

FACULDADE LABORO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO: AUDITORIA PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE
NIELSEN CRISTIANE PRIVADO SANTOS

DIFICULDADES PARA ADESÃO DO HOMEM AO PLANEJAMENTO FAMILIAR

São Luís
2016

NIELSEN CRISTIANE PRIVADO SANTOS

,

DIFICULDADES PARA ADESÃO DO HOMEM AO PLANEJAMENTO FAMILIAR

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Auditoria Planejamento e Gestão em Saúde da Faculdade Laboro, para obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Prof^ª. Rosemary Ribeiro Lindholm

São Luís
2016

NIELSEN CRISTIANE PRIVADO SANTOS

DIFICULDADES PARA ADESÃO DO HOMEM AO PLANEJAMENTO FAMILIAR

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Auditoria Planejamento e Gestão em Saúde da Faculdade Laboro, para obtenção do título de Especialista.

Aprovada em ___ / ___ / ____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Rosemary Ribeiro Lindholm (Orientadora)
Mestre em Enfermagem Pediátrica
Universidade São Paulo – U.S.P

Prof^a. Mônica Elinor Alves Gama – Examinadora
Doutora em Medicina
Universidade São Paulo – U.S.P

São Luís
2016

RESUMO

Introdução: O Planejamento Familiar é um programa que leva em consideração a liberdade do casal em decidir o número de filhos que podem ou querem ter. Existe resistência do gênero masculino para adesão aos programas dos serviços de saúde, entre estes o de Planejamento Familiar, oriunda de fatores sociais e culturais ligados, em geral, ao gênero. **Objetivo:** Analisar os motivos pelos quais os homens não aderem às ações de Planejamento Familiar descritos na literatura; identificar o perfil dos homens que comparecem aos serviços de Planejamento Familiar quanto as variáveis: faixa etária, estado civil, escolaridade e situação profissional; descrever os principais motivos que levam a baixa adesão dos homens às ações de Planejamento Familiar; conhecer as principais estratégias utilizadas para inserção do homem no contexto do Planejamento Familiar. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem quantitativa realizada através de revisão bibliográfica em artigos científicos encontrados em diferentes bancos de dados: *Scientific Electronic Library Online (SCIELO)*, Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), no período de maio e junho/2015, onde foram selecionadas 14 publicações. **Resultados:** A maioria dos autores evidenciaram que o perfil dos homens que comparecem aos serviços de Planejamento Familiar são caracterizados por adultos-jovens com faixa etária de 18-47 anos, casados ou em união consensual, com ensino médio completo e incompleto e desempregados. Houve consenso na literatura quanto à responsabilização feminina como principal motivo que levam à baixa adesão dos homens as ações de Planejamento Familiar. Além disso, ressaltou-se como principal estratégia utilizada para a inserção do homem no contexto do programa de saúde da família, a realização de campanhas de prevenção contra o câncer de pênis e próstata. **Conclusão:** Evidenciou-se a necessidade de ampliação do acesso da figura masculina, assim como de toda população aos serviços de Planejamento Familiar, assim como a importância da contextualização e inserção do processo educativo nas ações de saúde no que se refere à contracepção com ênfase para a promoção da saúde e inclusão da população.

Palavras-chave: Planejamento Familiar. Homem. Adesão.

ABSTRACT

Introduction: The Family Planning is a program that takes into account the freedom of couples to decide the number of children they can or want to have. There is male resistance to adherence to the programs of health services, among them the family planning, derived from social and cultural factors linked in general to the genre. **Objective:** To analyze the reasons why men do not adhere to the actions of Family Planning in the literature; identify the profile of men who attend to family planning services as the variables: age, marital status, education and employment status; describe the main reasons that lead to poor adherence of men to family planning activities; know the main strategies used for human insertion in the context of family planning. **Methodology:** This is a descriptive research with quantitative approach carried out through an extensive review of scientific articles found in different databases: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Latin American and Caribbean Health Sciences (LILACS) and Library Virtual Health (BVS), between May and June / 2015, where 14 publications were selected. **Results:** Most of the authors have shown that the profile of men who attend to family planning services are characterized by young adults aged between 18-47 years, married or in a consensual union, with completed secondary education and incomplete and the unemployed. There was consensus in the literature regarding women's empowerment as the main reason leading to poor adherence of men to family planning activities. In addition, it was pointed out as the main strategy used for the insertion of man in the context of family health program, conducting prevention campaigns against penile cancer and prostate cancer. **Conclusion:** It was evident the need for enlargement of the male figure access, as well as the entire population to family planning services as well as the importance of contextualization and integration of the educational process in health care with regard to contraception emphasizing health promotion and inclusion of the population.

Keywords: Family planning. Man. Accession.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DIU	Dispositivo Intra-uterino
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Equipe de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PAISM	Política de Atenção Integral a Saúde da Mulher
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PSA	Antígeno Prostático
MS	Ministério da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição numérica e percentual dos motivos da não adesão dos homens às ações de Planejamento	21
Tabela 2	Familiar..... Distribuição numérica e percentual das variáveis faixa etária, estado civil, escolaridade e situação profissional referente ao perfil dos homens que comparecem aos serviços de Planejamento Familiar.....	24
Tabela 3	Distribuição numérica e percentual das principais estratégias utilizadas para inserção do homem no contexto do Planejamento Familiar.....	27

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVOS.....	14
2.1	Geral.....	14
2.2	Específicos.....	14
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	15
3.1	Abordagem sobre o Planejamento Familiar no Brasil.....	15
3.2	Participação da Figura Masculina no Planejamento Familiar...	17
4	METODOLOGIA	20
4.1	Tipo de Estudo.....	20
4.2	Fonte e Coleta de Dados.....	20
4.3	Critérios de Inclusão e Não Inclusão.....	20
4.4	Análise de Dados.....	21
5	RESULTADO E DISCUSSÃO.....	22
6	CONCLUSÃO.....	29
	REFERÊNCIAS.....	30
	APÊNDICE	33

1 INTRODUÇÃO

O Planejamento Familiar é um programa que leva em consideração a liberdade do casal em decidir o número de filhos que podem ou querem ter. Para isso é importante permitir ao casal a responsabilidade da tomada de decisão quanto à constituição da família, esta que deve estar condicionada à necessidade do acompanhamento por profissionais de saúde que estejam com atenção voltada às variáveis sociais de saúde reprodutiva, de educação sexual e prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST'S) (SAUTHIER; GOMES, 2009).

