem foi concedido o direito de concentrar sobre a mulher toda a carga de dominação, a qual antes era distribuída sobre o grupo familiar e demais dependentes. Com isto, a mulher passa a estar reduzida ao papel de mãe e esposa, sendo esta uma redução da mulher à figura de mãe-higiênica, a qual também tinha como prerrogativa o aumento da responsabilidade para com os filhos.

Cabe destacar que foi preciso que o discurso higiênico lançasse mão de uma estratégia para que a manutenção deste estado de coisas fosse possível, visto que a emancipação do patriarcado colonial gerou uma “onda” de independência feminina, a qual deveria ser reprimida em nome da segurança social. Assim, a ordem médica destacava para a mulher, primeiramente, aquilo que só ela era capaz, como exemplo, a amamentação, e depois as convenciam de que, justamente por cumprir funções sociais para as quais o homem era *incompetente e inferior*, elas deveriam deixar a eles as *mesquinhas* ocupações profissionais e intelectuais. Dessa forma, se buscou comprometer as mulheres com a política de utilização machista do homem, fazendo-as crer na nobreza da função amamentar (Costa, 1983). Nesse

sentido, o prolongamento da família nuclear dependia, sobretudo, do bom desempenho da mulher como esposa e mãe, ou seja, era a resignação histórica das mulheres que sustentava os casamentos (Kehl, 2003).

Porém, a virada do século XX pode ser caracterizada pela decadência do patriarcado, o que fez com que a família perdesse sua rígida hierarquia de preponderância masculina (Perucchi & Beirão, 2007). Nesse contexto, o acesso ao prazer começou a ser dissociado da procriação, com o advento das novas técnicas científicas de regulação dos nascimentos, o que permitiu às mulheres irem se individualizando, na medida em que elas foram deixando de estarem resumidas ao papel de esposa ou de mãe, constituindo-se uma nova realidade nas relações entre os sexos (Roudinesco, 2003). Ademais, as mudanças na vida familiar também sofreram a influência das complexas e rápidas transformações políticas, econômicas e sociais ocorridas nas últimas décadas (Rizzini, 2001).

Como se pode perceber, este lugar concedido à mulher, vinculado essencialmente à maternidade, faz parte de uma construção histórico-social consolidada ao longo dos tempos (Alves, Cúnico, Smaniotto, Pilecco, & Arpini, 2014; Staudt & Wagner, 2011). Contudo, como se está em permanente construção histórico-social, o papel da mulher e do homem na família vem passando por transformações, e hoje, muito em função da evolução dos métodos anticoncepcionais, a maternidade passou a ser uma questão, algo que pode ser decidido e não imposto às mulheres. Contudo, esta decisão parece estar atravessada por uma negociação entre seus papéis históricos e as inclementes exigências sociais (Corso & Corso, 2011).

Também a paternidade não é mais a mesma. Hoje ser pai é participar de inúmeros aspectos do desenvolvimento dos filhos, não estando mais restrito ao provimento e à disciplina dos filhos (Staudt & Wagner, 2011). Isto talvez possa ser entendido em razão de que atualmente haveria uma demanda social para que os pais exerçam uma paternidade mais implicada e ativa, tanto no que se refere à convivência quanto aos cuidados com os filhos (Cúnico & Arpini, 2013). No entanto, como bem lembra Gzybowski (2007), a realidade não é única e estanque, mas multifacetada e multideterminada, o que implica que não se podem tomar essas mudanças, ou mesmo o que se entende como tradicional, como um padrão de funcionamento generalizado. Concomitantemente com esse “novo pai”, convivem outros padrões, da mesma forma ocorreria com a “nova mulher”.

Neste sentido, neste artigo, buscou-se compreender o papel e a participação de mulheres e homens no planejamento familiar, a partir do ponto de vista das mulheres participantes do estudo. Acredita-se que é de grande importância conhecer como mulheres se

situam em relação ao planejamento familiar, de modo que se possa pensar em ações mais próximas da realidade da população.

## **Método**

### **Delineamento**

Com o intuito de atingir os objetivos propostos, realizou-se um estudo exploratório com abordagem qualitativa, na medida, entendemos que em que esta modalidade possibilitou que a temática fosse mais bem explorada em sua complexidade. A pesquisa qualitativa trabalha com o universo de crenças, motivos, significados, atitudes e valores, e busca identificar os significados presentes na vida individual e coletiva (Minayo, 1996; 2001; 2013). Nesse sentido, essa abordagem não busca quantificar o fato, mas analisá-lo a partir da perspectiva das pessoas que estão envolvidas no fenômeno (Minayo, 2013). Com esta pesquisa, se aspirou chegar à compreensão de mundo dos entrevistados no que diz respeito à temática investigada, e conforme define Gaskell (2013), esta é uma condição para que se tenha um estudo de ordem qualitativa.

### **Participantes**

Os sujeitos da pesquisa foram 15 usuárias do Sistema Único de Saúde, atendidas por unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Santa Maria. Conforme aponta Gil (1999), a amostra é uma parte dos elementos que compõem o universo da pesquisa, e que é representativa deste. As participantes do estudo representavam quatro regiões administrativas do município de Santa Maria, sendo que participaram de três a cinco usuárias por unidade integrante do estudo. O referido município conta com cinco regiões administrativas, contudo, somente em quatro dessas regiões há equipes de ESF. Dessa forma, foi abarcada uma unidade de ESF por região administrativa que conta com esse serviço, totalizando quatro unidades de ESF, as quais foram inicialmente escolhidas mediante sorteio. Estas estão situadas nas regiões Norte/Nordeste, Sul/Centro-Oeste, Leste/Centro-Leste e Oeste, sendo que a região Centro não conta com este serviço. Já a escolha das participantes foi realizada de forma aleatória. O Quadro 1 apresenta as principais informações das entrevistadas, de acordo com as diferentes regiões administrativas.

Quadro 1. <i>Características das participantes</i>						
Região	Participante	Idade	Relacionamento	Filhos	Escolaridade	Trabalho
Norte/Nordeste (R. N/N)	1	21	União estável	1 (1 ano e 9 meses)	Médio completo	Não
Norte/Nordeste (R. N/N)	2	30	Casada (14 anos)	3 (10 anos; 12 anos; 13 anos)	Fundamental Completo	Caixa de supermercado
Norte/Nordeste (R. N/N)	3	23	Solteira	Não	Médio completo	Desempregada
Norte/Nordeste (R. N/N)	4	32	Divorciada	1 (9 anos)	Fundamental completo	Desempregada
Sul/Centro-Oeste (R. S/CO)	1	23	Solteira	Não	Superior completo (Licenciatura em Teatro)	Professora de teatro.
Sul/Centro-Oeste (R. S/CO)	2	28	Casada (2 anos)	2 (7 anos; 6 meses)	Médio completo	Não
Sul/Centro-Oeste (R. S/CO)	3	30	Casada (7 anos)	1 (6 anos)	Superior incompleto (Terapia Ocupacional)	Estudante
Sul/Centro-Oeste (R. S/CO)	4	19	Namorando	1 (1 ano e 7 meses)	Fundamental incompleto	Desempregada
Sul/Centro-Oeste (R. S/CO)	5	26	Casada (10 anos)	1 (9 anos)	Fundamental completo	Vendedora autônoma (cosméticos)
Oeste (R. O)	1	25	Solteira	Gestante	Médio completo	Auxiliar administrativo
Oeste (R. O)	2	20	Namorando	Não	Superior incompleto (Educação Física)	Estágio remunerado
Oeste (R. O)	3	23	Solteira	Não	Superior Incompleto (Ed. Física e Fisioterapia)	Estudante
Leste/Centro-Leste (R. L/CL)	1	35	Casada (17 anos)	4 (16 anos; 13 anos; 10 anos; 8 anos)	Médio completo	Auxiliar de corte
Leste/Centro-Leste (R. L/CL)	2	31	Casada (13 anos)	2 (16 anos; 7 anos)	Médio completo	Auxiliar de limpeza
Leste/Centro-Leste (R. L/CL)	3	34	Namorando	1 (8 anos)	Fundamental completo	Operadora de máquina

## **Procedimentos e instrumentos**

Para atingir os objetivos propostos, foram realizadas entrevistas semiestruturadas. A entrevista semiestruturada é um instrumento auxiliar flexível na pesquisa qualitativa, onde o entrevistado e o entrevistador têm momentos para dar algumas direções, e ambos contribuem com suas visões e propostas para a entrevista (Turato, 2003). Assim, os tópicos são lembretes para o pesquisador, na medida em que servem de orientação e guia para o andamento da entrevista, permitindo que haja flexibilidade na conversa (Minayo, 2013).

Os tópicos que envolveram estas entrevistas foram: (1) Estratégia de Saúde da Família e Planejamento Familiar; (2) Configuração Familiar; (3) Participação de Homens e Mulheres no Planejamento Familiar. Neste artigo, será explorado o material referente ao terceiro tópico.

