

SECCIÓN I

Artículos originales



ANÁLISIS DEL CONOCIMIENTO DE LAS GESTANTES ASISTIDAS POR LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR, ITAPIPOCA – CEARÁ, BRASIL.

KNOWLEDGE ANALYSIS OF PREGNANT WOMEN ATTENDED BY THE FAMILY HEALTH STRATEGY ON FAMILY PLANNING, ITAPIPOCA – CEARÁ, BRAZIL.

ANÁLISE DO CONHECIMENTO DE GESTANTES ASSISTIDAS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE PLANEJAMENTO FAMILIAR, ITAPIPOCA – CEARÁ, BRASIL.

Autores: Juliana Tomaz Aguiar, Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto, Daniele Tomaz Aguiar, Denise Tomaz Aguiar.

Recibido: 17/09/2013

Aceptado: 25/11/2013

RESUMEN

Objetivos: Analizar el conocimiento de las gestantes sobre la planificación familiar; e identificar como se da la participación del compañero en la planificación familiar.

Metodo: Investigación exploratoria-descriptiva, realizada entre 2007 y 2008 en la comunidad de Baleia – Itapipoca – Ceará, con 46 gestantes, de las que solamente 33 aceptaron participar del estudio después de firmar la Declaración de Consentimiento Libre y Aclarado y ser aprobado por el Comité de Ética en Investigación, según parecer 568/2008. Las técnicas de colecta de datos utilizadas fueron la entrevista estructurada y el formulario, siendo ambos sistematizados y analizados a partir de tablas y categorías.

Resultados: En cuanto a la planificación familiar, 52% de las gestantes entienden su significado; 100% conocen métodos como la píldora oral y el preservativo; la participación del compañero es una realidad en un 70% de los casos.

Conclusión: Aunque la planificación familiar forma parte de la política gubernamental brasileña desde hace décadas, la realidad muestra poco conocimiento de las comunidades sobre sus finalidades y una oferta limitada de métodos; siendo necesaria su universalización.

Descriptor: Programa Salud de la Familia; Planificación familiar; Gestantes.

ABSTRACT

Objectives: To analyze pregnant women's knowledge on family planning; and to identify how partners' participation is given in family planning.

Method: Descriptive exploratory research, carried out between 2007 and 2008, in the district of Baleia – Itapipoca – Ceará, with 46 pregnant women, being that, only 33 accepted to participate in the study, after they signed the Open and Explained Consent Term – OECT, according to approval by the Ethics and Research Committee – ERC under decision 568/2008. The data collection techniques used were a structured interview and form, with both being systematized and analyzed based on tables and categories.

Results: 100% knew of methods such as the pill and the condom; participation from partner was a reality in 70% of the cases.

Conclusion: Despite family planning having been part of a Brazilian governmental policy for decades, reality shows little knowledge in the communities on its purpose, together with a limited offer of methods; necessary for it to become universal.

Keywords: Family Health Program; Family planning; Pregnant women.

RESUMO

Objetivos: Analisar o conhecimento de gestantes acerca do planejamento familiar; descrever e identificar como se dá a participação do parceiro no planejamento familiar.

Método: Pesquisa exploratória, descritiva, realizada entre 2007 e 2008, na comunidade de Baleia – Itapipoca – Ceará, com 46 gestantes, sendo que, somente 33 aceitaram participar do estudo, após assinarem o Termo

de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE, conforme aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa-CEP, sob parecer 568/2008. As técnicas de coleta de dados utilizadas foram a entrevista estruturada e o formulário, sendo os mesmos sistematizados e analisados a partir de tabelas e categorias.

Resultados: Quanto ao planejamento familiar, 52% das gestantes entendem seu significado; 100% conhecem métodos como a pílula oral e o preservativo; a participação do parceiro é uma realidade em 70% dos casos.

Conclusão: Apesar de o planejamento familiar fazer parte de uma política governamental brasileira há décadas, a realidade mostra pouco conhecimento das comunidades acerca de suas finalidades, aliada a uma oferta limitada de métodos; sendo necessária a sua universalização.

Descritores: Programa Saúde da Família; Planejamento familiar; Gestantes.

