



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

SONIA MARIA DE JESUS PARCERO

**PARTICIPAÇÃO DO PARCEIRO NA GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA
SEGUNDO O OLHAR DAS MULHERES**

SALVADOR

2012

SONIA MARIA DE JESUS PARCERO

**PARTICIPAÇÃO DO PARCEIRO NA GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA
SEGUNDO O OLHAR DAS MULHERES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de mestra em Enfermagem na área de concentração Gênero, Cuidado e Administração em Saúde, linha de pesquisa Mulher, Gênero e Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Edméia de Almeida Cardoso Coelho

SALVADOR

2012

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Djalma Ramos da Maternidade
Climério de Oliveira – SIBI/UFBA. Bibliotecária Tatiana Bonfim Sousa

P659p Parcerio, Sonia Maria de Jesus
 Participação do parceiro na gravidez não planejada
segundo o olhar das mulheres / Sonia Maria de Jesus Parcerio. –
Salvador, 2012.
 85 f. il.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Edméia de Almeida Cardoso Coelho.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia. Escola
de Enfermagem, 2012.

1. Enfermagem. 2. Gravidez não planejada. 3. Homens e gravidez.
4. Gravidez e parceiros I. Universidade Federal da Bahia. Escola de
Enfermagem. II. Coelho, Edméia de Almeida Cardoso. III. Título.

CDU 616.083

SONIA MARIA DE JESUS PARCERO

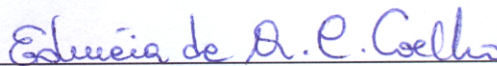
**PARTICIPAÇÃO DO PARCEIRO NA GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA
SEGUNDO O OLHAR DAS MULHERES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito para obtenção do grau de mestra em Enfermagem na área de concentração Gênero, Cuidado e Administração em Saúde, linha de pesquisa Mulher, Gênero e Saúde.

Aprovada em 29 de fevereiro de 2012

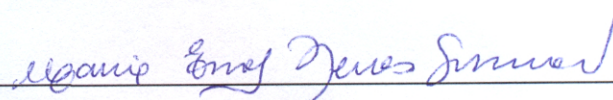
BANCA EXAMINADORA

Edméia de Almeida Cardoso Coelho



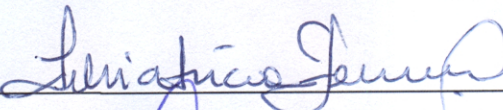
Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade Federal da Bahia.

Maria Enoy Neves Gusmão



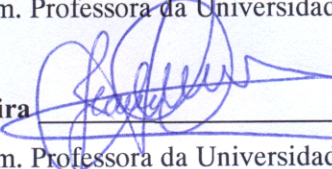
Doutora em Saúde Pública. Professora da Universidade Federal da Bahia.

Sílvia Lúcia Ferreira



Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade Federal da Bahia.

Jeane Freitas de Oliveira



Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade Federal da Bahia.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus, que vem me premiando ao longo da minha caminhada, dando-me força e sabedoria para lidar com as adversidades da vida, sempre me tornando vencedora de lutas. A conclusão do mestrado é mais uma vitória alcançada e uma grande realização pessoal e profissional. Obrigada, Senhor.

Aos meus pais, Abia e Segundo, que se foram muito cedo, mas o pouco tempo em que estivemos juntos foi suficiente para deixarem um grande legado, praticamente pronta para seguir em frente, apesar da imensa saudade que ficou. Sei que de onde estiverem estarão orgulhosos e felizes, por mais esta realização.

As minhas queridas irmãs, Lúdia e Lúcia, e irmão, José Antonio e cunhada Ângela pelo amor, carinho e apoio que sempre me dedicaram ao longo da vida, principalmente, nos momentos mais difíceis. Durante esta jornada não foi diferente, que, apesar de prazerosa, dependeu de dedicação, persistência e renúncias, implicando em menos tempo de convivência. Assim, peço-lhes desculpas pelos momentos em que me fiz ausente.

Aos meus queridos filhos, Pablo e Augusto Cesar e querida filha Marisol, genro Antônio, netos e netas pela compreensão, incentivo, tolerância e ajuda neste período, onde tive que me dedicar quase que integralmente a este sonho. Agradeço de coração o total apoio durante este período, principalmente em relação a uma menor convivência em decorrência das intensas atividades acadêmicas.

A minha querida orientadora, Professora Edméia de Almeida Cardoso Coelho, pela paciência, competência e sabedoria com que me conduziu e pelo seu jeitinho carinhoso, sempre cuidando e se importando com o bem estar da(o) outr(a)o, foi assim durante todo o tempo em que convivemos.

A professora Mirian Santos Paiva, Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, por acreditar em mim e me incentivar a fazer o mestrado.

As professoras, Silvia Lúcia ferreira, Enoy Neves Gusmão, Jeane Freitas de Oliveira e o professor Igor Menezes, por trazerem relevantes contribuições a esta pesquisa.

A toda(o)s a(o)s professora(e)s da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, que contribuíram para o meu conhecimento e crescimento profissional e pessoal.

Ao professor de inglês Henrique Celso Santos, pela sua competência e didática utilizada, que conseguia tornar sua aula prazerosa e manter a turma alerta, viabilizando o aprendizado, mesmo quando me encontrava cansada, após um dia de trabalho,

A Diorlene Oliveira, pela assessoria em estatística, mostrando sempre disponibilidade e competência nas suas orientações.

As(aos) colegas do mestrado, especialmente Nirliane, Vanessa e Rosana, pela constante cumplicidade, principalmente nos momentos de maiores dificuldades, em que a ajuda e o apoio mútuo se fizeram fundamentais.

A Millani Souza, Maria Lindiane Andrade e Lais Vitoriano, bolsistas PIBIC, integrantes da equipe da pesquisa e responsáveis pela coleta de dados e que se mostraram sempre aptas a dar esclarecimentos necessários e a ajudar em outros momentos importantes deste estudo.

Aos ex-secretários da pós-graduação Ivan e Fred, ao atual, Samuel e às estagiárias Girlane e Paula Cristina, pela boa vontade com que sempre nos atenderam, resolvendo questões administrativas.

A toda(o)s a(o)s funcionária(o)s desta Escola e aos vigilantes da portaria, especialmente, Pedro e Ilton, que sempre me ajudaram, proporcionando maior segurança na minha mobilidade neste ambiente.

Às mulheres entrevistadas, que participaram da pesquisa, pela disponibilidade e confiança que depositaram em nós, contribuindo para a realização deste estudo.

As(aos) colegas de trabalho da Maternidade Climério de Oliveira e do 15º de Centro de Saúde Professor Eduardo Araujo, pelo incentivo e constante apoio.

A todas(os) que não foram mencionadas(os) aqui, mas que, certamente, fizeram parte dessa caminhada, contribuindo para que eu conquistasse esta vitória.

RESUMO

PARCERO, Sonia Maria de Jesus. **Participação do parceiro na gravidez não planejada segundo o olhar das mulheres.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012.

A assunção de responsabilidade pelo parceiro é fator decisivo na aceitação de uma gravidez não planejada e sua participação é importante desde a escolha compartilhada de contraceptivos à experiência da gravidez e ao seu desfecho. Valorizando a importância da co-responsabilidade masculina na gravidez não planejada e a complexa rede multifacetada que envolve a ocorrência de uma gravidez, foi realizada uma pesquisa que teve como objetivos descrever o perfil sociodemográfico de parceiros de mulheres em situação de gravidez não planejada; caracterizar a participação do parceiro quanto à responsabilidade pela contracepção e descrever características do relacionamento entre o parceiro e sua companheira em situação de gravidez não planejada. Trata-se de estudo, descritivo, exploratório, de abordagem quantitativa, desenvolvido durante o período de março a dezembro de 2011. A pesquisa foi realizada no Subúrbio Ferroviário de Salvador, e a população foi constituída por 191 mulheres grávidas em qualquer fase do ciclo gestacional, que estiveram sob acompanhamento pré-natal nas Unidades de Saúde da Família, no período de maio a setembro de 2010. O instrumento de coleta dos dados foi um formulário de entrevista com perguntas estruturadas e semi-estruturadas, aplicadas às mulheres grávidas que aceitaram participar do estudo. Após a digitação os dados foram exportados para o software estatístico STATA v.8. A análise foi realizada mediante distribuição de frequências bi-variadas para as variáveis qualitativas e medidas descritivas para as variáveis quantitativas (médias e desvio padrão). Para verificar diferenças entre as proporções, utilizou-se o Teste Chi-quadrado de *Pearson* ou o Exato de *Fischer* (quando necessário), adotou-se o nível de significância estatístico de 5% ($p \leq 0,05$). Os resultados do estudo revelaram parceiros em situação socioeconômica desfavorável ao acesso a informações, e a reflexões mais amplas sobre a participação masculina no processo reprodutivo, notadamente influenciado pela baixa escolaridade e pela baixa renda. A maioria das mulheres informou não ter planejado a gravidez, 66,5%, sendo elas as principais responsáveis por evitar a gravidez. Em relação a outras características do relacionamento, ser casada ou ter união estável se apresentou como importante fator que contribui para a ocorrência e para a aceitação da gravidez, tendo alta significância estatística. Quanto à reação do parceiro, mais da metade das mulheres informou satisfação com a constatação da gravidez porque a desejavam, enquanto outro grupo, embora não tenha inicialmente demonstrado satisfação, a aceitou posteriormente. O mesmo se repete em relação aos familiares do parceiro, chamando atenção para a falta de apoio por uma parcela de familiares. O estudo também evidenciou que existe uma tendência para a aceitação da gravidez pelo parceiro, o que se apresenta com menor frequência por sua família. Esta pesquisa oferece subsídios para reflexão sobre as práticas de atenção em saúde nos programas de planejamento reprodutivo e a participação efetiva do homem no processo gravídico-puerperal e indica que na ESF há necessidade de se ampliar o estímulo à co-responsabilidade masculina no processo da gravidez. Ressaltamos o papel da enfermeira no processo, tendo em vista ser a profissional que está à frente das ações básicas de saúde na ESF.

Palavras-chave: Enfermagem, gravidez não planejada, homens e gravidez, gravidez e parceiros

ABSTRACT

PARCERO, Sonia Maria de Jesus. **Partner participation in unplanned pregnancy through the eyes of women.** Dissertation (Master's in Nursing) – School of Nursing, Federal University of Bahia, Salvador, 2012.

The assumption of responsibility by the partner is a decisive factor in the acceptance of an unplanned pregnancy and their participation is important since the choice of contraceptives to the shared experience of pregnancy and its outcome. Valuing the importance of male co-responsability in unplanned pregnancies multifaceted and complex network that involves the occurrence of pregnancy was carried out a survey that aimed to describe the sociodemographic profile of partners of women having an unplanned pregnancy, characterize the participation of partner and the responsibility for contraception and describe characteristics for the relationship between the partner and his partner in a situation of unplanned pregnancy. It is a description study, exploratory, developed during the period from March to December 2011. The survey was conducted in Salvador at the rail Suburb, this study consisted of a population of 191 pregnant women at any stage of the cycle pregnancy who were under prenatal care in Family Health Units in the period from May to September 2010. The data collection instrument was an interview form with structured questions and semi-structured applied to pregnant women who agreed to participate. After typing the data they were exported to statistical software STATA v.8. The analysis was performed by bi-frequency distribution carried for qualitative variables and descriptive measures for quantitative variables (mean and standard deviation). To see differences between the proportions, the chi-square test of Pearson or Fisher's exact was used (when necessary), we adopted the statistical significance level of 5% ($p \leq 0,05$). Study results revealed partners in unfavorable socioeconomic access to information and further reflections on male participation in reproductive process, particularly influenced by low education and low income. Most women reported not having planned the pregnancy, 66.5%, which were the main responsible for preventing pregnancy. For other characteristics of the relationship, being married or having a stable relationship is presented as an important contributing factor to the occurrence and acceptance of pregnancy, with high statistical significance. According to the partner reaction, more than half of women reported satisfaction with the finding of wanted pregnancy, while initially another group did not demonstrated satisfaction, subsequently accepted. The same occurs in relation to the partner's family, calling attention to the lack of support from the family. The study also showed that there is a tendency to accept the partner's pregnancy, which appears less frequently by their family. This research offers support for reflection on the practices of health care programs in reproductive planning and effective participation of man during their partner's pregnancy and childbirth, and indicates that in the FHS there is a need to expand the co-stimulation of male responsibility in the process of pregnancy. We emphasize the role of the nurse in the process in order to be a professional who is ahead of basic health in the FHS.

Keywords: nursing, unplanned pregnancy, men and pregnancy e pregnancy and partners.

