



A (NÃO) PARTICIPAÇÃO DO HOMEM NO PLANEJAMENTO FAMILIAR SOB A PERSPECTIVA DE GÊNERO

THE (NO) PARTICIPATION OF MAN IN FAMILY PLANNING UNDER THE GENDER PERSPECTIVE

LA (NO) PARTICIPACIÓN DEL HOMBRE EN LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

Paulo Alexandre de Souza São Bento¹, Thatiana Machado da Costa², Lilia Eliane de Oliveira Moraes³, Marcia dos Santos Luiz⁴, Audrei Castro Telles⁵, Ana Beatriz Azevedo Queiroz⁶

RESUMO

Objetivo: promover reflexões, sob a ótica de gênero, sobre a (não) participação do homem no planejamento familiar. **Método:** estudo descritivo, de reflexão teórica. **Resultados:** foram categorizados e discutidos em dois pontos << Planejamento familiar >> e << Assistência em anticoncepção e visão masculina e feminina acerca dos aspectos de gênero que distanciam o parceiro do planejamento familiar >>. O planejamento familiar é instrumento de cidadania possibilitando a inserção e participação do casal para escolhas compartilhadas. No entanto, as questões reprodutivas ainda recaem mais sobre a mulher. A participação masculina no processo ainda permanece tímida e pueril, tendo as implicações de gênero forte impacto para manutenção desta realidade. **Conclusão:** o entendimento de que o planejamento familiar é atribuição feminina constitui grande entrave a ser enfrentado, na busca pela qualidade da assistência à mulher. **Descritores:** Enfermagem; Gênero e Saúde; Identidade de Gênero; Planejamento Familiar.

ABSTRACT

Objective: to promote reflections from the perspective of gender, on the (non) participation of men in family planning. **Method:** a descriptive study of theoretical reflection. **Results:** were categorized and discussed at two points << Family Planning >> and << Assistance contraception and vision about the male and female gender aspects that separate the partner family planning >>. Family planning is a tool allowing the insertion of citizenship and participation choices for the couple shared. However, reproductive issues still fall more on women. Male participation in the process is still shy and childlike, with the gender implications for maintaining strong impact of this reality. **Conclusion:** the understanding that family planning is a female attribute is major bottleneck to be faced in the pursuit of quality of care for women. **Descriptors:** Nursing; Gender and Health; Gender Identity; Family Planning.

RESUMEN

Objetivo: promover la reflexión desde la perspectiva de género, con la participación (no) de los hombres en la planificación familiar. **Método:** estudio descriptivo de la reflexión teórica. **Resultados:** se clasificaron y analizaron en dos puntos << La planificación familiar >> y << Family Assistance anticonceptivos de planificación y visión acerca de los aspectos de género masculino y femenino que separan a la pareja de planificación familiar >>. La planificación familiar es una herramienta que permite la inserción de la ciudadanía y la participación de opciones para la pareja compartía. Sin embargo, los problemas reproductivos aún están más en las mujeres. La participación masculina en el proceso es todavía tímida e infantil, con las implicaciones de género para mantener un fuerte impacto de esta realidad. **Conclusión:** el entendimiento de que la planificación familiar es un atributo de las mujeres es importante cuello de botella que se enfrentan en la búsqueda de la calidad de la atención para las mujeres. **Descritores:** Enfermería; Género y Salud; Identidad de Género; Planeación Familiar.

¹Enfermeiro obstétrico, Mestre em Enfermagem, Tecnologista Pleno em Saúde Pública, Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira/Fundação Oswaldo Cruz/IFF/Fiocruz. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: saobento@iff.fiocruz.br; ²Enfermeira, Especialista em Enfermagem na Atenção À Saúde da Mulher, Hospital Estadual Azevedo Lima. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: thatimachado@hotmail.com; ³Enfermeira obstétrica, Mestre em Enfermagem, pela Tecnologista pleno em saúde pública, Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira/Fundação Oswaldo Cruz/IFF/Fiocruz. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: liliamoraes@iff.fiocruz.br; ⁴Enfermeira Obstétrica, Tecnologista pleno em saúde pública do IFF/Fiocruz, Mestranda em Saúde da Criança e da Mulher, Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira/Fundação Oswaldo Cruz/IFF/Fiocruz. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: marcialuiz@iff.fiocruz.br; ⁵Enfermeira, Especialista em Enfermagem, Tecnologista Junior. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: audreitelles@yahoo.com.br; ⁶Enfermeira obstétrica, Doutora em Enfermagem, Professora da Escola de Enfermagem Ana Néri/EEAN/UFRJ. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: anabqueiroz@oi.com.br

INTRODUÇÃO

Em 1996 foi instituída a Lei nº 9.623 que regulamenta o planejamento familiar no Brasil. Ficou então estabelecido que as instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS), em todos os seus níveis de atenção, devem garantir à mulher, ao homem ou ao casal, na sua ampla rede de serviços, assistência à concepção e contracepção como parte das ações que compõem a assistência integral à saúde.¹ Dentro deste contexto, o planejamento familiar tem como principal objetivo garantir um direito básico de cidadania, previsto na Constituição Brasileira, que é o de ter ou não filhos.