Observa-se, porém, nas ações de planejamento reprodutivo uma dificuldade de adesão de homens aos serviços de saúde, o que interfere na qualidade do serviço prestado, visto que na tentativa de inserir a população masculina nos programas de Planejamento Familiar, estes serviços acabam centralizando suas ações para realização de vasectomia e oferta de preservativos, com o intuito de prevenir DST'S. Entretanto, sabe-se que somente essas ações não são suficientes para a abordagem do homem no Planejamento Familiar, sendo necessário ampliar a participação masculina nas consultas de planejamento (BRITO; SANTOS, 2011).

As ações de Planejamento Familiar foram implementadas desde 1984, estando amparado pela Constituição Federal, em seu artigo 226, parágrafo 7º e pela Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996 que regulamenta sua funcionalidade. Segundo estes documentos, o Planejamento Familiar trata-se de um dispositivo de direito que garante às mulheres, homens e casais a oportunidade de realização de uma escolha livre e orientada de métodos que garantam a concepção ou anticoncepção. Para tanto, o Estado deve prover recursos educacionais e tecnológicos para o exercício desse direito, bem como profissionais de saúde capacitados para desenvolverem as referidas ações (BRASIL, 2005).

Tendo em vista que a figura do homem, devido aspectos históricos enraizados em sua criação, afasta-se das situações consideradas próprias do gênero feminino, acaba se responsabilizando apenas pela provisão de recursos financeiros para sustento da família, condicionando à mulher as decisões relacionadas à reprodução e responsabilização sobre o novo membro da família.

Tal atitude limita a efetividade das ações de saúde reprodutiva, uma vez que estes acabam não recebendo informações adequadas que os possibilitam o reconhecimento dos métodos contraceptivos para fazer suas escolhas de forma orientada e com autonomia segundo seus direitos legais. Enfatiza-se que essas informações abrangem orientações sobre saúde sexual e reprodutiva, com disposição de métodos e técnicas para o controle da fecundidade (PIERRE; CLAPIS, 2010; BRITO; SANTOS, 2011).

Destaca-se que as ações do Planejamento Familiar abrangem não somente campos da saúde, mas também da biologia, ética, política e social. Isso ocorre devido aos aspectos relacionados com as condições socioeconômicas para a geração de filhos, bem como a existência de uma relação com o controle da taxa de natalidade e atenção à saúde. Outro aspecto levantado por este autor é a maneira como os profissionais têm executado as ações de Planejamento Familiar no sentido de que os mesmos acabam escolhendo os métodos contraceptivos pelos pacientes, não permitindo que os mesmos tenham autonomia de escolha, quando, no entanto, por lei essa autonomia deve ser dada ao paciente (FERREIRA et al., 2014).

Complementando esta problemática, Sauthier e Gomes (2009) afirmam que a prática da contracepção foi, ao longo do tempo, se caracterizando como uma responsabilidade feminina, já que os papéis sexuais dos homens e das mulheres são diferentes na nossa sociedade.

Conforme Fontes et al. (2011), a ausência da figura masculina nos serviços de saúde e Planejamento Familiar está condicionada a fatores sociais e culturais ligados ao gênero, determinados pela resistência do homem de ser reconhecido que é um ser frágil e passível de doenças devido aspectos intrínsecos de sua condição biológica.

A adesão do homem ao Planejamento Familiar tem sido alvo de lutas, onde alternativas tem sido idealizadas na perspectiva de organização dos serviços e inserção da figura masculina nas unidades de saúde como uma das estratégias para viabilização da promoção da saúde. Para isso, foi formulada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) pelo Ministério da Saúde (MS), no ano de 2008, com a proposição de despertar o interesse dos homens para a procura dos serviços de saúde e promover qualificação da saúde da população masculina com vista à integralidade da

atenção e reconhecimento da necessidade da população a uma atenção especializada, sem restrição da saúde somente a recuperação, garantindo, sobretudo, a promoção da saúde e prevenção de agravos evitáveis (BRASIL, 2008).

Entretanto, apesar da PNAISH ser uma lei implementada nas políticas públicas onde uma de suas orientações é a participação masculina no Planejamento Familiar, é possível constatar as necessidades do gênero masculino por esse tipo de assistência (BRITO; SANTOS, 2011).

A ausência da figura masculina repercute sobre os trabalhos da equipe de saúde, uma vez que a decisão sobre ter filhos é de responsabilidade do casal e a ausência do homem, promove o retardamento de decisões do casal em relação à escolha do método contraceptivo que deve ser utilizado. (PEREIRA, 2010).

Partindo desse pressuposto, fica evidente a necessidade da participação masculina no Planejamento Familiar, somada a quebra de tabus que influenciam em seu afastamento das atividades e responsabilização da figura feminina ao processo reprodutivo (MORAIS et al., 2014).

Sendo assim, diante dos fatores determinantes para a não adesão do homem ao serviço de Planejamento Familiar, Bezerra e Rodrigues (2010) consideram que os profissionais da área da saúde devam ter conhecimento acerca das necessidades e principais problemas pertinentes da população-alvo, para a criação de programas e estratégias qualificados de saúde sexual e reprodutiva, com enfoque ao público feminino e masculino, ressaltando a importância da participação de ambos para a construção da família, sexualidade do casal e prevenção de DST'S.

Tendo em vista que a inserção da figura masculina no Planejamento Familiar tem sido caracterizada apenas por ações de oferta de preservativos que objetivam a prevenção de DST'S ou pela realização de vasectomia, identifica-se a necessidade da atuação de profissionais da área da saúde nesses programas para oferecer informações acerca da anticoncepção, reprodução, direitos reprodutivos, com vista a ampliar a participação masculina nas consultas do Planejamento Familiar e estabelecer igualdade de gênero de homens e mulheres responsáveis neste processo (BRITO; SANTOS, 2011).