RESUMEN

Parceró, Sonia María de Jesús. **Socio Participación en el embarazo no deseado a través de los ojos de las mujeres**. Disertación (Maestría en Enfermería) - Escuela de Enfermería, Universidad Federal de Bahía, Salvador, 2012.

La asunción de la responsabilidad por el compañero es factor decisivo en la aceptación de un embarazo no planificado y su participación es importante desde la opción compartida de contraceptivos hasta la experiencia del embarazo y a su desfecho. Valorizando la importancia de la co-responsabilidad masculina en el embarazo no planificado y la compleja red multifacetada que envuelve la ocurrencia de un embarazo, fue realizada una investigación que tuvo como objetivos describir el perfil socioeconómico de los compañeros de mujeres en situación de embarazo no planificado; caracterizar la participación del compañero cuanto a la responsabilidad por la contracepción y describir características del relacionamiento entre el compañero y su pareja en situación de embarazo no planificado. Se trata de un estudio de enfoque descriptivo, exploratorio, desarrollado durante el período de marzo a diciembre de 2011. La investigación fue realizada en el Suburbio Ferroviário de Salvador y la población fue constituida por 191 mujeres embarazadas en cualquier fase del ciclo gestacional que estuvieron bajo acompañamiento prenatal en las Unidades de Salud de la Familia en el período de mayo a septiembre de 2010. El instrumento de recolecta de datos fue un formulario de entrevista con preguntas estructuradas y semiestructuradas aplicadas a las mujeres embarazadas que aceptaron participar del estudio. Después de la digitación, los datos fueron exportados para el software estadístico STATA v.8. El análisis fue realizado mediante distribución de frecuencias bi-variadas para las variables cualitativas y medidas descriptivas para las variables cuantitativas (medias y desvío patrón). Para verificar diferencias entre las proporciones se utilizó el Test Chi-cuadrado de *Pearson* o el Exacto de *Fischer* (cuando fue necesario), se adoptó el nivel de significancia estadístico de 5% ($p \leq 0,05$). Los resultados del estudio revelaron compañeros en situación socioeconómica desfavorable al acceso de informaciones y a reflexiones más amplias sobre la participación masculina en el proceso reproductivo, notadamente influenciado por la baja escolaridad y por la baja renta. La mayoría de las mujeres informó no haber planificado el embarazo, 66,5%, siendo ellas las principales responsables por evitar el embarazo. En relación a otras características del relacionamiento, estar casada o con unión estable, se presentó como importante factor que contribuye para la ocurrencia y para la aceptación del embarazo, teniendo alta significancia estadística. Quanto a la reacción del compañero, más de la mitad de las mujeres informó satisfacción con la constatación del embarazo porque lo deseaban, en cuanto otro grupo, aunque inicialmente no haya demostrado satisfacción, posteriormente lo aceptó. Lo mismo se repite con relación a los familiares del compañero, llamando la atención para la falta de apoyo por una parte de los familiares. El estudio evidenció que existe una tendencia para la aceptación del embarazo por el compañero, lo que se presenta con menor frecuencia por parte de su familia. Esta investigación ofrece subsidios para la reflexión sobre las prácticas de atención en salud en los programas de planificación reproductiva y la participación efectiva del hombre en el proceso gravídico-puerperal e indica que en la ESF existe la necesidad de ampliar el estímulo a la co-responsabilidad masculina en el proceso del embarazo. Resaltamos el rol de la enfermera en el proceso teniendo en vista que es la profesional que está al frente de las acciones básicas de salud en la ESF.

Palabras-clave: Enfermería, embarazo no planificado, hombres y embarazo, embarazo y parejas.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Distribuição das mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) cadastradas no Programa de Saúde da Família segundo a unidade de saúde	37
-----------------	---	-----------

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Características sociodemográficas de mulheres grávidas cadastradas no Programa Saúde da Família do Subúrbio Ferroviário, Salvador-BA, maio a setembro 2010.	44
Tabela 2	Características dos eventos reprodutivos de mulheres grávidas cadastradas no Programa Saúde da Família do Subúrbio Ferroviário. Salvador-BA, maio a setembro de 2010.	45
Tabela 3	Características sociodemográficas dos parceiros de mulheres grávidas cadastradas no Programa Saúde da Família do Subúrbio Ferroviário segundo o tipo da gravidez, Salvador - Bahia, maio a setembro 2010.	47
Tabela 4	Participação do parceiro na contracepção segundo mulheres grávidas cadastradas no Programa Saúde da Família do Subúrbio Ferroviário, por tipo de gravidez, Salvador - Bahia, maio a setembro 2010	49
Tabela 5	Características do relacionamento com o parceiro segundo mulheres cadastradas no Programa Saúde da Família do Subúrbio Ferroviário, por tipo da gravidez. Salvador - Bahia, maio a setembro 2010	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
BENFAM	Sociedade Civil de Bem Estar Familiar
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DIU	Dispositivo Intra Uterino
DS	Distrito Sanitário
EEUFBA	Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GEM	Grupo de Estudo sobre saúde da Mulher
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ISTs	Infecções Sexualmente Transmissíveis
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFBA	Universidade Federal da Bahia
USF	Unidades de Saúde da Família
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
Objetivos	17
2 REVISÃO DA LITERATURA	18
2.1 CONSTRUÇÃO SOCIAL DA MASCULINIDADE	18
2.2 CRISE DA MASCULINIDADE	22
2.3 A PATERNIDADE ANCORADA NA IDENTIDADE MASCULINA	23
2.4 PARTICIPAÇÃO MASCULINA NA CONCEPÇÃO	26
3 METODOLOGIA	33
3.1 DESENHO E TIPO DE ESTUDO	33
3.2 LOCAL DO ESTUDO	33
3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO	34
3.4 AMOSTRAGEM	35
3.4.1 Determinação do tamanho da amostra	35
3.5 COLETA DE DADOS	37
3.5.1 Elaboração do Instrumento para coleta dos dados	37
3.6 FONTES DE INFORMAÇÃO	38
3.6.1 Seleção e treinamento da(o)s entrevistadora(e)s	38
3.6.2 Teste piloto	39
3.6.3 Procedimentos para aplicação do instrumento	39
3.6.4 Descrição das variáveis	40
3.7 ANÁLISE DOS DADOS	41
3.8 ASPECTOS ÉTICOS	41
4 RESULTADOS	43
5 DISCUSSÃO	52
5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA DOS PARCEIROS	52
5.2 PARTICIPAÇÃO MASCULINA NA CONTRACEPÇÃO	55
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
REFERÊNCIAS	67
APÊNDICE	75
ANEXOS	76

1 INTRODUÇÃO

A maternidade foi historicamente considerada um fenômeno natural e inerente ao instinto feminino e somente com o movimento feminista foi reconhecido, como função social, em que as mulheres têm a liberdade de escolha (SCAVONE, 2001). A paternidade, por sua vez, é uma função masculina, que expressa também o papel reprodutor do homem, mas a função de pai não se manifesta com tanta clareza como a da mãe e tampouco tem sido enaltecida, referida ou celebrada ao longo do tempo (ALMEIDA, 2007).

Na segunda metade do século XX, mudaram os padrões de comportamento e consumo e as novas tecnologias de reprodução e de concepção são exemplos dessas mudanças. A descoberta das novas tecnologias influenciou as transformações, uma vez que a mulher passou a decidir com maior propriedade quando e como exercer a maternidade. Essa nova conformação do espaço feminino foi permeada por outras conquistas, sobretudo com a ampliação da participação no mercado de trabalho e, em muitas famílias, passou a ser a principal provedora do lar (SCAVONE, 2001).

Apesar de ter ampliado a participação no âmbito público, no espaço privado as mulheres continuaram a assumir a função de cuidadoras, assim, a educação do(a)s filho(a)s e o controle da fecundidade ainda são naturalizados socialmente como uma atribuição essencialmente feminina, cabendo ao homem uma função acessória, de apoio a essa atividade (CARVALHO, PIROTTA, SCHOR, 2000). É importante destacar que essa ocorrência é fortalecida por uma estrutura familiar e social norteadas por relações de gênero que determinam para mulheres e homens funções socialmente distintas.

Nessa perspectiva, a identidade masculina é direcionada à produção no mundo público que lhe dá o papel de provedor, enquanto a identidade feminina é construída na direção da reprodução, o que se dá no mundo privado e lhe confere o papel de cuidadora da casa e do(a)s filho(a)s. Assim, as atividades domésticas acabam sendo atribuídas como papéis essencialmente femininos. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) demonstram essa ocorrência ao alcançar que, no Nordeste, a média percentual de horas semanais gastas em afazeres domésticos envolvendo as mulheres é de 24,0%, entretanto esse valor é reduzido para 9,8% em relação aos homens; na Bahia os valores são, respectivamente, de 21,3% e 9,2% (BRASIL, 2010a). Assim, a distinção de papéis dificulta a coresponsabilização na contracepção e a mulher quase sempre a assume sozinha, além de ter dificuldades de negociar os métodos que dependem da participação do homem, a exemplo do preservativo.

Na perspectiva dos direitos reprodutivos, a responsabilidade sobre as práticas sexuais e a reprodução devem ser compartilhadas e a gravidez vai representar o resultado do exercício da autonomia e da liberdade reprodutiva, com participação ativa da mulher ou do casal no processo decisório. Desse modo, considera-se como não planejada a gravidez resultante de um processo em que inexistiu a decisão consciente da mulher ou do casal para sua ocorrência (COELHO et al, 2012).

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) realizada em 2006 evidencia a magnitude da problemática da gravidez não planejada ao identificar que 45,8% dos nascimentos ocorridos no Brasil, durante os primeiros cinco anos, da década de 2000 não foram planejados, dentre os quais 17,6% foram referidos como gestações indesejadas. A proporção de filho(a)s indesejado(a)s cresce com a idade da mãe, chegando a 41% para aquelas com 35 anos ou mais, sendo o(a)s primeiro o(a)s mais desejado(a)s (BRASIL, 2009).

Vale ressaltar que a ocorrência de uma gravidez sofre influência da construção da identidade feminina que ainda continua muito direcionada à maternidade e, mesmo quando referida como não planejada, muitas delas são fruto de motivações do inconsciente de mulheres que desejam a maternidade, mas não conseguem perceber nem expressar-se objetivamente (BARBOSA; ROCHA COUTINHO, 2007). Desse modo, múltiplos fatores se interseccionam na ocorrência de uma gravidez, aqueles relacionadas à construção da identidade feminina, o uso inadequado dos métodos anticoncepcionais, a falta de educação sexual, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a precariedade da atenção oferecida pelo sistema de saúde, a gravidez na adolescência, a relação com o parceiro, entre outros (SOUZA, 2011).

Todavia, sabe-se que a gravidez proporciona mudanças biopsicossociais nas mulheres e, quando não planejada, pode gerar conflitos e acentuar sentimentos de insegurança na relação familiar, podendo caminhar para sua continuidade e possibilidade de aceitação ou para o abortamento. As gestantes, inseridas em um contexto social de baixa renda, que optam pelo aborto, se submetem à situação de risco para a sua saúde ao recorrerem a meios inseguros que as colocam em vulnerabilidade para adoecimento e morte.

Entre as capitais brasileiras, o aborto aparece em Salvador como uma das principais causas de óbito materno, atingindo, em sua maioria, mulheres solteiras, negras e com baixo nível de escolaridade, parcela da população comumente excluída dos bens sociais e de assistência qualificada nos serviços de atenção à saúde (DOSSIÊ BAHIA, 2009).

A baixa participação dos homens na contracepção e a falta de apoio do companheiro na gravidez não planejada são consideradas os fatores de maior prevalência na determinação

da indução do aborto (ALVES; LOPES, 2008), o que dá visibilidade à necessidade de uma conscientização da responsabilidade masculina em relação ao planejamento reprodutivo. Nos relacionamentos estáveis, a aceitação ou a negação de uma gravidez também está diretamente relacionada às condições socioeconômicas apresentadas pelo casal, bem como pelo número de filho(a)s já existente, pontos que interferem quanto aos planos em relação à/ao novo(a) filho(a) (TEIXEIRA, 2001).

Diversas vezes, dificuldades em aceitar uma gravidez dita não planejada estão alicerçadas na dificuldade da mulher em enfrentar os conflitos familiares, tendo grande significado a presença e apoio do parceiro. Assim, o sentimento de aceitação ou negação da mulher é influenciado pelo ambiente social imediato, havendo tendência à aceitação quando ocorre no contexto de relações conjugais estáveis (SOIFER, 1980). Ao mesmo tempo, a gravidez, mesmo que não desejada pelo casal, também constitui uma oportunidade de reafirmação da masculinidade e da virilidade do parceiro, o que contribui para a sua aceitação. Assim, destaca-se que a aceitação de uma gestação não planejada é fortemente perpassada por questões de gênero, a exemplo de tantos outros aspectos que sofrem tal influência (SOUZA, 2011).