Como ponto de partida empírico, percebe-se que, na perspectiva de evitar a gravidez, a escolha do método anticoncepcional (MAC) nem sempre é realizada pelo casal numa decisão compartilhada. Em geral, as mulheres são incumbidas, por seus parceiros, a participarem sozinhas das consultas e reuniões do planejamento familiar. A assistência se volta para elas não oferecendo oportunidades de participação masculina. As mulheres acabam por escolher, sozinhas, o método a ser utilizado. No entanto, apesar de serem orientadas a escolhas conscientes e compartilhadas, caminhos tortuosos as levam para escolhas unilaterais, que muitas vezes, geram a recusa do método pelo parceiro ou contribuem para a falha ou ineficácia do mesmo. Afinal, “a vontade masculina é tida como única e absoluta verdade, muitas vezes expondo ao risco, aumentando com isso à vulnerabilidade feminina”.^{2:65}

De construção social e histórica, as questões de gênero são constitutivas das relações estabelecidas entre homens e mulheres. A superioridade é aprendida pelo homem durante sua criação, levando-o a noção de que a mulher é sua propriedade. O feminino é tratado com inferioridade, sendo atribuído posições secundárias e subalternas as mulheres.³ Na esfera patriarcal só há espaço para relações de poder, que valorizam o homem, exaltando as qualidades do masculino. Sobram as migalhas do desequilíbrio deste sistema, que faculta a mulher sua posição de submissão e passividade, no demérito daquilo que é feminino.

A participação masculina no planejamento familiar, neste contexto de desigualdade de gênero, depende do entendimento das opiniões, cultura, religião, entre outras, características da sociedade. Modelos mutáveis no tempo e cultura, mas que traduzem processos de socialização que se

orientam pela desigualdade, onde *ser homem é melhor que ser mulher*. O papel social do homem é ser forte, controlador, protetor e para a mulher, o papel da fragilidade, responsabilidade pela família e de cuidados. Assim, estes construtos contribuem para a compreensão de que o homem, *superior*, não está envolvido em cuidados e que, muito menos, necessita deles em sua vida. O que passa imperceptível é o modelo de *inferioridade* masculina no que tange ao autocuidado, pois ele também é classificado na esfera do menos importante, não sendo valorizado em sua vida.⁴

Muitas inquietações surgem dos cenários de prática, onde se realiza assistência de saúde. A reflexão teórica aqui proposta também encontra subsídios na vivência dos autores, como profissionais de saúde, pois se deparam com mulheres nos encontros de planejamento familiar, tendo que decidir sozinhas sobre o MAC ideal (quando a intenção é a contracepção), sem a participação do homem. Destarte, muitas vezes as mulheres retornam para recusar o método que elas escolheram, pois os parceiros não gostam e/ou não aceitam.

Apesar dos direitos sexuais e reprodutivos estarem preconizados, para homens e mulheres, como direitos humanos pautados na decisão, livre e responsável, sobre a reprodução (querer ou não ter filhos, quantos e em que momento tê-los), assim como, o direito no exercício da sexualidade e reprodução livres de discriminação, imposição e violência, o que verificamos é a não igualdade no exercício deste direito, além de responsabilidades não compartilhadas.

É mister salientar, que os direitos sexuais e reprodutivos não se restringem a escolha de MAC ou ao fato de ter filhos ou não. É um processo abrangente e rico de possibilidades, principalmente, com as atuais concepções de família que ultrapassam a esfera: pai/mãe/filhos biológicos. Neste artigo, cujo objetivo é promover reflexões, sob a ótica de gênero, sobre a (não) participação do homem no planejamento familiar, são discutidas as questões sobre o planejamento familiar e a anticoncepção e a (não) participação do homem nos encontros do planejamento familiar. O enfoque está nas questões de gênero e na discussão de alguns métodos e suas escolhas, uma vez que os autores e estudos elencados para esta reflexão se debruçam amplamente nestes aspectos.

• Planejamento familiar e a assistência em anticoncepção

O planejamento familiar é complexo e, em sua ampla abordagem, objetiva promover

informações sobre saúde sexual e reprodutiva, assim como, discutir temas sobre sexualidade, métodos contraceptivos e conceptivos, cidadania, qualidade de vida, relações de gênero e saúde.⁴ Atualmente no Brasil, a assistência em planejamento familiar é ofertada pela atenção primária à saúde (APS), principalmente pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), não excluindo que outros níveis de atenção em saúde a ofereçam.