## **Procedimento de análise dos dados**

A análise dos dados seguiu a técnica de análise de conteúdo, proposta por Bardin (1977), que se refere a uma técnica de investigação com a finalidade de interpretar os conteúdos manifestos nas comunicações obtidas na coleta de dados. A análise foi realizada a partir da transcrição das entrevistas, as quais foram analisadas individualmente em um primeiro momento. Após este procedimento foi realizada a análise das entrevistas separadas por regiões administrativas, de modo a se identificar possíveis semelhanças e diferenças entre estas. Por fim, se realizou a análise da totalidade das entrevistas, considerando a ênfase das participantes em determinados pontos referentes aos tópicos que foram explorados, assim como repetições discursivas e a carga emocional manifesta pelas mesmas, o que possibilitou a síntese interpretativa.

Destaca-se que o estudo atendeu a todas as exigências da ética em pesquisa segundo a resolução n.466/2012, obtendo aprovação do Comitê de ética em Pesquisa da Instituição na qual as pesquisadoras estão vinculadas, sob o registro CAAE 39912114.0.0000.5346. Além disso, todas as participantes ficaram cientes do objetivo do estudo e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Com o objetivo de preservar a identidade das participantes, seus nomes foram substituídos por números, conforme a região de origem de cada uma.

## **Resultados e Discussão**

De acordo com a Lei nº 9.263, as ações de planejamento familiar devem ser oferecidas na rede de saúde tanto às mulheres quanto aos homens, ou aos casais, sendo um direito de todo cidadão (Brasil, 1996). Estas ações devem fazer parte da atenção básica em saúde como um elemento essencial, na medida em que auxiliam as pessoas a espaçar e limitar as gestações de acordo com o seu desejo, através do uso efetivos dos métodos anticoncepcionais que melhor se adaptem às suas condições de saúde, o que certamente traz um impacto na saúde e bem estar da população (Moura & Gomes, 2014; R. M. Silva, Araújo, Bastos, & Moura, 2011). Sabe-se que o conhecimento e o acesso a bens e serviços facilitam a vida da família e o bem estar de seus membros, por isso o planejamento familiar, o acesso a métodos contraceptivos, e as informações sobre a maternidade e a importância do papel do pai precisam ser amplamente discutidas (Vicente, 2011).

### **Planejamento Familiar e Papéis Parentais: o que se atribui às Mulheres e aos Homens**

Indo ao encontro de tais discussões, muitos pesquisadores têm se dedicado ao estudo dos papéis materno e paterno nas famílias, destacando o quanto estes vem passando por transformações (Bossardi & Vieira, 2015; Corso & Corso, 2011; Cúnico & Arpini, 2013; Staudt & Wagner, 2011). Dessa forma, haveria uma modificação nos papéis desempenhados pelo pai e pela mãe, alterando-se também as responsabilidades e as tarefas no cuidado com os filhos (Bossardi & Vieira, 2015). Nesse sentido, buscou-se compreender como as participantes entendem estes papéis parentais, principalmente no que se refere ao planejamento familiar. A partir da análise das entrevistas, pode-se perceber que estas, em geral, apresentaram uma visão tradicional de mulher e de homem em relação à anticoncepção e ao cuidado com os filhos, como indicam os seguintes relatos:

[...] Eu vejo que muitas vezes mais é a mãe que se preocupa com o filho, com casa, com tudo. Acho que não é tanto os dois. [...] muitas vezes o marido só chega e quer tudo pronto. Eu acho que a mulher se dedica bem mais em questão da família. (R. N/N, P. 3)

Quem vai, os nove meses tá com todo o processo de gestação, é a mulher, então é o corpo dela que vai estar se transformando. [...] Depois, quem vai amamentar vai ser a mulher, quem vai – normalmente, pelos exemplos que eu vejo – quem vai perder o sono de noite é a mulher. [...] Eu acho que a vida da mulher muda muito mais

do que a do homem. Tem necessidades que é a mãe que vai atender; por exemplo, trocar fralda – o meu irmão foi trocar a fralda da minha sobrinha depois de muito tempo, que ele tinha nojinho. Infelizmente acaba que a mulher não tem como ter nojinho, porque tá ali a criança chorando [...] Então no meu ponto de vista mais ela que tem que querer do que o homem. Estar disposta a se doar, porque a criança vai pedir muita doação dela. (R. S/CO, P. 1)

Acho que [os homens] não pensam tanto como nós mulheres, né, planejar mais, pensar mais na família, pensar mais no amor, no bem-estar, nessa questão do bem estar emocional. (R. O, P. 2)

Estas falas fazem pensar que ainda se tem a representação de que a mulher é a grande responsável pelos cuidados com os filhos e pela família, sendo vista como a guardiã desta. Ademais, as falas indicam que, possivelmente, a figura materna ainda é considerada como sendo a mais importante para a prole, tanto para a sua constituição, como para a manutenção da mesma.

Vale lembrar que esta construção da mãe como sendo mais essencial é fruto de uma construção histórico-social que se consolidou ao longo do tempo, e que pode variar de acordo com os valores e necessidades de uma dada sociedade (Alves et al., 2014; Scavone, 2001; Staud & Wagner, 2011). Com base nisto, autores como Roudinesco (2003) e Scavone (2001) teorizam sobre as mudanças na contemporaneidade a respeito da maternidade na sociedade ocidental, a qual foi fortemente influenciada pela redução do poder patriarcal, pela revolução afetiva sobre a família, pela possibilidade de escolha oferecida pela contracepção moderna, estando em conexão com os processos sociais e com a globalização econômica. Como consequências de tais mudanças, a relação entre a mãe o filho tornou-se primordial, ocorrendo então a “maternalização” da família durante o século XX (Roudinesco, 2003).

Nesse sentido, Alves et al. (2014) verificaram em pesquisa realizada com operadores do direito que atuavam em varas de família, a percepção de que as mulheres seriam mais bem preparadas para cuidar dos filhos do que os homens, indicando a ideia de que as mulheres são naturalmente aptas ao exercício das funções maternas. Dessa forma, ao passo que o envolvimento parental feminino é visto como natural (Scavone, 2001), o masculino tem sido questionado (Cúnico & Arpini, 2013; Grzybowski, 2011). Corroborando com a discussão, pode-se perceber que as participantes apresentaram ter uma visão um tanto quanto estereotipada em relação à conduta do homem na família. Em geral, elas parecem ter a representação deste como aquele que não tem responsabilidade na família, inclusive em



relação à anticoncepção, e até mesmo à concepção, o que faz com que esta responsabilidade recaia sobre a mulher, como indicam os seguintes relatos:

Eu sou casada já faz 10 anos e eu já ouvi do meu marido também ‘a mulher que tem que se cuidar’. [...] Falam que homem não presta, não é isso, é que o homem pensa assim mesmo, que quem tem que se cuidar é a mulher, a responsabilidade de se cuidar [para não engravidar] é da mulher. E a mulher já tem que ter no subconsciente dela isso [...] De certa forma eu concordo [com o meu marido]. [...] Não que seja o certo, mas é que é assim a sociedade. E a gente vive em sociedade, a gente vive em grupo, tem que dançar como toca a música. Não que seja o certo, mas se é isso daí tem que se adaptar. [...] Não que eu seja machista; eu sou é feminista, machista eu não sou. Mas na minha opinião os homens vão muito na onda e o que acontecer acontece, e vai. Acho que tá na mulher, ela que tem que se cuidar, ela que tem que se prevenir. (R. S/CO, P. 5)

Ah eu acho que tem homens que nem sabe se a mulher toma ou não toma, se toma remédio [anticoncepcional]. Chega na hora lá, acho que tem homem que não, nem pensa, quando vê já tá feito. (R. N/N, P. 1)

Ah eu acho que pra eles [homens] é tudo mais fácil, acho que eles não pensam tanto assim como a gente. [...] tem muitos homens que não pensam nisso, eles querem ter mais filhos, mais filhos. Não pensam no cuidado, nos gastos, em tudo. Eu acho que varia muito de cada um. Mas eu acho que a maioria não pensa muito no planejamento. As mulheres se planejam mais. (R. S/CO, P. 3)

Estes relatos sugerem que haveria o entendimento de que a mulher deve se responsabilizar em relação aos métodos contraceptivos, muito em função dos estereótipos construídos histórico e socialmente que atribuem a mulher essa função, ao mesmo tempo em que retiram dos homens essa responsabilidade. Pode-se inferir que, embora passando por mudanças como já abordado anteriormente, a força do contexto social se faz presente quando tais mulheres se colocam em relação ao tema, como aponta a Participante 5, da região Sul/Centro-Oeste “Não que seja o certo, mas é que é assim a sociedade. E a gente vive em sociedade, a gente vive em grupo, tem que dançar como toca a música. Não que seja o certo, mas se é isso daí tem que se adaptar”.