A falta de apoio, o despreparo ou abandono por parte do parceiro podem causar a interrupção do processo normal do desenvolvimento psico-afetivo-social das mulheres, ocasionando problemas tanto para elas quanto para a criança, podendo resultar no aborto provocado (GODINHO et al., 2000). Desse modo, o reduzido envolvimento masculino nas atividades de contracepção é uma questão de saúde pública e se relaciona com a saúde reprodutiva do casal, sendo relato frequente de mulheres grávidas e puérperas nos serviços de saúde e um ponto constante de conflitos entre o casal (GIFFIN, 1994; FREITAS et al. 2009).

A qualidade do relacionamento apresenta-se como elemento importante para a continuidade da gravidez, estando a decisão pelo aborto associada à recusa da gravidez pelo parceiro, percepção de um relacionamento ruim, incerteza sobre o futuro do relacionamento e receio de negação da paternidade. Todavia, condições econômicas desfavoráveis também têm importante papel na aceitação de uma gravidez não planejada, pois as decisões e expectativas reprodutivas são comprometidas diante de baixos salários (CHUMPITAZ, 2003).

Por outro lado, pesquisa revela que mulheres em situação de ambivalência podem aceitar a gravidez não prevista de imediato, sobretudo quando ainda não são mães, expressando prazer em condições de estabilidade da relação e do apoio do parceiro, enquanto as que vivem conflitos inicialmente tendem a superá-los diante desse apoio. Em situações

socioeconômicas difíceis para o enfrentamento da gravidez, o apoio do parceiro comumente se sobrepõe como condição para aceitação e continuidade da gravidez (SOUSA, 2011).

Embora a participação masculina com a assunção de responsabilidades na contracepção e na reprodução seja enfaticamente defendida pelo movimento feminista, no sistema público de saúde, o incentivo a essa participação ainda é frágil. A Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (2008) destaca-se ao ressaltar o direito e a obrigação dos homens em participar de todo o ciclo do planejamento reprodutivo. Nessa política, o Ministério da Saúde defende que a paternidade não deve ser compreendida apenas como uma obrigação legal do homem no papel de provedor, mas, sobretudo, como direito e obrigação que se inicia com a decisão de ter ou não filho(a)s, como e quando tê-lo(a)s e continua com o acompanhamento da gravidez, do parto, do pós-parto e da educação da criança (BRASIL, 2008).

A não abordagem dos co-responsáveis pela gravidez em instrumentos oficiais de informação, como o IBGE, constitui um fator que inviabiliza a compreensão do fenômeno, bem como pode dificultar pesquisas que possam caracterizar essa população, representando uma situação que restringe o conhecimento quanto ao envolvimento da população masculina nas políticas voltadas à saúde sexual e reprodutiva (COSTA et al, 2005). Os estudos do IBGE se limitam a abordar a formação dos arranjos familiares, ressaltando que existe um direcionamento para a formação de núcleos familiares com filho(a)s na população brasileira. Assim, de acordo com dados do IBGE (2010b) 48,5% das famílias brasileiras residem com o companheiro e filho(a)s.

Na minha atuação profissional, cuidando de gestantes e puérperas, lido com sentimentos das mulheres, como angústia, raiva, incertezas, entre outros, principalmente diante da falta de apoio e abandono por parte dos parceiros. É comum as mulheres ressentirem-se pelo não envolvimento do parceiro no processo reprodutivo, desde a escolha de métodos contraceptivos à experiência da gravidez e ao seu desfecho. Muitas vezes, o baixo nível de informação sobre a contracepção, as dificuldades de acesso aos métodos, bem como a submissão às vontades do parceiro, contribuem para que as mulheres sejam surpreendidas por uma gravidez.

Assim, valorizando as constatações empíricas da minha experiência profissional com mulheres grávidas e puérperas relativas à experiência da gravidez na vida das mulheres e as **lacunas da literatura** sobre a co-responsabilidade do parceiro, foi realizada uma pesquisa cujo objeto é a participação do parceiro na gravidez não planejada segundo as mulheres. A

realização do estudo foi facilitada pela minha inserção no projeto *Ocorrência de gravidez não planejada em área de cobertura do PSF em Salvador- Bahia*, que me aproximou de outras investigações científicas e da complexa rede multifacetada que envolve a ocorrência e a vivência de uma gravidez.

Questão de pesquisa

- Quais as características da participação do parceiro no contexto da gravidez não planejada segundo as mulheres?

Objetivos

1. Descrever o perfil sociodemográfico de parceiros de mulheres em situação de gravidez não planejada.
2. Caracterizar a participação do parceiro quanto à responsabilidade pela contracepção.
3. Descrever características do relacionamento entre o parceiro e sua companheira em situação de gravidez não planejada.

Relevância do estudo

Os resultados obtidos neste estudo contribuem para o desenvolvimento de estratégias para a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, no que se refere à necessidade de envolvimento do homem no planejamento reprodutivo e participação efetiva no processo gravídico-puerperal. A pesquisa também fortalece os estudos de gênero desenvolvidos pelo Grupo de Estudos sobre a Saúde da Mulher (GEM) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA) na medida em que amplia pesquisas que têm o homem como foco no âmbito das experiências reprodutivas.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 CONSTRUÇÃO SOCIAL DA MASCULINIDADE

A identidade de gênero diz respeito aos significados e traços que um indivíduo apresenta a fim de representar-se como homem ou mulher e diferentes características relacionadas a gênero engendram variadas representações e identificações masculinas e femininas, conforme o contexto social e histórico. Traços de personalidade, atributos físicos, papéis sociais, como maternidade e paternidade, orientação sexual, habilidades pessoais, escolhas profissionais e interesses recreacionais, por exemplo, podem constituir diferentes formas de identificação social atreladas ao gênero (DEAUX; LAFRANCE, 1998).

Até o século XVII, o modelo de perfeição estava representado na anatomia masculina, expressando superioridade dos homens em relação às mulheres consideradas um homem invertido, portanto um sujeito “menos desenvolvido” na escala de perfeição. Tal modelo de masculinidade hegemônica define uma configuração de gênero que incorpora a legitimidade do patriarcado, garantindo a posição dominante dos homens e a subordinação das mulheres (SILVA, 2006).

Já, nos séculos XVIII e XIX, sensíveis mudanças passaram a acontecer, com a queda do modelo da perfeição do corpo masculino. De homem invertido, a mulher passa a ser o inverso do homem ou sua forma complementar, as atividades dos homens definem-se como aquelas dirigidas ao mundo social, público, enquanto as da mulher são rigidamente orientadas para o mundo doméstico no cuidado da casa e da família (PARKER, 1991).

As desigualdades de gênero, a partir de então, eram definidas por meio de diferenças morais que determinavam “comportamentos femininos e masculinos de acordo com as exigências da sociedade burguesa, capitalista, individualista, nacionalista, imperialista e colonialista implantada nos países europeus” (COSTA, 1995, p.110-11). Características tidas como positivas – a exemplo da valentia, firmeza, inteligência e imponência – foram associadas ao ser masculino e vistas como qualidades sobre as quais a própria sociedade deveria se autoprojetar (OLIVEIRA, 2004).

Ainda no século XIX, ressaltam-se os discursos médicos que alimentaram o *slogan* mente sã num corpo são que ajudaram a desqualificar como insanos a população de negros, judeus, homossexuais por não se encaixarem no ideal burguês de masculinidade, imputando-lhes o *status* de serem diferentes ou serem deficientes sob algum aspecto. Junto a essa

desqualificação, a mulher também continuou a ser reconhecida como ser inferior (OLIVEIRA, 2004).

A palavra masculinidade surgiu no século XVIII para estabelecer critérios que diferenciasssem os sexos, mas esse termo tem poucas definições e, na maioria das vezes, não ressalta a importância das suas “características históricas, a sua força de arregimentação social, a imbricação com outros lugares simbólicos estruturantes e o seu poder de orientar a formulação de juízos” (OLIVEIRA, 2004, p. 54). Para esse autor, a masculinidade representa “um espaço simbólico de sentido estruturante que modela atitudes, comportamentos e emoções a serem seguidos” (OLIVEIRA, 2004, p. 54). Aqueles que seguem tais modelos passaram a ser exaltados e não somente serem atestados como homens, mas também pelo não questionamento pelos outros que compartilham desses símbolos.

Na atualidade, os estudos sobre masculinidade inserem-se no que se define academicamente, como campo de estudos de gênero. “Masculinidade [...] é simultaneamente um lugar nas relações de gênero, as práticas através das quais homens e mulheres engajam aquele lugar de gênero e os efeitos dessas práticas na experiência corporal, na personalidade e na cultura” (CONNELL, 1995, p. 71).

A construção psíquica da masculinidade se encontra sempre inserida num contexto social. Essa ocorre em um processo de socialização por meio do qual o menino será transformado num homem adulto, contando com a participação ativa de todos aqueles que lidam direta ou indiretamente com ele e será responsável por sua aproximação dos ideais culturais da sociedade a que pertence. Esses ideais definem papéis, prescrevem padrões e ditam normas de comportamento que fazem parte do sistema de crenças lenta e continuamente apresentado ao menino. A masculinidade contemporânea centraliza-se na concentração do poder na mão do homem e na possibilidade de ele exercer total controle sobre os demais. A construção social da masculinidade se dá principalmente no modelo homosocial, que implica em uma constante aprovação dos outros homens e uma auto-aprovação (WANG; JABLONSKI; MAGALHÃES, 2006).

Korín (2001), entre outros, afirma que as identidades masculinas se criam, em parte, no processo de individualização pelo qual passam os homens, num esforço para se definirem como seres diferentes de suas mães. Os papéis estritos de gênero são interiorizados e os homens aprendem a desprender-se das qualidades identificadas como femininas: passividade, debilidade, enfermidade, dependência, sensibilidade. Assim, o desejo e a capacidade de cuidar tendem a desaparecer durante o processo de socialização do homem em um mundo que

fortalece um modelo hegemônico masculino norteador pela questão de ter poder, autonomia, força, racionalidade e repressão das emoções.

Ao modelo ideal de masculinidade são atribuídas características consideradas inerentes à natureza masculina como ser forte, confiante, determinado, independente, objetivo, racional, emocionalmente equilibrado, profissionalmente competente, financeiramente bem-sucedido e sexualmente potente assim como frio, insensível, agressivo, arrogante, dominador, autoritário, violento e opressor (WANG, JABLONSKI, MAGALHÃES, 2006).

Os estereótipos de gênero têm forte influência no cotidiano de homens e mulheres. Inicialmente, a influência desses estereótipos se faz no próprio ambiente doméstico, por meio da relação com o pai e a mãe. Mais tarde, à medida que o pai se relaciona com outros membros da comunidade, novas representações poderão ser acrescentadas, enquanto outras serão reforçadas ou eliminadas (NOLASCO, 1993).

No contexto familiar, os estereótipos de gênero são evidenciados e reafirmados pela maneira como o menino é educado e pela maneira como esses estereótipos são vivenciados na relação pai e mãe. Sendo assim, os modelos de masculinidade e feminilidade exercidos pelos pais têm um papel fundamental na construção da masculinidade da criança. Para isso, devem-se levar em consideração as representações de mulher e de homem vigentes à época do desenvolvimento das identidades desses pais, já que essas crenças podem ser reforçadas ou não. A visão de mundo a ser construída pelo menino levará também em consideração a observação e a vivência na dinâmica estabelecida entre o casal parental. A crença na superioridade masculina, por exemplo, pode estar baseada na forma como seu pai e sua mãe interagem e nos papéis assumidos na relação (NOLASCO, 1993).

Nessa perspectiva, Korin (2001) mostra que a mudança dramática no papel do pai e da mãe, que foi profetizado na década de 1970, nunca ocorreu. Ainda sustenta que a prova mais contundente disso é encontrada em nossas próprias casas, na forma que seguimos educando as filhas e os filhos. A autora mostra que, mesmo reconhecendo-se algumas mudanças ocorridas desde então, há uma grande porcentagem de filhas e filhos que continuam representando e reafirmando desde muito cedo, que o mundo da mulher é a casa e a casa do homem é o mundo.