O interesse pela presente pesquisa surgiu mediante a identificação da

ausência da figura masculina nos atendimentos em Planejamento Familiar realizados nos estágios pertencentes à estrutura curricular da graduação em Enfermagem. Reconhecendo-se a importância da participação do homem na anticoncepção junto à sua parceira, objetivou-se buscar na literatura publicações com abordagem na dificuldade de participação masculina no Planejamento Familiar.

Torna-se relevante a realização da presente pesquisa tendo em vista a contribuição da mesma para maior adesão de homens ao Planejamento Familiar e visibilidade do mesmo. Evidencia-se a importância da realização de pesquisas futuras acerca da participação masculina no Planejamento Familiar e as variáveis dificultadoras e facilitadoras nesse processo, tendo em vista a escassez de publicações sobre a temática. Espera-se contribuir para a capacitação e sensibilização dos profissionais da saúde em práticas educativas sobre os direitos sexuais e reprodutivos, de modo a realizarem o acolhimento do público masculino nos serviços de saúde e Planejamento Familiar e despertar no homem o interesse em ser protagonista desse evento, tendo em vista sua importância no campo da saúde sexual e reprodutiva.

Desta forma torna-se imprescindível pesquisar sobre este tema uma vez que compreendendo os motivos que levam esta referida população procurar menos os serviços de saúde pode-se estabelecer estratégias de promoção, proteção e recuperação eficazes capaz de atingir esta demanda cada vez mais distante.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar os motivos pelos quais os homens não aderem às ações de Planejamento Familiar descritos na literatura.

2.2 Específicos

- Identificar o perfil dos homens que comparecem aos serviços de Planejamento Familiar quanto as variáveis: faixa etária, estado civil, escolaridade e situação profissional;
- Descrever os principais motivos que levam a baixa adesão dos homens às ações de Planejamento Familiar.
- Destacar as principais estratégias utilizadas para inserção do homem no contexto do Planejamento Familiar.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Abordagem sobre o Planejamento Familiar no Brasil

A Carta Magna implementada pela Constituição Federal de 1988 através do Movimento da Reforma Sanitária, passou a valorizar as práticas de educação em saúde e sexualidade, com o propósito de garantir as pessoas métodos de escolha e controle da fertilidade. Somado a essa conquista, a Constituição Federal consagrou o direito ao Planejamento Familiar como diretriz para controle demográfico (COSTA et al., 2006).

Nos anos 60 no Brasil, o crescimento populacional foi identificado como exacerbado, fazendo com que o país adotasse uma postura pró-natalista, com distribuição de anticoncepcionais, no intuito de as mulheres diferenciarem a sexualidade de procriação. Entretanto, sem a oportunidade de uma assistência adequada, a contracepção comprometia a saúde da população e as tornava mais dependentes dos serviços médicos. Somente no final da década de 70, houve interesse dos órgãos políticos e de saúde para a defensoria da fecundidade como direito de todos. A reivindicação feminista foi possibilitada através do Programa de Assistência Integral da Saúde da Mulher (PAISM), em seu sub-programa Planejamento Familiar, que tinha como premissa o reconhecimento do direito das pessoas de possuir livre escolha dos padrões de reprodução e intervenção caso desejado (BRASIL, 2008).

Para Ósis et al. (2006) os primeiros esforços para implementar as ações de Planejamento Familiar foram através da provisão de insumos contraceptivos para os serviços públicos de saúde e a capacitação dos profissionais para promoverem atenção em Planejamento Familiar com qualidade, mas não obtiveram sucesso e efetividade das ações na próxima década, devido a dificuldade de gestores no recebimento de insumos o que repercutia na falta de

métodos anticoncepcionais nos serviços de saúde.

No ano de 1996, um projeto de lei assegurado pela Constituição Federal, foi aprovado pelo Congresso Nacional determinando que o Planejamento Familiar seja um conjunto de ações que auxiliam as pessoas que pretendem ter filhos e também que preferem adiar o crescimento da família, que deve ser assegurado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) a fim de suprir as necessidades do casal relacionadas à concepção e contracepção (BRASIL, 2012).

Para Moraes et al. (2014a, p.499) entende-se por Planejamento Familiar:

“[...] um direito ao acesso à informação, à assistência especializada e aos recursos que permitam optar livre e conscientemente por ter ou não ter filhos, o número, o espaçamento entre eles e a escolha do método anticoncepcional mais adequado de forma livre sem discriminação, coerção ou violência”.

Este projeto estabelece que é dever do SUS, em todos os seus níveis, garantir à mulher, ao homem ou ao casal, em toda a sua rede de serviços, assistência à concepção e contracepção como parte das demais ações que compõem a assistência integral à saúde. Esta Lei estabelece a inserção das práticas da laqueadura de trompas e da vasectomia dentro das alternativas de anticoncepção, definindo critérios para sua utilização e punições para os profissionais de saúde que as realizarem de maneira inadequada e/ou insegura. Neste sentido, o Planejamento Familiar deve ser tratado dentro do contexto dos direitos reprodutivos, tendo, portanto, como principal objetivo garantir às mulheres e aos homens um direito básico de cidadania, previsto na Constituição Brasileira: o direito de ter ou não filhos/as (BRASIL, 2002).

Para o MS, a assistência em métodos contraceptivos se divide de acordo com os mecanismos de ação (BRASIL, 2005):

- a) Métodos de barreira: preservativos masculinos e femininos; diafragma; espermicidas, que não permitem a passagem dos espermatozoides para o canal cervical;
- b) Métodos hormonais: pílulas e anticoncepcionais injetáveis;

- c) Dispositivo Intra-Uterino (DIU): barreira para fecundação;
- d) Métodos cirúrgicos: laqueadura tubária e vasectomia;
- e) Métodos comportamentais: observação do comportamento do ciclo menstrual;
- f) Contracepção de emergência: pílula do dia seguinte (pílula com capacidade de evitar a gravidez quando ingerida até 72 horas após a relação sexual desprotegida).