Com base no Ministério da Saúde do Brasil e na Lei de Planejamento Familiar, os profissionais de saúde devem ter competência para assistir em concepção e contracepção, tendo influência na orientação das duas modalidades. Nesta última, com destaque para as ofertas de MAC disponíveis no país: comportamentais, hormonais orais e injetáveis, preservativos masculinos e femininos, diafragma, espermicidas, dispositivo intra-uterino (DIU), laqueadura tubária (LT) e vasectomia. De acordo com a prevalência dos MAC no Brasil, estudos demonstram que das 76,7% das mulheres que apresentam parceiro fixo, 70,3% utilizam métodos contraceptivos modernos.⁵

O profissional que atua com planejamento familiar deve buscar conhecimento técnico, científico e cultural e ter habilidade para a educação em saúde, que deve ser clara e concisa, de forma a ajudar na tomada de decisão dos usuários. Um educador democrático, que respeita o conhecimento do usuário e que reavalia sua própria prática.⁶ Outro ponto importante a ser destacado é a necessidade de se realizar atendimento humanizado, voltado para o acolhimento. O profissional que se propõe a trabalhar com planejamento familiar deve ter capacidade para lidar com preconceitos, mitos e percepções inadequadas sobre sexualidade, saúde reprodutiva e utilização de MAC. A questão não se resolve por aí, vai além, haja vista que a superação do enfoque biomédico/cartesiano é fundamental. Para tanto, “deve-se buscar a interdisciplinaridade na prestação de serviços, na associação entre docência e serviço, na interface do biológico com o social e nas relações interdisciplinares”.^{7:559}

As principais, dentre várias, dificuldades para a implementação das atividades de planejamento familiar são: a deficiência dos serviços de saúde na oferta dos MAC, a dificuldade para desempenhar as ações em equipe, as deficiências de capacitação profissional, além da dificuldade na compreensão das orientações partilhadas. Entretanto, não deve-se ignorar a dificuldade no acesso aos serviços propriamente ditos, de

estrutura física inadequada, ao truncamento da rede de atenção em saúde, aos poucos serviços públicos destinados a concepção e a atribuição de responsabilidades para a mulher relacionada ao planejamento familiar, reduzindo a participação do homem.^{2,6,8}

Até 1997, o Ministério da Saúde não recomendava e nem aprovava a realização da LT como método contraceptivo, que só podia ser feita em caso de risco de morte para a mulher. Além disso, para que fosse realizada era necessária autorização que comprovasse a necessidade do procedimento. Após este período, foi regulamentada pelo Ministério da Saúde, através da portaria nº 048, que a incluiu juntamente com a vasectomia no rol de procedimentos cirúrgicos do SUS.⁵

A LT e o anticoncepcional hormonal oral aparecem como os principais contraceptivos utilizados por mulheres entre 15 e 49 anos, em todo o país. Este fato é indicativo da carência e da falta de acesso a outros MAC e a falta de apoio masculino (apenas 2,6% dos homens se submetem a vasectomia),⁹ um contrassenso com a Legislação Brasileira, uma vez que ela exige, dos serviços de saúde que realizam esterilização, atendimento multiprofissional com informação e acesso a todos os métodos contraceptivos. Esta atividade, se realizada a contento, possivelmente, desencorajaria a esterilização precoce. Cabe ressaltar, que na maioria das vezes estas esterilizações são realizadas através de cesarianas desnecessárias e em mulheres muito jovens. O II Plano Nacional de política para as Mulheres (PNPM) abaliza que elas têm pouco acesso às informações sobre as opções disponíveis e aos métodos propriamente ditos, aumentando o uso da LT e pílula, diminuindo a utilização de outros métodos.¹⁰

Para que haja a assistência de qualidade em planejamento familiar relacionada à contracepção é necessário que os serviços de saúde disponibilizem os MAC de forma regular, com suas devidas orientações, uma vez que “a oferta inadequada dos métodos contraceptivos é um dos problemas do planejamento familiar no Brasil”.^{8:413-4} Além disso, é preciso que se estabeleça um bom relacionamento interpessoal entre o usuário e o profissional de saúde, permitindo o acompanhamento dos mesmos. Uma rede de serviços que contemple as necessidades da população e a competência profissional também são aspectos essenciais para uma boa qualidade da assistência.

No que diz respeito ao atendimento multiprofissional e integral importante para a qualidade da assistência, esbarra-se nos problemas advindos da necessidade de um

olhar, cada vez mais, especializado. Com o decorrer da história, este paradigma levou a fragmentação do corpo e o entendimento de que o ser humano é uma máquina e, sendo assim, está sujeito a *defeitos* e *reparos*. A separação mente-corpo remonta a Idade Moderna e seus filósofos, pois situou a essência humana no elevado pensando que a alma pudesse manter-se imaculada diante das experiências do corpo. Assim, com os avanços da tecnologia, atualmente, enfrenta-se os prejuízos trazidos pelo paradigma tecnocrático. A hipervalorização das especialidades reforça estes modelos centrados na máquina, no tecnológico, no controle, no reparo e restauração.¹¹ No sentido de contribuir para o enfrentamento desta dificuldade, o campo da saúde coletiva é promissor, pois é pluri e interdisciplinar, propondo uma atenção voltada a qualidade de vida e de saúde dos indivíduos.⁷

Posto isso, elevar o trabalho das equipes multiprofissionais, num caráter interdisciplinar, é salutar, uma vez que com o trabalho em conjunto pode-se contribuir para amenizar o efeito de fragmentação/redução, elevando o caráter da integralidade na assistência. Funcionam como elo entre a população atendida e a resolução dos problemas, reduzindo o risco de alienação dos profissionais frente as suas práticas.⁵ Para uma assistência integral e de qualidade em planejamento familiar não basta oferecer MAC, a grande contribuinte para o processo e que traz uma séria responsabilidade aos diversos profissionais envolvidos é a orientação para a população atendida e seu acompanhamento. Cabe ressaltar, que as orientações devem ser partilhadas no sentido que não podem ser unilaterais, mas preferencialmente construídas e compartilhadas entre profissional e usuário.