Contribuindo com a discussão, outras pesquisas apontaram que a mulher assume a anticoncepção como uma ação de sua exclusiva responsabilidade (G. S. Silva et al., 2013; R. M. Silva et al., 2011). No entanto, acredita-se que seja importante considerar que há um discurso social naturalizado a respeito do papel da mulher na família e na sociedade, que

rotula determinadas atividades como exclusiva de mulheres, como o cuidado com a casa e com os filhos, o qual é apresentado às mulheres como se fosse parte de sua natureza (Amazonas, Vieira, & Pinto, 2011; G. S. Silva et al., 2013). Nesse sentido, Amazonas et al. (2011) problematizam que os valores e atributos de mães e pais repetidos neste discurso já pertencem ao senso comum, de modo que passaram a serem reconhecidos como verdades. Nesse sentido, as falas parecem sinalizar que também pode estar naturalizada como uma verdade a noção de que os homens teriam pouca responsabilidade em relação a esse aspecto, estando menos envolvidos e conseqüentemente tendo menos implicações nos desdobramentos que podem advir de uma gestação, decorrente do uso inadequado ou não uso de métodos contraceptivos, o que poderia justificar a seguinte fala de uma participante:

Eu acho que eles não se preocupam... não sei, tem o machismo, são muito machista. E até porque se acontece alguma coisa, a mulher engravidou, a culpa foi tua, a culpa foi dela, porque ela não se cuidou. A gente ouve bastante isso aí, até hoje tem isso aí. Uma menina engravidou lá, era do namorado, o namorado diz ‘eu pedi pra ela se cuidar, ela não se cuidou porque ela não quis, agora ela que se vire sozinha’, e tu ouve isso ainda. É a realidade. Então a gente que tem que se cuidar, como mulher. (R. L/LC, P. 2)

Com isto, questiona-se o quanto deste referido senso comum estaria presente nas falas das participantes, na medida em que essas visões de mulher e de homem, que parecem ser bastante cristalizadas em suas falas. No entanto, pode-se identificar em suas falas que nem sempre essa visão encontrava espelhamento no cotidiano de algumas dessas mulheres, as quais relataram atitudes mais participativas dos seus companheiros no cuidado familiar, e que são valorizadas por elas.

### **O envolvimento dos homens no planejamento familiar na perspectiva das mulheres**

A dita valorização por parte da mulher em relação a este homem cuidador também pode ser considerada algo novo nas famílias, pois se pode pensar que algumas mulheres estão entendendo que o homem tem condições de auxiliá-las no cotidiano familiar, e que compartilhar as tarefas pode ser importante a fim de diminuir para elas a sobrecarga do dia a dia. As seguintes falas são elucidativas disto:

Ele adora criança, é bem paizão de cuidar das crianças, brincar, desde pequenininho, desde que nasce. Às vezes eu dormia, quando eles eram novinhos, e ele passava a noite inteira embalando, e não me chamava, só quando queria ‘mamá’ – ele

adorava fazer isso, passar a noite embalando as crianças! Cuidar, dar mamadeira, trocar a fralda, adorava fazer isso. [...] Ele me ajudou bastante, continua me ajudando. Pra ele é um prazer tomar conta das crianças. Às vezes eu trabalhava e não podia vim na hora do almoço, e ele vinha na hora do almoço, dava almoço pras crianças, largava na escola e depois ia trabalhar. (R. L/CL, P. 1)

Sempre ajudou cuidar, tudo. Não teve nunca de não trocar uma fralda, não cuidar. Até hoje ele divide as tarefas bem, até faz mais que eu. Porque como eu passo a manhã inteira até de tarde sem tá em casa, quem termina fazendo é ele. Faz comida, roupa, casa, tudo, eu chego não tem muita coisa pra fazer. E dos filhos também, se tem reunião de manhã ele vai, se tem de tarde eu vou, sempre dividido. (R. N/N, P. 2)

Eu trabalho de noite, e ele fica com o filho a noite, uma noite sim uma não, ele que fica com o filho. Aí quando eu ligo pra casa ou estão jantando... ele tá sempre fazendo as vontades do pequeno, ele é bem, bem, bem pai mesmo, paizão. Então até se eu tivesse que ter outro eu não tenho medo, sabe, porque ele é bem presente. Tá sempre ali junto comigo, pra qualquer coisa posso contar com ele. Tem homem que não é assim, que sustenta, mas é a mulher que tem que cuidar, levar pra médico – ele não. (R. L/CL, P. 2)

Destarte, a partir destas falas se pode inferir que o homem parece estar mais participativo e envolvido com a família e com os filhos do que em décadas anteriores. A realidade atual indica que as funções parentais não estariam tão claramente definidas, e tampouco vêm sendo desempenhadas por somente um dos pais, diminuindo a divisão, portanto, entre o que deve ser feito pelo pai e o que deve ser feito pela mãe. (Staudt & Wagner, 2011; Bossardi & Vireira, 2015). Nesse sentido, tal participação também se faz presente em relação à utilização dos métodos contraceptivos pelo casal, pois algumas participantes relataram que seus companheiros a ajudavam com o método escolhido, e outras referiram acreditar ser importante o homem ter participação nesta questão, visto que a consequência de uma gestação recairia sobre ambos:

O meu marido me ajuda a lembrar [do anticoncepcional] também. Ele me ajuda bastante. Porque normalmente o comprimido fica lá na cozinha, num lugar de fácil vista, então normalmente eu tomo de noite, aí às vezes ele pergunta “já tomou?”, “não tomei” – porque às vezes realmente eu esqueço, vou deixando pra tomar mais tarde e acabo esquecendo. Aí ele me lembra, e eu pego e tomo. E isso é muito bom, eu acho bom. Eu acho bom porque se não eu acabo esquecendo. E como ele também quer só

uma filha então eu acho que é bom ele também ajudar a cuidar, né, participar. (R. S/CO, P. 3)

Uma que ele não quer [mais filhos] porque de noite se eu esqueço a pílula ele diz “já tomou?”, aí eu digo “não”, aí ele pega água e me dá. O meu filho mais novo também “mãe tu já tomou teu remédio pra não ter nenê?” [...] Não deixam eu esquecer de jeito nenhum. (R. N/N, P. 2)

Ele se preocupa [com a utilização do método contraceptivo], ele diz “não vai esquecer”, ou coisa assim. Até às vezes eu digo “ah esqueci!”, aí até peço ajuda pra ele me lembrar, porque, às vezes, é tanta coisa que a gente acaba esquecendo. Mas ele tá sempre “tomou direitinho?” (R. S/CO, P. 2)

Acho que não é só a mulher, por causa que tu vai ficar na responsabilidade da pílula, quando tem que ser... tem que vir de ti e do homem, ele também tem que dizer. Claro, a mulher também tem que aprender a se cuidar, mas o homem também tem que aprender. Não pode só a mulher chegar e dizer ‘a gente tem que usar camisinha’, acho que o homem na empolgação também tem que pensar na hora da camisinha, não só as mulheres. [...] Mas acho que tem que vir dos dois. (R. O, P. 1)

Este pode ser entendido como um importante resultado deste estudo, na medida em que pode estar sinalizando uma abertura por parte dos homens, não só em relação aos cuidados com os filhos, mas também uma participação ativa na anticoncepção do casal. Assim como também implicaria uma abertura por parte das mulheres que acedem aos homens um espaço no cuidado com os filhos e no envolvimento afetivo com a família, incluindo o planejamento familiar. Destaca-se que a divisão da responsabilidade pela anticoncepção entre ambos os sexos foi enfatizada na IV Conferência Mundial sobre a Mulher de Beijing em 1995, e na Conferência do Cairo, em 1994, na medida em que tal divisão visa à promoção da saúde reprodutiva, sendo requisito essencial para a conquista de melhores condições de saúde e de qualidade de vida para a população (Brasil, 2010; R. M. Silva et al., 2011).

Dessa forma, este dado contrapõe o encontrado por R. M. Silva et al. (2011), visto que estas observaram total ausência dos homens juntos às mulheres nesta questão do planejamento familiar, pois registraram em sua pesquisa que as mulheres decidiam e assumiam, sozinhas, a anticoncepção. Com isto, as autoras questionam o novo modelo de papéis sociais na família proposto por alguns autores, que enfatizam a importância da participação masculina no planejamento familiar e na anticoncepção de maneira geral, uma vez que acreditam que muitos homens ainda permanecem segredados do universo considerado feminino. Contudo, o presente estudo parece indicar que pode estar havendo uma aproximação dos homens em

relação a este tema, historicamente tido como feminino, ainda que talvez não possa ser estendida a todos os homens, mas que certamente sinaliza uma importante alteração.