Esse modelo de masculinidade e virilidade apresentado ao homem deu origem a um processo de socialização opressivo e estereotipado, por meio do qual o menino tinha que ignorar suas necessidades afetivas, sendo estimulados a ser livres e independentes, desenvolvendo o senso de competitividade como uma das principais características à

sobrevivência na vida adulta. Para o homem, a preocupação com o desempenho e concorrência será uma constante ao longo da vida e, desde cedo, eles passam a ser incentivados a estar inseridos em atividades e jogos competitivos. Para eles, não importa o prazer do jogo, e sim ganhá-lo. O trabalho, também, se torna a forma pela qual o homem se insere no mundo público, caracterizado pela masculinidade hegemônica, o ambiente do domínio do homem. A realização pessoal do homem muitas vezes se confunde com a realização profissional (WANG, 2004).

A masculinidade, para ser reconhecida, deve incluir também o controle das emoções e do próprio corpo, para que, assim, o mesmo possa sentir-se macho. Quando esse controle emocional e corporal chega ao seu limite, existe, nesses casos, um embotamento afetivo, no qual o prazer masculino é reduzido apenas ao órgão sexual, desprezando, assim, os outros prazeres que a vida pode oferecer. Isso vai culminar em um empobrecimento da sexualidade masculina (NOLASCO, 1993; DAMATTA, 1997).

Sendo assim, percebe-se que a construção da masculinidade, de acordo com o modelo patriarcal, restringe-se aos desempenhos profissional e sexual. O homem fica restrito ao ambiente de trabalho, ao mundo financeiro e ao estímulo à vida sexual intensa. Quando ocorre algum problema, como, por exemplo, no desempenho profissional ou sexual, isso vai gerar consequências na identidade daquele homem (WANG, JABLONSKI, MAGALHÃES, 2006).

Em alguns casos, todas essas características e fatores associados culminam no comportamento violento do homem em contrapartida dos seus sentimentos de frustração e menos-valia. Vale ressaltar, portanto, que a agressividade é considerada como uma qualidade que é inerente ao ser humano, seja ele do sexo masculino ou feminino, independentemente da idade, não sendo, portanto, uma característica natural dos homens, mas apreendido na vida em sociedade (WANG; JABLONSKI, MAGALHÃES, 2006).

Assim, um modelo de masculinidade restrito à ideiação de uma virilidade limitada, empobrecida e associada a características como autoritarismo, dominação e opressão, ao longo dos anos, passou a ser foco de frequentes críticas (WANG; JABLONSKI, MAGALHÃES, 2006). Segundo Badinter (1993) esse representa um modelo reconhecido como uma fonte de alienação para os homens e de um desentendimento e desvalorização para as mulheres. Para a autora, essas atribuições foram sendo progressivamente questionadas e repensadas, principalmente, nos últimos anos.

2.2 CRISE DA MASCULINIDADE

O processo de industrialização iniciado na Europa no século XVIII levou a uma transformação da estrutura familiar. Essa, que se organizava em torno da figura masculina como o principal provedor, teve que se readequar para garantir a sobrevivência do grupo, de modo que a família deixou de ser uma unidade de produção para se tornar uma unidade de consumo. A divisão sexual do trabalho fez com que o trabalho realizado nas fábricas fosse basicamente atribuído ao homem, mas também lançou mão da mão-de-obra feminina e infantil (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005).

Todavia, a segmentação do espaço público destinado aos homens e do espaço privado para as mulheres permeou a sociedade durante muito tempo até as primeiras conquistas femininas, em meados do século XX. Até então, a visão da mulher era a de um ser frágil, sensível, sempre associada ao papel de mãe e esposa. Por outro lado, o homem era o provedor e o protetor da família, o que representava o modelo tradicional de uma família patriarcal (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005).

Na atualidade, nota-se uma diferença na organização das famílias. As mulheres já ocupam um lugar significativo na economia da casa, sendo que, em muitas famílias, esta se torna a principal provedora do lar. No trabalho, os homens já disputam vagas com as mulheres, mas estas, na maioria das vezes, ganham menos no desempenho das mesmas tarefas e funções. Além disso, no âmbito da sexualidade, a mulher deixou de ser apenas um objeto de satisfação do homem, agora cobrando que também se satisfaça (WANG, JABLONSKI, MAGALHÃES, 2006). Sendo assim, o trabalho e a sexualidade, que são dois aspectos importantes no que diz respeito à construção social do masculino na concepção patriarcal, ficaram abalados (NOLASCO, 1993).

Estudos revelam que um grande quantitativo de casos de disfunção sexual masculina, dentre os quais se destacam a impotência e a ejaculação precoce, têm sido justificados como consequência da insegurança que a nova mulher está causando em homens que insistem em se manterem nos padrões tradicionais ou que ainda não conseguiram encontrar os caminhos para enfrentar as mudanças de papéis requeridas por esse novo momento histórico (DIEHL, 2002). Desse modo, as tensões existentes entre a ambivalência na manutenção do poder do homem nas relações entre os gêneros e a possibilidade e necessidade de rever novos modelos de masculinidade, que consigam contemplar a associação entre sexo e afetividade e um relacionamento conjugal igualitário, tem sido um dos motivos para se falar de uma crise masculina (STROZZI, 2009).

O movimento feminista, sem dúvida, provocou muitas mudanças ao questionar o que era entendido como inquestionável, como os papéis de gênero e das relações de poder que se estabeleceram entre os sexos. O movimento gay também tem contribuído significativamente para a quebra de estereótipos atribuídos aos homens e às mulheres. Wang, Jablonski, Magalhães (2006) afirmam que essa crítica aos papéis sociais ficou conhecida como “falocracia” e teve um caráter determinante para a redefinição de papéis sociais, hoje já bem mais flexibilizados.

A crise da masculinidade talvez não seja um fenômeno de ocorrência isolada, pois existe uma tendência aparente de uma crise do estado típico da contemporaneidade (RAMOS, 2000). Assim, o feminismo, movimento gay e crise masculina, segundo Wang, Jablonski, Magalhães (2006), fazem parte de uma espécie de efeito de um “dominó cultural”. Para esses autores:

Seja como for, o que queremos ilustrar é a ideia de que todas as manifestações da contracultura, o que também incluiu as reivindicações estudantis, o movimento hippie e a defesa da androginia, são elementos de uma interação social em mutação, na qual evidenciou-se, de forma talvez definitiva, a instabilidade das bases em que se apoiava a masculinidade que já não tinha mais do que se orgulhar. (WANG, JABLONSKI, MAGALHÃES, 2006. p.59).

Assim, os padrões rígidos estabelecidos pelo patriarcado estão sendo constantemente contestados. Neste momento, cabe ao homem repensar os seus valores, adequando-se à nova realidade social da categoria social em que se insere.

2.3 A PATERNIDADE ANCORADA NA IDENTIDADE MASCULINA

A construção social da paternidade é influenciada por múltiplos fatores todos eles imbricados em questões de gênero. Desse modo, a vida em sociedade vai exercer uma influência muito significativa na paternidade, inclusive no que diz respeito à disponibilidade de tempo que os homens têm para se dedicar aos/as filho(a)s e à família.

No que diz respeito à maternidade, essa é fortemente ancorada na cultura patriarcal fundamentada nos valores e modelos europeus em que a mulher é considerada detentora da função social da reprodução e criação do(a)s filho(a)s (BADINTER, 1985). Entretanto, tal destinação passou a ser fortemente questionada a partir da década de 60 do século XX, momento em que o movimento feminista na Europa, reivindicava a equidade de gênero,

estimulado pelas mudanças socioeconômicas ocasionadas pela segunda Grande Guerra (SCAVONE, 2001).

As relações de gênero, por sua vez, fundamentam-se em diferenças biológicas para justificar desigualdades socialmente construídas entre homens e mulheres e, valores relativos à gestação, ao exercício da maternidade e à educação do(a)s filho(a)s inserem-se em meio ao que é definido para as mulheres (PAIM, 1998). Nas sociedades ocidentais, o papel social da mulher como mãe foi naturalizado e legitimado associado ao fato de as mulheres gestarem e por manter-se por longo tempo a dependência do(a) recém-nascido(a) aos cuidados maternos (SUTTER E MALUSCHKE, 2008).

Essas atribuições sociais estão, portanto, vinculadas à capacidade reprodutiva feminina, ou seja, a funções biológicas. A paternidade, em contrapartida, não é formulada a partir da participação do homem no processo reprodutivo. Na divisão sexual do trabalho, o pai tem sido socialmente definido com a função de garantir e possibilitar a maternidade e essa função nem sempre está associada ao vínculo biológico, genético como mostram os estudos antropológicos (STRATHERN, 1995).

Vale ressaltar que o patriarcado apóia-se não somente na superioridade de homens sobre as mulheres, mas também na separação entre mundo masculino e feminino (PULEO, 1995). Isso repercute na divisão social e sexual do trabalho e as tarefas que dizem respeito aos/as filho(a)s e à casa, aquelas que envolvem mais a questão afetiva, o lar e a maternidade, demandam cuidados ditos femininos, enquanto tudo relativo ao ambiente público é de responsabilidade do homem (NAUHARDT, 1996).

Sousa (2011) afirma que até mesmo o fato de a mulher definir quem é realmente o pai da criança, a não ser que o homem se autodenomine como tal, contribui para a propagação da ideia de que o homem não é um ator no processo reprodutivo. Como observa Arilha (1998, p. 73):

Se a reprodução é aprendida e apreendida pela maior parte das pessoas como um processo biológico que se concretiza essencialmente num corpo do sexo feminino, como provocar novas linguagens acerca da reprodução? Seria possível valorizar menos a gestação e mais a concepção, apontando para uma posição compartilhada em termos de significados, de mulheres e homens diante da reprodução biológica da vida?

As relações de gênero, em um determinado grupo social, repousam no pressuposto de que os parceiros ao pactuarem o ato sexual podem vir a assumir responsabilidades e interesses compartilhados (LAVINAS, 1997). Todavia, não há uma cobrança no que diz

respeito à paternidade para os homens. Esses, por sua vez, só devem se preocupar com o papel de chefe da família, do principal provedor, diferente das mulheres no qual a carreira profissional é aceita e estimulada, contanto que não atrapalhe o seu papel de esposa e de mãe dedicada.

Uma das maiores mudanças do final do século XX foi o declínio do patriarcado com aumento de famílias monoparentais chefiadas por mulheres e a figura do pai provedor acabou se ofuscando (SUTTER E MALUSCHKE, 2008). Todavia, as transformações, na experiência masculina da paternidade nos últimos anos, convivem com a permanência de valores que reproduzem a divisão sexual do trabalho.

As mudanças visibilizadas, no final do século passado, não representaram alterações muito significativas nos papéis sociais de homens e mulheres. No final dos anos 1990, Gomes (1998), afirmava que, apesar das mudanças que vinham ocorrendo, os homens ainda predominavam no espaço público, não necessitando encarar a paternidade como um fato ameaçador a sua individualidade e a sua liberdade. A paternidade ancorada na identidade masculina mantinha-se configurada na responsabilidade em sustentar financeiramente a família e também como uma prova a ser exibida da sua função de macho reprodutor, como afirmação de potência e virilidade. Quanto ao significado atribuído à paternidade na vida dos homens, Comel (1998) constatou em estudo que a paternidade ainda não era vista como um fator de realização pessoal e, sim, como uma experiência no curso da vida.

Para Castelain-Meunier (1993), o fenômeno realmente novo é o pai que toma conta do bebê, capaz de se envolver nos cuidados com o(a)s filho(a)s pequeno(a)s. Considera, inclusive, o “novo pai” uma imagem oposta à do pai “ganha-pão”, porquanto ele está presente desde o nascimento, disponibilizando tempo e dedicação não apenas para o trabalho. Ramires (1997), a partir de pesquisa, afirma que o novo pai é aquele que, além de expressar a necessidade e o desejo de participar na criação de seus/suas filho(a)s, prioriza a paternidade em relação a outras áreas da vida. Já, no século XXI, pesquisa de Freitas et al (2009), sobre o significado da paternidade para homens, reafirma que os homens concebiam a paternidade mais como encargo e responsabilidade social do que como espaço de trocas afetivas com o(a)s filho(a)s sendo, porém, o pai tradicional contemporâneo do “novo pai”.

A família atual, que distribui de forma mais igualitária a divisão sexual do trabalho, ainda aparece na sociedade de modo muito incipiente. Muitas famílias ainda se organizam sob as bases tradicionais da complementaridade das funções e desse modo, a maioria dos homens não participa dos serviços domésticos (MEDEIROS, 2008). A maioria dos pais ainda não compreende a importância e resistem em participar e a se responsabilizar pelas atividades

domésticas e pelo cuidado com o(a)s filho(a)s, de modo que tal atividade sempre passa a ser delegada a uma mulher, que exerce a função de cuidadora da família (BORIS, 2000). Sutter e Maluschke (2008) reafirmam em pesquisa que, na maior parte das famílias, as tarefas parentais qualificadas (jogo, aprendizagem, desenvolvimento) cabem ao pai, enquanto as não qualificadas (alimentação, lavagem de roupa) permanecem com a mãe.