3.2 Participação da figura masculina no Planejamento Familiar

Conforme Galastro e Fonseca (2007), os serviços de saúde no Brasil ligados a saúde reprodutiva da população se orientaram centralizados na saúde reprodutiva da mulher. Com a criação do PAISM, houve luta pela igualdade de gênero na saúde com proposição de um modelo de assistência integral e avanço em relação à saúde da mulher, em busca da inclusão da figura masculina às ações de saúde reprodutiva, configurados aos princípios do SUS de universalidade, equidade e integralidade das ações.

Reconhece-se que o homem possui papel primordial na saúde reprodutiva do casal e uso de métodos contraceptivos, entretanto estes ainda não apresentam consciência da importância de sua participação para atuarem na escolha e definição do método, responsabilizando a figura feminina. Contudo, este aspecto tem sido questionado e discutido, demandando necessidade de mudança da postura masculina em relação ao Planejamento Familiar (GOMES et al., 2006).

Ósis et al. (2006) em pesquisa realizada em diferentes unidades de saúde do país evidenciaram que a presença dos homens nas UBS é deficiente, sugerindo que a questão cultural ainda encontra-se enraizada pelo tempo voltada às questões reprodutivas e cuidados com a prole a figura do sexo feminino, comprometendo a participação da figura masculina.

Associado a esses dados, percebe-se que a maioria dos programas de Planejamento Familiar são oferecidos em horários inacessíveis para homens que cumprem jornada de trabalho fixa. Já em relação aos métodos contraceptivos, estes em sua maioria são voltados apenas ao público feminino e poucas são as opções para os homens em relação aos métodos de contracepção, como no caso da vasectomia e preservativos. A não opção pelos métodos e a agregação de tabus aos métodos já impostos, são responsáveis pela omissão dos homens aos

serviços de saúde (MOREIRA et al., 2008).

Em 1994, ano da implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) no Brasil, as ações e políticas de saúde eram voltadas primordialmente para as mulheres e crianças, sob o enfoque do cuidado ao binômio mãe/filho, com a demanda masculina negligenciada, privilegiando a mulher. Atribuído a isso, houve o aparecimento de inúmeros casos de doenças infectocontagiosas transmissíveis sexualmente que despertou interesse dos serviços de saúde para a inserção do homem como público-alvo, diante da necessidade de realizar exames e consultas, que proporcionassem a prevenção dessas doenças e oferecessem informações acerca da prática sexual e os riscos impostos (JUNQUEIRA; SANTOS, 2013).

Ao serem considerados como população de risco, ações de saúde foram implementadas a fim de facilitar a entrada do homem nos serviços, contribuindo para a promoção da saúde e prevenção de agravos. Assim, o MS implantou no ano de 2008 a PNAISH, com vistas à promoção da saúde e prevenção de agravos aos homens que entram nos serviços de saúde especializados, através de mecanismos de fortalecimento e qualificação da atenção primária (BRASIL, 2008).

Conforme Leal et al. (2012) a PNAISH possui como objetivos o atendimento de homens de faixa etária de 25 a 59 anos de idade, em busca da valorização dos contextos políticos, socioculturais ou econômicos da figura masculina, com respeito aos distintos níveis de desenvolvimento de organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão, a fim de diminuir significativamente os problemas de saúde e melhorar as condições de saúde dessa população. Além disso, o programa objetiva a valorização da melhoria das condições de vida dos indivíduos através de discussões sobre tabagismo, álcool, hipertensão, doenças de causas externas, com o intuito de trabalhar sobre a promoção da saúde e prevenção da doença, morbimortalidade e saúde sexual e reprodutiva.

Em aspectos históricos, o homem para a sociedade é considerado um ser “forte”, saudável, protetor, responsável pelo ambiente familiar, e a mulher é considerada como “sexo frágil”, acolhedora, subalterna as decisões do homem, no que se refere principalmente à sexualidade, responsável pela contracepção do casal. Com isso, a contribuição masculina tende a ser menor, pois há uma sobrecarga a mulher dessa função. Consequentemente, o modelo de homem

acaba sendo de inferioridade, quanto ao autocuidado ocasionando a não adesão ao processo de Planejamento Familiar devido à responsabilização dada pela sociedade às mulheres (BEZERRA; RODRIGUES, 2010).

O MS preconiza que se faz necessário conscientizar a população masculina quanto aos direitos e deveres de sua participação no planejamento reprodutivo, onde a paternidade não deve ser visualizada apenas como obrigação legal, mas como direito do homem em participar do processo decisório e acompanhar a gestação, parto, puerpério e educação da criança (BRASIL, 2008).

Além da disponibilidade dos métodos, cabe aos profissionais de saúde, principalmente da enfermagem transmitir informações sobre as opções dos homens para que estes possam participar de forma mais ativa na escolha dos métodos. As atividades devem ser transmitidas de forma educativa, por meio de aconselhamentos e atividades lúdicas, com vista a garantir o exercício da reprodução nos pais e ampliar o acesso de homens e mulheres aos métodos contraceptivos e informações (BRASIL, 2002).

A sexualidade deve ser entendida como dimensão da subjetividade, afetividade e de caráter relacional na vida do indivíduo, e para isso devem ser buscadas estratégias de profissionais da atenção primária para a introdução da temática no cotidiano do homem, visando o fortalecimento da promoção da saúde e prevenção de agravos, levando em consideração as dificuldades de organização relacionadas ao atendimento dos homens, tempo de espera para assistência, e receio do mesmo em adentrar em um espaço que ele considera feminilizado, determinados pelas UBS, que são caracterizados como barreiras para inserção da figura masculina e resolutividade dos problemas de saúde (GOMES et al., 2012).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem quantitativa em que foi proposta a realização de um levantamento de dados sobre as dificuldades encontradas para a inserção do homem no Planejamento Familiar fundamentada através de uma revisão bibliográfica acerca do tema estudado.

4.2 Fonte e coleta de Dados

Para a seleção da literatura que respondessem aos objetivos da presente pesquisa, realizou-se uma busca de artigos científicos em diferentes bancos de dados, entre os quais: *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Biblioteca Virtual da Saúde (BVS).