Dito isto, faz-se importante ressaltar que não se pretende generalizar este dado, apenas indicar a possibilidade de se estar vivenciando um processo de mudança. Como acontece em todo processo de mudança, há sobreposições de padrões tradicionais com novos modos de se relacionar, e as transformações não se apresentam de forma homogênea na sociedade (Marion, Ferreira, & Pereira, 2015; Staudt & Wagner, 2011). De tal modo, também se pode observar nesta pesquisa que ainda há relações onde de fato os papéis tradicionais continuam presentes no cotidiano, como exposto na primeira categoria, com aspectos que indicam uma experiência compartilhada pelo casal no que se refere aos aspectos do planejamento familiar e o envolvimento com os filhos, presentes nesta categoria. O seguinte relato traduz bem esta coexistência, na medida em que o velho e o novo estão presentes na mesma fala, pois aparece uma mulher que não acredita mais que filhos possam manter relacionamentos, sabidamente como por muito tempo se acreditou, ao mesmo tempo em que está presente aquele homem que não participa do cuidado dos filhos:

É, se fosse por ele e pela mãe dele eu tinha [mais filhos]. Acho que a mãe dele achou que eu ia segurar ele com mais filho. Eu disse ‘não, eu com mais filho não quero’. [...] Filho não segura marido mesmo. [...] Ele não ajudava nem os anteriores, e eu botando mais filho pra tá sofrendo aí no mundo. Então não. Se os outros não fosse a avó deles, materna, criar eu não sei o que tinha acontecido com aqueles outros. [...] Eu tenho que ver de novo o assunto pensão, que ele não tá me pagando. Mas procurar ela acho que faz mais de um ano que ele não procura ela. (R. N/N, P. 4)

Em relação ao planejamento familiar, algumas participantes enfatizaram a importância de o casal ter participação nesta questão, e chegarem a um consenso, pois acreditam que o ideal seja a participação de ambos nesta decisão. Os seguintes relatos são elucidativos desta questão:

Acho que ambos [tem que planejar], porque o casal, tu vai caminhar do lado de uma pessoa e ela tem que querer a mesma coisa. Vocês têm que saber o que querem juntos, os dois, não é um querer e o outro não. [...] Não é um querer ter [filhos], aí não dá certo. Claro que uma hora tem que chegar num acordo. Senão não chega em lugar nenhum. (R. S/CO, P. 4)

Eu acho que os dois têm que pensar juntos em construir a família. [,,] Não adianta só um pensar em ter uma família e o outro ser totalmente desligado. Eu acho que tem que pensar junto. Porque família é uma coisa bem importante; acho que no

momento que tu escolhe ter uma família, acho que as duas pessoas têm que andar junto. (R. N/N, P. 3)

Acho que tem que ter seria a concordância dos dois, chegar num ponto ‘vamos ter o filho agora, vamos planejar’, porque aí tu já sabe que vai ter, já vai se planejando. Desde comprar o enxoval, essas coisas que precisa, quartinho. Eu acho que tem que ter dos dois. (R. L/CL, P. 3)

Por outro lado se pode identificar também outro ponto de vista que denotaria certa contradição com a exposta acima, indicando certo poder das mulheres nesse aspecto. Fica subjacente nas falas um possível predomínio das mulheres, em um espaço em que elas tenderiam a ter o controle. Embora ao longo de suas falas as participantes reconhecessem que seria importante que os dois tivessem uma participação mais igualitária, esses talvez sejam exemplos que indicam que as mudanças não são lineares, datadas e racionais:

Eu acho que sim [tem um responsável por planejar a família], pelo o que eu vejo da minha irmã. [...] E o meu cunhado queria ter outra menina, uma menina no caso, e a decisão dela prevalece. [...]. É uma decisão dela mesmo. Ela não quer mais. (R. O, P. 3)

Tem que ser uma coisa em conjunto, pendendo pro lado da mulher porque ela que vai segurar mais as pontas. [...] Provavelmente deve ter uma conversa anterior que o casal chega à essa conclusão ‘vamos ter um filho’, mas, do meu ponto de vista, ainda... têm amigos meus que querem ter filho e as mulheres não querem, e eles seguem sem ter o filho, porque a mulher não quer. [...] E a figura do homem teoricamente seria pra entrar junto, pra contribuir, pra colaborar, pra criar, pra ir pra frente com a criança, algo nesse sentido, ser pai, realmente ser pai. Parece que eu estou desmerecendo o papel do homem, agora fiquei pensando. Não! O homem tem seu papel fundamental, e que seja assim. [...] Acho que a mulher acaba tendo que planejar mais. (R. S/CO, P. 1)

Ai eu acho que mais a mulher. [...] Porque se a mulher decide que ela vai engravidar, ela vai engravidar, mesmo que ele não saiba, entende. Porque assim, eu quando engravidei da minha filha, [pausa] eu sabia que isso ia acontecer. Era só uma questão de tempo. Eu não falei pra ele. Ele sabia que eu não me prevenia, que eu não tomava o anticoncepcional, e nós não usávamos camisinha, então ele sabia. Mas era como se eu soubesse mais do que ele, entende? [...] Mas eu acho que o melhor mesmo é ter um bom senso, os dois conversarem, os dois saberem o que querem. Porque apesar disso que eu fiz, de engravidar sem querer querendo - porque eu acho que foi

mais querendo do que sem querer – eu acho que eu tive sorte. Porque como eu te falei, ele é uma pessoa muito bacana, ele assumiu, me assumiu, assumiu a nossa filha, ele nos sustenta; mas eu acho o mais legal agora, hoje eu sei que se eu engravidasse ia ser difícil de ele aceitar. Então eu acho que quando é planejado pelos dois, eu acho que é melhor. É uma coisa mais tranquila, mais... no meu também foi tranquilo, mas sei lá, acho que mais fácil, que os dois tão preparado, os dois querem, do que só um querer. (R. S/CO, P. 3)

Corroborando com os achados deste estudo, outra pesquisa apontou que as mulheres apresentam decisões unilaterais em relação ao planejamento familiar, geralmente não compartilhadas com os parceiros, o que refletiria a pouca abertura para a negociação, ou mesmo para a partilha de responsabilidade (Ferreira, Costa, & Melo, 2014). Dessa forma, aqui novamente parece haver a presença simultânea de aspectos tradicionais sobrepostos com padrões novos em relação ao planejamento familiar, pois ainda que algumas participantes pareçam desejar compartilhar as decisões deste âmbito com o parceiro, e reconhecem a importância disto para a dinâmica familiar, muitas vezes, isto não se encontra presente na realidade, como indicam os relatos. Dito isto, se pode inferir que as desigualdades e as dicotomias nos papéis sociais e familiares mantêm-se presentes na sociedade de uma maneira geral. Entende-se que os processos de mudança nas crenças e valores presentes no imaginário, inclusive das mães e esposas, não ocorrem de forma abrupta, permanecendo estereótipos de gênero, ainda que o pai busque ser mais participativo e ampliar seu envolvimento no contexto familiar (Grzybowski, 2007; Staudt & Wagner, 2011).

Considerando os aspectos analisados neste estudo e o foco do mesmo, impende chamar a atenção para o fato de que os serviços de saúde podem ser agentes ativos neste processo de mudança, principalmente no que tange ao planejamento familiar para mulheres e homens. Contudo, pode-se pensar que os serviços de saúde ainda não conseguem cumprir com este papel de transformação, visto que a oferta de ações em saúde em planejamento familiar, principalmente no âmbito da atenção básica, se dá prioritariamente às mulheres, o que poderia estar reforçando que a responsabilidade de planejar a família recai de forma exclusiva sobre elas, e excluiria de antemão os homens destas iniciativas (Ferreira et al., 2014; Wulifan, Brenner, Jahn, & De Allegri, 2016).

Tal situação ficou evidente neste estudo, pois as ações de planejamento familiar seriam realizadas, de acordo com as coordenadoras das equipes de Saúde da Família, conforme livre demanda dos usuários, não havendo estratégias específicas. Por isso, questões relativas a esta temática seriam mais abordadas na agenda de preventivo do câncer de colo de

útero, a qual se constitui numa agenda exclusivamente feminina, motivo determinante para que esta pesquisa só contasse com participantes do sexo feminino. Dessa forma, se o planejamento familiar se encontra pouco presente ao público feminino, em função da pouca oferta de ações, em relação ao masculino o prejuízo pode ser considerado maior, visto que além de não haver ações específicas para este público, também as unidades de ESF não contam com programas de saúde para os homens.

Destaca-se que na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem consta que é necessário superar a restrição da responsabilidade das práticas contraceptivas sobre as mulheres, e assegurar aos homens o direito à participação na regulação da fecundidade e na reprodução. Este direito à participação se estenderia a todo o processo, incluindo a decisão de ter ou não ter filhos, como e quando tê-los, bem como o acompanhamento da gravidez, parto, pós-parto e da educação da criança (Brasil, 2008). Não obstante, em relação aos direitos paternos, o que se pode observar é que ainda há contradições entre aquilo que a sociedade demanda dos homens no exercício de seu papel e as condições que oferecem a eles para que possam assumir estas tarefas (Staudt & Wagner, 2011). Ao passo que se espera do homem maior sensibilidade e envolvimento, e que seja um pai mais responsável e participativo, o próprio contexto social contribui para a fragilização da paternidade quando não deixa espaço para que tal situação se fortaleça (Cúnico & Arpini, 2013), aspecto que pode ser observado neste estudo.

