

UNILEÃO
CENTRO UNIVERSITÁRIO DOUTOR LEÃO SAMPAIO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

RAISSA LAYENNE QUEIROZ DE LUNA

DESIGUALDADES DE GÊNERO NO PLANEJAMENTO FAMILIAR: a
centralidade feminina em decisões contraceptivas

JUAZEIRO DO NORTE-CE
2025

RAISSA LAYENNE QUEIROZ DE LUNA

DESIGUALDADES DE GÊNERO NO PLANEJAMENTO FAMILIAR: a
centralidade feminina em decisões contraceptivas

Monografia apresentada á coordenação
do Curso de Graduação em Enfermagem
do Centro Universitário Doutor Leão
Sampaio, em cumprimento ás exigencias
para obtenção do grau de bacharelado.

Orientadora: Prof. Ma. Aline Morais
Venancio de Alencar.

RAISSA LAYENNE QUEIROZ DE LUNA

DESIGUALDADES DE GÊNERO NO PLANEJAMENTO FAMILIAR: a
centralidade feminina em decisões contraceptivas

Monografia apresentada á coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio, em cumprimento ás exigencias para obtenção do grau de bacharelado.

Orientadora: Prof. Ma. Aline Morais Venancio de Alencar.

Data de aprovação: 28/11/2025

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Me. Aline Morais Venancio de Alencar
Centro Universitário Doutor Leão Sampaio - Unileão
Orientadora

Prof.^a Me. Kátia Monaisa Figueiredo Medeiros
Centro Universitário Doutor Leão Sampaio – Unileão
1^a Examinadora

Prof.^a Me. José Nairton Coelho da Silva
Centro Universitário Doutor Leão Sampaio – Unileão
2^a Examinador

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente e antes de tudo, a Deus, por me dar força nos dias em que eu duvidei de mim, por me erguer quando o cansaço pesava e por iluminar meus passos mesmo quando eu enxergava apenas incertezas. Sua presença foi meu sustento, minha coragem e minha paz. Peço a ele que consiga exercer a enfermagem com amor, dedicação e zelo por cada paciente que passará por mim, eu honrarei esta profissão.

À minha família, meu alicerce mais firme, deixo minha gratidão mais profunda. Cada gesto de cuidado, cada palavra de apoio, cada silêncio compreensivo me ajudou a continuar. Vocês acompanharam cada etapa desta caminhada, vibraram com minhas pequenas conquistas e me abraçaram nas dificuldades. Este trabalho é fruto do amor que sempre recebi de vocês.

Ao meu querido avô José Joaquim de Luna (*in memoriam*) que partiu antes de me ver formar, mas que com a sabedoria do coração, previu quando eu ainda era criança que eu seria enfermeira. Que esta conquista ecoe até onde o Senhor estiver.

À minha filha que cresce em meu ventre Anna Liz, você antes mesmo de chegar já transformou minha vida por completo. Obrigada por ser minha maior motivação, por me inspirar a ser mais forte e resiliente. Nestes últimos dias de caminhada foi a certeza da sua existência que me lembrou do porquê eu precisava seguir. Você é a prova da bondade de Deus em minha vida. Dedico a você, com todo meu amor, a força desta etapa superada.

Ao meu noivo, José Alisson, que é e foi meu companheiro de todos os dias, meu apoio seguro e agora pai da minha filha, obrigada por acreditar em mim mesmo quando eu não acreditava, por segurar minha mão nos momentos em que tudo parecia pesado, por ouvir meus medos, acalmar meu coração e celebrar minhas vitórias. Sua paciência, carinho e presença constante fizeram toda a diferença.

Aos meus amigos e colegas de caminhada Pedro Henrique, Rhaynara e Wellia Alencar, juntos dividimos risadas, cansaços, choros, crescimentos, e sonhos— obrigada por tornarem essa jornada mais leve e mais bonita. Vocês foram abrigo em dias difíceis e energia nos dias bons. Tenho a certeza que vocês serão brilhantes profissionais.

A minha querida orientadora profa Aline Venâncio, Cada orientação refletiu não apenas conhecimento, mas também humanidade. Saiba que eu sempre à admirei por ministrar tão bem com tamanha sabedoria e leveza. E aos professores que passaram e de certa forma ficaram e marcaram essa jornada ao longo da graduação, minha sincera gratidão. Obrigada por compartilharem seus saberes, pela paciência, pela dedicação e por contribuírem tão profundamente na minha formação.

À banca avaliadora, minimamente escolhida, obrigada pelo olhar atento, pelo tempo dedicado e pela oportunidade de crescimento que este momento representa. Saibam que vocês são queridos, e que tenho grande apreço por vocês, obrigada por tudo até aqui.

*Dedico este trabalho a todas as mulheres que
lutam, decidem e resistem diariamente
pelo direito de escolher seus caminhos.
À mulher que me deu a vida
e me ensinou a coragem de ser mulher.
E ao grande amor que nascerá de mim,
Anna Liz, razão do meu amor mais puro
e da esperança em dias melhores para
todas nós.*

RESUMO

O planejamento familiar é um importante instrumento de promoção da saúde sexual e reprodutiva, assegurando às mulheres o direito à livre escolha sobre seu planejamento reprodutivo e o uso de métodos contraceptivos. Apesar dos avanços das políticas públicas voltadas à atenção integral à saúde da mulher, observa-se que a responsabilidade pelas decisões contraceptivas ainda recai predominantemente sobre elas, refletindo construções sociais que reforçam papéis de gênero historicamente desiguais. Diante desse cenário, este estudo teve como objetivo analisar a centralidade feminina nas decisões sobre o seu planejamento reprodutivo, buscando compreender quais fatores podem ser determinantes no processo de decisão e no exercício da autonomia feminina. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter descritivo-exploratório, realizada em uma unidade de Estratégia de Saúde da família no município de Juazeiro do Norte- Ceará. A coleta de dados ocorreu no mês de setembro de 2025, por meio da aplicação de uma entrevista semiestruturada, com a participação de 15 mulheres em idade fértil. Os resultados revelaram que as decisões sobre o uso de métodos contraceptivos ainda são pouco compartilhadas entre os casais, cabendo à mulher a maior responsabilidade sobre o planejamento reprodutivo. Observou-se, ainda, que a escolaridade e a inserção profissional contribuem para o fortalecimento da autonomia nas escolhas contraceptivas. Conclui-se que o fortalecimento da corresponsabilidade masculina e o incentivo ao diálogo entre os casais são fundamentais para a consolidação de um planejamento familiar mais equitativo e humanizado.

Palavras-chave: Planejamento reprodutivo; Desigualdade de gênero; Autonomia feminina.

ABSTRACT

Family planning is an important tool for promoting sexual and reproductive health, ensuring women the right to freely choose their reproductive planning and the use of contraceptive methods. Despite advances in public policies aimed at comprehensive women's health care, it is observed that the responsibility for contraceptive decisions still predominantly falls on women, reflecting social constructions that reinforce historically unequal gender roles. In this context, this study aimed to analyze the female centrality in reproductive planning decisions, seeking to understand which factors may be determinant in the decision-making process and in the exercise of female autonomy. This is a qualitative, descriptive, and exploratory study conducted in a Family Health Strategy unit in the municipality of Juazeiro do Norte, Ceará. Data collection took place in September 2025, through semi-structured interviews with 15 women of reproductive age. The results revealed that decisions regarding the use of contraceptive methods are still rarely shared between couples, with women bearing the greatest responsibility for reproductive planning. It was also observed that education and professional insertion contribute to strengthening autonomy in contraceptive choices. It is concluded that strengthening male co-responsibility and encouraging dialogue between couples are fundamental for the consolidation of a more equitable and humanized family planning process.

Keywords: Reproductive planning; Gender inequality; Feminine autonomy.

LISTA DE ABREVIACOES E SIGLAS

CEP	Comite de tica e Pesquisa
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DIU	Dispositivo Intrauterino
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IM	Intramuscular
IST'S	Infecoes Sexualmente Transmissíveis
PAISM	Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher
PNAISM	Política Nacional de Atenao Integral a Saúde da Mulher
SAE	Sistematizaao da Assistência de Enfermagem
SUS	Sistema nico de Saúde
OMS	Organizaao Mundial de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCPE	Termo de Consentimento pós Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	13
2.1 OBJETIVO GERAL	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
3 REFERENCIAL TEÓRICO	14
3.1 CONTEXTUALIZANDO O PLANEJAMENTO FAMILIAR	14
3.2 DESIGUALDADES DE GÊNERO NAS DECISÕES REPRODUTIVAS.....	15
3.3 ASSISTÊNCIA INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER E O ACESSO A MÉTODOS CONTRACEPTIVOS	16
3.3.1 Métodos Contraceptivos ofertados pelo SUS	17
3.3.2 Métodos de Barreira	Erro! Indicador não definido.
3.3.3 Método Comportamental- Tabela	19
3.3.4 Dispositivo Intrauterino do tipo Hormonal e Cobre	19
3.3.5 Métodos Hormonais orais	19
3.3.6 Método Hormonal Injetável Mensal	20
3.3.7 Método Hormonal Injetável de uso Trimestral	20
3.3.8 Contracepção de Emergência	21
3.3.9 Métodos Definitivos- Laqueadura e Vasectomia	20
3.4 PAPEL DO ENFERMEIRO NA PROMOÇÃO DO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO	21
4 METODOLOGIA	25
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	25
4.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO	26
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	26
4.4 PROCEDIMENTO E INSTRUMENTO PARA COLETA DOS DADOS	27
4.5 ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DE DADOS.....	27
4.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA	28
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	29
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DO ESTUDO	29
5.1.1 Dados Sócio-demográficos do Público Participante	29
5.1.2 Dados Gineco-Obstétricos do Público Participante	32
5.2 EXPLANAÇÃO DOS DADOS PERTINENTES A PESQUISA	33
5.2.1 Categoria 1: Centralidade feminina no planejamento familiar	34

5.2.2 Categoria 2: Fatores históricos, culturais e sociais relacionados a mulher no planejamento familiar	35
5.2.3 Categoria 3: Percepção das mulheres sobre seu papel no planejamento familiar ..	37
5.2.4 Categoria 4: Atores e influências em decisões contraceptivas.....	39
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42
REFERÊNCIAS.....	44
APÊNDICES.....	49
ANEXOS.....	54

1 INTRODUÇÃO

O planejamento familiar de acordo com a Constituição Federal de 1988, consiste no direito fundamental de todo cidadão, e ao Estado cabe assegurar o acesso amplo e igualitário as informações, insumos, e serviços de saúde reprodutiva, possibilitando que indivíduos e casais decidam de forma autônoma e responsável sobre questões de reprodução (Brasil,1988).

O acesso a métodos contraceptivos e possibilidades de escolha, são frutos de uma conquista histórica e social de mulheres na luta por uma autonomia e poder decisório sobre seus corpos e igualdade de gênero, permitindo o exercício de sua sexualidade de maneira segura e planejada (Brasil, 2007).

No entanto, embora essas mulheres tenham conquistado um maior espaço na sociedade, ainda existem disparidades no que tange seus direitos e deveres, sobretudo direitos reprodutivos, refletindo uma desigualdade de gênero persistente, que atribuem a mulher o encargo único nas decisões e responsabilidades reprodutivas (Federici, 2017).

A preponderância feminina em decisões contraceptivas pode ser justificada por consequência de um modelo social estruturado por relações de poder divergentes nas quais a mulher é historicamente responsável pelo controle da natalidade, aspectos relacionados a maternidade, e tarefas do lar, enquanto aos homens é atribuído o papel de provedor da casa. Essa centralização feminina em decisões contraceptivas reflete além de normas culturais enraizadas, limitações estruturais no acesso a serviços de saúde (Connell, 2013).