As publicações encontradas foram obtidas por meio de descritores do DEC'S, utilizados isoladamente ou agrupados, tais como: Planejamento Familiar; Homem; Adesão. Os dados foram coletados no período de maio e junho/2015

Foram pré-selecionados 20 publicações e destas 14 foram selecionadas de acordo com os critérios de inclusão, onde se buscou os títulos e resumos e, quando relacionados aos objetivos da pesquisa, buscou-se o texto completo.

4.3 Critérios de inclusão e não inclusão

Os critérios de inclusão adotados para realização da presente pesquisa foram artigos publicados de 2006 a 2014, que atendiam a temática e objetivos propostos, com referência científica, escritos em língua portuguesa.

Não foram incluídos na pesquisa estudos incompletos realizados no

período anterior a 2006, em língua estrangeira, que não possuíam referencial científico e não estavam de acordo com o tema e nem com os objetivos propostos.

4.4 Análise de Dados

As informações foram agrupadas conforme cada objetivo estabelecido e os dados foram organizados em uma planilha utilizando o programa Microsoft Excel versão 2013, a qual foi utilizada posteriormente para a construção de tabelas e discussão dos resultados encontrados.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme os autores pesquisados, em relação aos principais motivos que levam a baixa adesão dos homens às ações de Planejamento Familiar, 78.57% (11) das publicações possuíam enfoque acerca dos principais fatores que motivam a ausência do homem no Planejamento Familiar e 21.43% (3) não abordavam sobre o objetivo em questão. Foram elencados dentre estes, as variáveis ligadas a responsabilização da figura feminina, baixo nível de escolaridade, subvalorização do autocuidado, incapacidade dos profissionais de saúde de notarem o homem como usuário, vergonha, preconceito e medo e opção da mulher (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição numérica e percentual dos motivos da não adesão dos homens às ações de Planejamento Familiar.

Variável	N	(%)
Responsabilização da figura feminina	3	21,43
Baixo nível de escolaridade	3	21,43
Subvalorização do autocuidado	1	7,14
Falta de capacitação dos profissionais	1	7,14
Vergonha, preconceito e medo	2	14,29
Opção da mulher	1	7,14
Publicações que não abordavam sobre os principais motivos que levam a baixa adesão dos homens às ações de Planejamento Familiar	3	21,43
	14	100

TOTAL

Fonte: SILVA; DIAS, 2015.

A tabela 1 relacionada aos motivos da não adesão dos homens ao serviço de Planejamento Familiar revela que os principais motivos encontrados são determinados pela responsabilização da figura feminina, baixo nível de escolaridade, seguidos de vergonha, preconceito e medo.

Ferreira et al. (2014) consideram a responsabilização da figura feminina como principal motivo de baixa adesão dos homens às ações de Planejamento Familiar, uma vez que o gênero masculino atribui à própria mulher a natureza de engravidar e responsabilidade de cuidados para com o bebê.

Para Moraes et al. (2014a) e Silva et al. (2011) o afastamento dos homens no Planejamento Familiar deve-se a responsabilidade da figura feminina tendo em vista empecilhos práticos dos homens com falta de tempo e caber as mulheres as atividades e decisões domésticas e familiares. Dessa forma, o homem atribui à mulher a responsabilidade de ir à busca do serviço de Planejamento Familiar e tomar medidas para a gravidez indesejada. Fatores culturais associam-se a essa ideologia, onde a cultura patriarcal e biológica impõe a responsabilidade de controle de natalidade à mulher, devido ser a mesma que engravida.

Em relação a variável baixo nível de escolaridade, Brito e Santos (2011) apontam que a participação dos homens no Planejamento Familiar está vinculada ao grau de instrução e escolaridade que eles possuem, associando a baixa procura pelo serviço e participação deles no processo reprodutivo ao menor grau de escolaridade dos homens. Os autores consideram a necessidade de exposição de informações a esse público para torna-los mais ativos no Planejamento Familiar.

A falta de conhecimentos acerca das possibilidades da participação masculina permeadas pelo baixo nível de escolaridade é atribuída por Bezerra et al. (2010) onde os homens participantes da pesquisa dos autores afirmaram não se reconhecer enquanto membro de discussão no serviço de Planejamento Familiar, em variáveis relacionadas a sexualidade, métodos contraceptivos, cidadania e qualidade de vida, apenas sobre a concepção de ter ou não filhos.

A literatura, conforme Casarin e Siqueira (2014) demonstra em geral, que os homens são uma clientela de pouco acesso aos serviços de saúde e que este fato se deve a uma característica da identidade masculina relacionada a seu processo de socialização, onde os homens subvalorizam o autocuidado e atribuem pouca importância a sua saúde, buscando serviços como farmácias e prontos-socorros, para atendimento de acordo com suas demandas.

Sobre a variável falta de capacitação dos profissionais de notarem os indivíduos como usuários, Araújo et al. (2014) afirmam que a utilização de dispositivos nos contextos de espaços da saúde por si só não possibilita a conquista do acesso masculino a esses serviços, tendo em vista que os profissionais não consideram as concepções individuais de gênero dos sujeitos com as demandas trazidas pelos próprios homens ao fazerem uso do serviço, atribuindo a invisibilidade dos homens nos serviços de saúde à incapacidade de os profissionais da área da saúde em notarem os indivíduos como usuários e as questões trazidas por eles. Isso é um reflexo da permanente organização dos serviços que prioriza as mulheres, crianças e idosos na cobertura de suas ações e falta de habilitação e organização a nova demanda da inserção da figura masculina nos serviços de saúde.

A vergonha, o preconceito e o medo foram entendidos por Gomes et al. (2007) e Vieira et al. (2013) como principais motivos da baixa adesão do homem na busca pelos serviços de saúde e de Planejamento Familiar. Estes possuem receio de transparecerem vulnerabilidade para a sociedade, o que acaba os afastando de buscarem o Planejamento Familiar. O medo é traduzido ao fato de não quererem descobrir algo que não está bem com a saúde, a vergonha de se expor e por em risco a crença de que é invulnerável. O fato é que para os homens descobrirem que possuem alguma doença, como uma DST, pode trazer à tona o quanto são vulneráveis e frágeis, quando não adotam medidas de prevenção a essas doenças, ou de promoção a sua saúde.