Nesse sentido, o planejamento familiar, como foi concebido, deveria possibilitar condições para a vivência da sexualidade de forma consciente e segura, com possibilidade de diálogo, conhecimento e acesso a meios para a concepção e anticoncepção, compondo uma decisão consciente, da mulher, do homem e do casal (Ferreira et al., 2014). Ademais, entende-se que o direcionamento das ações de planejamento familiar tanto para mulheres quanto para homens e casais, através de informação, educação e comunicação, pode ser uma abordagem mais eficaz para superar as necessidades não satisfeitas em planejamento familiar, as quais ainda são presentes nos países com população que apresenta renda baixa e média (Wulifan et al., 2016).

Para isto, Casarin e Siqueira (2014) apontam para a necessidade da transformação da imagem que os serviços de saúde são espaços femininos, especialmente os da atenção primária, de modo a incluir neste espaço as necessidades de planejamento familiar também dos homens. Nesse sentido, as autoras entendem que seria indispensável envolver ambos os sexos na discussão dessa temática, de forma que se possibilite aos homens se tornarem mais participativos e responsáveis. Com isto, entende-se que as unidades de saúde podem



contribuir para as mudanças que já estão em curso, na medida em que poderiam criar espaços nos quais a discussão relativa aos papéis dos homens e mulheres no planejamento e cuidado com os filhos pudesse acontecer, pois as falas das participantes se mostraram bastante reflexivas quando as mesmas se sentiram implicadas a pensar sobre o tema, no momento de sua participação na pesquisa, em especial durante a entrevista, denotando as contradições e a presença de novos e tradicionais lugares.

### **Considerações Finais**

Muito tem se discutido sobre as mudanças em relação aos papéis feminino e masculino na família, as quais são indiscutíveis, basta voltar à atenção para as transformações econômicas e históricas pelas quais a sociedade passou para refletir sobre como estas afetaram e tem afetado homens e mulheres. Contudo, tais mudanças não ocorrem de forma abrupta e homogênea para todos os seguimentos sociais, não sendo possível se generalizar tal situação. Dito isto, neste estudo se pode identificar que, em relação as participantes do mesmo, ainda está presente uma representação tradicional de mulher e de homem.

Nesse sentido, de uma maneira geral, as participantes referiram que a mulher é a grande responsável pela família, tanto para sua constituição quanto para o seu desenvolvimento. Ao passo que o homem, também de maneira geral, é visto como tendo menos participação nestas questões, por não se responsabilizar sobre elas, indicando a presença de uma visão estereotipada de ambos os gêneros. Ademais, em função desta percepção da pouca responsabilidade masculina, recairia sobre a mulher a tomada de decisão sobre as ações de contracepção.

Entende-se que tais concepções estão alicerçadas nos papéis que tradicionalmente foram delegados às mulheres e aos homens, sendo o da figura feminina a responsabilidade pelo cuidado da casa e dos filhos, e o masculino estaria alheio a estas questões. Contudo, considera-se importante destacar a existência de um discurso social que naturaliza essas questões, rotulando o que cabe à mulher, e que lhe seria apresentado como se fosse algo de sua natureza. Com isto acredita-se que estes discursos repetidos, os quais se encontram presentes no senso comum, podem explicar parte dos resultados presentes nos relatos das participantes.

Esta hipótese fica mais clara no momento em que as mesmas passaram a falar de suas experiências pessoais em relação à participação de seus companheiros na criação dos seus

filhos, e também em relação à anticoncepção. Tais experiências pareciam diferir em muito da representação geral de homem que elas relataram, visto que muitas referiram que seus companheiros dividiam as tarefas de casa com elas, bem como o cuidado com os filhos. Surpreendentemente, algumas delas referiram que seus companheiros as ajudavam com o método contraceptivo, pois isso seria algo de interesse do casal.

Em relação ao planejamento familiar, algumas referiram a importância deste ser feito pelo casal, sendo um acordo partilhado por ambos, o que pode indicar uma tendência ao desejo de relações mais igualitárias. Porém, neste ponto algumas mulheres referiram que, por mais que se trata de uma relação a dois, a decisão final sobre as questões reprodutivas deveria ser das mulheres, em função de se acreditar que o peso de uma gestação recai sobre elas, ainda que estejam em um relacionamento conjugal. Poderia estar pesando nessas afirmações certo poder atribuído as mulheres nesse aspecto, ou seja, a possibilidade de manter o controle, associada a presença de uma ideia de que o homem não teria a mesma implicação nos desdobramentos que advém do fato de ter filhos.

Com isto, entende-se que há uma sobreposição de aspectos tradicionais com os novos padrões de relações familiares que a literatura vem apontando, inclusive em relação ao planejamento familiar, pois ainda que algumas participantes pareçam desejar compartilhar as decisões deste âmbito com o parceiro, e reconhecem a importância disto para a dinâmica familiar, muitas vezes, isto não está presente na realidade. Destaca-se que nas unidades de ESF onde o estudo foi realizado, não havia ações específicas de planejamento familiar, e questões desta ordem estavam sendo tratadas nas agendas de preventivo, pré-natal, puericultura, agendas estas onde sabidamente o público é majoritariamente feminino. Dessa forma, entende-se que também as unidades de saúde podem estar influenciadas pelo senso comum, reforçando ideia de que a concepção/contracepção é um encargo predominantemente feminino.

É preciso problematizar isto que está colocado. Por que a decisão sobre a concepção/anticoncepção ainda vem sendo algo da mulher? Por que os homens não podem ter participação nisto? Por que se responsabiliza a mulher, e se desresponsabiliza o homem? Essas e outras perguntas que de alguma forma foram suscitadas pelas participantes precisam ser feitas, e em alguma medida respondidas tanto pelos pesquisadores, quanto pelos profissionais de saúde, para que se possa auxiliar no processo de transformação das relações, principalmente no que compete a uma parentalidade mais responsável e não baseada em estereótipos. Por fim, sugere-se a realização de outros estudos envolvendo a temática, que incluam a participação dos homens, os quais podem dar importante contribuição ao avanço do

tema, considerando que uma das limitações deste estudo foi ter como participantes apenas a população de mulheres. Temos certamente muitos desafios a enfrentar na busca pela implantação e implementação das políticas direcionadas a mulheres e homens.

### Referências

- Alves, A. P., Cúnico, S. D., Smaniotto, A. C., Pilecco, M. B., & Arpini, D. A. (2014). O mito do amor materno e suas implicações nas decisões judiciais. In D. M. Arpini & S. D. Cúnico (Eds.), *Novos olhares sobre a família: aspectos psicológicos, sociais e jurídicos* (pp. 55-70). Curitiba, Brasil: CRV.
- Amazonas, M. C. L., Vieira, L. L. F., & Pinto, V. C. (2011). Modos de subjetivação femininos, família e trabalho. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31(2), 314-327.
- Ariès, P. (2014). *História social da criança e da família* (2a ed.). (D. Flaksman, Trad). Rio de Janeiro: LTC. (Obra original publicada em 1960).
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bossardi, C. N., & Vieira, M. L. (2015). Ser mãe e ser pai: integração de fatores biológicos e culturais. In E. R. Goetz & M. L. Vieira (Eds.), *Novo pai: percursos, desafios e possibilidades* (pp. 15-30). Curitiba, Brasil: Juruá.
- Brasil. (1996) Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF.
- Brasil. (2004). *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2008). *Política nacional de atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes*. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2010). *Saúde sexual e saúde reprodutiva*. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde.
- Casarin, S. T., & Siqueira, H. C. H. (2014). Planejamento familiar e a saúde do homem na visão das enfermeiras. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 18(4), 662-668.
- Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento. (1994). *Relatório da*

- conferência Internacional sobre população e Desenvolvimento*. Cairo, Egito: Nações Unidas.
- Constituição da República Federativa do Brasil*. (1988). Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm)
- Corso, D. L., & Corso, M. (2011). *A psicanálise na Terra do Nunca: ensaios sobre a fantasia*. Porto Alegre, Brasil: Penso.
- Costa, J. F. (1983). *Ordem médica e norma familiar* (2a ed.). Rio de Janeiro, Brasil: Edições Graal.
- Cúnico, S. D., & Arpini, D. M. (2013). A Família em mudanças: desafios para a paternidade contemporânea. *Pensando Famílias*, 17(1), 28-40.
- Fernandes, M. F. M. (2003). Mulher, família e reprodução: um estudo de caso sobre o planejamento familiar em periferia do Recife, Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(2), 253-S261.
- Ferreira, R. V., Costa, M. R., & Melo, D. C. S. (2014). Planejamento Familiar: gênero e significados *Textos & Contextos*, 13(2), 387-397.
- Formiga Filho, J. F. N. (1999). Políticas de saúde reprodutiva no Brasil: uma análise do PAISM. In L. Galvão, & J. Díaz (Eds.), *Saúde sexual e reprodutiva no Brasil* (pp. 151-162). São Paulo: Hucitec.
- Fundo de População das Nações Unidas. (2008). *Planejamento Familiar no Brasil: 50 anos de história*. Conclusões do evento comemorativo ao Dia Mundial de População no Brasil. Brasília.
- Gaskell, G. (2013). Entrevistas individuais e grupais. In M. W. Bauer & G. Gaskell (Eds.), *Pesquisa qualitativa com texto: imagem e som: um manual prático* (11a ed., pp. 64-89). Petrópolis: Vozes.
- Gil, A. C. (1999). *Método e técnicas de pesquisa social* (5a ed.) São Paulo: Atlas.
- Grzybowski, L. S. (2007). *Parentalidade em tempo de mudanças: desvelando o envolvimento parental após o fim do casamento*. (Tese de Doutorado), Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.
- Grzybowski, L. S. (2011). Ser pai e ser mãe: como compartilhar a tarefa educativa após o divórcio. In A. e. a. Wagner (Ed.), *Desafios psicossociais da família contemporânea: pesquisa e reflexões* (pp. 112-122). Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Kehl, M. R. Em defesa da família tentacular. In G. C. Groeninga & R. da C. Pereira (Eds.), *Direito de família e psicanálise: rumo a uma nova epistemologia* (pp. 163-176). Rio de Janeiro: Imago.