Para qualidade do atendimento em planejamento familiar é preciso, também, que as atividades desenvolvidas afinem-se ao exercício de participação ativa, genuína manifestação de cidadania, consciência corporal, sexualidade, família, inserção no mundo e compreensão cultural dos envolvidos, dentre outros aspectos.

• Os encontros do planejamento familiar no enfoque de gênero: a (não) participação do homem

A cultura brasileira, como outras tantas culturas no mundo, contribui para a interpretação de que o espaço feminino se resume ao domínio do lar, assim como, a produção doméstica e familiar. Enquanto o domínio público, da produção social, onde se inclui o trabalho e as forças políticas são

terrenos do espaço masculino. No Brasil, desde longo tempo atrás, as mulheres são educadas para se casarem e respeitarem seus maridos, terem seus filhos e serem donas de casa. Estas tarefas, circunscritas no mundo privado, devem ser realizadas pela mulher como demonstrações de obediência e satisfação. São construções patriarcais, que embora já ameacem desmoronar, ainda figuram como fio norteador do comportamento em sociedade.¹²

A construção das concepções sobre gênero, no campo das ciências sociais, tem sua importância como pilar cultural das relações de poder existentes na sociedade. O gênero enquadra homens e mulheres em seus campos de atuação, sustenta a elaboração de leis e suas formas de aplicação. Sob a égide de símbolos e regras, as instituições definem modelos de feminilidade e masculinidade, assim como comportamentos apropriados para os sexos. Fortalecendo o sistema patriarcal, de opressão feminina, fortalecemos as cadeias que nos impedem de realizar assistência integral e humanizada para as mulheres.³

O sistema patriarcal *cobra seu preço* quando o assunto é sexualidade, principalmente para as mulheres. Para o homem existe uma permissividade sexual e para a mulher fica a restrição, isso faz parte da idéia de propriedade sobre a família, filhos e herança. Para os homens a liberdade sexual implica em autonomia e conhecimento sobre seus corpos, no entanto, existe o ônus da aludida infalibilidade. As mulheres são criadas para a maternidade, sendo reduzidas a esta condição em vários aspectos, inclusive o sexual. As mulheres são socializadas para serem passivas, parceiras sexuais receptivas, enquanto que os homens são socializados a perseguir, penetrar e dominar. Do homem é esperada atividade sexual constante, enquanto da mulher nenhuma. Isso reflete uma sociedade que vê o homem enquanto detentor da decisão de quando e como será a relação sexual.²

A mulher definida como ser passivo torna-se objeto de prazer sexual do homem e, por isso, não há preocupação com ela, acreditando que a penetração é o suficiente para satisfação sexual. O individualismo masculino pode ser fruto de egoísmo e/ou falta de informação sobre as necessidades femininas. De qualquer forma, aumentam as chances da insatisfação na vida conjugal. A análise de gênero tem contribuído para discutir sexualidade feminina baseada na crítica ao determinismo biológico e suporte de supremacia masculina. Ainda hoje persiste a dominação masculina e a submissão feminina.²

As reflexões supramencionadas contribuem para o entendimento de como a influência da cultura patriarcal é nociva para mulheres e homens. O domínio masculino sobre a mulher definindo suas necessidades, refreando-lhe as potencialidades, enquadrando-a como figura inanimada interfere na vida e saúde das mulheres. Na seara das desigualdades de gênero sofrem, na maior parte, as mulheres, pois são destituídas de suas vontades e desejos confluindo para uma série de insatisfações.

O enfoque de gênero necessita ser incorporado às questões de saúde, de modo que o Ministério da Saúde do Brasil elaborou, em 2004, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM - reimpressa em 2009 e 2011), numa perspectiva ampliada e transversal considerando a influência de gênero no impacto da saúde das mulheres, reforçando a integralidade emergida com o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), de 1984. Além disso, em 2008, foi lançado o II PNPM que trouxe em sua apresentação a importância da cidadania para mais brasileiras, reafirmando os pressupostos e princípios da PNAISM, objetivando, agora, o grande desafio da implementação em todo o país.^{10,13}

As desigualdades de gênero são fatores determinantes da saúde das mulheres brasileiras e, para tanto, é necessário consolidar este entendimento junto dos profissionais de saúde. Com isso, reconhecer, abordar e incorporar estas questões como condicionantes de saúde.³ Desta forma, os profissionais devem alertar-se para os fenômenos de gênero (reais ou potenciais) que ocorrem e que são prejudiciais a saúde as mulheres brasileiras. Isto engloba a área assistencial (com o olhar sensível do profissional), assim como o ensino e a pesquisa (pela responsabilidade social na educação dos profissionais e na realização de estudos que contribuam com a população).