Algumas mulheres não reconhecem como necessidade a participação masculina no Planejamento Familiar e nas tarefas de contracepção, refletindo em idéia de dispensa do homem nessas atividades e opção pessoal de encargo e suposições sociais de responsabilidades (MORAIS et al. 2014b).

Na tabela a seguir podem ser visualizados os dados relacionados ao perfil dos homens que comparecem aos serviços de Planejamento Familiar

quanto as variáveis: faixa etária, estado civil, escolaridade e situação profissional (Tabela 2):

Tabela 2 - Distribuição numérica e percentual das variáveis faixa etária, estado civil, escolaridade e situação profissional referente ao perfil dos homens que comparecem aos serviços de Planejamento Familiar.

Variável	N	(%)
Faixa etária	1	7,14
18-35	2	14,29
36-53	2	14,29
> 60	1	7,14
Casado ou união consensual	3	21,43
Não contemplaram estado civil	11	78,57
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	1	7,14
Ensino médio incompleto	2	14,29
Ensino médio completo	2	14,29
Ensino superior	1	7,14
Não contemplaram escolaridade	8	57,14
Situação profissional	1	7,14
Empregado	2	14,29
Desempregado	11	78,57
Não contemplaram situação profissional		
TOTAL	14	100

Fonte: SILVA; DIAS, 2015.

A tabela 2 relacionada ao perfil dos homens que comparecem ao serviço de Planejamento Familiar revela que em suma os indivíduos estão com a idade entre 18 e 60 anos, são casados, com escolaridade caracterizada por ensino médio completo e incompleto e situação profissional de desempregados.

Dados obtidos em pesquisa sobre o perfil dos homens inseridos no Planejamento Familiar em estudo realizado por Bezerra et al. (2010) em hospital público de Fortaleza-CE-Brasil com 13 homens, corroboram aos dados achados

na presente pesquisa. Quanto ao estado civil, o maior número de homens correspondeu a homens casados e com uniões consensuais. O nível de escolaridade dos entrevistados pertenceu em grande maioria ao ensino médio. Quanto à profissão, observou-se o contexto do desemprego como realidade de uma minoria de participantes.

Ainda em consonância com esses achados, Moraes et al. (2014a) em pesquisa desenvolvida no domicílio dos participantes e no Centro Microrregional de Excelência à Assistência Reprodutiva (CEMEAR), na cidade do Crato (CE), no período de novembro de 2010 a agosto de 2011, identificaram que a maioria dos homens entrevistados encontravam-se na faixa etária compreendida entre 18 e 47 anos, com o nível de escolaridade determinado por ensino médio concluído ou cursando, concordando com a pesquisa em questão.

Costa et al. (2013) em pesquisa realizada em ambulatório na cidade de Recife (PE) identificaram faixa etária predominante de 26 a 62 anos com média de 34,5 anos. Dos 47 entrevistados, 46 trabalhavam informalmente e apenas 1 estava desempregado. Dos participantes, 51,1% possuíam de ensino médio incompleto. Em relação à situação marital, 62,1% eram casados e 27,7% estavam unidos consensualmente com sua companheira, apenas 4,2% do total de investigados não possuíam relacionamento fixo. Dados encontrados referentes à faixa etária da população divergem dos dados achados na presente pesquisa, entretanto, dados relacionados à escolaridade e estado civil se assemelham aos achados.

De acordo com dados do MS através da PNAISH a faixa etária de 18 a 59 anos corresponde a 41,3 % da população masculina ou a 20% do total da população do Brasil, correspondendo à parcela de homens em idade reprodutiva e que mais exerce papel sociocultural e político (BRASIL, 2009).

Quanto ao estado civil, existe uma tendência ao longo dos anos de um declínio das uniões legais e aumento das uniões consensuais, principalmente entre pessoas jovens demarcados por durabilidade dos relacionamentos (IBGE, 2005).

O nível de escolaridade dos entrevistados nas pesquisas permaneceu caracterizado por ensino médio, fato positivo dentro da realidade do Brasil, que possui deficiência de acessibilidade da educação para todas as classes sociais, sendo importante para as decisões e maturidade do indivíduo. A população

brasileira alcançou uma importante melhoria no seu perfil educacional nos últimos anos, detectado com os resultados do Censo Demográfico 2000, onde as taxas de alfabetização de pessoas de 15 anos ou mais de idade alcançou no ano de 2000 87,1% (IBGE, 2005).

Diante da variável profissão, observou-se o contexto do desemprego como realidade dos participantes, tal situação, influencia diretamente no comportamento e na percepção no que diz respeito à saúde, educação e participação como cidadão (BEZERRA et al., 2010).

A caracterização do perfil sócio demográfico de homens inseridos no Planejamento Familiar permite a percepção dos fatores limitantes e contribuintes para a participação efetiva do mesmo no âmbito da saúde reprodutiva e contraceptiva.

Conforme os autores pesquisados, em relação às principais estratégias utilizadas para inserção do homem no contexto do Planejamento Familiar, 28,57% (4) das publicações não abordavam sobre formas estratégicas de inserirem a figura masculina no Planejamento Familiar e 71,43% (10) abordaram sobre o objetivo em questão. As variáveis evidenciadas foram: campanhas preventivas de câncer de pênis e próstata e oferta de preservativos (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição numérica e percentual das principais estratégias utilizadas para inserção do homem no contexto do Planejamento Familiar.

Variáveis	N	(%)
Campanhas para prevenção de câncer de pênis e próstata	6	42,86
Oferta de preservativos	4	28,57
Publicações que não abordavam sobre as principais estratégias utilizadas para inserção do homem no contexto do Planejamento Familiar	4	28,57
TOTAL	14	100

Fonte: SILVA; DIAS, 2015.

A tabela 3 relacionada às principais estratégias para inserção dos homens no contexto de Planejamento Familiar revela que as principais estratégias

são realizadas por meio de campanhas para prevenção de câncer de pênis e próstata e oferta de preservativos.