- Manzini-Covre, M. de L. (2002). A família, o “feminino”, a cidadania e a subjetividade. In M. do C. B. de Carvalho (Ed.), *A família contemporânea em debate* (4a ed., pp. 105-122). São Paulo: EDUC/Cortez. (Obra original publicada em 1995).
- Marion, J., Ferreira, M., & Pereira, C. R. R. (2015). O homem, a paternidade e a família no contexto de baixa renda. In E. R. Goetz & M. L. Vieira (Eds.), *Novo pai: percursos, desafios e possibilidades* (pp. 149-180). Curitiba, Brasil: Juruá.
- Meyer, D. E. (2004). Direitos reprodutivos e educação para o exercício da cidadania reprodutiva: Perspectivas e desafios. In C. Fonseca et al. (Eds.), *Antropologia, diversidade e direitos humanos: diálogos interdisciplinares* (pp. 87-100). Porto Alegre: Editora da UFRGS.
- Minayo, M. C. de S. (1996). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (4a ed.). São Paulo: Hucitec.
- Minayo, M. C. de S. (2001). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes.
- Minayo, M. C. de S. (2013). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (13a ed.) São Paulo: Hucitec.
- Ministério da Saúde. (1984). *Assistência Integral à saúde da mulher: bases de ação programática*. Brasília.
- Moura, L. N. B., & Gomes, K. R. O. (2014). Planejamento familiar: uso dos serviços de saúde por jovens com experiência de gravidez. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(3), 853-863.
- Neder, G. (1994) Ajustando o foco das lentes: um novo olhar sobre a organização das famílias no Brasil. In S. M. Kaloustian (Ed.). *Família brasileira, a base de tudo* (10a ed., pp. 26-46). São Paulo: Cortez, Brasília: Unicef. (Obra original publicada em 1995).
- Pereira, L. C. B. (1978). Controle da população e ideologia. *Revista de administração de Empresas*, 18(4), 45-50.
- Perucchi, J., & Beirão, A. M. (2007). Novos arranjos familiares: paternidade, parentalidade e relações de gênero sob o olhar de mulheres chefes de família. *Psicologia Clínica*, 19(2), 57-69.
- Rizzini, I. (2001). Crianças, adolescentes e suas bases familiares: tendências e preocupações globais. In S. M. G. Souza & I. Rizzini (Eds), *Desenhos de família: criando os filhos, a família goianiense e os elos parentais* (pp. 23-44). Goiânia: Cãnone Editorial.
- Roudinesco, E. (2003). *A família em desordem*. (A. Telles, Trad.). Rio de Janeiro: Zahar.
- Silva, G. S., Landerdahl, M. C., Langendorf, T. F., Padoin, S. M. M., Vieira, L. B., & Anversa, E. T. R. (2013). Participação do companheiro no planejamento familiar sob a

- ótica feminina: estudo descritivo. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 12(4), 882-891.
- Silva, R. M., Araújo, K. N. C., Bastos, L. A. C., & Moura, E. R. F. (2011). Planejamento familiar: significado para mulheres em idade reprodutiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(5), 2415-2424.
- Staudt, A. C. P., & Wagner, A. (2011). A vivência da paternidade em tempos de diversidade. In A. Wagner (Ed.), *Desafios psicossociais da família contemporânea: pesquisas e reflexões*. (pp. 99-111). Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Scavone, L. (2001). Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero. *Interface - Saúde, Educação, Comunicação*, 5(8), 47-60.
- Takashima, G. M. K. (2011). O desafio da política de atendimento à família: dar a vida às leis – uma questão de postura. In S. M. Kaloustian (Ed.). *Família brasileira, a base de tudo* (10a ed., pp. 77-92). São Paulo: Cortez, Brasília: Unicef. (Obra original publicada em 1995).
- Turato, E. R. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis: Vozes.
- Vamos, C. A., Daley, E. M., Perrin, K. M., Mahan, C. S., & Buhi, E. R. (2011). Approaching 4 Decades of Legislation in the National Family Planning Program: An Analysis of Title X's History From 1970 to 2008. *American Journal of Public Health*, 101(11), 2027-2037.
- Vicente, C. M. (2011). O direito à convivência familiar e comunitária: uma política de manutenção de vínculo. In S. M. Kaloustian (Ed.). *Família brasileira, a base de tudo* (10a ed., pp. 47-59). São Paulo: Cortez, Brasília: Unicef. (Obra original publicada em 1995).
- Wulifan, J. K., Brenner, S., Jahn, A., & De Allegri, M. (2016). A scoping review on determinants of unmet need for family planning among women of reproductive age in low and middle income countries. *BMC Womens Health*, 16(1), 2. doi: 10.1186/s12905-015-0281-3

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa da qual se originou a presente dissertação foi qualitativa de cunho exploratório, cujo objetivo geral foi compreender a visão de mulheres atendidas em unidades de Estratégia de Saúde da Família em relação ao planejamento familiar. Para tanto, o presente estudo alinhou-se ao posicionamento epistemológico do materialismo dialético, visto que se pretendeu dar ênfase à dialética das relações entre o indivíduo e a sociedade, enfatizando o sujeito histórico, e situado em uma perspectiva econômica.

Ao finalizar este trabalho, percebeu-se de modo mais claro o quanto as ações de planejamento familiar podem ser importantes para o bem estar e saúde da população, visto que, longe de ser uma estratégia de controle demográfico, a possibilidade de poder planejar a família, o número e o espaçamento dos filhos que se deseja ter, ou não ter, traz influência direta à vida das pessoas. Tanto o é que o planejamento familiar faz parte das conquistas da luta pela cidadania e pelos Direitos Humanos, sendo considerado um direito humano fundamental à vida digna, de modo que as pessoas possam tomar decisões sobre a reprodução sem discriminação, coerção ou violência.

Contudo, a despeito da Lei nº 9263 e das diretrizes presentes no Sistema Único de Saúde em relação ao planejamento familiar, o que se verificou neste estudo foi uma lacuna entre o que está estabelecido nas políticas públicas e o que se oferta nos serviços de saúde. Através da pesquisa de campo se constatou que as ações de planejamento familiar nas unidades de ESF, de certa forma, estavam sendo conduzidas de maneira incipiente, visto que eram realizadas conforme a demanda dos usuários, sem estratégias definidas, a não ser pela distribuição dos métodos contraceptivos.

Esta situação pode ter contribuído para o desconhecimento das participantes da pesquisa a respeito do planejamento familiar, visto que as mesmas não identificavam ações desta natureza nas unidades em que eram atendidas, e muitas não sabiam do que se tratava o planejamento familiar. Somente uma participante referiu ter integrado um grupo desta agenda, o qual era conduzido pela unidade de ESF, a qual não realiza este grupo no momento. Esta experiência foi destacada pela participante como tendo sido de grande valor, visto que ela pode aprender com as trocas que eram realizadas, o que contribuiu para a clareza que ela tinha em relação ao planejamento familiar.

Cabe destacar que, embora muitas participantes não soubessem definir ao certo planejamento familiar, elas pareciam realizá-lo a sua maneira, com considerável grau de autonomia. Pode-se inferir que a primeira gestação foi determinante para que se construísse

este planejamento, na medida em que tornou a experiência da maternidade mais reflexiva. Outro aspecto que parece contribuir para esta reflexão é o grau de escolaridade, pois as participantes com maior escolaridade, principalmente aquelas que estão no ensino superior, parecem ponderar mais a maternidade em virtude de seus objetivos na carreira profissional.

Outro objetivo do estudo foi o de compreender, não apenas como as participantes se situavam em relação ao planejamento familiar, mas também como se organizavam em família e como significavam esta, visto que tal entendimento pode contribuir para a construção de ações nas unidades de ESF que vão ao encontro das necessidades e vivências da população. Nesse sentido, se pode verificar uma pluralidade de configurações familiares, as quais estão constituídas em função dos laços afetivos que se estabelece entre os membros da família, a qual é reconhecida como a principal rede de apoio. Dessa forma, a família foi definida como algo de grande valor, tendo significado de união e amor, porém, não é entendida como estática, pois vive processos de mudança na relação entre seus membros.