O movimento feminista lutou para que a autonomia das mulheres frente à reprodução fosse considerada pelas instituições pró-natalistas, que impunham no país o controle demográfico.¹⁴ A anticoncepção trouxe avanços para o universo feminino, como: a crescente inserção da mulher no mercado de trabalho e expressão de uma sexualidade com mais liberdade, desvinculada do papel da maternidade. Com isso, veio à necessidade de se instituir um processo que assegurasse o acesso das mulheres aos métodos contraceptivos. Em 1983, o PAISM foi um grande passo nesta jornada, pois com ele veio

a possibilidade de autonomia da mulher e/ou casal em decidir com liberdade sobre seu futuro reprodutivo, através do planejamento familiar.¹⁴

Cabe ressaltar, também, a importância que o movimento de mulheres teve para criticar as estratégias governamentais para o controle do crescimento populacional, em especial da população carente. Um exemplo disso ocorreu quando o DIU surgiu na década de 60, de alguma maneira, para atender classes mais baixas em países subdesenvolvidos, uma vez que se acreditava que não conseguiriam evitar a fome e outros impactos políticos. Assim, as feministas levantaram muitas questões acerca da opressão vinculada ao DIU e ao controle dos corpos das mulheres.¹⁵

As mulheres buscam informações sobre os contraceptivos, em geral, mas a escolha por um método acontece de duas maneiras: com base nas suas experiências ou de amigas e, como agravante de gênero, na imposição do companheiro que não está preparado para escolhas compartilhadas. Aqui, pontua-se outra questão, para uma busca de diversas escolhas contraceptivas, a opção elegida demanda um múltiplo descarte. Muitas vezes, este descarte é oriundo de rejeição e não escolha, traduzida por falta de informações. Este déficit de conhecimento das mulheres sobre seus corpos tem forte impacto na sua sexualidade e na escolha dos métodos para o planejamento familiar, pois influencia diretamente em sua eficácia.

Nas sociedades patriarcais, os homens superpõem seus desejos dificultando as escolhas e autonomia das mulheres que se mostram passivas mediante a escolha do método contraceptivo a ser utilizado. Existe uma sobrepujança da vontade do homem, como verdade absoluta, sobre a da mulher. Isso ocasiona pouca liberdade de expressar vontades, desejos sexuais e dúvidas sobre a questão.² Todos os aspectos supramencionados levam a disponibilidades e rejeições variadas dentro das possibilidades de escolha dos métodos contraceptivos.

O preservativo masculino (camisinha) é um método de muitos significados para as pessoas. Em que pese à decisão da mulher o método é aceito, pois evita a transmissão das infecções sexualmente transmissíveis (IST), medo comum causado, principalmente, pela possibilidade da infidelidade *masculina*. Entretanto, para o homem, a camisinha é obstáculo, pois representa método incomodo. Além disso, os homens entendem a escolha da mulher pela camisinha como uma possibilidade para que ela seja infiel.² As mulheres acreditam, também, que se o

parceiro nega utilizar o preservativo é porque ele não quer colaborar com as ações do planejamento familiar e, assim sendo, percebem o domínio que estes exercem sobre elas. A rejeição ao preservativo masculino se dá, em sua maioria, pelos homens que alegam desconforto e sensibilidade reduzida. Alguns simplesmente relatam não gostar de usar e as mulheres aceitam, preferindo não argumentar com seus parceiros, já que isso pode gerar problemas.^{2,16}

Em um estudo sobre as dificuldades enfrentadas por enfermeiros relacionadas ao planejamento familiar, a aceitação ou resistência dos parceiros ao uso dos métodos escolhidos pelas companheiras foi apontada como obstáculo. A participação das mulheres nas reuniões do planejamento familiar é predominante e o mesmo não ocorre com os homens. No entanto, elas recebem as informações nos grupos, mas não possuem poder de decisão, revelando que usam os métodos de escolha dos parceiros, numa atitude de submissão.¹⁷

Outro método bastante escolhido pelas mulheres é o DIU. A decisão acontece, muitas vezes, aliada a justificativa de que não é necessária a participação do parceiro para seu uso. Todavia, existe outro lado da história - o da menor aceitabilidade do DIU. Embora o número de usuárias seja crescente, existem medos relacionados a este método, revelando a falta de conhecimento dos casais. Em geral, ficam apreensivas quanto a gravidez indesejada, complicações desafortunadas, ocorrências de hemorragias e, até mesmo, a preocupação com o mito de que o DIU pode machucar o pênis. São motivos que levam a rejeição deste método. Ademais, o DIU é rejeitado, muitas vezes, pela cultura de que é abortivo ou que causa câncer do colo do útero. Outro motivo tem relação com a dependência do serviço de saúde para a interrupção do uso quando desejado ou necessário.¹⁶

O DIU de cobre, oferecido pelos serviços públicos de saúde, apresenta muitos inconvenientes, por conta de seus efeitos indesejáveis, como o fluxo menstrual aumentado. Uma alternativa válida para evitar este problema é o DIU liberador de hormônio, mas que também possui inconvenientes, um deles é o custo elevado de aquisição e outro está relacionado a questões culturais (e também de mercado). Várias propagandas se encarregaram de colocar a menstruação como *fora de moda* e a valorizar a ausência do fluxo como sinônimo de maior liberdade para a mulher e este ideal não atende/agrada a todas as mulheres.¹⁵