INTRODUÇÃO

A partir de vivências durante o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF), no distrito de Baleia - Itapipoca – Ceará, onde existem aproximadamente 1.163 famílias, em sua maioria de baixa renda, radicadas na localidade atraídas pela pesca; e a partir da territorialização, do planejamento e organização do processo de trabalho no território, identificaram-se diversos problemas e necessidades das famílias, sujeitos e comunidades; dentre eles um nos sensibilizou enquanto equipe que foi um número elevado de gestações por mulher, principalmente as de idade mais avançada, em que as quais têm dificuldade de aderir a uma prática de planejamento familiar, e ao uso contínuo de métodos contraceptivos, constituindo, porém, famílias numerosas. É importante ressaltar que somente há dois anos o referido distrito possui equipe da ESF.

Por esse contexto, tal situação é considerada pela equipe como um problema de Saúde Pública, em detrimento ao elevado número de gestações e muitas delas serem classificadas de risco, surgiu a curiosidade de conhecer o que essas mulheres, ainda grávidas, sabem sobre o planejamento familiar.

Sabe-se que, todo cidadão tem direito à informação sobre o planejamento familiar e a assistência especializada, além da acessibilidade e acesso aos recursos, que permitam optar livre e conscientemente por engravidar. O número, o espaçamento entre as gestações e a escolha do método anticoncepcional mais adequado são opções que toda mulher deve ter o direito de escolher de forma livre e por meio da informação, sem discriminação, coerção ou violência.

O planejamento familiar, para o Ministério da Saúde, é um “conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal”.^{1:6} O conceito de planejamento familiar não deve se restringe apenas aos aspectos procriativos, mas abrange o conjunto das necessidades e aspirações de uma família, incluindo moradia, alimentação, estudo, lazer etc.² No entanto, por força do hábito, o conceito de planejamento familiar está hoje circunscrito às questões da reprodução, quando não, apenas àquelas ações de controle da fecundidade, natalidade ou anticoncepção.

De acordo com a Constituição Federal Brasileira, promulgada em 1988, e a Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996, é responsabilidade do Estado, propiciar condições para que homens e mulheres tenham acesso a informações, meios, métodos e técnicas para a regulação da sua fecundidade. Ainda, segundo a referida Lei, o planejamento familiar é direito dos cidadãos de decidirem livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos. Em seu Artigo 2º, o planejamento familiar é definido como um conjunto de ações de regulação da fecundidade, que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal. No Artigo 3º, o planejamento familiar é entendido como parte integrante no conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde.³ Nesta perspectiva, cabe ao casal decidir e planejar quando, quantos e de que maneira nascerão seus filhos.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que, a cada ano, ocorram em todo mundo, 75 milhões de gestações não planejadas, que podem ocorrer de duas razões: não utilização de métodos contraceptivos ou falhas nestes. A não utilização de método algum, se relaciona com o desconhecimento a respeito de sua existência ou de sua aplicação, a falta ou inexistência de recursos financeiros para sua aquisição, ou então, o pouco ou nenhum poder de decisão das mulheres de engravidar.⁴

A partir das décadas de 1960 e 1970, com o intenso processo de industrialização e urbanização vivenciado pela sociedade brasileira, e as influências resultante do modelo cultural e econômico dos países desenvolvidos, a exemplo da introdução da pílula anticoncepcional e da revolução sexual, as famílias passaram a desejar uma prole menor.⁵

Com o advento da pílula, homens e mulheres passaram a ter mais liberdade para o ato sexual, além de poder inferir mais efetivamente no desejo de engravidar ou não. Não se podem negar as contribuições que os avanços científicos trouxeram à saúde da mulher, em especial. Os métodos contraceptivos, quando utilizado de forma correta, provocam mudanças qualitativas na vida desta, construindo um espaço social para que ela se tornasse

dona de seu corpo, favorecendo a vivência da sexualidade sem o medo de uma gravidez indesejada.

Em tempos de pandemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), práticas sexuais e métodos contraceptivos são colocadas em cheque, necessitando de um repensar coletivo, tanto por parte dos casais, como dos trabalhadores de saúde, agências sanitárias, além de deliberação de políticas que atendam as necessidades e demandas sociais e sanitárias.

Mesmo assim, apesar dos grandes avanços no que concerne aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, a disponibilidade de inúmeros métodos contraceptivos, que nem sempre sua acessibilidade, acesso e uso são oportunos, ainda é elevado o número de óbitos maternos relacionados à gravidez, parto e puerpério e de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), além do crescente número de abortos provocados ou não. Quanto ao aborto provocado, vale ressaltar, que muitas de suas causas são influenciadas, devido a não disponibilidade de método contraceptivo durante o ato sexual.