O Ministério da Saúde reconhece essa disparidade e tem buscado implementar iniciativas a fim de promover equidade de gênero no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre essas ações destaca-se a ampliação do acesso a métodos contraceptivos de longa duração, como o Dispositivo Intrauterino (DIU), que teve aumento de 43,6% na atenção básica entre os anos de 2022 e 2023 (Brasil, 2024).

Apesar desses avanços, desafios ainda persistem e o apoio familiar, social e por parte de profissionais da saúde são aspectos essenciais para que essas mulheres possam desfrutar de forma equitativa e saudável suas responsabilidades no planejamento familiar, garantindo escolhas reprodutivas compartilhadas e seguras (Brasil, 2011).

Diante este cenário, a pesquisa se baseia no seguinte questionamento: Quais os impactos da predominância feminina nas decisões frente o planejamento familiar? Como a atribuição de responsabilidades pode afetar a autonomia das mulheres e perpetuar desigualdades nas relações

familiares e sociais? O entendimento acerca destes questionamentos é importante para a identificação e compreensão desses impactos da centralidade feminina nas questões de planejamento familiar e reprodutivo.

A escolha da presente temática fundamenta-se nas experiências acadêmicas vivenciadas em serviços de atenção básica à saúde, nas quais foi possível observar a limitada ou inexistente participação masculina nas ações relacionadas ao planejamento familiar. Tal constatação evidencia uma lacuna importante na efetivação das políticas públicas de saúde reprodutiva, as quais, apesar de preverem a corresponsabilidade entre os gêneros, ainda são majoritariamente centradas na figura feminina. Nesse sentido, o estudo se justifica por buscar fomentar reflexões e promover o engajamento masculino nesse campo, na perspectiva de contribuir para a construção de um planejamento reprodutivo verdadeiramente compartilhado entre mulheres e seus parceiros, promovendo, assim, a equidade de gênero e o fortalecimento da atenção integral à saúde da família.

A importância desta pesquisa está pautada no interesse de gerar informações que subsidiem a formulação, aprimoramento e fortalecimento de estratégias voltadas à ampliação da participação masculina no planejamento familiar. Ao abordar criticamente os desafios que permeiam a centralização das decisões reprodutivas na figura feminina, o estudo busca favorecer a construção de práticas mais equitativas e corresponsáveis no âmbito da saúde sexual e reprodutiva.

A pesquisa visa contribuir para a ampliação do debate acadêmico sobre a desigualdade de gênero no planejamento familiar, fornecendo subsídios teóricos e empíricos, almejando promover uma mudança estrutural que possibilite um planejamento familiar mais equitativo, no qual ambos os gêneros compartilhem possibilidades de maneira justa e informada. Espera-se que os resultados gerados possam orientar ações mais efetivas nos serviços de atenção básica, promovendo maior engajamento dos homens nesse contexto e, consequentemente, impactando positivamente na dinâmica dos cuidados em saúde reprodutiva. Desse modo, a fim de alcançar essa contribuição, pretende-se publicar os dados obtidos pela pesquisa.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Investigar os impactos da centralidade feminina no planejamento familiar para a saúde reprodutiva das mulheres.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Compreender fatores históricos, culturais e sociais relacionados as responsabilidades da mulher no planejamento familiar;
- Averiguar a percepção das mulheres sobre o seu papel no processo decisório do planejamento familiar;
- Analisar os atores que influenciam a tomada de decisão da mulher no planejamento familiar, considerando suas dinâmicas e impactos na escolha reprodutiva.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 CONTEXTUALIZANDO O PLANEJAMENTO FAMILIAR

O planejamento familiar é reconhecido como um direito humano fundamental, que assegura as pessoas o livre arbítrio de decidir sobre quantidade de filhos e o melhor momento para tê-los. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2018) o planejamento familiar contribui para a redução da mortalidade materna e infantil, permite a autonomia do casal em decisões familiares, proporciona o desenvolvimento social e econômico do país.

Historicamente, o planejamento familiar no Brasil, esteve associado a políticas de controle populacional na década de 1970, com forte influência em esferas internacionais e sem enfoque de fato, nos direitos humanos (Berquó, 2003). A partir da Constituição Federal em 1988 com os avanços no âmbito da saúde, através do inciso 7 presente no artigo 226, regulamentado pela Lei n. ° 9.263/1996, estabelecendo que o Planejamento Familiar deve ser pautado em princípios de equidade, autonomia, e responsabilidade compartilhada entre os gêneros, garantindo também a oferta gratuita de métodos contraceptivos no Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 1996).

Com isso, o planejamento familiar passou a ser reconhecido como um direito, desvinculando-se de práticas coercitivas e sendo regulamentado sob a perspectiva da saúde pública e direitos reprodutivos. Desde então, o país tem promovido políticas públicas voltadas a saúde sexual e reprodutiva, ampliando a oferta de contraceptivos, inclusão de ações educativas, formação de profissionais capacitados para atuar e atender as necessidades dos usuários de forma integral e inclusiva.

Na Atenção Básica, são disponibilizados diversos métodos contraceptivos com o objetivo de prevenir gestações não planejadas. No entanto, a maior parte dessas estratégias é voltada para o público feminino, o que reforça a centralização da mulher no planejamento familiar e contribui para a exclusão do homem nesse contexto. Essa realidade representa um desafio, pois favorece a ocorrência de gravidez indesejada e afasta a responsabilidade masculina desse processo compartilhado (Silva *et al.*, 2018).

Apesar dos avanços, o acesso ao planejamento familiar ainda enfrenta obstáculos, os serviços de saúde e políticas públicas de atenção à saúde foram direcionados durante anos apenas as mulheres, marcando e reforçando uma desigualdade de gênero.

3.2 DESIGUALDADES DE GÊNERO NAS DECISÕES REPRODUTIVAS

A atribuição da responsabilidade reprodutiva centralizada a figura feminina é reflexo de uma construção histórica profundamente enraizada em relações de poder que organizaram as sociedades patriarcais desde a antiguidade.

A associação histórica entre a mulher e a responsabilidade reprodutiva não é um dado biológico, e sim, fruto de processos sociais que instrumentalizaram a capacidade feminina de gerar para fins de controle político e econômico, possuindo papéis sociais limitadores, em que a identidade da mulher se confunde com a maternidade e cuidado doméstico (Lima, 2021).

Esse processo foi socialmente reproduzido e mantido por estruturas religiosas, sociais, e culturais que consolidaram a centralidade feminina, e em contrapartida, a exclusão dos homens sobre essas responsabilidades reprodutivas. O capitalismo também foi um fator contribuinte na reprodução desses comportamentos, pois, os corpos femininos foram moldados e disciplinados para garantir a reprodução da força de trabalho, tornando assim a maternidade uma função social obrigatória (Silva, 2021).

Essa condição atribuída consolida uma ideia que persiste até os dias atuais em que, a mulher existe primordialmente para reproduzir e cuidar. Fortalecendo assim, a redução da autonomia feminina e mantendo o homem em uma posição de distanciamento no campo reprodutivo. A persistência desses padrões ainda hoje evidencia como a desigualdade de gênero em decisões de planejamento reprodutivo é fruto de uma longa tradição, que precisa ser reconhecida e legitimada, a fim de desconstruir essas responsabilidades unilaterais.

Os serviços de saúde e as políticas públicas de atenção à saúde foram direcionadas por anos apenas as mulheres, tal ação pode ainda ser reproduzida até os dias atuais quando não integra o homem no processo, quando é visível a pouca oferta de métodos contraceptivos que limita-se a camisinha ou vasectomia, tal oferta pode influenciar a baixa adesão da classe masculina ao planejamento familiar, dessa forma é repassada a responsabilidade quase que integralmente para o público feminino (Silva *et al.*, 2018).

Vale destacar a existência de outros fatores que dificultam o acesso ao grupo em questão aos serviços de saúde, como a incompatibilidade em horários de consulta, constrangimento em se expor, falta de conhecimento sobre seu papel no planejamento familiar, questões associadas a virilidade, ausência de diálogo com a parceira, e falta de acolhimento por parte dos profissionais da saúde (Barbosa *et al.*, 2018).

Esses fatores acabam moldando as condições em que as mulheres podem ou não decidir livremente sobre sua saúde sexual e reprodutiva, incluindo o uso de métodos contraceptivos,

que diferentemente do público masculino, para as mulheres a oferta é maior. Em contextos onde há predominância das relações desiguais e abusivas, as mulheres muitas vezes têm pouca ou nenhuma autonomia no momento de escolha e decisão, resultando na submissão de escolhas que não refletem suas vontades (Corrêa *et al.*, 2008).

Outro desafio enfrentado pelas mulheres é o acesso limitado a informações adequadas e aos serviços de saúde, especialmente as que convivem em regiões periféricas ou vulneráveis. A baixa escolaridade, e falta de educação sexual também são aspectos que prejudicam a capacidade de tomar decisões sobre seu próprio corpo (Lima, 2023).

O estigma social também contribui no momento de escolha do melhor método, métodos de longa duração como o Dispositivo Intrauterino (DIU), ou até mesmo a própria decisão de não ter filhos, muitas vezes são encarados sob julgamentos, gerando a mulher o medo de críticas, rejeição, e sentimento de insegurança que pode desencorajar o uso livre e consciente do melhor método contraceptivo para cada contexto particular feminino, violando seu direito a autonomia corporal e liberdade de escolha (Diniz, 2015).

3.3 ASSISTÊNCIA INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER E O ACESSO A MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

A assistência integral à saúde da mulher envolve o cuidado contínuo e abrangente que considera as diversas fases da vida feminina, com foco na promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação. Um dos pilares dessa assistência é o acesso efetivo e equitativo aos métodos contraceptivos, que deve ser garantido pelo sistema de saúde como um direito reprodutivo fundamental.

A Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher elaborada pelo Ministério da Saúde no ano de 2004, representa um marco de ações voltadas a promoção, proteção e recuperação da saúde feminina no Brasil, considerando a diversidade de contextos sociais, econômicos, culturais e étnico-raciais. A política é fundamentada nos princípios do SUS, e propõe um modelo de atenção integral incorporando contextos de planejamento reprodutivo, prevenção de agravos, atenção as doenças prevalentes na população feminina e o enfrentamento da violência de gênero. Portanto, a política reconhece a centralidade dos direitos sexuais e reprodutivos como parte indissociável da cidadania das mulheres, promovendo uma abordagem intersetorial e humanizada, evidenciando a necessidade do cuidado que transcende durante gravidez e maternidade, reconhecendo que a mulher não se limita a esses papéis (Brasil, 2004).

O planejamento reprodutivo no Brasil foi regulamentado pela Lei n 9.263 de 12 de janeiro de 1996, determinando aspectos de controle de fecundidade, assegurando direitos

reprodutivos a mulher, homem ou casal, visando um atendimento integral a saúde sendo um suporte do Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM), lançado pelo Ministério da Saúde no ano de 1984 (Brasil, 1994).

É necessário ressaltar que em 2 de março do ano de 2023 passou a vigorar a Lei 14.443/2022 alterando a lei de planejamento familiar que estava em vigor (9.263/1996) com o objetivo de reduzir a idade mínima para realização de laqueadura, dispensando também o consentimento do companheiro, antes quesito obrigatório. Essa mudança visa promover para a mulher uma escolha com segurança e orientações, e assim oportunizar sua autonomia e poder de decisão (Brasil, 2023).

A mulher possui o direito à informação, mas, também deve acessar a disponibilidade dos métodos contraceptivos ofertados pelo SUS, considerando cada contexto social e individualidades que devem ser priorizadas. O conhecimento sobre as características de cada método, contra-indicações, vantagens e desvantagens são contextos fundamentais que devem ser esclarecidos afim de garantir o direito reprodutivo da mulher e do casal (Andrade *et al.*, 2015).