O método de *Ogino-Knaus*, conhecido como *tabelinha*, tem sua rejeição associada à necessidade de ciclos menstruais regulares. Não bastasse isto, mulheres relatam dificuldade para manter abstinência sexual durante o período fértil, relacionada à negociação deficiente com o parceiro.¹⁶ A não compreensão desta necessidade, por parte do homem, também evidencia seu pouco, ou quiçá nenhum, envolvimento com o planejamento familiar. Mais do que isto, ilustra seu individualismo em querer satisfazer seus anseios pessoais, naquilo que conhecem e intitulam como *necessidades masculinas*, impondo as mulheres suas *obrigações femininas*.

Os motivos para rejeição dos métodos contraceptivos reversíveis, no caso de mulheres que optaram por serem esterilizadas cirurgicamente, podem ser vários. No caso dos contraceptivos orais, a maior causa de rejeição provém dos efeitos colaterais, pois são incômodos e passam a interferir qualidade de vida das mulheres. Este fato leva a descontinuidade do uso, prejudicando a eficácia do método.¹⁶

As LT são realizadas, em 74% das vezes, por ocasião do parto, sendo que quatro em cada cinco concomitantemente a cesariana, fugindo das determinações da Lei que rege o planejamento familiar no Brasil.⁵ Este dado denuncia o não cumprimento das normas estabelecidas para a realização das cirurgias esterilizadoras em mulheres, caracterizando a ineficácia dos serviços de saúde, que estão deixando de cumprir os princípios de integralidade da assistência em saúde da mulher. Este desvio serve de espelho para elucubrarmos sobre as diversas carências na assistência à mulher que existem no Brasil.

Em 2005, foram lançados os documentos Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo¹⁸ que, dentre várias propostas, incluiu a prática da vasectomia na Política Nacional de Cirurgias Eletivas.¹⁰ Este é um método que ainda encontra muita resistência por parte dos homens, pois acreditam que sua masculinidade será afetada. As mulheres afirmam que, mesmo sabendo que é menos agressiva que a LT, a vasectomia é negada, pois representa uma ameaça à condição de homem.¹⁹ O método possui estreita relação com mitos e isso ocasiona sua rejeição por parte dos parceiros. Existe uma associação entre a vasectomia e a impotência sexual masculina, que afeta sobremaneira o imaginário social da virilidade do homem.

No entanto, os métodos irreversíveis são considerados, tanto pelos homens quanto

São Bento PAS, Costa TM da, Moraes LEO et al.

A (não) participação do homem no planejamento...

pelos mulheres, uma maneira de se libertar. No caso delas, uma liberação sexual, que acontece pela desvinculação entre sexo e reprodução, permitindo que a mulher viva uma emancipação reprodutiva na sua sexualidade. Para o homem, essa liberdade está ligada ao lazer e convívio com a família já instituída. A eleição da LT como método possui vários motivos. As mulheres buscam a LT por ser de alta eficácia, inócua a saúde, pela facilidade, etc. O homem também tem boa aceitação por este método, pois ele o libera da participação na contracepção.⁹ Cabe ressaltar, que a vinculação da liberdade sexual com a contracepção é grande e instigante. Afinal, com a crescente preocupação com as IST, a discussão deveria ampliar-se e sobrepor os limites daquilo que se restringe à reprodução.

Em relação à presença masculina nas atividades, é possível constatar que os horários dos encontros são, em geral, incompatíveis com os horários dos trabalhadores que cumprem jornada fixa o que pode, de alguma forma, explicar a ausência dos homens nos encontros.¹⁹ Além da falta do parceiro nas reuniões, outra dificuldade encontrada pelos grupos de planejamento é o diálogo ineficiente (ou inexistente) entre o casal. Ademais, da autoridade dos parceiros sobre suas esposas, que assumem papel de subalternas.¹⁹

Até aqui, depreende-se que, efetivamente, a maioria das mulheres ainda não é autônoma em relação às ações que pretendem ou que já realizaram nos grupos de planejamento familiar. Infelizmente, isso não garante a qualidade da assistência prestada. Assim, no que tange a contracepção, a responsabilidade recai na mulher: “o caráter moralista e repressor da sexualidade impostos à mulher devido à questão de gênero, tabus, preconizados pela sociedade, responsabiliza a contracepção como atribuição feminina”.^{17:573}

No cotidiano percebe-se, também, a resistência dos homens em procurar os serviços de saúde visando à prevenção, distanciando-os dos serviços de atenção básica. Este fato pode, muitas vezes, relacionar-se a preconceitos atrelados a padrões masculinos de comportamento, construídos com base na subjetividade envolvendo atributos como força, domínio e machismo.²⁰

Ao seguir o modelo hegemônico de masculinidade, os homens suprimem necessidades, reconhecidas socialmente como frágeis, gerando conflitos entre *ser macho* e *ser masculino*, sendo capazes de provocar uma auto-desvalorização. Diante disso,

percebe-se a influência das questões culturais sob as ações de cuidados com a saúde, interpondo obstáculos que impedem os homens de buscar ações de caráter preventivo, entre outras.²⁰

Na tentativa de driblar dificuldades, foi criado no estado do Rio Grande do Sul um novo modelo de abordagem para usuárias do planejamento familiar. Com ênfase no diálogo, visa o comprometimento dos parceiros na construção conjunta de um planejamento diferenciado, que não diz respeito apenas ao quantitativo de filhos, mas também a sua criação, a transmissão de afeto, cidadania e ética para que o convívio familiar seja saudável e feliz.²¹ Um bom modelo para ser seguido.