Tal processo de mudança, por exemplo, está presente em relação à participação dos homens na dinâmica familiar. Algumas participantes referiram que seus companheiros apresentam atitudes participativas no cuidado com os filhos, assim como envolvimento na utilização do método contraceptivo, visto que se trata de algo que é de interesse do casal. Contudo, as participantes têm uma visão geral de que a mulher é a principal responsável pela anticoncepção, já que sobre ela recaem os cuidados com os filhos, visto que o homem é visto como menos implicado nesta questão. Sobre isso, entende-se que há uma sobreposição de valores tradicionais e novas formas de se relacionar em família, até mesmo porque os processos de mudança não acontecem de forma abrupta para toda a sociedade.

A partir destes resultados, acredita-se ser importante que os profissionais que trabalham com famílias estejam atentos às singularidades das diferentes experiências familiares, a fim de que efetivamente se possam atender as demandas dos usuários, em especial nas ações de planejamento familiar, foco deste estudo. É preciso que se reconheça a pluralidade que está presente na família, visto que não há um modelo de família a ser seguido, especialmente se tratando dos diferentes contextos que compõem a realidade brasileira. Sobretudo quando se trabalha com planejamento familiar, faz-se necessário ter em mente de que família se está tratando, de modo a evitar atravessamentos etnocêntricos. Entende-se que somente deste modo se torna possível auxiliar com qualidade os usuários das unidades de ESF a realizarem seu planejamento familiar.

Sabe-se que muitos fatores estão relacionados ao planejamento familiar, como fatores ligados às questões de gênero, fatores sociais, econômicos, de gestão, e também os



relacionados aos aspectos emocionais e inconscientes. Com isto, pretende-se dizer que não se trata de uma temática simples, mas que precisa ser discutida de modo que se produza um exercício reflexivo sobre parentalidade e família. Acredita-se que tal discussão deve ser compartilhada entre a população atendida, os profissionais de saúde, e também pesquisadores, de modo que se construam ações de planejamento familiar próximas da realidade da população e dos serviços.

Cabe ressaltar que a presente pesquisa apresenta resultados que dizem respeito à visão sobre o planejamento familiar de uma parcela de mulheres atendidas em unidades de ESF, as quais residem em periferia urbana, e que estão inseridas em uma cultura singular. Deste modo, pode-se pensar que há outras perspectivas em relação ao planejamento familiar, que poderão ser desvelados em estudos com mulheres e homens pertencentes a outras classes sociais, e/ou residentes em outras regiões do país, até mesmo em função de que não se objetivou generalizar tais resultados.

Por fim, ressalta-se que este estudo buscou contribuir com a discussão acerca do planejamento familiar e das configurações familiares, e se faz importante que haja outras reflexões a respeito desta temática. Como sugestão, acredita-se ser importante que outros estudos busquem abarcar a visão dos homens em relação ao planejamento familiar, a fim de contribuir para a construção de estratégias que os integrem nesta agenda, visto que planejar a família é uma questão que diz respeito tanto às mulheres quanto aos homens.

## REFERÊNCIAS

ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. Tradução: Dora Flaksman. 2.ed. Rio de Janeiro: LTC, 2014.

ÁVILA, M. B.; CORRÊA, S. O movimento de saúde e direitos reprodutivos no Brasil: revisitando percursos. In: GALVÃO, L.; DÍAZ, J. (Orgs.) **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**, São Paulo: Hucitec, 1999. p. 70-102.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BILAC, E. D. Família: algumas inquietações. In: CARVALHO, M, do C., B. (Org.) **A família contemporânea em debate**. 4.ed. São Paulo: EDUC/Cortez, 2002. p. 29-38.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

BRASIL. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 de janeiro de 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CARVALHO, M, do C., B. O lugar da família na política social. In: CARVALHO, M, do C., B. (Org.) **A família contemporânea em debate**. 4.ed. São Paulo: EDUC/Cortez, 2002. p. 15-27.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução nº 016 de 20 de dezembro de 2000**. Dispõe sobre a realização de Pesquisa em Psicologia com Seres Humanos. Brasília, 2000.

CORSO, D. L.; CORSO, M. **A psicanálise na Terra do Nunca: ensaios sobre a fantasia**. Porto Alegre: Penso, 2011.

COSTA, A. C. G. da. A família como questão social no Brasil. In: KALOUSTIAN, S. M. (Org.). **Família brasileira, a base de tudo**. 10.ed. São Paulo: Cortez, Brasília: Unicef, 2011. p. 19-25.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

FIGUEIREDO, E. N., **Estratégia de Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: diretrizes e fundamentos**. São Paulo: UNA-SUS, 2011.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de saúde pública**, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008

FORMIGA FILHO, J. F. N. Políticas de saúde reprodutiva no Brasil: uma análise do PAISM. In: GALVÃO, L.; DÍAZ, J. (Orgs.) **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**, São Paulo: Hucitec, 1999. p. 151-162.

FREUD, S. **O mal-estar na cultura**. Tradução: Renato Zwick. Porto Alegre: L&PM, 2010.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Orgs.) **Pesquisa qualitativa com texto: imagem e som: um manual prático**. 11.ed. Petrópolis: Vozes, 2013. p. 64-89.

GENOFRE, R. M. Família: uma leitura jurídica. In: CARVALHO, M, do C., B. (Org.) **A família contemporânea em debate**. 4.ed. São Paulo: EDUC/Cortez, 2002. p. 97-104.

GIL, A. C. **Método e técnicas de pesquisa social**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GOLDANI, A. M. Família, gênero e políticas: famílias brasileiras nos anos 90 e seus desafios como fator de proteção. **Revista Brasileira de Estudos da População**, v.19, n.1, p. 29-48, 2002.

GRISARD FILHO, W. Famílias reconstituídas: breve introdução ao seu estudo. In: GROENINGA, G. C.; PEREIRA, R. da C. (Orgs.) **Direito de família e psicanálise: rumo a uma nova epistemologia**. Rio de Janeiro: Imago, 2003. p. 255-268.

GROENINGA, G. C. Família: um caleidoscópio de relações. In: GROENINGA, G. C.; PEREIRA, R. da C. (Orgs.) **Direito de família e psicanálise: rumo a uma nova epistemologia**. Rio de Janeiro: Imago, 2003. p. 125-142.

GRZYBOWSKI, L. S. Famílias monoparentais: Mulheres divorciadas chefes de família. In: WAGNER, A. (Org.) **Família em cena: tramas, dramas e transformações**. Petrópolis: Vozes, 2002. cap. 2, p. 39-53.

GRZYBOWSKI, L. S. Ser pai e ser mãe: como compartilhar a tarefa educativa após o divórcio? In: WAGNER, A. et al. (Orgs.) **Desafios psicossociais da família contemporânea: pesquisas e reflexões**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 112-122.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2012: Resultados gerais da amostra**. Rio de Janeiro, 2012.

KALOUSTIAN, S. M. (1994). **Família brasileira, a base de tudo**. 10.ed. São Paulo: Cortez, Brasília: Unicef, 2011.

KEHL, M. R. Em defesa da família tentacular. In: GROENINGA, G. C.; PEREIRA, R. da C. (Orgs.) **Direito de família e psicanálise: rumo a uma nova epistemologia**. Rio de Janeiro: Imago, 2003. p. 163-176.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4.ed. São Paulo: Hucitec, 1996.

MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13.ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MEYER, D. E. Direitos reprodutivos e educação para o exercício da cidadania reprodutiva: Perspectivas e desafios. In: FONSECA, C. et al. (Orgs). **Antropologia, diversidade e direitos humanos: diálogos interdisciplinares**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004. p. 87-100.

MOREIRA, M. I. C. **Novos rumos para o trabalho com famílias**. São Paulo: NECA – Associação dos Pesquisadores de Núcleos de Estudos e Pesquisa sobre a Criança e o Adolescentes, 2013.

MONTEIRO, L. P.; CARDOSO, N. A. Família e criação de filhos. In: SOUZA, S. M. G.; RIZZINI, I. (Org). **Desenhos de família: criando os filhos, a família goianiense e os elos parentais**. Goiânia: Cãnone Editorial, 2001. p. 95-115.

NEDER, G. (1994) Ajustando o foco das lentes: um novo olhar sobre a organização das famílias no Brasil. In: KALOUSTIAN, S. M. (Org.). **Família brasileira, a base de tudo**. 10.ed. São Paulo: Cortez, Brasília: UNICEF, 2011. p. 26-46.

ROMANELLI, G. Autoridade e poder na família. In: CARVALHO, M, do C., B. (Org.) **A família contemporânea em debate**. 4.ed. São Paulo: EDUC/Cortez, 2002. p. 73-88.

ROUDINESCO, E. **A família em desordem** Tradução: André Telles Rio de Janeiro: Zahar, 2003.