Em relação aos óbitos maternos, o Ministério da Saúde Brasileiro considera o aborto no país um problema de Saúde Pública. Com base em dados da OMS, estima-se que, no Brasil, 31% das gestações são interrompidas. O número equivale a um milhão de abortos ilegais por ano. No Sistema Único de Saúde (SUS), em 2006, foram 2,6 mil internações em decorrência do procedimento. Tal realidade evidencia o impacto que este procedimento tem sobre a saúde da mulher em nosso país.⁶ Em níveis mundiais, a OMS estima que 25% das gravidezes culminam com um aborto provocado, representando aproximadamente 50 milhões de abortos anuais. Sendo que, destes, 20 milhões são praticados em condições perigosas.⁷

Nesta perspectiva, reconhece-se que a orientação é um pré-requisito importante para a iniciação e continuidade de uso de um método anticoncepcional. Provedores de serviços devem estar qualificados para oferecer orientação sobre todos os métodos anticoncepcionais disponíveis. Não devem existir incentivos ou coerção para aceitar a anticoncepção ou um método anticoncepcional específico. A prevenção das DST deve ser incentivada, de maneira que a dupla proteção – prevenção da gravidez e das DST – seja efetuada.⁸

Diante de tal problemática e sabendo que as ações efetivas de planejamento familiar exercem grande impacto na morbidade e mortalidade materna e infantil, permitindo diminuição do número de gestações indesejadas, de abortos provocados, de óbitos neonatais e uma melhor assistência às gestações em geral, encontra-se aí o valor relevante do estudo. Assim, o estudo objetiva analisar o conhecimento de gestantes acerca do planejamento familiar e identificar como se dá a participação do parceiro no planejamento familiar.

MÉTODO

Estudo exploratório-descritivo, realizado no território da ESF da praia de Baleia – Itapipoca – Ceará, durante o período de agosto de 2007 a maio de 2008. A equipe da ESF de Baleia é constituída por uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem, uma médica, três agentes comunitários de saúde, um agente administrativo e um motorista. Possui 1.163 famílias e é considerado um importante centro turístico de referência para toda a região. A ocupação mais frequente é de pescador para homens e de dona-de-casa ou rendeira para mulheres. A renda principal da comunidade é proveniente de programas governamentais e da pesca que, conseqüentemente, varia de acordo com a época de alta ou baixa estação turística.

O estudo teve inicialmente seu projeto de pesquisa remetido a Secretaria Municipal da Saúde de Itapipoca, sendo permitida sua realização. Em seguida, o mesmo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), com aprovação de seu protocolo sob N° 568/2008.

A pesquisa foi realizada com gestantes, que de acordo com dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), em outubro de 2007, existiam 46 gestantes⁹ na comunidade do distrito de Baleia, sendo que apenas 33 aceitaram participar da pesquisa após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta das informações dados foi realizada a partir da técnica da entrevista semi-estruturada, que compreendeu os temas sobre o conhecimento das gestantes acerca do planejamento familiar, a participação do companheiro no mesmo e os tipos de métodos utilizados. A sistematização das informações ocorreu pro meio de categorias analíticas, preservando-se a fala dos sujeitos, a fim de delinear com veracidade o pensamento e a expressão delas sobre o aspecto abordado e atender aos objetivos do estudo. Quanto às categorias, utilizou-se o referencial de Minayo, que permite ao pesquisador fazê-lo de maneira diferenciada, criando sistemas de categorias, que busque encontrar unidade na diversidade e produzir explicações e generalizações.¹⁰ As categorias derivadas após sistematização dos resultados foram: Conhecimento das gestantes acerca do planejamento familiar, e Participação do parceiro no planejamento familiar.

Para preservação dos nomes dos sujeitos da pesquisa utilizou-se a letra “G” acrescida de um numeral ao final de cada fala.

RESULTADOS

Conhecimento das gestantes acerca do planejamento familiar.