Outro estudo, realizado em Goiás, apontou para a necessidade de reestruturação das ações da ESF no sentido de contribuir no enfrentamento de dificuldades relacionadas ao planejamento familiar. Sugeriu protocolo assistencial, educação continuada aos profissionais e a participação do médico. Evidenciou também a necessidade de fornecer maior quantidade de métodos para as mulheres, espaçar o retorno mensal aos grupos e buscar inserção do homem nas ações.¹⁷

CONCLUSÃO

A influência de gênero nas ações do planejamento familiar é evidenciada pela ausência dos homens nos encontros, justificada pela jornada de trabalho e afirmação destes como provedores da família. Embora, em muitos casos, seja algo concreto, também funciona (direta ou indiretamente) como válvula de escape dos grupos.

A partir da sociedade patriarcal, construída e consolidada com base no poder do dominador sobre o dominado, nascem às dificuldades de gênero encontradas nos grupos de planejamento familiar. Neste universo de poder, onde a mulher é colocada como submissa, é que se depara com os obstáculos evidenciados. Com base neste contexto, toma-se de assalto à decisão unilateral da utilização ou não de algum método ou, até mesmo, a recusa e proibição do uso de um método escolhido.

No planejamento familiar, os profissionais de saúde devem ter competência para orientar em concepção e contracepção, além de buscar contextualização com as diversas situações que as mulheres vivem. Para que isso ocorra de forma plena devem-se repensar posturas pessoais e assistir a mulher e o homem na perspectiva ampla da complexidade humana. A educação

permanente é atividade valiosa para contribuir com este aspecto, pensando sempre em atividades educacionais de amplitude, incorporando questões transversais (p.e. gênero), não se restringindo, desta forma, a um modelo biomédico centrado nas necessidades profissionais e institucionais.

Pontuaram-se neste artigo algumas constatações que dizem respeito às dificuldades encontradas para o desenvolvimento das ações do planejamento familiar, entre elas, a estrutura física inadequada dos estabelecimentos de saúde, as deficiências na oferta dos MAC, a atuação dos profissionais de saúde em desacordo com as recomendações do Ministério da Saúde e a não participação do homem nos encontros.

Sobre a participação do homem no planejamento familiar sinaliza-se, objetivamente e a partir dos estudos desta reflexão, que esta continua simplória, superficial e que os principais motivos têm implicações de gênero. Entre estes, a dificuldade de conciliar os horários de trabalho com as consultas e o entendimento de que o planejamento familiar é atribuição da mulher. A partir desta reflexão pode-se sugerir a criação e implementação, por parte dos gestores, profissionais e usuários, de encontros dos grupos de planejamento familiar em horários diversificados. A negociação conjunta é necessária, pois envolve múltiplos aspectos, desde a disponibilidade de recursos humanos, até a disposição da população em participar. No entanto, encontros realizados fora dos horários relacionados às jornadas de trabalho dos parceiros podem ser produtivos. Vale salientar, que as ações não devem restringir-se a disponibilização dos métodos, mas ao incentivo de um encontro que provoque debates de gênero e de responsabilidade compartilhada para as decisões sobre o planejamento familiar.

Com base nas reflexões realizadas, evidencia-se a necessidade da sensibilização/inserção do homem nas escolhas do planejamento familiar sem imposições e inconvenientes de gênero. Através da negociação, as escolhas devem ser partilhadas num processo dinâmico e enriquecedor. É um exercício rumo a uma assistência em saúde promissora, naquilo que se pretende enquanto integralidade da assistência, reafirmada pelos princípios e diretrizes da PNAISM do Brasil com a incorporação da perspectiva de gênero.