Ademais, a finalidade do planejamento reprodutivo é estimular as discussões sobre os métodos disponíveis, além da compreensão dos riscos e benefícios, objetivando evitar casos de gravidez indesejada, gravidez precoce, e principalmente a ocorrência de infecções sexualmente transmissíveis (Portela *et al.*, 2023).

O ministério da saúde orienta que as atividades de planejamento precisam abranger e possibilitar educação em saúde, com orientações claras de fácil compreensão sobre o acesso ao direito básico de ter filhos ou não (Brasil, 2016).

Os métodos contraceptivos constituem um conjunto de tecnologias e práticas que permitem às pessoas exercerem o planejamento reprodutivo de forma segura, informada e autônoma. Eles incluem opções comportamentais, de barreira, hormonais, dispositivos de longa duração e métodos definitivos, possibilitando que cada indivíduo ou casal escolha a alternativa que melhor se adequa às suas necessidades e projetos de vida.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) garante acesso gratuito a diferentes métodos, reforçando o direito ao planejamento familiar como componente fundamental da saúde sexual e reprodutiva. Essa diversidade de opções é essencial para promover equidade, reduzir desigualdades e assegurar que decisões contraceptivas sejam livres de coerção e centradas na pessoa usuária (BRASIL, 2013).

3.3.1 Métodos Contraceptivos ofertados pelo SUS

A anticoncepção é o ato de fazer uso de métodos que tem como objetivo impedir a

ocasião de uma gravidez indesejada. É um recurso de planejamento familiar importante para a decisão de ter filhos ou não, de forma programada e consciente.

Esses métodos podem ser classificados em dois principais grupos: reversíveis e definitivos. Para os métodos reversíveis pode ser citado os métodos de barreira, comportamentais, dispositivos intrauterinos, métodos hormonais e pílulas de emergência. Já os definitivos são cirúrgicos: esterilização feminina (laqueadura) e esterilização masculina (vasectomia) (Poli *et al.*, 2009).

3.3.2 Métodos de Barreira

Existe o preservativo masculino possuindo maior adesão, e o preservativo feminino, ambos disponíveis em todas as unidades de saúde por se tratar de um método de baixo custo e de fácil acesso e uso. Os preservativos atuam como barreira que impede o contato direto entre o sêmen, e vagina, evitando o encontro dos espermatozoides com os óvulos, evitando também uma gravidez indesejada e principalmente prevenindo a ocorrência de infecções sexualmente transmissíveis (Brasil, 2023)

3.3.3 Método Comportamental- Tabela

A tabela é uma forma de contracepção natural, apenas baseando-se no dia fértil, exigindo da mulher uma prática e autoconhecimento do seu corpo, baseando-se também no ciclo menstrual. Logo, essa prática não é recomendada para ciclos irregulares ou aqueles que sofrem muitas variações (Lopes *et al.*, 2020).

3.3.4 Dispositivo Intrauterino do tipo Hormonal e Cobre

O DIU é um método contraceptivo de longa duração, inserido na cavidade uterina e objetiva prevenir a gestação. Está disponível em diferentes conformações, mas o de Cobre e Hormonal são os que ganham maior destaque. No Brasil é ofertado gratuitamente o DIU de Cobre que pode ser utilizado por até 10 anos, e não causa prejuízos relacionados a fertilidade da mulher (Oliveira *et al.*, 2024).

Para inserção do Dispositivo Intrauterino (DIU), é necessária avaliação clínica, ausência de contraindicações e a capacitação específica do profissional que realizará o procedimento, sendo possível sua realização por enfermeiros habilitados, conforme a Nota Técnica nº 31/2023, normatizada pela Resolução do COFEN 690/2022, na ocasião a mulher deverá passar por consulta Médica e de Enfermagem que será avaliado se o método é adequado para a mulher,

certificando ausência de gravidez e em alguns casos é necessário a realização de exames antes da inserção como por exemplo a Coleta Citopatológica (Papanicolau), e transvaginal, a inserção só poderá ser realizada mediante o registro de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) devidamente preenchido pela usuária (COFEN, 2022).

3.3.5 Métodos Hormonais orais

São métodos contraceptivos que podem conter a combinação de estrogênio e progesterona em sua composição, por isso são chamados de pílulas orais combinadas, ou também aquelas que contém apenas progestogênio a qual são chamadas de minipílulas, estas são as únicas que podem ser utilizadas durante a amamentação iniciando com seis semanas após o parto (Brasil, 2002).

As pílulas combinadas fornecidas pelo SUS podem conter 21 ou 28 comprimidos com indicação de iniciar entre o 1 ao 5 dia do ciclo menstrual, e necessitam de pausa de 7 dias para iniciar uma nova cartela (Portela *et al.*, 2023).

Já as minipílulas o intervalo não é orientado, os comprimidos são ingeridos de forma contínua. É importante ressaltar que essas mulheres podem apresentar sangramentos irregulares, principalmente nos primeiros três meses de uso (Guazzelli; Sakamoto, 2020).

3.3.6 Método Hormonal Injetável Mensal

Assim como as contracepções orais, os injetáveis também podem ser combinados que são de uso mensal, e os injetáveis a base apenas de Progesterona de uso trimestral. Os injetáveis de uso mensal contém uma combinação de estrogênio e progesterona, indicado para mulheres desde a adolescência até os 40 anos de idade, oferecendo alta eficácia contraceptiva. A aplicação é feita por via Intramuscular (IM) profunda, de preferência iniciar até o quinto dia do ciclo menstrual, repetindo a cada 30 dias. Entre os benefícios estão a melhora de sintomas pré menstruais e redução do sangramento menstrual (Brasil, 2022).

3.3.7 Método Hormonal Injetável de uso Trimestral

Os injetáveis de uso trimestral contém apenas progesterona, especificamente o Acetato de Medroxiprogesterona 150mg, devendo ser administrados com intervalo de 90 dias também por via Intramuscular (IM). Indicado para mulheres que não desejam fazer o uso mensal, mulheres que tem contraindicação quanto ao uso de estrogênio, hipertensão, histórico de

trombose venosa, e que estão em amamentação, respeitando o intervalo de seis semanas após o parto para iniciar. O injetável pode ser aplicado com tolerância de duas semanas antes ou depois do período estipulado, desde que seja feito a cada 90 dias (Brasil, 2022).

3.3.8 Contracepção de Emergência

Segundo o Ministério da Saúde, a contracepção de emergência é um recurso importante e indicado para prevenir a ocorrência de uma gestação após ato sexual sem proteção, situações de falha contraceptiva, ou violência sexual, devendo ser utilizada de forma excepcional e sempre acompanhada de orientação e informações claras sobre sua indicação, forma de uso e limitações, evitando o uso indiscriminado e riscos à saúde (Brasil, 2011).

A eficácia da contracepção de emergência depende do período em que foi utilizada, sendo que seu efeito diminui com o avançar dos dias, por isso é orientado que seu uso seja feito em até 72 horas após o ato desprotegido, mas pode ser tomada até 120 horas que corresponde a 5 dias (Brasil, 2011).

3.3.9 Métodos Definitivos- Laqueadura e Vasectomia

A laqueadura é um procedimento cirúrgico que consiste na obstrução das tubas, com isso impede que haja fertilização dos óvulos pelos espermatozoides. A Lei 9.263/1996 é a lei que regulamenta o planejamento familiar e estabelece que ambos os métodos definitivos devem ser ofertados de forma gratuita pelo SUS, respeitando critérios específicos (Brasil, 1996).

Atualmente esta lei sofreu alteração e uma nova entra em vigor que altera a idade mínima para mulheres que passa de 25 anos para 21, e independente da quantidade de filhos é permitido realizá-la sem o consentimento do parceiro, antes um critério exigido (Brasil, 2023).

A laqueadura tubária é considerado um método definitivo de contracepção também ofertado pelo SUS, no ano de 2023 uma nova lei entra em vigor, sendo ela n 14.443/2022 com critérios de elegibilidade em que a idade mínima para mulheres e homens com capacidade civil plena passa de 25 (vinte e cinco) para 21 (vinte e um anos), independentemente do número de filhos vivos, foi definido prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação de vontade e o ato cirúrgico e não é mais necessário o consentimento expresso de ambos os conjugues para a realização de laqueadura tubária ou vasectomia (Brasil, 2023).

A vasectomia é considerada um procedimento simples, rápido e de fácil recuperação, consiste na união dos ductos deferentes a fim de interromper o fluxo dos espermatozoides e assim impedir que eles cheguem ao líquido seminal (Brasil, 2023).

É importante destacar que mediante apresentação de todos os métodos contraceptivos ofertados pelo SUS, apenas o método de barreira (preservativo) confere proteção de IST's, esta informação deve ser transmitida de forma clara e responsável a todos os usuários.

A administração, prescrição e fornecimento de Métodos Contraceptivos no âmbito do SUS seguem as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde, especialmente conforme orientações da Caderneta de Saúde da Mulher e da Caderneta de Atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva (Brasil, 2021).

Os profissionais de Enfermagem, devidamente capacitados e respaldados por protocolos, podem prescrever Métodos Contraceptivos Hormonais e realizar a administração de injetáveis, além de fornecer preservativos e orientar sobre o uso correto de cada método, sempre com base em critérios clínicos de elegibilidade definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Conforme a Lei n 14.443/2022 O encaminhamento deve ser feito por uma equipe multiprofissional, garantindo a escuta qualificada e o pleno exercício dos direitos reprodutivos (Brasil, 2023).

3.4 PAPEL DO ENFERMEIRO NA PROMOÇÃO DO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO

No contexto da atenção básica, o enfermeiro desempenha um papel central na promoção do planejamento reprodutivo, sendo responsável não somente pela consulta de enfermagem, mas também pela educação em saúde e acolhimento humanizado.

A atuação do enfermeiro é respaldada por normas e diretrizes que reconhecem sua autonomia e competência na promoção da saúde sexual e reprodutiva. De acordo com o ministério da saúde, cabe ao enfermeiro realizar ações que promovam educação em saúde, consultas de enfermagem, e a prescrição de métodos contraceptivos mediante protocolos estabelecidos (Brasil, 2021).

Em consonância, a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem, (COFEN) n 358/2009 regulamenta a Consulta de Enfermagem, e dispõe sobre a Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE), e a implementação do Processo de Enfermagem em todos os ambientes, a sistematização permite a organização do trabalho, onde o enfermeiro é responsável pela liderança na execução e avaliação do processo, incluindo o diagnóstico e prescrição (COFEN, 2009).

A consulta de enfermagem confere ao enfermeiro a responsabilidade pela prescrição de contraceptivos orais, injetáveis, e DIU, conforme consta na Resolução n 690/2022 sobre a

Atuação do Enfermeiro no Planejamento Familiar e Reprodutivo, assumindo assim seu papel de autonomia e comprometimento baseado em estudos e evidências no momento de sugerir melhor escolha contraceptiva, considerando cada indivíduo, rotina, acesso, formação e principalmente seu desejo expressado em consulta (COFEN, 2022).

A promoção do planejamento familiar pelo enfermeiro também está diretamente vinculada a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos baseado na Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM). Essa política enfatiza que todas as mulheres devem ter acesso livre, informado e igualitário a todas as opções contraceptivas de forma segura (Brasil, 2021).

A assistência de enfermagem no contexto do planejamento familiar envolve um papel fundamental no momento de aconselhamento contraceptivo, o enfermeiro deve garantir que os usuários e casais recebam informações claras, imparciais e baseadas em evidências científicas sobre os métodos disponíveis na rede SUS, o enfermeiro deve atuar como facilitador do processo decisório, promovendo um ambiente de escuta qualificada, acolhimento e respeito às necessidades, valores e preferências dos indivíduos.