Campanhas para prevenção de câncer de pênis e próstata são entendidas por Araújo et al. (2014) e Casarin e Siqueira (2014) como principais medidas estratégicas para que o homem se torne protagonista juntamente com a mulher no Planejamento Familiar, com a utilização de atividades pontuais dirigidas para conhecimentos acerca das patologias, medidas de cuidado e prevenção, com enfoque ao exame Antígeno Prostático (PSA) e Planejamento Familiar. O exame de antígeno prostático possui como objetivo diagnosticar o câncer de próstata através de coleta de sangue.

Brito e Santos (2011) afirmam que a maioria dos serviços de saúde concentra suas ações na oferta de preservativos com o intuito de chamar atenção da população masculina para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e de vasectomia, entretanto não basta oferecer os métodos contraceptivos, é preciso ampliar a participação masculina nas consultas de planejamento através da troca de informações entre profissionais da saúde e população masculina com transmissão de conhecimentos acerca da anticoncepção e reprodução, no contexto dos direitos reprodutivos, no intuito de que homens e mulheres sintam-se igualmente responsáveis neste processo

As representações sociais do homem sobre o Planejamento Familiar visualizadas nas publicações revelam que as estratégias para a inserção do homem no Planejamento Familiar devem ser intensificadas a fim de promoverem informações sobre o real significado do serviço de Planejamento Familiar, seus objetivos e como estes vêm se adequando a realidade da população. Tais medidas devem proporcionar novas informações e futuras representações da temática para que o sucesso da integração da figura masculina no Planejamento Familiar e em ações reprodutivas seja alcançado.

É imprescindível a realização de condutas que estimulem os homens a participarem de atividades no serviço e que eles compreendam uma forma mais ampla de definição do serviço e das possibilidades de ser protagonistas no Planejamento Familiar, indo além da visão de planejamento de filhos.

Desta forma, destaca-se a importância da criação de estratégias e metas para incentivarem a participação da figura masculina no Planejamento Familiar, com enfoque as mudanças de paradigmas idealizados pelos homens de

responsabilização da mulher, assim como a transmissão de conhecimentos tanto para os homens como para os profissionais de saúde acerca da importância da figura masculina na saúde reprodutiva do casal e Planejamento Familiar.

6 CONCLUSÃO

Diante dos achados evidenciou-se a necessidade de ampliação do acesso da figura masculina, assim como de toda população aos serviços de Planejamento Familiar, frente à importância da contextualização e inserção do processo educativo nas ações de saúde no que se refere à contracepção com ênfase para a promoção da saúde e inclusão da população. A aprendizagem através do diálogo profissional e usuário do sistema de saúde por meio de construção de vínculo permite a inserção do indivíduo na realidade de seu contexto familiar, influenciando assim no modo crítico, reflexivo e responsável do cidadão.

Cabe aos órgãos governamentais e órgãos competentes a implementação de estratégias e programas que viabilizem o acesso da população a todos os métodos preconizados pelo Ministério da Saúde, com capacitação dos profissionais e oferecimento de estrutura física e suporte adequado para o oferecimento de estratégias de educação em saúde nas unidades de saúde da família. A meta de integrar o homem como protagonista principal na saúde reprodutiva, seria significativa em vista a quebra de paradigmas históricos e culturais e a busca de uma nova proposta com enfoque a integralidade do sujeito e a qualidade da assistência.

Torna-se necessário a busca de estratégias específicas por parte da enfermagem que estimulem a participação da figura masculina nas atividades de Planejamento Familiar, a fim de que os homens passem a compreender de uma melhor forma as questões relativas à reprodutibilidade e fecundidade, e adotem a

postura masculina responsável no processo reprodutivo em conjunto com a mulher.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. G. et al. Saúde do homem: ações e serviços na estratégia saúde da família. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v.8, n.2, p.264-71, fev., 2014.

BEZERRA, M. dos S.; RODRIGUES, D. P. Representações sociais de homens sobre o Planejamento Familiar. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 11, n. 4, p. 127-134, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Assistência ao Planejamento Familiar**. Brasília: Secretaria Executiva de Coordenação de Saúde da Mulher, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo/Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem** - princípios e diretrizes. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde do Homem**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher** / Ministério da Saúde, Secretaria de

Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRITO, R. S. de; SANTOS, D. L. A. dos. Contextualizando o homem no Planejamento Familiar: um estudo bibliográfico. **R. pesq.: cuid. fundam.** v.3, n.1, p.1720- 28, 2011.

CASARIN, S. T.; SIQUEIRA, H. C. H. de. Planejamento Familiar e a saúde do homem na visão das enfermeiras. **Esc Anna Nery**, v.18, n.4, p.662-668, 2014.

COSTA, A. M. et al. Planejamento Familiar: a autonomia das mulheres sob questão. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.6, n.1, p.75-84, jan. / mar., 2006.

COSTA, J. A. et al. Vasectomia: perfil dos candidatos à cirurgia em um Hospital Escola do Recife-PE. **R. Interd.** v.6, n.2, p.38-47, abr.mai.jun. 2013.

FERREIRA, R. V. et al. Planejamento Familiar: gênero e significados. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 13, n. 2, p. 387 - 397, 2014.

FONTES, D. W. et al. Atenção á saúde do Homem: interlocução entre ensino e serviço. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n.3, São Paulo, 2011.

GALASTRO, E. P.; FONSECA, R. M. G. S. da. A participação do homem na saúde reprodutiva:o que pensam os profissionais de saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, v.41, n.3, pp. 454-459, 2007.

GOMES, R. et al. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública.** v.23, n.3, pp. 565-574, 2007.

GOMES, R. et al. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.5, p.901-911, mai, 2006

GOMES, R. et al. Sentidos atribuídos à política voltada para a Saúde do Homem. **Ciênc. saúde coletiva.** v.17, n.10, pp. 2589-2596, 2012.

IBGE. **Censo demográfico 2000.** Indicadores sociais [Internet]. Brasília; 2005. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 05.nov.2015.

JUNQUEIRA, M. A. de B.; SANTOS, F. C. da S. A educação em saúde na Estratégia Saúde da Família sob a perspectiva do enfermeiro: uma revisão de literatura. **Rev. Ed. Popular**, Uberlândia, v. 12, n. 1, p. 66-80, jan./jun. 2013

LEAL, A. F. et al. O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.10, p.2607-2616, 2012.