É notório que o interesse dos estudos/autores ainda está deveras centrado na contracepção e a conseqüente questão dos

métodos. No entanto, no campo dos direitos sexuais e reprodutivos é preciso ir adiante e, para tanto, inclinar-se para os aspectos da concepção é necessário. No plano das políticas públicas isso está posto, haja vista, a PNAISM, a ESF e os princípios do direito à saúde e aos direitos reprodutivos. O avanço está na legitimação destes direitos e a concretização, na prática, de ações voltadas ao fenômeno da infertilidade.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Assistência em planejamento familiar: manual técnico. Brasília (DF) [Internet]. 2002 [cited 2012 Nov 13]. Available from: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/102assistencia1.pdf>
2. Rivemales MCC, Almeida GM, Queiroz MMA. The use of condoms by women at a family planning program from Salvador, Bahia. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2009 Jan/Mar [cited 2013 Jan 10];3(1):61-9. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermage/index.php/revista/article/viewFile/262/pdf_836
3. Cortes LF, Vieira LB, Landerdahl MC, Padoin SMM. Compreensão de gênero e suas manifestações no cotidiano de um serviço de saúde. Rev RENE [Internet]. 2010 Oct/Dec [cited 2012 Nov 13];11(4):143-53. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/440>
4. Bezerra MS, Rodrigues DP. Representações sociais de homens sobre o planejamento familiar. Rev RENE [Internet]. 2010 Oct/Dec [cited 2012 Nov 13];11(4):127-34. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/436>
5. Marcolino C. Representações de uma equipe de saúde acerca de planejamento familiar e esterilização feminina. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2004 [cited 2012 Nov 13];38(4):422-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n4/08.pdf>
6. Casarin ST, Siqueira HCH. Ações educativas de enfermagem nos serviços de planejamento familiar. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2012 June [cited 2013 Jan 10];6(6):1369-78. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermage/index.php/revista/article/viewFile/2504/pdf_1245
7. Silva CM, Vargens OMC. Interdisciplinarity under the vulnerability of women to AIDS: theoretical reflection. J Nurs UFPE on line

[Internet]. 2012 Oct [cited 2012 Nov 13];6(10):2556-61. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2479/pdf_1548

8. Lopes EM, Américo CF, Moraes MLC, Aquino OS, Silva SF, Pinheiro AKB. Atuação de enfermeiros em contracepção no âmbito do programa saúde da família. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2011 Mar/Apr 5(esp):410-6. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1353/pdf_444

9. Nicolau AIO, Moraes MLC, Lima DJM, Aquino PS, Piheiro AKB. Laqueadura tubária: caracterização de usuárias laqueadas de um serviço público. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011 [cited 2013 Jan 10];45(1):55-61. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/08.pdf>

10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Especial de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. II plano nacional de políticas para as mulheres. Brasília (DF) [Internet]. 2008 [cited 2012 Nov 13]. Available from: http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/II_PNPM.pdf

11. Davis-Floyd R, St. John G. From doctor to healer: the transformative journey. New Jersey (EUA): Rutgers University Press; 2004.

12. Lins RN. A cama na varanda: arejando nossas ideias a respeito de amor e sexo. Rio de Janeiro: Editora Best Seller; 2010.

13. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília (DF) [Internet]. 2011 [cited 2012 Nov 13]. Available from: http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf

14. Costa AM, Guilhem D, Silver LD. Planejamento familiar: a autonomia das mulheres sob questão. Rev bras saude mater infant [Internet]. 2006 Jan/Mar [cited 2012 Nov 13];6(1):75-84. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v6n1/a09v6n1.pdf>

15. Takeshita C. The IUD in me: on embodying feminist technoscience studies. Science as culture [Internet]. 2010 [cited 2012 Nov 13];19(1):37-60. <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09505430903558021?journalCode=csac20#prview>

16. Carvalho MLO, Schor N. Motivos de rejeição aos métodos contraceptivos reversíveis em mulheres esterilizadas. Rev saúde pública [Internet]. 2005 [cited 2012 Nov 13];39(5):788-94. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v39n5/26300.pdf>

17. Costa MM, Crispim ZM. Política de saúde do planejamento familiar na ótica do enfermeiro. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2010 Apr/June [cited 2012 Nov 13];4(2):568-76. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/759/pdf_

18. Ministério da Saúde (BR). 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. Brasília (DF) [Internet]. 2005 [cited 2012 Nov 13]. Available from: http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_direitos_sexuais_reprodutivos.pdf

19. Moreira MHC, Araújo JNG. Planejamento Familiar: autonomia ou encargo feminino? Psicol estud (Online) [Internet]. 2004 Sept/Dec [cited 2012 Nov 13];9(3):389-98. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722004000300007

20. Brito RS, Santos DLA, Maciel PSO. Olhar masculino acerca do atendimento na estratégia saúde da família. Rev RENE [Internet]. 2012 Oct [cited 2012 Nov 13];11(4):135-42. Available from: http://www.revistarene.ufc.br/vol11n4_pdf/a15v11n4.pdf

21. Pereira QLC, Silva CBDCA, Pelzer MT, Lunardi VL, Siqueira HCH. Processo de (re)construção de um grupo de planejamento familiar: uma proposta de educação popular em saúde. Texto & Contexto enferm (Online) [Internet]. 2007 Apr/June [cited 2012 Nov 13];16(2):320-5. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000200016

Submissão: 04/02/2013

Aceito: 06/04/2013

Publicado: 01/06/2013

Correspondência

Paulo Alexandre de Souza São Bento
Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira/Fundação Oswaldo Cruz (IFF/Fiocruz)
A/C Núcleo Interno de Regulação (NIR) / 5º andar
Av. Rui Barbosa, 716 / Flamengo
CEP: 22250-020 – Rio de Janeiro (RJ), Brasil