Esse cuidado ético e técnico contribui para a escolha informada e consciente do método mais adequado a cada realidade, fortalecendo a autonomia e os direitos reprodutivos. Sendo assim, para assegurar o planejamento são utilizados métodos contraceptivos que tragam segurança. Desse modo, planejar e orientar qual método anticoncepcional usar é algo crucial na promoção da saúde, sendo de responsabilidade dos profissionais de saúde fazer o acompanhamento correto e fornecer informações, quando necessário, sobre as técnicas e práticas necessárias ao uso dos mesmos (Brandt *et al.*, 2020).

Outro aspecto imprescindível para a atuação na promoção do planejamento familiar é a qualificação contínua dos profissionais, segundo o ministério da saúde, a educação permanente em saúde é uma estratégia para aprimorar as competências dos profissionais para garantir um atendimento mais humanizado e assertivo (Brasil, 2021). Dessa forma, o enfermeiro atua não apenas como prestador de cuidados, mas também atua na defesa dos direitos humanos, promovendo o poder de escolha e combatendo práticas discriminatórias (Santos, Mendes, 2022).

Um programa de Planejamento Reprodutivo eficaz engloba não somente as ações efetivas de contracepções e prevenção a gravidez, mas, ações de acesso e assistência ao adolescente, pois a gravidez entre adolescentes ainda apresenta taxas elevadas, causando preocupação no âmbito da saúde pública (Vilar *et al.*, 2022). Além de promover ações de prevenção à gravidez precoce através da educação sexual, evidenciando importância do uso de

preservativos para prevenção de IST's, ações que promovam o efetivo envolvimento do homem em contextos de sua saúde masculina e aspectos de planejamento reprodutivo, e quando há a ocorrência da gravidez, garantir que essa mulher e/ou casal estejam inseridos e sejam assistidos em todas as etapas, garantindo também um pré-natal de qualidade e humanizado.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo de campo do tipo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa, acerca dos efeitos da centralidade feminina no planejamento familiar sobre a saúde reprodutiva das mulheres.

A metodologia de uma pesquisa científica compreende um conjunto de métodos e procedimentos que orientam o pesquisador na busca pelo conhecimento a fim de se atingir determinados objetivos (Marconi; Lakatos, 2017). A escolha de uma metodologia apropriada é essencial para assegurar que os resultados obtidos na pesquisa sejam válidos e confiáveis (Gil, 2008).

Os estudos de campo permitem uma observação direta e um contato real com a realidade a ser estudada, possibilitando um enriquecimento da análise dos dados (Minayo, 2007). Dessa forma, esse tipo de estudo se adequou a essa pesquisa uma vez que buscou-se identificar os impactos que a centralidade feminina infere na concepção e contracepção, impactos esses que foram observados mediante visitas e momentos no local escolhido para coleta dos dados.

A pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com visitas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. (Gil, 2008). Para compreensão de forma mais aprofundada o objeto em estudo, optou-se por adotar a pesquisa exploratória como abordagem metodológica, este tipo de pesquisa é indicada especialmente quando o tema é pouco investigado ou necessita de uma maior clareza teórica, adequando-se assim a pesquisa em questão.

As pesquisas com abordagens qualitativas permitem a coleta dos dados através de respostas abertas e descritas pelo entrevistado, possibilitando a avaliação subjetiva das informações coletadas (Marconi; Lakatos, 2017). Assim, o presente estudo buscou compreender a centralidade feminina em decisões contraceptivas por meio da escuta direta de mulheres em idade reprodutiva, usuárias dos serviços da Atenção Básica, através de uma entrevista semiestruturada, possibilitando a imersão da realidade vivenciada pelas entrevistadas, identificando as percepções, experiências e fatores que influenciam o processo decisório.

Dessa forma, a abordagem qualitativa e o instrumento de coleta permitem a avaliação sobre esses determinantes que podem culminar sobre a desigualdade de gênero no planejamento reprodutivo.

4.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Juazeiro do Norte, Ceará, no período de setembro de 2025, com coleta de dados após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) e autorização para a coleta de dados (APÊNDICE A) da Secretaria de Saúde do referido município.

A escolha do local foi motivada por vivências acadêmicas da pesquisadora, que a aproximaram da problemática do estudo, mediante observação em estágio curricular na referida unidade com grande participação feminina em questões de saúde e consultas de planejamento familiar, podendo assim, contribuir de forma positiva para a pesquisa e coleta de dados.

O município de Juazeiro do Norte de acordo com os dados Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2023) está localizado na região do Cariri, interior do Ceará, possui aproximadamente 258 km² e está 491 km da capital Fortaleza. A cidade conta de acordo com o último censo demográfico 286.120 habitantes.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

O Público alvo desta pesquisa foram 15 mulheres em idade fértil usuárias de uma estratégia de saúde da família a qual o estudo foi realizado. A amostra foi composta seguindo critérios de inclusão e exclusão. Os critérios de inclusão foram: mulheres em idade reprodutiva que sejam cadastradas e acompanhadas na unidade básica de saúde selecionada para o estudo, que utiliza ou já utilizou métodos contraceptivos, mulheres que estejam em união estável, casamento ou relacionamento afetivo no período da coleta de dados e que aceitaram voluntariamente participar, dessa forma elas assinam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE B) e Termo de Consentimento PósEsclarecido - TCPE (APÊNDICE C).

Os critérios de exclusão utilizados foram: mulheres em menopausa, que apresentem limitações cognitivas ou psicológicas que comprometam a compreensão ou a participação plena na pesquisa. Usuárias que não tenham vivenciado situações relacionadas ao planejamento familiar. Mulheres que não se comuniquem adequadamente no idioma da pesquisa.

A amostra foi delimitada pelo critério de saturação dos dados e para assegurar o anonimato dos sujeitos do estudo, foi atribuindo letras e números (M1, M2, M3, ...), mantendo a confidencialidade nas transcrições das falas e sigilo da identidade.

A saturação dos dados ocorre quando a coleta de informações não contém mais novos elementos para compreensão do objeto em estudo tornando-se repetitiva e os dados obtidos

mostram-se suficientes para responder o que se deseja (Minayo, 2014).

4.4 PROCEDIMENTO E INSTRUMENTO PARA COLETA DOS DADOS

O instrumento para a coleta de dados ocorreu através de uma entrevista semi-estruturada (APÊNDICE D) que foi realizada de forma presencial para o público alvo desta pesquisa contemplando eixos que permeiam o objeto de estudo. Essa estratégia permite alcançar o público-alvo de forma prática e eficiente considerando que suas rotinas não serão afetadas ao participar do estudo, respeitando os princípios éticos e o consentimento livre e esclarecido dos envolvidos.

A coleta dos dados foi realizada na própria unidade de saúde em local reservado de forma individual, respeitando a privacidade e conforto das participantes, através de uma entrevista com roteiro semi-estruturado que possibilitou maior liberdade na coleta de dados, porém sem nenhuma interferência nas respostas e questões. O registro ocorreu de forma manual com transcrição imediata durante o momento para garantir fidedignidade.

Ao término de cada entrevista foi feita uma revisão das transcrições para garantir clareza e coerência. Em seguida foi feita a conferência da codificação dos dados de forma sigilosa (M1, M2, M3...) e por fim, o armazenamento seguro destas informações de forma organizada e estruturada no decorrer da pesquisa.

A entrevista semi-estruturada segundo Marconi; Lakatos (2017) é uma estrutura simples, na qual o pesquisador e o entrevistado podem acrescentar mais informações, pois ela permite conhecer mais o entrevistado.

A principal dificuldade que poderia ser apresentada era a recusa a participar do estudo em questão, possibilidade esta já consciente e compreendida, visto que a participação é voluntária e os participantes são livres e podem recusar a participar a qualquer momento da pesquisa.

4.5 ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DE DADOS

A análise ocorreu através da análise de conteúdo e apresentação dos dados por categorias temáticas, já os dados sócio-demográficos estão dispostos em tabela para melhor visualização dos mesmos. A análise de conteúdo tem como foco primordial a exploração de opiniões sobre o tema que está se investigando, assim, em primeiro momento é feita a descrição das falas dos participantes, seguido de análise do conteúdo e interpretação. (Deslandes; Gomes; Minayo, 2012).

A análise temática se mostrou adequada a esta pesquisa por possibilitar a organização e interpretação dos relatos das participantes. Como o objetivo é a compreensão de como as mulheres se sentem mediante essa centralidade em decisões contraceptivas, essa técnica possibilitou perceber com profundidade os significados atribuídos por elas as suas experiências, revelando aspectos subjetivos, sociais e culturais que atravessam esse processo. Dessa forma, a análise temática contribuiu para a construção de categorias que emergem diretamente do discurso das participantes, respeitando a complexidade e singularidade de cada narrativa.

Pode-se considerar as categorias temáticas como classificação de elementos compostos de um conjunto por diferenciação e reagrupamento, com critérios antecipadamente definidos; como classes as quais reúnem-se um grupo de elementos (Deslandes; Gomes; Minayo, 2012).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA

A pesquisa em questão seguiu com todas as orientações estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde por meio da Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012 que determina todos os aspectos legais e éticos de pesquisas que envolvam seres humanos, com o cumprimento dos princípios éticos da autonomia e justiça (Brasil, 2016).

O proposto estudo ofereceu riscos mínimos aos entrevistados, podendo citar sentimento de insegurança, constrangimento, receio de exposição de imagem e medo das repercussões que poderiam ocorrer. Contudo, todos os riscos foram devidamente esclarecidos durante toda a participação e coleta de dados a partir da garantia da confidencialidade dos entrevistados, sua privacidade, bem como a seriedade do estudo.

Os benefícios deste estudo se referem a possibilidade de uma melhor compreensão das fragilidades encontradas em torno da temática, possibilitando o fomento de informações que possam servir de subsídio para resolução das lacunas identificadas, e atuem na superação de comportamentos que reforçam a desigualdade de gênero em decisões contraceptivas. Por fim, espera-se que este material possa estimular o interesse de novos estudos acerca do tema. Esta pesquisa foi cadastrada no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DO ESTUDO

Os resultados do presente estudo foram obtidos por meio da aplicação de uma entrevista semi-estruturada composta por 15 entrevistadas pertencentes ao público feminino em idade fértil, compreendendo a faixa etária de 17 a 45 anos. As participantes foram acolhidas em uma unidade da Estratégia de Saúde da Família (ESF), localizadas no município de Juazeiro do Norte – CE. Abaixo, expõe-se os dados referentes ao perfil sociodemográfico, dados Gineco obstétricos, e dados pertinentes ao objetivo investigado.

5.1.1 Dados Sóciodemográficos do Público Participante

Na caracterização do perfil das participantes, foram consideradas variáveis sociodemográficas como idade, estado civil, e escolaridade. Esses dados permitem compreender o contexto em que as mulheres estão inseridas, possibilitando análises consistentes sobre sua relação com o planejamento familiar. As informações referentes a tais variáveis estão dispostas na Tabela 1, a seguir:

Tabela 1. Dados sociodemográficos do público participante. Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil. 2025.

Idade		N
17-25		3
26-35		4
36-45		8
Total		15
Escolaridade		N
Ensino Fundamental incompleto		1
Ensino médio incompleto		3
Ensino médio completo		7
Ensino superior incompleto		1
Ensino superior completo		3
Total		15
Estado Civil		N
Solteira		7
Casada		5
União Estável		3
Total		15
Ocupação		N
Estudante		2
Trabalho formal		9
Trabalho informal		2

Desempregada	2
Total	15

Fonte: dados provenientes da pesquisa, 2025.

A análise dos dados sociodemográficos evidencia uma predominância na faixa etária de 36 a 45 anos com um quantitativo de 8 mulheres, seguidas por aquelas entre 26 e 35 que somam 4 participantes, enquanto 3 situam-se as mais jovens de 17 a 25 anos.

Esses dados sugerem que grande parte das entrevistadas se encontram em uma fase reprodutiva mais madura, momento em que o planejamento familiar tende a assumir uma maior relevância e responsabilidade, seja pela definição do número de filhos desejados, ou pela preocupação com métodos contraceptivos mais seguros e eficazes.