Percebe-se, então, que, apesar da família moderna, alguns papéis tradicionais de gênero ainda persistem nas relações familiares. Todavia, segundo Sutter e Maluschke, (2008), há uma nova tendência denominada de “nova paternidade” com a qual o homem manifesta mais seu sentimento pelo(a) filho(a) ao procurar se aproximar mais fisicamente, o que demonstra um maior interesse do pai pelo recém-nascido, fato, segundo esses autores, muito explorado pela mídia.

2.4 PARTICIPAÇÃO MASCULINA NA CONCEPÇÃO

O reconhecimento do direito ao planejamento reprodutivo é uma conquista do movimento feminista (SCAVONE, 2001; VELOSO, 2007), entretanto, a participação do homem no processo permaneceu restrita à figura do reprodutor (VELOSO, 2007). Carvalho; Pirotta; Schor (2001), em seu estudo sobre as percepções femininas sobre a participação masculina na contracepção, consideram que, em 78,8% dos casos, o método contraceptivo usado era de uso feminino, prescindindo da participação masculina para sua eficácia (pílula, injetáveis, Dispositivo Intra Uterino (DIU), diafragma), assumindo, assim, essas mulheres, toda a responsabilidade e riscos das práticas contraceptivas.

No Brasil, o programa de Planejamento Familiar, desenvolvido pelo Ministério da Saúde, comumente tem sido descrito como uma conquista das mulheres brasileiras. Todavia, considerando a concepção humana como um ato que se conjuga pela interação entre dois seres, o homem e a mulher, a participação masculina na saúde reprodutiva é de extrema importância para a qualidade de vida do casal e da criança (RIOS, 1993). Em relação à concepção, Maciel (1994) afirma que os homens, de modo geral, não se veem como parte do processo de gestação e nem conseguem se envolver emocionalmente com a experiência da gravidez.

A responsabilidade e os riscos das práticas contraceptivas, em sua maioria, são assumidos pelas mulheres. Esse fato pode ser percebido pela predominância de métodos contraceptivos de uso feminino, que, por um lado, permitem uma maior independência da

mulher no que diz respeito a sua vida sexual e reprodutiva e, por outro lado, prescindem da participação masculina (CARVALHO; PIROTTA; SCHOR, 2001). No início dos anos 1990, já havia inquietações frente à ausência do homem na contracepção, reconhecendo-se que não havia programas de planejamento familiar voltados aos homens, e, que, além de informação adequada sobre contracepção, provisão de condons e oferta de vasectomia, fazia-se necessário tratar de questões que incluíssem a sexualidade e a prevenção de doenças sexualmente transmitidas (ISTs) (RINGHEIN, 1993).

A saúde reprodutiva é pauta prevista na constituição como um direito de todos, porquanto em estudos desenvolvidos pela World Health Organization (2001) evidenciou-se que os homens apresentam-se ausentes dos programas de planejamento reprodutivo, representando um grupo de risco vulnerável a Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), com elevada taxa de mortalidade ocasionada por doenças infectocontagiosas.

Alguns dos motivos pelos quais muitos homens resistem à participação em atividades de contracepção, ou até mesmo a que suas companheiras usem contraceptivos, devem-se à associação da virilidade à fertilidade; ao receio de que o uso da contracepção por suas mulheres possa predispor à infidelidade; aos motivos religiosos; medo de enfraquecimento de sua autoridade de chefe de família; e medo de possíveis efeitos colaterais dos métodos contraceptivos (RINGHEIN, 1993; VELOSO, 2007). Diante dessa realidade, o Programa de Assistência Integral à Saúde do Homem, criado em 2008, pelo Ministério da Saúde, tem como um dos objetivos incluir os homens nas atividades relativas à saúde reprodutiva (BRASIL, 2008).

A concepção constitui para a mulher e para o homem fases de mudanças biopsíquicas e comportamentais carregadas de incertezas diante da perspectiva da chegada de um(a) filho(a). Assim, uma gravidez em curso pode gerar sentimentos singulares de alegria, tristeza, satisfação e insatisfação conjugal (FREITAS; COELHO; SILVA, 2007). Segundo Carvalho (2003), a figura do genitor deve representar um apoio incondicional à gestante, na divisão da responsabilidade, nos cuidados com a criança e no apoio à dupla mãe-filho(a), desde as primeiras semanas de vida da criança. Entretanto, esse vínculo torna-se mais evidente quando há um envolvimento que favorece aos casais maior entrosamento, fortalecendo o seu relacionamento e desenvolvimento de planos partilhados.

No Brasil, a situação é similar aos outros países. Segundo a Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM, 1996), os métodos contraceptivos usados no Brasil foram divididos em dois grupos: “independentes” ou “dependentes” de participação masculina, na qual os “independentes” são os mais utilizados. A participação masculina na

concepção pode se apresentar de diversas formas. Pode ser desde o uso de métodos masculinos como o condom, coito interrompido e vasectomia, até a cooperação nos métodos de abstinência periódica ou, ainda, o fato de o companheiro aceitar que sua parceira use os contraceptivos de sua preferência (CARVALHO; PIROTTA; SCHOR, 2001).

Vale ainda salientar que as opções de métodos contraceptivos masculinos reversíveis ou temporários são limitadas se comparadas às opções para uso da mulher já que existem apenas a abstinência sexual, o condom e o coito interrompido.

2.5 MATERNIDADE/PATERNIDADE E A GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA

O processo de construção da maternidade vai se constituir antes mesmo da gestação, durante a identificação da menina como mulher por meio dos papéis de gênero atribuídos às mulheres na sociedade na qual se insere (PICCININI et al, 2008). Todavia, assim como a paternidade, a maternidade também vem sofrendo transformações decorrentes das mudanças nos processos sociais vigentes. Ao se estudar o fenômeno da maternidade, devem-se considerar as variáveis sociais que a envolvem como as desigualdades sociais, raciais/étnicas e as questões de gênero. Além disso, considera-se também, que por ser um fenômeno social vulnerável a mudanças, esse não vai ser igual para todas as mulheres, em todas as sociedades e culturas, devendo-se considerar a especificidade de cada uma (SCAVONE, 2001).

A gestação é um momento importante de reestruturação na vida e nos papéis da mulher, tendo essa que readequar seu relacionamento com o parceiro, sua situação econômica e suas atividades profissionais (MALDONADO, 1997). Nesse período, a mulher vivencia mudanças biológicas, somáticas, psicológicas e sociais que repercutem tanto na sua vida pessoal, quanto nas demais relações sociais (PICCININI et al, 2008).

Em relação à conjugalidade, o casal, que até então se constituía unicamente como homem e mulher, passa, com a parentalidade, a assumir um novo papel e se constituir pai e mãe, ocorrência que altera profundamente as dinâmicas individuais e a relação conjugal (BOUKOBZA, 2002). Essa transição, segundo Piccinini et al (2008), ocasiona mudanças na vida do casal, principalmente na relação a dois, o que vai exigir uma readequação da interação conjugal.

A gravidez ainda é uma etapa pouco estudada na perspectiva do pai. Um estudo realizado na base de dados WebScience, referente aos anos de 2003 a 2006, identificou haver 1740 artigos que abordavam a temática “a gravidez e a mãe”, em contrapartida, apenas 145

artigos abordavam temas associados “a gravidez e o pai” (BORNHOLDT; WAGNER; STAUDT, 2007).

Apesar do reduzido quantitativo de estudos abordando a relação gravidez e pai, percebe-se que a vivência deste período ocorre de maneira bastante intensa para muitos homens. Segundo a literatura científica, alguns pais passam a vivenciar a chamada “Síndrome de Couvade” (BUDUR, MATHEWS & MATHEWS, 2005). Essa síndrome caracteriza-se como uma expressão somática da ansiedade que envolve um processo de diversos fatores emocionais que se tornam constantes nesse período, como uma identificação do homem com a mulher grávida ou até mesmo uma ambivalência em relação à paternidade e ao processo de adaptação necessária a essa nova situação. Esses aspectos podem culminar em um sentimento de exclusão, norteados pelo reduzido espaço que muitos pais encontram para expressar seus sentimentos, angústias e expectativas, podendo acarretar em um temor de que o bebê traga a desestabilização no relacionamento conjugal, já que muitos apontam haver uma diminuição da satisfação na relação com o decréscimo da vida social e sexual do casal (HIJJAWI, 2005; SHAPIRO, 2005).

Vale salientar a importância do papel do homem durante o processo de gestação, visto que, nesse período, nota-se uma exacerbação da sensibilidade da mulher, o que a torna também suscetível a vários distúrbios emocionais (RAPHAEL-LEFF, 2000). Sendo assim, o estado gravídico pode desencadear na mulher ou uma crise emocional ou também despertar nessa gestante um potencial de adaptação e resolução de conflitos (PICCININI et al, 2008; ARAGÃO, 2006; MISSONNIER; SOLIS-PONTON, 2004). Além disso, a maneira como a gestante vive essas mudanças repercute intensamente na constituição da maternidade e na relação mãe-bebê.

A participação do homem, desde o início da gravidez, é essencial para prepará-lo para exercer a paternidade, posicionamento que dará uma significativa contribuição ao equilíbrio afetivo do casal. Apesar da carência de estudos sobre a paternidade, associando a importância do parceiro à gestação e à maternidade, sabe-se que a presença do companheiro no processo da gravidez influencia positivamente na evolução da gestação, diminuindo, assim, os efeitos desfavoráveis à saúde da criança e da mulher (COSTA et al, 2005).

O Ministério da Saúde do Brasil, por meio da Divisão Nacional de Saúde Materno Infantil (BRASIL, 1989), vem enfatizando as condições de vida de mães adolescentes, dentre essas destaca que a coabitação com o companheiro é primordial para a evolução da gestação. Estudos ressaltam a importância de reconhecer, entre as gestantes e mães adolescentes, o estágio de desenvolvimento psicológico e o grau de aceitação da gravidez, fatores diretamente

relacionados às condições ambientais, incluindo a relação com a família e o parceiro, os quais podem interferir decisivamente na evolução gestacional (SANT ANNA, 2000).

Sant'Anna e Coates (2001) e Lima et al (2004) ainda ressaltam a importância do acompanhamento do homem no período gestacional no que diz respeito à diminuição da sensação de insegurança e de solidão, ainda mais quando essa gravidez não é planejada. Para Souza (2011) a ocorrência de gravidez não planejada sofre influência de fatores de ordem biológica, social e subjetiva, que interagem entre si, estando incluídos, nesses casos, as condições socioeconômicas, as relações desiguais com os parceiros que limitam o poder de decisão da mulher e a identidade feminina, ainda construída na direção da maternidade, indicam os limites no exercício da liberdade reprodutiva.

Pode-se citar, também, fatores como: história de vida (experiências negativas não superadas de outras gestações), o contexto existencial da gravidez (se dentro ou fora de um vínculo estável), conflitos conjugais, sentimento de ambigüidade, sentimento de rejeição aliado à raiva; a idade materna; questões religiosas, influência cultural, situação socioeconômica do casal, momento de instabilidade na vida, dentre outros (MALDONADO, 1988; MELO, 2002).

Para Lima et al (2004) quando a gravidez se apresenta como não planejada/indesejada, isso indica um fator negativo para as aspirações de felicidade naquele momento de vida. Esse fenômeno pode resultar no aumento da incidência de aborto no país, o que constitui um importante problema de saúde pública, pois, realizado em condições inseguras, figura entre as principais causas de mortalidade materna (VIEIRA et al, 2002). Porém, apesar de uma gravidez não planejada trazer um sentimento inicial de rejeição, essa reação inicial pode modificar-se para a aceitação ou ser encarada de forma passiva, por meio do discurso estereotipado: “já que estou, vai continuar” (MALDONADO, 1988; VALENTE, 1989).

Segundo Soifer (1980), muitas vezes, as dificuldades em aceitar uma gravidez dita não planejada são evidenciadas pela dificuldade da mulher em enfrentar os conflitos familiares, tendo grande significado a presença e apoio do parceiro. Assim, o sentimento de aceitação ou negação da mulher diante de uma gravidez não planejada é influenciado pelo ambiente social imediato, havendo tendência à aceitação quando ocorre no contexto de relações estáveis.

Segundo Teixeira (2001) em relacionamentos estáveis, a aceitação ou negação de uma gravidez está diretamente relacionada às condições socioeconômicas apresentadas pelo casal no momento em que a gravidez acontece, bem como ao número de filho(a)s já existente,

pois, para os planos em relação à/ao novo(a) filho(a), essas condições são importantes. Mattos (2004) reitera que as precárias condições socioeconômicas, o alto grau de desinformação, aliados à falta de insumos contraceptivos e à dificuldade de acesso aos métodos contraceptivos estão relacionados à ocorrência de gravidezes não planejadas.