Ao serem perguntadas sobre o que sabem acerca do planejamento familiar, 17 (52%) gestantes, afirmaram positivamente o seguinte:

- O marido e a mulher conversarem juntos. (G11)
- Sei, é evitar ter filhos [...]. (G12)
- Sim, planejar os filhos!. (G18)
- É tomar os comprimidos pra não ter filhos [...]. (G15)
- Conversar de não ter filho. (G25)
- Quando o marido e a mulher conversa como vai ser a família. (G30)
- É a entrega dos preservativos e as orientações. (G32)
- É planejar a família e receber algum tipo de preservativos. (G33)

A maioria dos discursos reduz o planejamento familiar a 'evitar filhos', o que, muitas vezes, reflete a situação social e econômica destas mulheres e suas famílias. Acredita-se também, que a pouca escolaridade de parte das gestantes, influencia na assimilação das informações repassadas durante as consultas ou grupos desenvolvidos pela equipe da ESF.

O estudo mostra ainda, que 16 (48%) gestantes não entendem o que é planejamento familiar, apesar de parte delas já terem utilizado algum tipo de método anticoncepcional, o que pode ser visto nas falas a seguir:

- Ajudar as pessoas em casa, os pais e os irmãos. (G3)
- A educação dos filhos. (G5)
- Conversar com a família. (G16)
- Não sei! (G23)
- Conversar com a família sobre o dia a dia. (G28)

Diante destas falas é notório que as mulheres continuam enfrentando sérias dificuldades no que diz respeito à sua saúde reprodutiva e sexual, principalmente, em relação ao planejamento familiar, observa que estas não se limitam à falta de acesso aos meios para regular a fertilidade, faltam-lhes também o saber sobre o seu corpo e sobre suas possibilidades para intervir no processo reprodutivo, para que possam escolher conscientemente entre os diferentes métodos.

Assim, o agir da equipe da ESF é fundamental para o desenvolvimento de ações de educação em saúde e promoção da saúde sobre a temática da saúde reprodutiva e sexual; visto que constitui um fator decisivo para a contracepção, para a proteção das DST, e ainda, para planejar o tipo de família que os sujeitos desejam constituir, inclusive no que diz respeito ao número de filhos; enfim, para que os casais e suas famílias possam buscar a saúde integral.

Nesta perspectiva, autor enfatiza que, na busca da saúde de forma integral, a equipe de saúde tem um signi-

ficado muito importante por colaborar na reorientação das práticas e saberes dos profissionais, trazendo como resultado a melhoria na qualidade do atendimento e o fortalecimento dos sujeitos. O conceito de saúde reprodutiva deve ser trabalhado associado à saúde sexual a partir de uma abordagem positiva da sexualidade humana, uma vez que o exercício da prática contraceptiva acontece no terreno da sexualidade e das relações entre mulheres e homens.¹¹

Tipos de métodos contraceptivos conhecidos pelas mulheres.

TABELA Nº 1

Métodos contraceptivos conhecidos pelas gestantes. Baileia - Itapipoca – Ceará, 2008. (n=33)

Método	N	%
Preservativo masculino	33	100,0
Contraceptivo oral combinado	33	100,0
Contraceptivo injetável	19	57,5
Tabelinha	3	9,0
Laqueadura tubária	3	9,0
Coito Interrompido	1	3,0
Dispositivo Intrauterino-DIU	1	3,0

Em relação ao conhecimento dos métodos, 100% das gestantes, conheciam algum tipo de método, mesmo entre os que elas não tinham utilizado. Os métodos mais popularmente conhecidos são a camisinha masculina e o contraceptivo oral, constituindo os métodos mais evidenciados pelas gestantes entrevistadas. Talvez por influência dos serviços de saúde ou por não efetividade de políticas públicas, os métodos mais conhecidos são os que, habitualmente, são disponíveis na Unidade Básica de Saúde.

No Brasil, os métodos contraceptivos mais utilizados pelas mulheres são a esterilização e os anticoncepcionais orais combinados, com prevalência de 40,1% e 20,7%, respectivamente. Os outros métodos utilizados, em ordem decrescente de frequência, são o condom, a abstinência, o coito interrompido, a esterilização masculina, os contraceptivos injetáveis, o DIU e outros.¹²

Participação do parceiro no planejamento familiar.

Das gestantes do estudo, 23 (70%) responderam que ocorre a participação do parceiro no planejamento

familiar, confirmando a participação na escolha do método, embora o método que antes era utilizado seja de independência feminina.