De acordo com o IBGE a média de filhos por mulher em idade reprodutiva no Brasil, caiu para 1,55 em 2022. Desde 2010, a taxa de fecundidade brasileira está abaixo da chamada taxa de reposição populacional, ou seja, da média de filhos por mulher necessária para manter a população estável, que é de 2,1. A pesquisa não apenas observou a continuidade da queda da taxa de fecundidade, como também revela que as mulheres estão tendo filhos com idades mais avançadas. A idade média da fecundidade no Brasil passou de 26,3 anos em 2000 para 28,1 em 2022. A tendência foi observada em todas as regiões brasileiras (IBGE, 2022).

A diminuição do tamanho das famílias, resultante do postergamento da decisão de ter filhos e da queda nas taxas de natalidade, é uma tendência observada em escala global e sugere maior acesso a métodos contraceptivos eficazes. No entanto, dados recentes apontam que 48% das gestações ocorridas no mundo nos últimos cinco anos não foram planejadas. A taxa anual de gestações não planejadas a cada mil mulheres em idade reprodutiva varia de forma inversamente proporcional ao grau de desenvolvimento socioeconômico de cada país. Dessa forma, os países com baixo índice de desenvolvimento concentram as maiores taxas de gravidez não planejada (Bearak *et al.*, 2020).

O planejamento reprodutivo deve ser compreendido como um direito que alcance todo o ciclo reprodutivo da mulher, sendo ainda mais estratégico em momentos da vida em que há consolidação de projetos pessoais, profissionais e familiares (Osis, Faúndes, 2020).

Em relação a Escolaridade observa-se que a maioria das participantes possuem ensino médio completo, e 3 possuem ensino superior incompleto, esse perfil indica que o grupo tem em geral, um nível educacional que pode favorecer um maior acesso à informação sobre contracepção e saúde sexual. Entretanto, também há o quantitativo de participantes com sua trajetória escolar incompleta, sendo 3 de nível médio, e 1 de nível fundamental, revelando a

necessidade de estratégias educativas que alcancem diferentes níveis de compreensão.

Segundo Moura *et al* (2018) o acesso ao planejamento familiar não se limita a disponibilidade de métodos, mas sim, depende fortemente da qualidade das informações e da maneira que estas são transmitidas, respeitando sempre as particularidades socioculturais de cada público.

Em relação ao estado civil e ocupação, nota-se a predominância de solteiras (7), seguida das casadas (5) e as que se declaram estar em uma união estável (3). Os dados revelam que o planejamento familiar não deve ser abordado apenas sob a ótica conjugal, mas também ser visto como uma necessidade das mulheres que vivem a maternidade e questões referentes a reprodução de forma independente ou em diferentes arranjos afetivos.

De acordo com Trindade *et al.*, (2021), o estado civil exerce influência direta em práticas contraceptivas, uma vez que as mulheres que vivem com parceiro tendem a adotar menos proteção dupla do que as que não possuem parceiro, evidenciando como as relações afetivas e conjugais moldam as escolhas reprodutivas. Tal constatação evidencia que o planejamento familiar deve abranger múltiplas realidades afetivas, reconhecendo que o vínculo conjugal não é o único determinante do exercício da maternidade, ou da decisão de evitar uma gestação.

Ao articular as dimensões do estado civil e escolaridade, percebe-se que ambas exercem influência significativa em relação a autonomia feminina no planejamento familiar. As mulheres em união estável ou casadas tendem a enfrentar maiores interferências, isso muitas vezes devido a centralização masculina nas escolhas reprodutivas. Em contrapartida, mulheres solteiras ou que vivem arranjos familiares e sociais diversos tendem a assumir um maior protagonismo sobre seu corpo e sua reprodução, ainda que enfrentem estigmas sociais (Heilborn, 2021).

Ao analisar a variável referente a ocupação, nove participantes têm trabalho formal, o que pode representar uma maior autonomia financeira até mesmo em decisões sobre métodos contraceptivos, como também maiores desafios para conciliar a maternidade e carreira. As demais respostas a variável mostram que o trabalho informal também passa a ser considerado como alternativa para uma renda financeira.

Esta variável mostra que a ocupação/trabalho emerge como um fator estrutural que também é de grande relevância para a discussão, uma vez que ter uma ocupação formal ou informal ou mesmo estar sem ocupação remunerada interfere diretamente não apenas na autonomia econômica da mulher, mas também em seu acesso à informação, e aos serviços de saúde. Tal condição é um fator agravante para a ocorrência de vulnerabilidades sociais que repercutem no planejamento da maternidade, e na menor capacidade de escolha de métodos

contraceptivos com segurança (Rocha *et al.*, 2022).

Esse cenário evidencia que a ocupação não é apenas um fator, mas deve ser visto como parte integrante da centralidade feminina em decisões contraceptivas, pois, mulheres que trabalham ou tem uma ocupação remunerada tendem a ter mais condições de autodeterminação em comparação com aquelas que não possuem nenhuma fonte de renda.

Nesse sentido, Carvalho *et al.*, (2021) reforçam que a autonomia feminina na escolha de contraceptivos está fortemente relacionada a fatores sociais, como Escolaridade, inserção no mercado de trabalho e suporte familiar, portanto, é fundamental que as políticas públicas considerem essas dimensões.

5.1.2 Dados Gineco-Obstétricos do Público Participante

A apresentação dos dados das participantes constitui etapa fundamental para compreender a trajetória reprodutiva das mulheres envolvidas na pesquisa.

Na sequência, apresentam-se os dados referentes a idade da menarca que marca o início do ciclo reprodutivo, o início da vida sexual ativa, bem como informações sobre o quantitativo de gestações, partos e abortos, estas variáveis estão dispostas na tabela 2, a seguir:

Tabela 2. Dados Gineco obstétricos do público participante. Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil.

Idade da Menarca		N
<12 anos		11
>13 anos		4
Total		15
Início da vida sexual		N
<15 anos		2
>16 anos		13
Total		15
Gestações		N
1-2		8
>3		6
Total		14

Fonte: Dados provenientes da pesquisa, 2025.

Ao analisar os dados, observa-se a predominância da menarca precoce (11) tiveram esse

marco antes dos 12 anos, e apenas 4 aos 13 ou mais. Esse achado é relevante pois a menarca precoce amplia os riscos de uma gravidez na adolescência caso o início da vida sexual ocorra também nessa faixa etária (Brasil, 2018).

O Ministério da Saúde destaca a importância de reconhecer a menarca como um marco biológico que necessita de ações educativas e de um planejamento reprodutivo já no início da adolescência, visando a prevenção de gestações não planejadas e a fim de minimizar as vulnerabilidades no contexto social e de saúde (Brasil, 2018).

Em relação ao início da vida sexual, verificou-se que a maior parte das mulheres iniciou em idade igual ou superior aos 16 anos totalizando 13 mulheres, representando um fator protetivo em comparação as que tiveram início precoce. E apenas 2 participantes referem início com idade abaixo dos 15 anos.

Com isso, o início a vida sexual precoce está associado a maior probabilidade de gravidez não planejada e também um maior risco a exposição a IST's e vulnerabilidades sociais, sendo um fator de risco para desfechos reprodutivos adversos (Reis *et al.*, 2023).

Dessa forma, é essencial políticas e práticas dentro da atenção básica que contemplem uma educação sexual integral, o acesso a métodos contraceptivos e principalmente, um acolhimento não-julgador para que esse jovem participe, permaneça e construa uma autonomia feminina nas suas escolhas reprodutivas (Brasil, 2013).

No que se refere ao número de gestações, observou-se que 8 participantes tiveram de 1 a 2 gestações, enquanto 6 tiveram 3 ou mais, e apenas 1 mulher entrevistada não era mãe ainda. Pode-se perceber que as mulheres atualmente possuem um controle de natalidade maior, se planejam mais para a maternidade, sendo um fator de extrema relevância, pois a multiparidade é um fator que pode aumentar os riscos de complicações obstétricas e maternas, como anemia, maiores chances de intercorrências no pré-natal, além, de refletir possíveis dificuldades de acesso a métodos contraceptivos eficazes e de longa permanência (Brasil, 2012).

Além disso, o Ministério da Saúde, recomenda que a atenção básica desenvolva estratégias para ampliar o planejamento familiar, visando assegurar o intervalo saudável Inter partais e promover escolhas reprodutivas mais conscientes (Brasil, 2012).

5.2 EXPLANAÇÃO DOS DADOS PERTINENTES A PESQUISA

O questionário aplicado foi composto por 9 perguntas subjetivas relacionadas ao planejamento reprodutivo, abordando escolha dos métodos contraceptivos e motivação para tal decisão, autonomia feminina frente o planejamento analisando a existência de barreiras

socioculturais e pressões externas, envolvimento masculino neste processo e a percepção do próprio protagonismo em decisões reprodutivas.

Para melhor compreensão dos resultados, estes foram dispostos em categorias temáticas, sendo elas: Categoria 1: Centralidade feminina no planejamento familiar; Categoria 2: Fatores históricos, culturais e sociais relacionados a mulher no planejamento familiar; Categoria 3: Percepção das mulheres sobre o seu papel no planejamento e Categoria 4: Atores e influências em decisões reprodutivas.

5.2.1 Categoria 1: Centralidade feminina no planejamento familiar

A centralidade feminina no planejamento familiar refere-se ao papel predominante que é atribuído a mulher na tomada de decisão e no gerenciamento de sua reprodução. Historicamente, a responsabilidade pela prevenção da gravidez e controle da natalidade é recaído sobre a mulher, o que evidencia uma sobrecarga de gênero no campo da saúde reprodutiva (Figueiró, 2014).

Nesta categoria, buscou-se apresentar como a centralidade feminina se manifesta nas experiências, decisões e participação das entrevistadas frente as escolhas relacionadas ao planejamento familiar.

Ao serem indagadas acerca de sua participação nas decisões relativas à maternidade e do papel desempenhado nas próprias escolhas reprodutivas, estas foram as principais respostas relacionadas as perguntas 2 e 8:

(M1) Acredito que continuarei a decidir, pois é sobre mim, minha vida e meu corpo.

(M2) Poderia, mas não tive. Foi uma gravidez indesejada e nunca evitei por falta de conhecimento mesmo.

(M6) As mulheres de hoje tem mais liberdade nas escolhas e decisoes.

(M7) A decisão é da mulher, o homem sempre quer mais, mas é a mulher que decide.

Dentre as respostas analisadas, observa-se que as participantes reconhecem a relevância de seu papel no planejamento familiar e defendem a importância de exercer uma autonomia e poder de decisão nesse processo. Além disso, destacam que a decisão sobre a maternidade não deve ser exclusiva da mulher, ressaltando a participação do parceiro como elemento

fundamental na construção conjunta das escolhas reprodutivas, como observa-se na fala a seguir:

:

(M15) É muito importante os dois decidirem ou até mesmo o homem fazer vasectomia, porque não?

O planejamento reprodutivo deve ser um direito exercido de forma compartilhada, cabendo ao Estado garantir o acesso a métodos e informações de qualidade para ambos os gêneros (Brasil, 2013).

No entanto, diversos estudos apontam que na prática ainda é corriqueiro que as mulheres assumam sozinhas esse processo, enquanto a participação masculina permanece restrita ou secundária (Santos *et al.*, 2010).

Os achados evidenciam que, embora haja avanços normativos e discursivos em torno da corresponsabilidade reprodutiva, na prática as mulheres assumam sozinhas o processo de planejamento familiar. Essa centralidade feminina confirma a persistência de padrões de gênero que associam a mulher ao cuidado reprodutivo, mantendo-a como principal responsável pela escolha, uso e acompanhamento dos métodos contraceptivos.