Montgomery (1998), ao abordar as atitudes masculinas diante da gestação, considera que a resposta do homem pode ocorrer de diversas formas, podendo oscilar entre momentos de entusiasmo, resistência e/ou ambivalência. Para Bornholdt, Wagner e Staudt (2007), essa nova forma de agir decorre da necessidade de uma reorganização das famílias, de uma reestruturação e de uma readaptação diante da inclusão de um novo membro, abrindo precedentes para um redimensionamento de valores, expectativas e prioridades.

Em relação à aceitação da gestação, Sant Anna (2000) considera que, com o passar do tempo e a evolução gestacional, o homem e a mulher caminham para a aceitação da parentalidade e maternidade. Em seu estudo, Costa et al (2005) demonstra em percentuais essa ocorrência ao constatar que, mesmo diante de uma gestação não planejada, um valor acima de 80% dos co-responsáveis aceitaram a paternidade e registraram o(a)s filho(a)s.

Na nova conformação da atenção à saúde da mulher gestante, a participação masculina durante o pré-natal integra um novo modo de agir a ser esperado pelo homem diante da paternidade. As pesquisas realizadas apontam que o homem tem apresentado um maior interesse na participação do cotidiano e cuidado com a gestante e a criança, passos essenciais para o pleno exercício da paternidade. Apesar de uma maior participação masculina durante o pré-natal, em estudo de Costa et al (2005) foi verificado que essa ocorrência ficou limitada a 35% dos 438 casos entrevistados. Entre os fatores atribuídos a essa baixa participação, são elencados o envolvimento no trabalho, considerando-se que, no mercado de trabalho, não é atribuído ao homem a necessidade de dispensa do trabalho para desempenhar atividades de cuidado ao pré-natal. No referido estudo, foi constatado que mais de 80% dos co-responsáveis registraram o(a)s filho(a)s, 60% após alguns dias, 18,9% registraram após meses e 4% após anos do nascimento da criança.

Existe a necessidade de valorizar os homens como sujeitos co-participantes em todos os momentos, devendo atuar auxiliando e apoiando mãe e filho(a), o que contribuirá para fortalecer e estreitar os laços parentais (RAMIRES, 1997). Pode-se afirmar que a participação do homem no cuidado com a gestante e com a criança sofre forte influência da incorporação da gestação e da maternidade como essencialmente femininas. Essa concepção contribui para a pouca participação e co-responsabilização do homem nesse processo e a função social de provedor acaba por servir como barreira para a participação que se deseja. É fato que nos

locais de trabalho não se compreende a necessidade do homem em se ausentar do serviço para comparecer na forma de acompanhante durante consultas à gestante, à puérpera ou à criança.

3 METODOLOGIA

3.1 DESENHO E TIPO DE ESTUDO

Este estudo é um recorte dos dados da pesquisa “Ocorrência de Gravidez não planejada em áreas de cobertura do PSF em Salvador-BA”, financiada pelo CNPQ e coordenado pela professora orientadora deste estudo.

Trata-se de estudo descritivo, exploratório, de abordagem quantitativa desenvolvido durante o período de março a dezembro de 2011. O estudo do tipo exploratório justifica-se pela ausência de investigações sobre gravidez não planejada em áreas de cobertura do PSF em Salvador-BA, bem como sobre a participação do parceiro no processo de contracepção/reprodução. O estudo descritivo viabiliza a descrição de fatos e fenômenos de determinada realidade ainda não conhecidos. Tem como função principal a exata descrição de certas características quantitativas de populações como um todo, organizações ou outras coletividades específicas. Geralmente contém um grande número de variáveis e utilizam técnicas de amostragem para que apresentem caráter representativo (MARCONI, 2009).

Nesse tipo de estudo não deve ocorrer influência do pesquisador, podendo englobar a pesquisa documental, bibliográfica e de campo (BARROS; LEHFELD, 2007). Apesar de as abordagens descritivas muitas vezes serem tratadas como “menos científicas” e com menor grau de sofisticação analítica, do que os demais estudos epidemiológicos, as questões teóricas, conceituais e metodológicas implicadas nestes estudos são tão desafiadoras quanto aquelas relativas a outros tipos de desenhos, utilizados nos demais estudos epidemiológicos.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O município de Salvador, capital do estado da Bahia, ocupa uma extensão territorial de 707 km² e sua organização político-administrativa compreende 18 Regiões Administrativas (RA) e 12 Distritos Sanitários (DS). (SALVADOR, 2001). De acordo com o último Censo Demográfico do IBGE de 2010, a população estimada para o município foi de 2.675.656 habitantes dentre os quais, 53% são mulheres (BRASIL, 2010). O Subúrbio Ferroviário, local em que foi desenvolvida a pesquisa, corresponde a uma região da cidade de Salvador constituída por diversos bairros, com uma população de 324.931 habitantes. A atenção à

saúde é oferecida por 23 Unidades de Saúde da Família; 5 Unidades Básicas de Saúde; 1 Hospital Estadual e 1 Pronto-Atendimento Municipal. A área é uma das mais carentes da cidade do Salvador-BA, com maior dificuldade de acesso a bens e serviços por questões sociais, econômicas e geográficas (SALVADOR, 2006)¹.

Entre os 12 Distritos Sanitários existentes em Salvador, identificou-se o Subúrbio Ferroviário para o desenvolvimento da primeira fase do PSF em decorrência do perfil epidemiológico da população desse distrito apresentar uma complexidade de problemas de saúde e risco social (SALVADOR, 2001).

A implantação do Programa buscou garantir a redução da morbi-mortalidade, maior impacto sobre a saúde da população, por meio de ações de promoção, prevenção, assistência, vigilância e recuperação da saúde, visando à melhoria da qualidade de vida das comunidades e áreas adscritas, aprofundando os laços de compromisso e co-responsabilidade entre instituição, profissionais de saúde e população (SALVADOR, 2001).

3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população foi constituída por mulheres grávidas em qualquer fase do ciclo gestacional que estivessem sob acompanhamento pré-natal nas Unidades de Saúde da Família (USF) selecionadas, do Subúrbio Ferroviário, durante o período de maio a setembro de 2010.

No Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário, a atenção à saúde da mulher é oferecida por 21 Unidades de Saúde da Família, entretanto, para o presente estudo, foram selecionadas 10 Unidades para a pesquisa e uma para aplicação do teste piloto, a USF Vista Alegre. Foram utilizados como critérios para a seleção das unidades, oferecer atenção pré-natal e ter, pelo menos, um ano de funcionamento, sendo selecionadas as seguintes USF: Alto de Coutos, Alto do Cruzeiro, Beira Mangue, Fazenda Coutos II, Fazenda Coutos III, Ilha Amarela, Itacaranha, Rio Sena, São Tomé de Paripe, Sérgio Arouca-Paripe.

Durante a etapa de coleta dos dados, por questões operacionais, foram excluídas da pesquisa: Alto da Terezinha, Nova Constituinte, Congo, Alto de Coutos II e por dificuldades de acesso, excluiu-se a USF de Bom Jesus dos Passos. Tomou-se como base para as exclusões as informações fornecidas pelos funcionários das unidades.

¹SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde de Salvador. Plano Municipal de Saúde, 2006-2009. Assessoria Técnica da Saúde: Salvador, 2006.

Não atenderam aos critérios de inclusão as seguintes Unidades: Bate Coração, Cocisa, São José de Baixo, Ilha de Maré e São João do Cabrito. Essas unidades foram excluídas porque possuíam, na época da pesquisa, tempo de funcionamento inferior a um ano e as ações em saúde ainda estavam em fase de implantação. O teste piloto foi realizado na USF Vista Alegre, local em que as informações necessárias ao cálculo da amostra não estavam disponíveis nos registros.

3.4 AMOSTRAGEM

Como a população estudada encontra-se desagregada em Unidades de Saúde da Família (USF), optou-se pela técnica de amostragem estratificada em um estágio (por USF), perfazendo um total de 10 estratos com alocação proporcional ao número de mulheres em idade fértil cadastradas nas respectivas unidades sendo que, o centro de saúde foi a nossa unidade amostral e a usuária a unidade elementar². O sorteio das entrevistas em cada unidade ocorreu de forma aleatória e proporcional ao número de mulheres agendadas no período definido para a coleta. Decidiu-se incluir no cálculo da amostra, o grupo etário de 10 a 14 anos tendo em vista a gravidez ser uma realidade também nessa faixa etária.

3.4.1 Determinação do tamanho da amostra

O dimensionamento da amostra foi realizado com o objetivo de estimar a prevalência de gravidez não planejada entre as mulheres que estão sob acompanhamento pré-natal nas USFs em qualquer fase do ciclo gestacional do Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário de Salvador-Ba.

Para o cálculo do n , considerou-se a prevalência de gravidez não planejada obtida na PNDS (2006). Segundo a PNDS (2006), dos nascimentos ocorridos nos primeiros cinco anos da década atual, 45,8% não foram planejados para aquele momento, dentre os quais 17,6% foram referidos como indesejados (BRASIL, 2009). Adotou-se o nível de confiança de 95% ($\alpha=0,05$) e, um erro amostral de 6% ($d=0,06$) entre a proporção encontrada na amostra e a verdadeira proporção populacional. O total de elementos da população ($N=31.018$) foi obtido com base no número total de mulheres em idade fértil cadastradas nas Unidades de Saúde da

² Unidade elementar representa o elemento de uma população, é o objeto ou entidade portadora das informações que se pretende coletar. Unidade amostral representa um conjunto de unidades elementares ou apenas uma unidade elementar (BOLFARINE; BUSSAB, 2005).

Família. Obteve-se uma amostra final de 263 entrevistas para 10 unidades, alocadas proporcionalmente ao número de mulheres cadastradas. O não comparecimento de algumas gestantes aos agendamentos das enfermeiras e/ou a ausência no domicílio, para trabalho fora de casa durante o dia, impossibilitou o cumprimento do planejamento inicial da coleta de dados, optando-se por trabalhar com todas as gestantes presentes nas USF durante os meses de maio a setembro ou no domicílio, por ocasião de visita domiciliar, sendo possível entrevistar 191 mulheres, que corresponderam a 72.6% do grupo.

Na unidade em que o número de entrevistadas deveria ser de um, decidiu-se ampliá-lo para 5 ou mais, considerando-se a demanda espontânea, portanto não incluída nos agendamentos (USF Sergio Arouca). Não fizeram parte do estudo, as 9 mulheres que participaram do teste piloto.

Todas as informações utilizadas no cálculo da amostra foram fornecidas pelo Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário de Salvador-BA. Para o cálculo da amostra, utilizou-se o software STATA v.8.0. O tamanho da amostra foi obtido a partir da seguinte expressão²:

$$n = z_{1-\alpha/2}^2 * \sum_h^H [N_h^2 * P_h * (1 - P_h) / w_h] / [N^2 * d^2 + z_{1-\alpha/2}^2 \sum_h^H N_h * P_h * (1 - P_h)]$$

H	Total de estratos (H=10)
N=31.018	Número total de mulheres em idade fértil na população-alvo
N _h	Total de mulheres em idade fértil no estrato h
w _h	N _h /N – fração de observações alocadas no estrato h
P _h	Prevalência de gravidez não planejada no estrato h (P _h =0,45)
N	Tamanho da amostra
n _h	Tamanho da sub-mostra no estrato h
$z_{1-\alpha/2}^2 = 1,96$	Percentual da distribuição gaussiana que corresponde ao nível de confiança 1- α , para hipótese bilateral.
d	Erro amostral (d=0,05)

Quadro 1 Distribuição das mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) cadastradas no Programa de Saúde da Família segundo a unidade de saúde, Subúrbio Ferroviário, Salvador – Bahia, 2010

N_h	USF	População de mulheres em idade fértil	Fração amostral	Tamanho da amostra nos estratos	Amostra final nos estratos
1	Alto de Coutos	4.590	0,148	39	18
2	Alto do Cruzeiro	4.448	0,143	38	28
3	Beira Mangue	4.601	0,148	39	21
4	Fazenda Coutos II	5.053	0,163	43	36
5	Fazenda Coutos III	2.646	0,085	22	21
6	Ilha Amarela	1.408	0,045	12	19
7	Itacaranha	3.389	0,109	29	12
8	Rio Sena	1.668	0,054	14	20
9	São Tomé de Paripe	3.093	0,010	26	7
10	Sergio Arouca – Paripe	122	0,004	1	9
	Total	31.018	1	263	191

Fonte de dados: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), dezembro/2009.