- Participa, de usar camisinha, ele não acha ruim não, usar por uns tempos. (G2)
- Participa, conversando. (G5)
- Ele conversa quantos filhos vamos ter. (G11)
- A gente combina. Temos filho de cinco em cinco anos. (G13)
- Participa! Antes ele usava camisinha. (G14)
- Sim, ele não usa nenhum método, mas ele se preocupa comigo. (G15)
- Participa! A gente fazia naquela maneira dele [coito interrompido]. (G17)

O fato de a grande maioria dos parceiros deste estudo, segundo as falas das gestantes dividirem ações e responsabilidades, corrobora com a prevenção e, conseqüentemente, com a melhoria da qualidade de vida destes sujeitos. Pois, a divisão da responsabilidade entre os sexos, visando à promoção da saúde sexual e reprodutiva, valoriza sua relevância para a consolidação de uma sociedade democrática.

Com base em um estudo, foram construídas quatro categorias que forneceram subsídios à compreensão das representações femininas sobre a participação masculina na contracepção:

1 - Apenas apoio: as mulheres entrevistadas explicam a participação de seus companheiros na contracepção, como a disposição deles em discutir com suas companheiras sobre o número de filhos que o casal deve ter; pelo apoio ao uso do método feminino por sua companheira, seja comprando o método ou lembrando-a de tomá-lo, ou apenas aceitando que ela o tome. O homem aparece como quem dá suporte ou apóia uma atividade que é da mulher, sendo ela o sujeito ativo das ações contraceptivas, principalmente pelo uso da pílula; **2** - Uso eventual de método masculino: nesse caso, o marido/companheiro faz uso do método masculino apenas quando a mulher interrompe o uso do método feminino temporariamente, seja por lactação, "pausa", por não poder comprá-lo ou outros motivos. Note-se que a atribuição do uso do contraceptivo continua sendo da mulher - o homem apenas ajuda, apóia em caso de impossibilidade da mulher exercer o papel principal na contracepção. **3** - Uso rotineiro de método masculino: foi construída tendo por base o relato das mulheres de que o homem assumia inteiramente o uso de método contraceptivo, por meio de condom ou coito interrompido, sem referência ao uso de método feminino ou consensual. Nesses relatos, existiam muitas referências à comunicação entre os parceiros na decisão sobre o número de filhos. Observou-se como o homem "concordando" com o pedido da mulher que muitas vezes se justifica por não poder tomar a pílula por problema de saúde. **4** - Participação em métodos de

abstinência periódica: apesar da baixa frequência nessa categoria, encontrou-se nela a maior concentração de respostas que explicitam conversas entre o casal.¹³

Noves gestantes relataram a pouca participação dos homens na adoção de medidas contraceptivas, conforme as falas a seguir:

- Nunca participava! Ele não sabe também dessas coisas. (G1)
- O pai é diferente dos outros meninos, ele não conversava nada comigo. Nós éramos só namorados, não tinha coisa séria. (G3)
- Acho que não, ele não queria que tivesse filho agora. Eu não me dou com comprimido e ele não usa camisinha. (G12)
- Não, ele não quer mais filho, mas não usa método. Eu é que evito!. (G16)
- Não, é ausente, eu planejo sozinha. (G18)
- Não, ele manda eu usar. Mais eu não posso usar comprimido e ele também não faz nada. Aí fica assim: quatorze barrigadas. (G20)
- Ele não diz nada não, eu que procuro sozinha. (G24).

A preocupação com o pouco envolvimento masculino nas atividades de contracepção está vinculada a outras questões relevantes na área de saúde reprodutiva: aumento da incidência de mulheres infectadas pelo HIV ou outras DST; problema das gestações não planejadas, com repercussões na qualidade de vida das mulheres.¹³ A regulação da fecundidade é de interesse das mulheres, quer seja pelo fato de, tradicionalmente, conhecerem as conseqüências e os eventuais riscos da gestação, quer seja porque assumem as maiores responsabilidades pelo cuidado dos filhos. Isso também, provavelmente, explica a maior demanda feminina nos serviços que demandam o planejamento familiar.¹⁴

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O planejamento familiar é de fundamental importância para a saúde reprodutiva e sexual do casal, visto que constitui um fator decisivo para a contracepção, para a proteção de DST e ainda para planejar o número de filhos e o espaçamento entre as gestações.