Tal realidade produz impactos significativos, pois reforça desigualdades históricas, sobrecarrega física e emocionalmente as mulheres e limita a participação dos parceiros, comprometendo a construção de decisões verdadeiramente compartilhadas. Além disso, essa responsabilização concentrada interfere diretamente na autonomia reprodutiva, que passa a ser exercida sob condições assimétricas, nas quais a mulher administra sozinha riscos, efeitos, falhas e custos simbólicos associados ao processo contraceptivo.

5.2.2 Categoria 2: Fatores históricos, culturais e sociais relacionados a mulher no planejamento familiar

A discussão sobre a centralidade da mulher no planejamento familiar requer a compreensão dos fatores históricos, culturais e sociais que têm moldado o seu papel nesse âmbito.

Nessa categoria, buscou-se compreender tais fatores e como as mulheres entendem a responsabilidade pela contracepção, como a cultura e a família podem reforçar ou apoiar o papel feminino nesse contexto.

Quando questionadas na pergunta 3, sobre como a família e/ou comunidade enxergam o papel da mulher no planejamento, os relatos foram variados, sendo os principais:

(M3) As mulheres tem a missão de ser mães e nasceram para isso.

(M6) Na minha familia todas as mulheres casaram, e casaram para serem mães, é assim que tem que ser.

(M7) A ideia de ser mulher para cuidar dos filhos.

(M8) A mulher que enfrenta tudo, toda a barra.

(M11) Não tomar remedio para evitar, se organizar para ter filhos.

(M13) A mulher nasce com o dom da maternidade, tem que procriar.

As participantes evidenciaram a persistência do protagonismo da mulher na condução do planejamento familiar, refletindo um padrão cultural profundamente enraizado, no qual elas assumem, de forma isolada, a responsabilidade pela contracepção, além de enfrentarem pressões sociais para a maternidade, mesmo quando esse desejo não se manifesta de maneira pessoal.

De acordo com Costa *et al.*, (2021) o planejamento familiar continua sendo percebido como um campo de atuação majoritariamente feminino, limitando o envolvimento dos homens e reforçando estereótipos tradicionais de gênero.

Para Araújo e Oliveira (2020), isso reflete a persistência de uma cultura patriarcal que associa a mulher o papel de cuidadora, inclusive nas questões de reprodução.

Quando questionadas sobre a autonomia das gerações anteriores de suas famílias na escolha dos métodos contraceptivos na pergunta 4, observou-se uma tendência nas respostas das participantes em relação a esse tema:

(M2) Apenas minha mae e tia.

(M4) Não, minha avó todo ano era uma barriga.

(M6) Não, é casar para ter filhos, nada de evitar.

(M8) Não, as mulheres não podiam escolher, o homem quem comandava tudo.

(M9) Os homens não aceitavam nem laqueadura

(M10) Se eu não tive, imagina elas

(M12) Não existia nem como optar.

No que se refere aos fatores históricos destaca-se que os antepassados femininos não utilizavam métodos contraceptivos, tampouco possuíam autonomia para decidir sobre seu próprio corpo. A ausência dessas experiências familiares evidencia o contexto de limitação do acesso à informação.

No contexto brasileiro, a impossibilidade de acesso efetivo aos métodos contraceptivos também foi marcada por uma combinação de fatores estruturais, culturais e políticos. Até meados da década de 1960, o país carecia de políticas públicas voltadas a esse contexto. E a discussão sobre contracepção era amplamente silenciada por influência da igreja católica que condenava qualquer forma de limitação da natalidade (Corrêa, 2007). Além disso, durante o Estado Novo e mesmo após a redemocratização, o Estado brasileiro manteve uma postura ambígua, ora negligenciando o contexto, ora incentivando o crescimento populacional como estratégia de desenvolvimento nacional. Assim, o acesso a contracepção permanecia restrita a camadas sociais mais favorecidas (Corrêa, 2007).

De acordo com Barbosa e Knauth (2020), o planejamento familiar no Brasil foi historicamente marcado por profundas desigualdades de gênero, sendo caracterizado pela ausência ou limitada disponibilidade de métodos contraceptivos para as mulheres. Somente após a promulgação da Constituição de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que reconhece o direito à saúde sexual e reprodutiva, é que tais políticas começaram a se consolidar como direito público. No entanto, mesmo na contemporaneidade, essas desigualdades persistem, refletindo-se na contínua restrição da autonomia feminina e na negligência aos direitos das mulheres de decidirem sobre seus próprios corpos.

Dessa forma, a trajetória nacional revela que a “impossibilidade” do passado não se restringia à ausência de métodos, mas também a negação simbólica e política do direito de escolha feminina sobre o próprio corpo.

Assim, a análise da inexistência ou limitação de métodos contraceptivos nas gerações anteriores possibilita compreender de que maneira as mulheres contemporâneas ainda reproduzem os efeitos históricos de um contexto de submissão e silenciamento feminino.

5.2.3 Categoria 3: Percepção das mulheres sobre seu papel no planejamento familiar

A percepção das mulheres sobre seu próprio papel nas decisões reprodutivas é um dos principais indicadores da autonomia feminina dentro do planejamento familiar. De acordo com

o Ministério da Saúde à autonomia reprodutiva implica no direito de decisão livre e consciente sobre o número de filhos e intervalo entre as gestações assim como a escolha do método mais adequado (Brasil, 2013).

Durante a análise das entrevistas, constatou-se que a maioria das participantes, embora reconheça a relevância de seu papel no processo de planejamento familiar, ainda enfrentam situações caracterizadas por limitações e pressões externas conforme expressadas com a pergunta 5:

(M3) Sim, pela própria família para engravidar de novo.

(M5) Sim, me senti julgada por ter filhos consecutivos.

(M7) Sim, quando me casei era uma urgência para ter logo, isso por parte da família.

(M13) Sim, o pai da minha filha quando engravidei, ele não aceitou e queria que eu abortasse.

As participantes evidenciaram que sofreram pressões tanto para se tornarem mães ou não, quanto em relação à quantidade de filhos. Durante as entrevistas, uma participante relatou uma experiência significativa que evidencia as tensões inerentes ao processo decisório no planejamento familiar e à continuidade da gestação. Situações desse tipo podem gerar sofrimento emocional e sensação de desamparo, ao mesmo tempo em que ilustram a fragilidade da autonomia feminina em contextos marcados por pressões sociais e desigualdades de poder, revelando que o “direito de decidir” nem sempre se traduz em liberdade efetiva.

Situações como essa refletem o que Sena *et al.*, (2021) apontam como autonomia reprodutiva feminina sendo constantemente marcada por fatores de corresponsabilidade masculina e relações desiguais, nas quais o homem se destaca como detentor da palavra final sobre a gestação.

De acordo com o Ministério da Saúde, a efetiva autonomia exige não apenas acesso aos métodos mas também ambientes seguros e acolhedores onde as mulheres possam expressar suas decisões sem medo e julgamentos (Brasil, 2013).

Quando as entrevistadas foram questionadas com a pergunta 6 a respeito da participação do parceiro na escolha do método, foram apresentadas tais considerações:

(M2) Sim, ele apoia o método que uso.

(M3) Não, mas quando eu namorava eu que tinha que me adaptar ao remédio, ele não queria camisinha.

(M6) Sim, ele não interferiu comecei a tomar e ele aceitou.

(M7) Sim, participa, mas a palavra final é a minha.

(M8) Não tenho mais companheiro, mas por ele eu tinha tido mais filhos, porém depois fiquei só, sendo mãe e pai.

(M14) Sim, ele compreendeu e foi conversado.

Durante a análise, observou-se que as participantes reconhecem desempenhar um papel ativo na escolha do método contraceptivo, afirmando que as decisões geralmente são tomadas por elas próprias, enquanto seus parceiros costumam delegar a escolha ou aceitar a decisão da mulher. Em princípio, esse comportamento pode ser interpretado como indicativo de autonomia; contudo, deve ser compreendido também como uma forma de autonomia vinculada à delegação de responsabilidade, e não como corresponsabilidade efetiva no processo decisório.

Essa percepção é coerente com a reflexão de Figueiredo e Schaiber (2011) que destacam que a autonomia feminina muitas vezes é confundida com a responsabilização exclusiva da mulher pelo controle da fecundidade sem que haja de fato, uma conversa conjugal ou uma participação efetiva do homem. Dessa forma, a “escolha individual” pode esconder uma estrutura social que naturaliza o dever feminino de cuidar da reprodução.

Portanto, a avaliação das mulheres sobre seu próprio papel no planejamento familiar evidencia avanços significativos, embora ainda persistam marcadores de desigualdade.

As participantes demonstram consciência de suas decisões, mas revelam que o processo frequentemente ocorre de maneira solitária e pouco compartilhada. Esses achados reforçam a necessidade de fortalecer políticas e ações que promovam o diálogo conjugal e a corresponsabilidade masculina, garantindo que o planejamento familiar seja efetivamente exercido como um direito de ambos os gêneros.

5.2.4 Categoria 4: Atores e influências em decisões contraceptivas

O processo de decisão no planejamento familiar não ocorre de forma isolada. Ele pode ser influenciado por atores sociais, culturais, e institucionais que moldam as escolhas das mulheres quanto à contracepção e reprodução.

A presente categoria teve como objetivo analisar as opiniões das participantes sobre os diversos atores envolvidos nas decisões relacionadas à maternidade, incluindo o parceiro, familiares ou outros influenciadores, bem como compreender como se dá a escolha do método contraceptivo e quais fatores orientam essas decisões, em relação as perguntas 2 e 5, essas foram

as afirmativas:

(M3) Iniciei por conta própria, pesquisei na internet.

(M6) Conversa de amiga ela usava e indicou.

(M7) Orientação médica.

(M13) Uma enfermeira indicou, depois mudei por conta própria.

De acordo com as respostas, observa-se que, apesar do conhecimento das mulheres sobre os métodos contraceptivos disponíveis, a escolha e o manejo desses métodos frequentemente ocorrem de maneira individual e pessoal. Essa prática pode levar à aplicação inadequada quanto ao início, à duração e às pausas, comprometendo a segurança e a eficácia dos métodos. Tal cenário evidencia não apenas vulnerabilidades na prática contraceptiva, mas também reflete lacunas na orientação e no acompanhamento profissional, indicando que a autonomia feminina, embora presente, nem sempre se traduz em proteção efetiva à saúde reprodutiva.

A decisão sobre o uso de métodos deve ser resultado de um diálogo entre o casal e os profissionais da saúde, com base em informações claras, acessíveis e seguras (Brasil, 2013). Ela deve ser compreendida como um processo de corresponsabilidade entre os parceiros, mediado pelo diálogo, confiança e acesso seguro à informações qualificadas.

Nesse contexto, a atuação dos profissionais de saúde torna-se essencial para promover a equidade nas decisões. Segundo Figueiró (2014), o atendimento em saúde sexual e reprodutiva deve priorizar a escuta ativa, o acolhimento e o respeito às particularidades de cada mulher e casal, reconhecendo que as escolhas sobre concepção não são apenas técnicas, mas também atravessadas por valores culturais, crenças religiosas, e desigualdades sociais.

Assim, Villela e Barbosa (2017) reforçam que o papel da equipe multiprofissional é fundamental para romper com práticas normativas e incentivar a corresponsabilidade masculina, ampliando o diálogo e a participação do parceiro nas decisões reprodutivas. Dessa forma, o planejamento familiar precisa ser entendido como uma construção coletiva, sustentada pela informação segura, pela comunicação e escuta qualificada, princípios que fortalecem a autonomia e a proteção integral à saúde sexual e reprodutiva.

Contudo, os relatos das participantes revelaram que as escolhas frequentemente são realizadas de forma isolada ou sob a influência de terceiros, evidenciando a existência de lacunas estruturais no acesso à informação, ao suporte e à corresponsabilidade que ainda precisam ser reconhecidas e adequadamente abordadas.