3.5 COLETA DE DADOS

3.5.1 Elaboração do Instrumento para coleta dos dados

O instrumento de coleta (ANEXO B) dos dados foi elaborado com perguntas estruturadas e semi-estruturadas aplicadas às mulheres grávidas selecionadas para compor a amostra e que aceitaram participar do estudo. As questões de resposta única ou múltipla continham informações com categorias de respostas estimuladas pela pesquisadora sobre aspectos sociodemográficos e econômicos; experiências sexuais e reprodutivas e atenção prestada pelos serviços de saúde.

O instrumento utilizado nesta pesquisa foi elaborado pela coordenadora da pesquisa e pela equipe participante a partir do problema de pesquisa e objetivos propostos. Foram utilizados como instrumentos de apoio na elaboração das questões de investigação o

questionário da pesquisa GRAVAD³ (Gravidez na adolescência: Estudo Multicêntrico sobre Jovens, Sexualidade e Reprodução no Brasil) e o questionário da Mulher e da Criança da PNDS de 2006 (Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde).

3.6 FONTES DE INFORMAÇÃO

Foi utilizada a Ficha A (ANEXO A) como uma das principais fontes de informação sobre as mulheres. As Fichas A contêm informações sobre o cadastramento das famílias residentes na área de atuação do Programa que compõe o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). O SIAB é um sistema de informação territorializado que permite a desagregação dos indicadores em microáreas, possibilitando a microlocalização dos problemas de saúde, sendo uma importante ferramenta para a gestão de sistemas locais de saúde.

A Ficha A, utilizada pelos ACS para o cadastramento das pessoas do território, facilitou o acesso à identificação das mulheres grávidas. Contudo, para maior precisão sobre os dados, foram necessárias informações do(a)s Agentes Comunitário(a)s de Saúde e das enfermeiras segundo as áreas sob sua responsabilidade. Foram também utilizados os documentos oficiais sobre a população das áreas adscritas às USFs disponíveis nas Unidades de Saúde, no Distrito Sanitário e na Secretaria Municipal de Saúde do município do Salvador-BA.

3.6.1 Seleção e treinamento da(o)s entrevistadora(e)s

A equipe foi composta por uma pesquisadora coordenadora do projeto, dez entrevistadoras, uma estatística, uma digitadora e uma supervisora e verificadora de campo.

Para compor o grupo de entrevistadoras, foram selecionadas estudantes da graduação em Enfermagem, que se identificaram com a temática e cursavam a disciplina Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher e/ou participavam do Grupo de Estudo sobre a Saúde da Mulher (GEM). Foram selecionadas através de entrevista realizada pela coordenadora da pesquisa, sendo essa a primeira etapa.

³ GRAVAD. Gravidez na adolescência: Estudo Multicêntrico sobre Jovens, Sexualidade e Reprodução no Brasil. Estudo multicêntrico realizado em Salvador, Rio de Janeiro e Porto Alegre, com 4.634 jovens, homens e mulheres, com idade entre 18 e 24 anos, no período de 2001-2002, pelo Instituto de Saúde Coletiva/UFBA, Instituto de Medicina Social da UERJ e Universidade Federal do Rio Grande do Sul) (HEILBORN et al, 2006)

O treinamento do grupo de entrevistadoras compôs a segunda etapa do projeto, onde foi realizada uma exposição do estudo, seguidos de uma leitura e discussão do questionário para garantir a padronização, orientação e capacitação das entrevistadoras para o trabalho.

A terceira etapa foi a inserção das entrevistadoras no campo que proporcionou o conhecimento da USF, entrosamento com as enfermeiras e familiarização com a dinâmica de atendimento das mulheres pelo serviço de saúde.

3.6.2 Teste piloto

Para validação do instrumento de coleta, foi realizado um teste piloto com nove mulheres grávidas em acompanhamento pré-natal na USF de Vista Alegre. O número de mulheres entrevistadas correspondeu ao total de mulheres que compareceram às consultas agendadas durante a semana em que foi aplicado o teste piloto. Essas mulheres não compuseram a amostra do estudo.

A realização do teste piloto permitiu avaliar o instrumento elaborado para a pesquisa, o treinamento da equipe, a aceitação da mesma pela população e o entendimento das questões do instrumento, possibilitando, assim, os ajustes necessários. Foi antecedido por contatos com a gerência da USF e com as enfermeiras, sendo programadas as visitas ao serviço a partir da agenda de atendimento às gestantes que ocorreram em data imediatamente posterior à aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EEUFBA.

3.6.3 Procedimentos para aplicação do instrumento

Após a aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa, realizou-se contato com as enfermeiras das USF selecionadas e que foram convidadas a contribuir voluntariamente com a pesquisa. A participação das enfermeiras se limitou ao fornecimento de informações sobre o agendamento das gestantes para o pré-natal de modo a facilitar o acesso das entrevistadoras às mulheres que fizeram parte do estudo.

As entrevistas com as mulheres grávidas foram realizadas na própria Unidade por ocasião do comparecimento para a consulta pré-natal ou em dia e horário definidos pelas mulheres, durante o período da pesquisa, quando na USF, foi solicitado apoio às enfermeiras para que a entrevista ocorresse em sala de atendimento individual, possibilitando à mulher ambiente que assegurasse sua privacidade.

O controle de qualidade dos dados coletados foi realizado pela pesquisadora responsável pelo projeto, que supervisionou as entrevistadoras no campo e fez a revisão de todos os instrumentos após o retorno do campo.

3.6.4 Descrição das variáveis

A pesquisa tem como variável dependente a gravidez não planejada⁴. A gravidez não planejada foi considerada como aquela que resultou de um processo em que inexistiu a decisão consciente da mulher ou do casal para sua ocorrência. Partimos da perspectiva dos direitos reprodutivos, de modo que compreendemos a gravidez planejada como aquela que passa pelo plano da racionalidade sendo resultado do exercício da autonomia e da liberdade reprodutiva (COELHO et al, 2012).

As informações relativas à definição dessa variável foram obtidas pela questão B14 do instrumento de coleta de dados:

Você considera que sua gravidez é:

- 1 () Planejada
- 2 () Não planejada, queria esperar mais
- 3 () Não planejada, não queria ter mais filho(a)s
- 4 () Indesejada, não queria ser mãe
- 5 () Indesejada, não queria ter mais filho(a)s
- 6 () Tem dúvida se planejou
- 7 () Outros _____

Para atender aos objetivos do estudo, foram utilizados três grupos de variáveis independentes relativas ao parceiro, cujas informações foram fornecidas pelas mulheres que participaram do estudo:

- a) Questões A23 a 28: Características sociodemográficas do parceiro:** grupo etário, raça/cor, religião praticada, escolaridade (última série concluída), renda pessoal, ocupação.
- b) Questões B7, B9 e B10: Participação do parceiro na contracepção:** escolha do método contraceptivo em situação anterior a gravidez, responsável em evitar a gravidez, percepção do parceiro sobre a contracepção/planejamento familiar.

⁴Embora se reconheça a participação de mecanismos inconscientes relacionados à construção da identidade feminina na ocorrência de uma gravidez referida como não planejada, esse termo constitui um facilitador do diálogo com aquelas mulheres que objetivamente expressam vivenciar uma gestação não prevista para aquele momento de vida.

- c) **Questões A1, A4, A5, A6, A23, B18, B20 e B28: Características do relacionamento com o parceiro:** situação conjugal atual, situação conjugal por ocasião da ocorrência da gravidez, tempo de relacionamento, idade do parceiro, diferença de idade do parceiro, reação do parceiro à gravidez, reação da família do parceiro à gravidez, filhos do parceiro de outros relacionamentos.

3.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados após a coleta foram digitados em uma base de dados no programa Microsoft Access v.2002 e após a digitação, exportados para o software estatístico STATA v.8 para tratamento e geração dos resultados.

As análises consistiram na descrição das características sociodemográficas do parceiro, percepção das mulheres quanto à participação do parceiro na contracepção e características do relacionamento com o parceiro mediante uso de distribuições de frequências bi-variadas para as variáveis qualitativas e uso de medidas descritivas para as variáveis quantitativas (médias e desvio padrão).

Para verificar diferenças entre as proporções das características sociodemográficas do parceiro e das características do relacionamento com o tipo da gravidez, utilizou-se o Teste Chi-quadrado de Pearson ou o Exato de Fischer (quando necessário), adotou-se o nível de significância estatístico de 5% ($p \leq 0,05$).

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa *Ocorrência de gravidez não planejada em área de cobertura do PSF* na qual se insere este estudo foi previamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFBA sob Parecer nº 44/2009 (ANEXO C). Sendo esta dissertação subprojeto da pesquisa matriz, seu projeto foi encaminhado ao CEP para ciência, acompanhado de declaração de que a pesquisa matriz possui um banco de dados sob a guarda da(o) coordenador(a) e de autorização para seu uso (APÊNDICE A).

Foram respeitadas as disposições contidas na Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Ética, (BRASIL, 2006), atendendo-se aos princípios éticos para a pesquisa com seres humanos. Todas as entrevistadas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO D), após serem informadas dos riscos e benefícios da pesquisa,

garantiu-se o anonimato, o sigilo das informações e o direito a participar ou não do estudo, podendo desistir em qualquer momento sem nenhum prejuízo. Foi garantida à população do estudo a permissão de acesso às pesquisadoras e aos resultados do estudo. Foi autorizada a publicação dos resultados em eventos científicos e periódicos de circulação nacional e internacional. As mulheres menores de 18 anos, além de assinarem o TCLE, tiveram a autorização de um dos responsáveis em um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o (a) responsável (ANEXO E).

4 RESULTADOS

A população do estudo foi constituída por 191 mulheres grávidas e usuárias do PSF e correspondeu a 72,6% do total estimado para a amostra (n=263). O n obtido foi decorrente das perdas de 72 (27,4%) mulheres que não compareceram aos agendamentos por ocasião das consultas de pré-natal ou estiveram ausentes durante as visitas domiciliares no período delimitado para o estudo e não puderam ser substituídas devido a dificuldades operacionais e de acesso às respondentes. Considerando que as informações foram obtidas pelas entrevistadas, algumas das quais não tinham informações precisas sobre os parceiros estudados, houve variações do n.

Conforme, constatado por Coelho et al (2012) em pesquisa que estudou a associação entre características socioeconômicas e gravidez não planejada das mulheres que compuseram a amostra do nosso estudo, essas eram predominantemente jovens com 20 anos ou mais, 75,4% (n=143), idade média em torno de $24 \pm 5,9$ anos; negras, 93,5% (n=181); católicas ou protestantes, 35,4% (n=67) e 41,8% (n=79), respectivamente; casadas ou em união estável, 67,4% (n=128), seguidas das solteiras com parceiro fixo, 28,4% (n=54). Quanto à escolaridade, houve distribuição percentual equitativa entre os três níveis, com maior frequência do nível fundamental incompleto, 34% (n=65), inclui-se nesse grupo uma mulher alfabetizada. A ocupação dona de casa foi a mais frequente, 49,7% (n=95) e as demais, tinham atividade remunerada ou eram estudantes ou desempregadas, sendo a renda familiar média distribuída equitativamente entre menos de um salário mínimo e de um a 3 salários mínimos, 48,1% (n=87) e 46,5% (n=84), respectivamente, as demais apresentaram renda de 4 a 5 salários mínimos, 5,5% (n=10).

Na Tabela 1, são apresentadas as características sociodemográficas das mulheres deste estudo, segundo o tipo de gravidez (COELHO et al, 2012):

Tabela 1 Características sociodemográficas de mulheres grávidas cadastradas no Programa Saúde da Família do Subúrbio Ferroviário, Salvador-BA, maio a setembro 2010.