Apesar dos grandes avanços no que concerne aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres viu-se com os resultados desta pesquisa, que quanto à disponibilidade de métodos contraceptivos, nem sempre sua acessibilidade, acesso e uso estão e são oportunos.

As relações entre homens e mulheres refletem os padrões culturais de uma sociedade. A mulher vem conquistando um espaço cada vez maior no mundo público, entrando no mercado de trabalho e assumindo a co-responsabilidade ou até a responsabilidade no

sustento da família. No entanto, a divisão das tarefas do mundo privado com o parceiro ainda não é tão comum. O cuidado dos filhos e o controle da fecundidade ainda são considerados, pela sociedade e até pelas próprias mulheres, como uma função feminina.

O grau de conhecimento dos métodos anticoncepcionais e das informações sobre aquisição e utilização dos mesmos foi feita em nível do próprio meio sócio-cultural das gestantes estudadas, e não em nível dos serviços de saúde. Em função destes resultados, acredita-se que as atividades de planejamento familiar, dentro de um programa de saúde da mulher, com boa motivação e organização, não sofreriam resistência por parte desta população, visto que uma parcela das gestantes estudadas mostrou-se bastante receptiva a aprender e a mudar seu comportamento nesta área específica.

A necessidade de se discutir o planejamento familiar

com as mulheres do próprio grupo de gestantes. Assim, a necessidade de se diferenciar o atendimento reflete-se, na verdade, em propostas que minimizem situações de conflito e sofrimento, isto é, devem ser criadas condições para que elas exerçam a sexualidade de maneira a não comprometer a sua saúde.

Na perspectiva de avanços na melhoria da qualidade de vida, espera-se que esta pesquisa possa contribuir de forma significativa para um redimensionar das ações dos profissionais, enfatizando que as ações efetivas de planejamento familiar exercem grande impacto na morbidade e mortalidade materna e infantil, permitindo diminuição do número de abortos provocados e melhor assistência às gestações em geral. Assim, a saúde sairá do paradigma de ser meramente a ausência de doenças e passa a ser um processo de construção e melhoria na qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. 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. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
2. Costa A.M. PAISM: Uma política de assistência integral à saúde da mulher a ser resgatada. São Paulo: Comissão de Cidadania e Reprodução; 1992.
3. Brasil. Governo Federal. Constituição da República Federativa. Brasília: Senado Federal; 2008.
4. Rodrigues H.C. A percepção das adolescentes grávidas do bairro Terrenos Novos de Sobral – Ceará sobre os métodos contraceptivos [monografia]. Sobral: escola de formação em saúde da família Visconde de Sabóia. Especialização na modalidade de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, 2002.
5. Ceará. Secretaria de saúde do Estado-SESA. Capacitação em saúde sexual e reprodutiva para a atenção básica. Fortaleza: SESA; 2006.
6. Unidad de género y salud. Equidad de género y salud en las Américas a comienzos del siglo XXI. Washington D.C.: OPS; 2006.
7. Berer M. Abortos sin riesgo: un componente indispensable de las políticas y prácticas adecuadas de salud pública. Ginebra: Bull World Health Organ, 2000; 78(5): 580-592.
8. Ceará. Secretaria de Saúde do Estado-SESA. Saúde Sexual e Reprodutiva: um manual para a atenção primária e secundária (nível ambulatorial). Fortaleza: SESA; 2002.
9. Itapipoca. Governo Municipal. Secretaria da Saúde. Sistema de Informação da Atenção Básica-SIAB – relatório. Itapipoca – CE: Secretaria da Saúde; out. 2007.
10. Minayo M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2009.
11. Araújo F.M. Ações de educação em saúde no planejamento familiar nas unidades de saúde da família do município de Campina Grande – PB [Monografia]. Campina Grande – PB: Universidade Estadual da Paraíba; 2005.
12. Oppermann K., Oppermann M.L.R. Anticoncepção. En: Duncan B.B., Schmidt, M.I. et al. Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária. Porto Alegre: Artmed; 2004: 343-55.
13. Carvalho M.L.O., Pirotta K.C.M., Schor N. Participação masculina na contracepção pela ótica feminina. Revista de Saúde Pública. 2001; 35(1):23-31.
14. Espírito-Santo D.C., Tavares-Neto J. A visão masculina sobre métodos contraceptivos em uma comunidade rural da Bahia Brasil. Cadernos de Saúde Pública. 2004; 20(2):562-569.