Em relação a participação do companheiro sobre a decisão de ter filhos, estas foram as principais afirmações:

(M6) Sim até porque casamos para ter filhos e conversamos sobre.

(M7) Sim e não, meus filhos foram planejados por nós, mas eu acho que é a mulher que entende mais sobre.

(M8) Participou mas não arcou com as responsabilidades.

(M13) Não, ele nao participou, apenas no ato.

As entrevistadas relataram que, embora possuam companheiro, a participação deste nas decisões relacionadas ao planejamento familiar ainda é reduzida, apesar da importância dessas escolhas para a vida de ambos. Quando presente, a participação masculina se manifesta como um apoio mútuo no processo, conferindo à mulher maior segurança na tomada de decisão. Embora essa realidade seja ainda minoritária, ela sinaliza avanços na construção de relações mais igualitárias e na corresponsabilidade no planejamento familiar.

Por outro lado, outras participantes destacam a ausência da paternidade e suas responsabilidades, deixando a mulher sozinha diante demandas emocionais no cuidado com os filhos. Esse contraste evidencia que a participação masculina ainda é pontual e limitada apenas ao momento da concepção, sem continuidade no exercício da paternidade.

Tal comportamento demonstram a crítica de Melo *et al.*, (2021) segundo os quais a ausência paterna atribui à mulher o papel central no cuidado e à reprodução como dever feminino. Assim as falas mistas demonstram que, mesmo diante avanços no reconhecimento do direito à escolha o ideal de corresponsabilidade entre homens e mulheres ainda é um desafio a ser consolidado.

Por fim, a análise das quatro categorias evidenciou que o planejamento familiar ainda é vivenciado sob forte centralidade feminina marcada por trajetórias históricas de desigualdade e persistente ausência masculina.

Verificou-se também que o processo decisório das mulheres é permeado por influências familiares afetivas e institucionais, que tanto podem reforçar quanto restringir suas escolhas. Dessa forma, o estudo evidencia que embora o planejamento seja reconhecido como um direito de ambos os gêneros, na prática ele ainda se realiza como uma responsabilidade predominantemente feminina, necessitando de intensificação de políticas públicas voltadas a equidade de gênero.

Conclui-se, portanto, que promover o planejamento familiar como um direito

reprodutivo exige reconhecer a mulher como protagonista, mas também como sujeito que necessita de apoio e corresponsabilidade social. A verdadeira autonomia não se limita á escolha de um método contraceptivo, mas é expressado na possibilidade de decidir, sentir-se apoiada e viver escolhas maternas/reprodutivas de forma digna e consciente.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa possibilitou compreender de forma ampla as múltiplas dimensões que envolvem o planejamento familiar, evidenciando tanto aspectos positivos quanto negativos.

A análise teórica e empírica evidenciou que, apesar dos avanços conquistados desde a criação da Política Nacional de Planejamento Familiar (Lei n 9.263/1996), a responsabilidade pelo controle da fecundidade e pela decisão contraceptiva ainda recai, majoritariamente, sobre as mulheres. Essa constatação revela que a centralidade feminina nas decisões contraceptivas não é apenas uma escolha individual, mas o resultado de uma estrutura social que ainda naturaliza o papel da mulher como principal agente do cuidado reprodutivo.

A pesquisa evidenciou um perfil diversificado de mulheres usuárias do serviço de Saúde contemplando diferentes faixas etárias e níveis de escolaridade. Verificou-se, contudo, uma maior prevalência de mulheres solteiras, seguidas por aquelas em união estável, sendo as casadas formalmente a minoria entre as participantes, refletindo assim uma diversidade de experiências femininas no que tange o processo de decisões contraceptivas. Em relação à escolaridade, foi possível observar que o ensino médio completo foi o nível mais recorrente, evidenciando um grupo com grau intermediário de instrução.

Esses resultados permitem compreender que, embora as experiências e condições sociais variem, há uma convergência de vivências no que diz respeito às decisões reprodutivas e ao acesso às informações sobre planejamento familiar, o que reforça a importância de estratégias que considerem as especificidades desses diferentes contextos femininos.

A amostra possibilitou, portanto, a consciência de que fatores como a escolaridade, ocupação, estado civil e condições socioeconômicas exercem influências diretas sobre as decisões de planejamento, e sobre o grau de autonomia das mulheres nesse processo. Em muitos casos, observou-se que o diálogo com o parceiro ainda é restrito ou inexistente, evidenciando a permanência de relações marcadas pela ausência de corresponsabilidade masculina. Essa realidade aponta a necessidade de fortalecer uma abordagem mais equitativa, em que o planejamento familiar seja compreendido como uma prática compartilhada, baseada na comunicação, no respeito mútuo e na construção conjunta das decisões reprodutivas.

O estudo também revelou destaque dos profissionais de saúde como mediadores fundamentais na disseminação de informações e na promoção da autonomia feminina, e que podem conscientizar os parceiros para a participação no processo. Apesar dos avanços nas Estratégias de Saúde e nas ações voltadas à atenção integral à mulher, ainda se percebem lacunas na oferta de orientações individualizadas, acolhedoras e livres de preconceitos. Nesse

sentido, reforça-se a importância de práticas profissionais que priorizem o diálogo, a escuta ativa e o fortalecimento do protagonismo feminino, assegurando que o planejamento seja de fato, um exercício de cidadania e de liberdade reprodutiva.

Dentre os aspectos positivos deste estudo, destaca-se a abordagem qualitativa, que possibilitou compreender com sensibilidade as percepções das mulheres em relação às suas escolhas contraceptivas. A diversidade de perfis presentes entre as entrevistadas ampliou a análise e contribuiu para revelar diferentes modos de vivenciar a maternidade e o controle da fecundidade. Essa pluralidade reforça a necessidade de que as políticas públicas possam considerar as especificidades de cada contexto e promovam estratégias que contemplem a realidade das mulheres em sua complexidade.

Por fim, ressalta-se que este trabalho contribui para o fortalecimento do debate sobre a autonomia feminina e a equidade de gênero nas decisões reprodutivas. Acredita-se que o aprimoramento das ações de planejamento deve incluir não apenas o acesso a métodos contraceptivos, mas também o investimento em educação sexual, capacitação continuada dos profissionais de saúde e estímulo à participação masculina. Assim, compreender o planejamento familiar como espaço de diálogo, respeito e corresponsabilidade é um passo essencial para a construção de uma sociedade mais justa, igualitária e comprometida com os direitos reprodutivos das mulheres.

Esse estudo reafirma que a construção de uma sociedade verdadeiramente igualitária passa pela ampliação da autonomia feminina, pelo fortalecimento das políticas públicas e pela corresponsabilidade entre homens e mulheres nas decisões que envolvem a vida, o afeto, e o cuidado. Que os resultados aqui apresentados possam inspirar novas práticas e contextos mais inclusivos, inspirando novas práticas e olhares sensíveis, comprometidos com a promoção da equidade de gênero, da justiça reprodutiva e do respeito à liberdade de escolha de cada mulher.

Em síntese, refletir sobre o planejamento familiar sob a ótica da centralidade feminina é, acima de tudo, reconhecer a trajetória histórica de luta e resistência das mulheres pelo direito de decidir sobre seus próprios corpos e caminhos reprodutivos.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Raquel Jully *et al.* Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. **Escola Anna Nery**, v. 19, p. 181-186, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/TJB8nBkghyFybLgFLK7XMpv/>. Acesso em: 07.mai.2025.
- ARAÚJO, C. M.; OLIVEIRA, L. S. Desafios e perspectivas da equidade de gênero no planejamento familiar. **Revista Brasileira de Saúde Sexual e Reprodutiva**, v. 27, n. 3, p. 45–56, 2020.
- BARBOSA, Y.O. *et al.* Acesso dos homens ao serviço de atenção primária à saúde. **Rev EnfermUFPE Online**.2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/237446>. Acesso em: 06. Mai.2025.
- BARBOSA, R. M.; KNAUTH, D. R. Políticas reprodutivas e desigualdades de gênero no Brasil contemporâneo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 789–798, 2020.
- BEARAK J, P. A, Ganatra B, Moller AB, Tunçalp O, Beavin C, *et al.* Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990-2019. **Lancet Glob Health**. 2020 Sep;8(9):e1152-61. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30315-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30315-6). Acesso em: 27.out.2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde do Adolescente**. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidente da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 06.mai.2025.
- BRASIL. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 15 jan. 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Conheça as iniciativas para a redução das desigualdades de gênero no SUS**. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/agosto/conheca-as-iniciativas-para-reducao-das-desigualdades-degenero-no-sus>. Acesso em: 30 mar. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **O que é Atenção Primária? Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee>. Acesso em: 14 abr. 2025
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Planejamento familiar e direitos reprodutivos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-portemas/politicas-para-mulheres/arquivo/sobre/secretaria/publicacoes/planejamento-familiar-edireitos-reprodutivos-por-nilcea-freire-e-jose-gomes-temporao-julho-2007>. Acesso em: 30 mar. 2025
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.** Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf.

Acesso em: 06.mai.2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 32. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Sexual e Reprodutiva. **Cadernos de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 26. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf. Acesso em: 30 mar. 2025.

BRASIL. Secretaria de atenção primária a saúde. Departamento de gestão do cuidado integral. Coordenação de atenção à saúde da mulher. **NOTA TÉCNICA Nº 34/2023 COSMU/CGACI/DGCI/SAPS/MS**. Brasília-DF, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/saude/ptbr/centraisdeconteudo/publicacoes/notastecnicas/2023/sei_ms0033574409-nota-tecnica-laqueadura-vasectomia.pdf. Acesso em: 05.mai.2025.

BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres – SPM. **Monitoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher** (PNAISM) e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015 (PNPM). Brasília, 2016. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicaparamulheres/arquivo/centraldeconteudos/publicacoes/publicacoes/2015/pnaism_pnpmversaoweb.pdf. Acesso em: 06.mai.2025.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas: Contracepção**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 26 maio 2025.

BRANDT, G, P; OLIVEIRA, A, P, R; BURCI, L, M. Anticoncepcionais hormonais na atualidade: um novo paradigma para o planejamento familiar. **Revista Gestão & Saúde**, v. 18, n 1, p. 54-62, 2018. Disponível em: <https://www.herrero.com.br/site/files/revista/fileffb43b6252282b433e193bacf91d43f7.pdf>. Acesso em: 26. mai. 2025.

CARVALHO, G. M. de *et al.* Autonomia feminina e escolhas contraceptivas: implicações para o planejamento familiar. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, n. 2, p. 245-258, 2021.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. **Diretrizes para o cuidado à saúde reprodutiva**. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2024. Disponível em: <https://saude.ce.gov.br>. Acesso em: 01 abr. 2025

CONNELL, Raewyn. **Gender and Power: Society, the Person and Sexual Politics**. Reprint edition. Cambridge: Polity Press, ed. 2013.

- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução nº 358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a implementação do Processo de Enfermagem. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 179, 23 out. 2009.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução nº 690/2022**. Dispõe sobre a Atuação do Enfermeiro no Planejamento Familiar e Reprodutivo. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 04 fev. 2022.
- DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu; MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 2012.
- FEDERICI, Silvia. **O ponto zero da revolução: trabalho doméstico, reprodução e lutas feministas**. Tradução de Coletivo Sycorax. 2. ed. São Paulo: Elefante, 2021.
- FIGUEIRÓ, A. C. Planejamento reprodutivo e atenção primária à saúde: reflexões sobre a integralidade na assistência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4539-4548, 2014.
- FIGUEIREDO, W. S.; SCHRAIBER, L. B. Gênero e saúde: o cotidiano dos serviços de saúde na atenção ao homem. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 981–990, 2011.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- FIGUEIREDO, W. S.; SCHRAIBER L. B. Genero e Saúde: o cotidiano dos serviços de saude na atencao ao homem. **Ciencia e Saúde coletiva**, v. 16, n. 1, p. 981-990, 2011.
- GUAZZELLI, C, A; SAKAMOTO, L, C. Em Anticoncepção Especializada. MECANISMO DE AÇÃO. **Femina**, v. 48, n. 3, p. 186-92, 2020. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1095698/femina-2019-483-186-192.pdf>. Acesso em: 07.mai.2025.
- IBGE. **Censo Demográfico 2022**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/busca.html?searchword=TAXA+DE+FECUNDIDADE>. Acesso em: 27.out. 2025.
- LIMA, F, M, S. Discussões sobre os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres após o surgimento do Zika vírus no Brasil. **Saúde e Sociedade [online]**. v. 30, n. 4. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200784>. Acesso em: 26.mai.2025.
- LIMA, W. **Falta de acesso à educação sexual afeta autonomia de mulheres e meninas**. UFPB, 2023. Disponível em: <https://www.ufpb.br/comu/contents/noticias/falta-deacesso-a-educacao-sexual-afeta-autonomia-de-mulheres-e-meninas>. Acesso em: 26 maio 2025.
- LOPES, M. M. *et al.*, **Métodos contraceptivos: eficácia, vantagens e desvantagens**- Bauru: Canal6, Volume 2: 2020. Disponível em: https://www.canal6.com.br/livros_loja/Ebook_Metodos_contraceptivos_Volume_2.pdf. Acesso em: 07.mai.2025.
- MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia científica**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2017.
- MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2007.
- MELO, G. S. *et al.* A participação masculina no planejamento familiar: uma revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 15, n. 6, p. 1–8, 2021.

MINAYO, Maria C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, Maria C.S. **O desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

OLIVEIRA, Lays Souza de *et al.* Evidências da inserção de dispositivo intrauterino por enfermeiros na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 77, p. e20230134, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/GVYYDNKK8ZtZr6JmPtNxQc/?lang=pt>. Acesso em: 07.mai.2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Family planning/Contraception. Geneva: WHO, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/familyplanning-contraception>. Acesso em: 14 abr. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Planejamento familiar**: um direito humano. Geneva: OMS, 2018.

OSIS, M. J. D.; FAÚNDES, A. Planejamento reprodutivo: uma questão de direitos humanos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 2497-2506, 2020.

POLI, M. E. H. *et al.* Manual de anticoncepção da FEBRASGO. **Femina**, v. 37, n. 9, p. 459-92, 2009. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4120791/mod_resource/content/1/Feminav37n9_Editorial.pdf. Acesso em: 07.mai.2025.

PORTELA, G. *et al.* Ministério da saúde. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. **Métodos contraceptivos na atenção básica**. 1ª edição. Salvador-BA, 2023. Disponível em: <http://telessaude.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2023/03/20230328-Cartilhametodoscontraceptivos.pdf>. Acesso em: 07. Mai. 2025.

REIS, L. F. *et al.* Risk Factors for Early Sexual Intercourse in Adolescence: a systematic review. **Journal of Adolescent Health**, 2023.

ROCHA, Camila *et al.* **Prevalência do uso de métodos contraceptivos em mulheres atendidas no Sistema Único de Saúde (SUS)**. In: XI Seminário de Ensino, Pesquisa e Extensão da UFFS e I Mostra da Produção Acadêmica da Universidade Federal da Fronteira Sul, 2022, Passo Fundo. Anais... Passo Fundo: UFFS, 2022. v. 11, p. (...) Disponível em: <https://portaleventos.uffs.edu.br/index.php/SEPE-UFFS/article/view/17429>. Acesso em: 28 out. 2025.

SANTOS, Beatriz Gomes dos; MENDES, Fernanda Rocha. Planejamento familiar: o papel do enfermeiro na atenção primária. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, n. 6, p. e20210263, 2022.

SENA, J. L. *et al.* Autonomia feminina e planejamento familiar: desafios para a equidade de gênero. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. 2, p. 1–8, 2021.

SILVA, W.G. *et al.* O planejamento familiar para homens. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v.12,n.11,p. 3098-3109,2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/237248>. Acesso em: 14 Abr. 2025.

SOUZA, L. O. S. *et al.* A atuação do enfermeiro no planejamento familiar: uma revisão integrativa. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 14, n. 18, p. 32-44, 2020.

TRINDADE, N. M. et al. Uso de contracepção e desigualdades do planejamento reprodutivo das mulheres brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 10, p. 4611-4622, 2021. Disponível em: <https://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/uso-de-contracepcao-e-desigualdades-do-planejamento-reprodutivo-das-mulheres-brasileiras/17372>. Acesso em: 28 out. 2025.

VILLELA, W. V.; BARBOSA, R. M. Gênero, sexualidade e saúde reprodutiva: desafios para as políticas públicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 12, p. 3763-3772, 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

À Secretaria de Saúde do Município de Juazeiro do Norte.

Setor Educação Permanente

Sr. xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Eu, RAISSA LAYENNE QUEIROZ DE LUNA, aluna regularmente matriculado no nono semestre do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio – UNILEÃO. Venho por meio deste solicitar a V. Sa. a autorização para realizar a pesquisa intitulada de **“DESIGUALDADES DE GENERO NO PLANEJAMENTO FAMILIAR: a centralidade feminina em decisões contraceptivas.”** a ser realizada com mulheres em idade fértil usuárias de uma Estratégia Saúde Família desse Município, orientada pela Prof.^a Me. Aline Morais Venancio de Alencar.e que tem por objetivo: Analisar os impactos da centralidade feminina no planejamento familiar para a saúde reprodutiva das mulheres. Os dados obtidos serão utilizados no trabalho de conclusão do curso de graduação em Enfermagem do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio (UNILEÃO) e divulgado junto à comunidade científica, visando a contribuir para a promoção da saúde do público. Entendemos ainda, que trará contribuições ao desenvolvimento da Região do Cariri, fomentando a pesquisa para o crescimento sociocultural.

Certa de contar com vossa atenção e com seu valioso apoio, agradeço antecipadamente.

Atenciosamente,

RAISSA LAYENNE QUEIROZ DE LUNA
Acadêmica de Enfermagem/pesquisador

ALINE MORAIS DE VENÂNCIO ALENCAR
Orientadora

Juazeiro do Norte, _____ de ____ de 2025

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Prezado Sr.(a)

Aline morais venancio de alencar, CPF: XXXXXXXXXXXX do centro Universitário Doutor Leão Sampaio está realizando a pesquisa intitulada: “**DESIGUALDADES DE GENERO NO PLANEJAMENTO FAMILIAR**: a centralidade feminina em decisões contraceptivas.”, que tem como objetivo: Analisar os impactos da centralidade feminina no planejamento familiar para a saúde reprodutiva das mulheres. Para isso, está desenvolvendo um estudo que consta das seguintes etapas: elaboração do projeto de pesquisa, solicitação de autorização para a realização da pesquisa a instituição participante, apresentar os termos de consentimentos, organização e análise de dados, construção do relatório e divulgação de resultados. Por essa razão, o (a) convidamos a participar da pesquisa. Sua participação consistirá em responder um questionário elaborado com perguntas sobre a temática que será disponibilizado pelo próprio pesquisador. Os procedimentos utilizados relativos ao questionário poderão trazer algum desconforto relacionado às perguntas elaboradas. O tipo de procedimento apresenta um risco mínimo, mas que será reduzido mediante a não identificação dos participantes. Nos casos em que os procedimentos utilizados no estudo tragam algum desconforto, ou seja, detectadas alterações que necessitem de assistência imediata ou tardia, eu Aline Morais Venancio de Alencar serei o responsável pela resolução do problema. Os benefícios esperados com este estudo estão voltados no sentido de investigar os impactos da centralidade feminina no planejamento familiar para a saúde reprodutiva das mulheres. Toda informação que o (a) Sr.(a) nos fornece será utilizada somente para esta pesquisa. As respostas serão confidenciais e seu nome não aparecerá em questionários, inclusive quando os resultados forem apresentados. A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Caso aceite participar, não receberá nenhuma compensação financeira. Também não sofrerá qualquer prejuízo se não aceitar ou se desistir após ter iniciado o questionário. Se tiver alguma dúvida a respeito dos objetivos da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar Aline Morais Venancio de Alencar, telefone (88) 99916-4702, pela manhã. Se desejar obter informações sobre os seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da (IES) localizado na Avenida Leão Sampaio km 13, telefone (88) 2101-1000, Juazeiro do Norte. Caso esteja de acordo em participar da pesquisa, deve preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-Esclarecido que se segue, recebendo uma cópia do mesmo.

Local e data

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS ESCLARECIDO – TCPE

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, eu _____, portador (a) do Cadastro de Pessoa Física (CPF) número _____ declaro que, após leitura minuciosa do TCLE, tive oportunidade de fazer perguntas e esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores.

Ciente dos serviços e procedimentos aos quais serei submetido e não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firmo meu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente da pesquisa **“DESIGUALDADES DE GENERO NO PLANEJAMENTO FAMILIAR: a centralidade feminina em decisões contraceptivas.”** assinando o presente documento em duas vias de igual teor e valor.

_____de _____de
_____.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE D – ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

I – Dados Sócio-Demográficos

Idade _____

Escolaridade _____

Estado civil _____

Ocupação _____

II- Dados Gineco obstétricos

Idade da menarca? _____

Idade em que iniciou a vida sexual? _____

Gesta: () 0 () 1 () 2 () 3 () Outra, quantas? _____

Para: () 0 () 1 () 2 () 3 () Outra, quantas? _____

Aborto: () 0 () 1 () 2 () 3 () Outra, quantas? _____


III– Dados Pertinentes a Investigação

1. Você já utilizou algum método para evitar uma gravidez? Se sim, qual?
2. Como foi a decisão para escolha do método contraceptivo que você usa ou usou?
3. Na sua família ou comunidade, como o papel da mulher no planejamento familiar costuma ser visto?
4. Você acredita que as mulheres da sua família (mãe, avó, tias) tiveram autonomia para escolher um método contraceptivo?
5. Em algum momento você se sentiu pressionada ou limitada nas suas escolhas reprodutivas? Se sim, por quem ou por quais fatores?
6. Você tem parceiro fixo? Se sim, Qual a participação dele na escolha do método contraceptivo?
7. Você sente que o seu parceiro participa das decisões sobre ter ou não filhos?
Comente
8. Você sente que teve ou tem voz ativa para decidir sobre ter filhos, quando e quantos?
9. Como você enxerga o seu papel nas decisões relacionadas ao planejamento familiar?

Anuência

Eu, David Antônio da Silva Marrom, CPF 973.426.613-68, Gerente de Educação Permanente da Secretaria de Saúde de Juazeiro do Norte – CE, CNPJ 11.422.073/0001-98, declaro ter lido o projeto intitulado “**DESIGUALDADE DE GÊNERO NO PLANEJAMENTO FAMILIAR: A CENTRALIDADE FEMININA EM DECISÕES CONTRACEPTIVAS**” de responsabilidade da pesquisadora **RAISSA LAYENNE QUEIROZ DE LUNA, RG nº. 9.909.851 e CPF nº. 123.479.844.11** e que

uma vez apresentado a esta instituição o parecer de aprovação do CEP do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio, autorizaremos a realização deste projeto nesta instituição, tendo em vista conhecer e fazer cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a (Resolução CNS 466/12 e Resolução CNS 510/16). Declaramos ainda que esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisas, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Documento assinado digitalmente
 **DAVID ANTONIUS DA SILVA MARROM**
Data: 29/08/2025 10:07:17-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Gerente de Educação Permanente

Portaria 0855/2025

Secretaria Municipal de Saúde

Rua José Marrocos, S/N – Santa Teresa, Juazeiro do Norte - CE, 63.000-000.