ROURE, G. Q. de; COELHO, J. M.; RESENDE, J. C. Família contemporânea: entre o passado e o futuro. In: SOUZA, S. M. G.; RIZZINI, I. (Org). **Desenhos de família: criando os filhos, a família goianiense e os elos parentais**. Goiânia: Cãnone Editorial, 2001. p. 193-215.

PERES, V. L. A. Desenhos de família. In: SOUZA, S. M. G.; RIZZINI, I. (Org). **Desenhos de família: criando os filhos, a família goianiense e os elos parentais**. Goiânia: Cãnone Editorial, 2001. p. 73-93.

RIZZINI, I. Crianças, adolescentes e suas bases familiares: tendências e preocupações globais. In: SOUZA, S. M. G.; RIZZINI, I. (Org). **Desenhos de família: criando os filhos, a família goianiense e os elos parentais**. Goiânia: Cãnone Editorial, 2001. p. 23-44.

SARTI, C. A. **A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres**. 7.ed. São Paulo: Cortez, 2011.

SILVA, M. L. et al. Da normatização à compreensão: caminhos construídos para a intervenção familiar. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, v.20, n.1-2, p.13-21, 2012.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes, 2003

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA. **Manual de dissertações e teses da UFSM**: estrutura e apresentação. Santa Maria: Editora da UFSM, 2015.

VASCONCELOS, C. M. de; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. de S. et. al. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 531-562.

WAGNER, A. Possibilidades e potencialidades da família: A construção de novos arranjos a partir do recasamento. In: WAGNER, A. (Org.) **Família em cena**: tramas, dramas e transformações. Petrópolis: Vozes, 2002. cap. 1, p. 23-38.

## ANEXO A - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



*Prefeitura Municipal de Santa Maria*  
*Secretaria de Município da saúde*  
*Núcleo de Educação Permanente*  
 e-mail: nepessantamaria@gmail.com – Fone (55) 3921-7201

### AUTORIZAÇÃO

Vimos por meio deste informar que o projeto de mestrado intitulado “Planejamento familiar sob a ótica de usuários de ESF do município de Santa Maria” de autoria da acadêmica **Caroline de Oliveira Mozzaquatro**, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde/UFSM, poderá ser desenvolvido junto a rede de saúde pública do Município de Santa Maria-RS, mediante aprovação prévia do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos – CEP da referida Instituição.

O projeto de pesquisa tem por objetivo conhecer a opinião de usuários da ESF no município de Santa Maria acerca do planejamento familiar.

Os sujeitos de estudo serão usuários por ESF integrantes do estudo que são Bela União, Santos, Maringá e São João.

**Ressaltamos que a coleta de dados somente poderá ser iniciada mediante apresentação do documento fornecido pelo CEP.**

Na certeza de compartilharmos interesses comuns. Sendo o que tínhamos para o momento.

Santa Maria, 07 de outubro de 2014.

*Flávia Geyrak*

*R* Sociólogo Rodrigo Silva Jardim  
 Núcleo de Educação Permanente da Saúde  
 Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria

*Prefeitura Municipal de Santa Maria*  
*Secretaria de Município da Saúde*  
*Núcleo de Educação Permanente de Saúde*  
*Protocolo Nº 00442014/0000*

## ANEXO B - REGISTRO DO SORTEIO DE ESF PARA REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

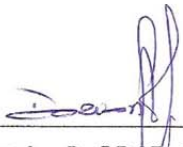
**Pesquisa de mestrado em Psicologia:** Planejamento familiar sob a ótica de usuários de Estratégias de Saúde da Família do município de Santa Maria.

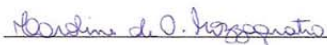
**Pesquisador responsável:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Dorian Mônica Arpini

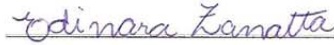
### Registro do sorteio das Estratégias de Saúde da Família que integrarão o estudo

Considerando as especificidades da pesquisa e o grande número de Estratégias de Saúde da Família (ESF) no município de Santa Maria RS, se utilizou como critério para a realização das entrevistas a representação de uma ESF por região administrativa da cidade. Para tanto se averiguou as ESF distribuídas por região. Essas regiões estão divididas em Norte/Nordeste, Sul/Centro-Oeste, Leste/Centro-Leste, Oeste e Centro, das quais somente a região Centro não conta com ESF. Posteriormente se realizou um sorteio para definir a ESF que fará parte da pesquisa, representando uma região. Este sorteio ocorreu no Departamento de Psicologia da UFSM, sala nº 320, rua Floriano Peixoto nº 1750, 3º andar, no dia 08 de setembro de 2014, com a presença da mestranda autora da pesquisa Caroline de Oliveira Mozzaquatro, da orientadora Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Dorian Mônica Arpini e da Edinara Zanatta. Ressalta-se que não foi incluída no sorteio aquela região em que não existe ESF, e por isso não poderá ser representada na pesquisa. Deste modo, tem-se a seguinte constituição de ESF por região administrativa que farão parte da pesquisa:

REGIÃO	ESF
Norte/Nordeste	Bela União
Leste/Centro-Leste	Maringá
Sul/Centro-Oeste	Santos
Oeste	São João

  
 Orientadora Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Dorian Mônica Arpini

  
 Mestranda Caroline de Oliveira Mozzaquatro

  
 Mestranda Edinara Zanatta

Santa Maria, 08 de setembro de 2014

## ANEXO C – ROTEIRO DA ENTEVISTA SEMIESTRUTURADA

### **Dados da participante**

Idade:

Relacionamento atual:

Filhos/idade:

Número de pessoas com quem mora:

Quem são essas pessoas:

Bairro onde mora:

Escolaridade:

Trabalho:

### **Tópicos guia para entrevista**

#### 1) Estratégia de Saúde da Família e Planejamento Familiar

- Você costuma frequentar a Estratégia de Saúde da Família;
- Que serviços você utiliza com mais frequência;
- Em caso de não ser referenciado o Planejamento Familiar, abordar:
- Você frequenta o planejamento Familiar. Em caso afirmativo;
- Com que frequência, que demanda você traz para o serviço, que percepção tem do serviço oferecido.

#### 2) Configuração Familiar

- Como é a organização da sua família, com quem mora, relações mais significativas;
- Como você definiria uma família;
- Você identifica mudanças nas concepções de família. Em caso afirmativo, quais seriam?
- Na sua percepção o planejamento familiar atende a perspectiva de família.

#### 3) Homens e Mulheres

- Como você percebe a utilização dos métodos contraceptivos;
- Como você vê a utilização dos métodos por homens e mulheres;
- Quem você acha que é responsável pelo planejamento familiar no casal (ou no contexto familiar)
- Como você vê a utilização do planejamento familiar pelos homens



## ANEXO D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisadora responsável: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Dorian Mônica Arpini

Endereço: Rua Floriano Peixoto, 1750, 3º andar. Telefone: (55) 3220-9231.

**Pesquisa:** Planejamento familiar sob a ótica de usuários de Estratégias de Saúde da Família do município de Santa Maria.

Estamos realizando uma pesquisa que tem por objetivo conhecer a opinião de usuários da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município de Santa Maria acerca do planejamento familiar. Deste modo, convidamos você para integrar nosso estudo, que terá também como participantes outros usuários de ESF do município que são atendidos nestas através da agenda do Planejamento Familiar. Para a coleta de dados, serão realizadas entrevistas, que serão realizadas por meio de um encontro com cada participante. As entrevistas serão realizadas em locais previamente agendados com você, e serão gravadas em áudio para posterior transcrição e análise do material. Ressaltamos que sua identidade, assim como a dos demais participantes, serão mantidas em sigilo, sem identificação de nomes ou outra informação que possam vir a identificá-los.

Você poderá solicitar esclarecimentos sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados com a pesquisa, podendo interromper sua participação a qualquer momento, sem que isto lhe traga prejuízo. Considerando a técnica a ser utilizada para a realização da pesquisa, bem como o fato de que esta não tem o objetivo de testar nem experimentar procedimentos novos, julga-se, portanto, a existência de riscos mínimos para você e os demais participantes. Contudo, caso sejam identificadas situações, durante a realização da entrevista, de desconforto psicológico, a pesquisadora responsabilizar-se-á por avaliar a situação e, se houver necessidade de atendimento psicológico, fará o encaminhamento. Os benefícios deste estudo podem advir da disponibilidade de escuta oferecida pela pesquisadora e pela reflexão oportunizada no momento da realização da entrevista. Todo material desta pesquisa será mantido em sigilo no Departamento de Psicologia da UFSM, sendo destruído após cinco anos da realização das entrevistas.

Agradecemos sua colaboração para a realização desta pesquisa e colocamo-nos à disposição para esclarecimentos adicionais com a pesquisadora-orientadora do projeto, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Dorian Mônica Arpini, que pode ser contatada pelo telefone: (55) 3220-9231, e a pesquisadora Caroline de Oliveira Mozzaquatro - fone (55) 91477937. Os contatos do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM são: Av. Roraima, 1000 – Prédio da Reitoria – 7º andar – sala 702 – Camobi – Santa Maria – telefone (55) 3220-9362.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Participante

---

Responsável do Projeto