MORAIS, A. C. B. de et al. Participação masculina no Planejamento Familiar e seus fatores intervenientes. **Rev Enferm UFSM**, v.4, n.3, p.498-508, 2014a.

MORAIS, A. C. B. de et al. Participação masculina no Planejamento Familiar: o que pensam as mulheres? **Cogitare Enferm**. Out/Dez; v.19, n.4, p.659-66, 2014b.

MOREIRA, T. M. M. et al. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.42, n.2, jun.2008.

ÓSIS, M. J. D. et al. Atenção ao Planejamento Familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.11, p.2481-2490, nov, 2006.

PIERRI, L. A. dos S.; CLAPIS, M. J. Planejamento Familiar em Unidade de Saúde da Família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.18, n.6, 2010.

RIBEIRO, P. de J. et al. Planejamento Familiar: importância do conhecimento das características da clientela para implementação de ações de saúde. **O Mundo da Saúde São Paulo**, v.32, n.4, p.412-419, 2008.

SAUTHIER, M.; GOMES, M. da L. B. Gênero e Planejamento Familiar: uma abordagem ética sobre o compromisso profissional para a integração do homem. **Rev. bras. enferm**. v. 64, n.3, p. 457-464, 2011.

SILVA, R. M. da et al. Planejamento Familiar: significado para mulheres em idade reprodutiva. **Ciênc. saúde coletiva**, v.16, n.5, pp. 2415-2424, 2011.

VIEIRA, K. L. D. et al. .Atendimento da população masculina em unidade básica saúde da família: motivos para a (não) procura. **Esc. Anna Nery**, v.17, n.1, pp. 120-127, 2013.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Estudos selecionados para a revisão de literatura

Título	Autores	Ano	Tipo de estudo	Tamanho da Amostra	Objetivo
Saúde do homem: ações e serviços na estratégia saúde da família	Araújo et al.	2014	Exploratório -descritivo	16 profissionais da saúde	Identificar os serviços e as ações de saúde ofertado ao homem na Estratégia Saúde da Família na ótica dos profissionais da saúde.
Representações sociais de homens sobre o Planejamento Familiar	Bezerra et al.	2010	Exploratório -descritivo	13 homens	Apreender as representações sociais de homens sobre o Planejamento Familiar (PF), embasado pela Teoria das Representações Sociais.
O homem no Planejamento Familiar: um estudo bibliográfico.	Brito; Santos	2012	Bibliográfico	Bibliográfico	Verificar a produção científica acerca da participação masculina no Planejamento Familiar.
Planejamento Familiar e a saúde do homem na visão das enfermeiras	Casarin; Siqueira	2014	Qualitativo	22 enfermeiras	Objetivou conhecer a visão das enfermeiras sobre a busca das ações e serviços de Planejamento Familiar pelos homens nos municípios de uma regional de saúde do Rio Grande do Sul
Vasectomia: perfil dos candidatos à cirurgia em um Hospital Escola do Recife-PE	Costa et al.	2013	Descritivo, transversal	47 homens	Conhecer o perfil socioeconômico dos candidatos à vasectomia e avaliar seu conhecimento quanto à cirurgia.
Perfil do consumo de álcool e drogas ilícitas entre adolescentes escolares de uma capital brasileira	Filho	2014	Exploratório -descritivo de abordagem qualitativa	3.044 escolares	Descrever e analisar a exposição de adolescentes escolares às bebidas alcoólicas e drogas ilícitas a partir dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) 2012.

Planejamento Familiar: gêneros e significados.	Ferreira et al.	2014	Qualitativo	10 puérperas	Analisar os aspectos sociais e de gênero intervenientes à política de Planejamento Familiar.
Participação masculina no Planejamento Familiar e seus fatores Intervenientes	Morais et al.	2014 (a)	Qualitativa, exploratória	16 homens	Identificar as formas de participação masculina no processo de Planejamento Familiar, bem como os fatores intervenientes nessa participação, conhecer os saberes masculinos acerca do método utilizado pelo casal e descrever como acontece o processo de negociação na escolha do método.
Participação masculina no Planejamento Familiar: o que pensam as mulheres?	Morais et al.	2014 (b)	Qualitativa, descritiva	20 mulheres	Conhecer a percepção feminina sobre a participação dos homens no Planejamento Familiar.
Planejamento Familiar em Unidade de Saúde da Família.	Pierre; Clapis	2010	Descritivo, transversal, quanti-qualitativo	11 profissionais da saúde	Identificar a assistência oferecida pelos profissionais de saúde que atuam em Planejamento Familiar.
Planejamento Familiar: importância do conhecimento das características da clientela para implementação de ações de saúde	Ribeiro et al.	2008	Descritivo, transversal de campo	29 mulheres e 1 homem	Situar no programa de Planejamento Familiar (PF) de uma Estratégia Saúde da Família (ESF) a população (geral) quanto ao método contraceptivo (MC) selecionado e seu desfecho; a amostra (indivíduos do estudo) em relação às características sócio-econômico-culturais.
Gênero e Planejamento Familiar: uma abordagem ética sobre o compromisso profissional para a integração do homem	Sauthier; Gomes	2011	Qualitativo, descritivo	9 profissionais da saúde	Caracterizar as atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde, especialmente os(as) enfermeiros(as), na execução do Programa de Planejamento Familiar; analisar a conduta dos profissionais de saúde quanto a integração do homem nessas atividades e discutir a dimensão ética dessa conduta para a integração do homem no programa.
Planejamento Familiar: significado para mulheres em idade reprodutiva.	Silva et al.	2011	Descritivo, qualitativo	24 mulheres	Compreender o significado do Planejamento Familiar dado por mulheres em idade reprodutiva, identificar suas percepções sobre a assistência recebida e a participação do parceiro nas decisões do uso do método anticoncepcional.
Atendimento da população masculina em unidade básica de saúde da família: motivos para a (não) procura	Vieira et al.	2013	Exploratório, descritivo	175 prontuários	Conhecer os motivos que levam homens a procurar atendimento de saúde e compreender os motivos que os afastam de uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) no sul do Brasil.

Fonte: LILACS; SCIELO; BVS.