Característica Sociodemográfica	Tipo da Gravidez (n=191)		p-valor
	Planejada (n=64) n (%)	Não Planejada (n=127) n (%)	
Grupo etário (n=191)			
< 20 anos	9 (14,1)	38 (29,9)	^b 0,016
20 anos e mais	55 (85,9)	89 (70,1)	
Cor (n=186)			
Branca e outras	4 (6,7)	8 (6,3)	^b 0,256
Preta	23 (38,3)	34 (27,0)	
Parda	33 (55,0)	84 (66,7)	
Religião (n=189)			
Sem religião	14 (22,2)	29 (23,0)	^b 0,978
Católica	22 (34,9)	45 (35,7)	
Protestante	27 (42,9)	52 (41,3)	
Situação conjugal (n=190)			
Casada/união estável	57 (89,1)	71 (56,4)	^c 0,000
Solteira, sem parceiro fixo	0 (0,0)	8 (6,3)	
Solteira, com parceiro fixo	7 (10,9)	47 (37,3)	
Escolaridade (série concluída) (n=191)			
Até o 5º ano/Fund. Incompleto	24 (37,5)	41 (32,3)	^b 0,353
Fund. completo/Médio incompleto	17 (26,6)	47 (37,0)	
Médio completo/ Superior completo e incompleto	23 (35,9)	39 (30,7)	
Situação ocupacional (n=191)			
Dona de casa	33 (51,6)	62 (48,8)	^c 0,035
Atividade remunerada	25 (39,1)	33 (26,0)	
Estudante	3 (4,7)	22 (17,3)	
Desempregada	3 (4,7)	10 (7,9)	
Renda familiar^a (n=181)			
< 1 SM/Sem rendimento	20 (32,8)	67 (55,8)	^b 0,011
1 a 3 SM	36 (59,0)	48 (40,0)	
4 a 5 SM	5 (8,2)	5 (4,2)	

Fonte: Pesquisa **Associação entre gravidez não planejada e o contexto socioeconômico de mulheres em área de cobertura da ESF em Salvador-BA (COELHO et al, 2012).**

Notas: ^aSalário mínimo da época da pesquisa R\$ 510,00; ^bvalor de p obtido pelo Teste Chi-quadrado de Pearson; ^cvalor de p obtido pelo Teste Exato de Fischer.

Em outra pesquisa com esse grupo de mulheres, cujo objeto foi a associação entre características reprodutivas e gravidez não planejada, foi constatado que as mulheres que participaram do estudo tiveram iniciação sexual majoritariamente na adolescência, 86,4% (n=165), com primeira gravidez também nessa faixa etária para 57,1% (n=109); em sua

maioria, se encontravam na primeira gravidez, 52,9% (n=100); 23,6% afirmaram ter história de abortamento (n=45), havendo tentativa de abortamento na gravidez atual para 8,9% (n=17) das mulheres. Do grupo de mulheres entrevistadas, 66,5% (n=127) referiram não ter planejado a gravidez, enquanto 33,5% (n=64) a planejaram, conforme pode ser constatado na Tabela 2, obtida no estudo de COELHO et al (2011).

Na Tabela 2, são apresentadas as características reprodutivas das mulheres deste estudo, segundo o tipo de gravidez (COELHO et al, 2011):

Tabela 2 Características dos eventos reprodutivos de mulheres grávidas cadastradas no Programa Saúde da Família do Subúrbio Ferroviário. Salvador-BA, maio a setembro de 2010.

Característica reprodutiva	Tipo da Gravidez (n=191)		valor de p
	Planejada 64 (33,5) n (%)	Não Planejada 127 (66,5) n (%)	
Idade da iniciação sexual (n=191)			
< 20 anos	50 (78,1)	115 (90,5)	0,028
20 anos e mais	14 (21,9)	12 (9,5)	
Idade da primeira gestação (n=191)			
< 20 anos	32 (50,0)	77 (60,6)	0,168
20 anos e mais	32 (50,0)	50 (39,4)	
Número de filhos (n=191)			
Sem filhos	32 (50,0)	68 (53,5)	
1	22 (34,4)	25 (19,7)	
2	8 (12,5)	16 (12,6)	
3 e mais	2 (3,1)	18 (14,2)	
História de abortamento em gravidez anterior (n=190)			
Não	50 (78,1)	95 (75,4)	0,721
Sim	14 (21,9)	31 (24,6)	
Tentativa de aborto na gravidez atual (n=188)			
Não	62 (96,9)	109 (87,9)	0,058
Sim	2 (3,1)	15 (12,1)	

Fonte: Pesquisa Ocorrência de gravidez não planejada em área de cobertura de PSF em Salvador - BA. 2010.

Notas: ^aTeste Exato de Fischer; Teste Qui-quadrado de Pearson.(ver referência)

No nosso estudo, a maioria dos parceiros tinha entre 20 e 29 anos, 54,7%, com idade média em torno de $28 \pm 7,6$ anos; eram predominantemente negros, 82,8%; sem religião, 39,9%, com distribuição equitativa entre católicos e protestantes, aproximadamente, 29%; a

escolaridade com percentual mais elevado foi o nível fundamental incompleto, 38,9%, seguido do nível superior incompleto/completo, 33,9%; a ocupação mais citada foi a prestação de serviços e vendas, 64,4% e a maioria tinha renda de um a três salários mínimos, 58,6% (dados não apresentados).

Na **Tabela 3** estão apresentadas as características sociodemográficas dos parceiros segundo o tipo de gravidez das respectivas mulheres. Observou-se maior número de parceiros no grupo etário de 20 a 29 anos, tanto para as situações de gravidez planejada como para a gravidez não planejada, com percentuais semelhantes, cerca de 55%. Entre as mulheres com parceiros menores de 20 anos, destacou-se a gravidez não planejada, 8,7% de um total de 127 mulheres.

Os parceiros de cor negra (pretos e pardos) foram mais frequentes para ambos os tipos de gravidez, 81,8% e 83,4%, respectivamente. Quanto à religião, a categoria sem religião foi mais frequente entre os parceiros de mulheres com gravidez não planejada 46,6%, e 27,3% entre parceiros de mulheres que planejaram a gravidez. A essa se seguiu a religião católica, 36,4% e a protestante, 32,7%.

Quanto à escolaridade, observou-se uma proximidade entre as proporções quanto aos diferentes níveis. Entretanto os parceiros com menores níveis de escolaridade foram os mais frequentes, tanto para a gravidez planejada, 38,1%, como para a não planejada, 39,3%. Observou-se redução em ambos os tipos de gravidez de mulheres com parceiro com ensino fundamental completo e médio incompleto, 30,2% e 25,6%, respectivamente, com aumento na frequência dos dois tipos de gravidez, nos maiores níveis de escolaridade.

Entre os parceiros, a faixa de renda com maior índice foi de 1 a 3 salários mínimos, observaram-se maiores percentuais para parceiros de mulheres que planejaram a gravidez, 78,2%, enquanto os que não planejaram corresponderam a 68,3%. Quanto à categoria ocupacional, os trabalhadores do setor de serviços, vendas e de manutenção se apresentaram com semelhança percentual, 32,8%, tanto para parceiros de mulheres com gravidez planejada, sendo os mesmos grupos de atividades de trabalho que prevaleceram na gravidez não planejada. Entre os desempregados e funcionários públicos, as proporções foram semelhantes em ambos os grupos.

Tabela 3 Características sociodemográficas dos parceiros de mulheres grávidas cadastradas na Estratégia Saúde da Família do Subúrbio Ferroviário segundo o tipo de gravidez, Salvador-BA, maio a setembro 2010.

Característica socioeconômica	Tipo de Gravidez (n=191)		valor de p
	Planejada (n=64)	Não Planejada (n=127)	
	n (%)	n (%)	
Grupo etário (anos) (n=190)			
< 20 anos	2 (3,1)	11 (8,7)	0,312 ^b
20 – 29 anos	35 (54,7)	69 (54,3)	
30 anos e mais	27 (42,2)	46 (36,5)	
Cor (n=157)			
Branca e outras	10 (18,2)	17 (16,7)	0,820 ^b
Preta	22 (40,0)	37 (36,3)	
Parda	23 (41,8)	48 (47,1)	
Religião praticada (n=158)			
Sem religião	15 (27,3)	48 (46,6)	
Católica	20 (36,4)	26 (25,2)	
Protestante	18 (32,7)	27 (26,2)	
Espírita	1 (1,8)	0 (0,00)	
Candomblé	1 (1,8)	2 (1,9)	
Escolaridade (última série concluída) (n=180)			
Não freq. escola/ Fund. Incompleto	24 (38,1)	46 (39,3)	0,797 ^c
Fund. Completo/Médio incompleto	19 (30,2)	30 (25,6)	
Médio completo/ Superior incompleto e completo	20 (31,7)	41 (35,1)	
Renda pessoal^a (salários mínimos) (n=156)			
< 1 SM/Sem rendimento	10 (18,2)	27 (26,7)	0,413 ^c
1 a 3 SM	43 (78,2)	69 (68,3)	
4 a 5 SM	2 (3,6)	5 (4,9)	
Ocupação (191)			
Funcionário público	1 (1,6)	2 (1,6)	
Trabalhador de serviços e vendas	21 (32,8)	48 (37,8)	
Trabalhador de produção	8 (12,5)	9 (7,1)	
Trabalhadores de manutenção	21 (32,8)	33 (26,0)	
Desempregado	7 (10,9)	13 (10,2)	
Outras categorias/indefinida	6 (9,3)	22 (17,3)	

Fonte: Pesquisa Prevalência de gravidez não planejada em área de cobertura da ESF em Salvador - BA. 2010.

Notas: ^aSalário mínimo da época da pesquisa R\$ 510,00; ^bvalor de p obtido pelo Teste Chi-quadrado de Pearson; ^c valor de p obtido pelo Teste Exato de Fischer.

Na **Tabela 4** é apresentada a percepção das mulheres quanto à participação dos parceiros na contracepção, por meio das variáveis: *escolha do método contraceptivo em situação anterior à gravidez; responsável em evitar a gravidez e percepção do parceiro sobre a contracepção/planejamento familiar*.

Quanto à escolha do método contraceptivo em situação anterior à gravidez, em ambos os grupos, constatou-se que a maioria das mulheres que informou não ter planejado a gravidez, não fazia uso de contraceptivo, 69,6%.* Entre as que referiram o uso de contraceptivo em situação anterior à gravidez, observou-se um gradiente entre a própria mulher (16%); profissional de saúde (8%); parceiro/casal (6,4%) na escolha contraceptiva.

Em relação à responsabilidade em evitar a gravidez, a mulher apresenta-se como principal responsável nos dois tipos de gravidez, 50% e 46,8%, seguida pelo casal, 40,6% e 41,3%, respectivamente. O parceiro é considerado responsável em evitar a gravidez por apenas 3,1% das mulheres que referiram gravidez planejada e por 7,9% das mulheres com gravidez não planejada. Para as entrevistadas, os parceiros consideram majoritariamente ser a prevenção da gravidez *coisa de mulher não se envolvendo*, 51,6% e 54%, respectivamente sendo seguidos por aqueles que participam e escolhem com a mulher, com percentuais que se aproximam.

Tabela 4 Participação do parceiro na contracepção segundo mulheres grávidas cadastradas no Programa Saúde da Família do Subúrbio Ferroviário, por tipo de gravidez, Salvador - Bahia, maio a setembro 2010.

Participação do parceiro na contracepção	Tipo da Gravidez (n=190)	
	Planejada	Não Planejada
	(n=64) n (%)	(n=126) n (%)
Escolha do método contraceptivo em situação anterior à gravidez (n=189)		
A própria mulher	1 (1,6)	20 (16)
Parceiro/casal	2 (3,1)	8 (6,4)
Profissional de saúde	1 (1,6)	10 (8,0)
Não fazia uso	60 (93,7)	87 (69,6)
Responsável em evitar a gravidez (n=190)		
A própria mulher	32 (50,0)	59 (46,8)
Seu parceiro	2 (3,1)	10 (7,9)
O casal	26 (40,6)	52 (41,3)
Nenhum dos dois	4 (6,2)	5 (4,0)
Percepção do parceiro sobre a contracepção/planejamento familiar (n=190)		
Participa e escolhe	31 (48,4)	54 (42,9)
Não se envolve/é coisa de mulher	33 (51,6)	68 (54,0)
Não aceita o uso	0 (0,0)	1 (0,8)
Não sabe	0 (0,0)	3 (2,4)

Fonte: Pesquisa Prevalência de gravidez não planejada em área de cobertura de PSF em Salvador-BA. 2010.

Na **Tabela 5**, estão apresentadas as características do *relacionamento com o parceiro* segundo as mulheres cadastradas no PSF por tipo de gravidez das respectivas mulheres.

Foram verificadas diferenças proporcionais estatisticamente significantes entre os grupos quanto à situação conjugal por ocasião da ocorrência da gravidez ($p=0,000$). Predominou a categoria casadas/união estável nas situações de gravidez planejada, 85,9%, e nas situações de gravidez não planejada, 48,8%, seguido das solteiras com parceiro fixo que não planejaram a gravidez, 45,7%. Nenhuma solteira sem parceiro fixo referiu estar vivenciando uma gravidez planejada. Em relação ao estado civil atual, mantiveram-se as diferenças proporcionais ($p=0,000$), havendo convergência da situação conjugal atual com aquela anterior à ocorrência da gravidez.

Quanto ao tempo de relacionamento, foram identificadas diferenças proporcionais estatisticamente significantes ($p=0,004$) em relação à ocorrência da gravidez. As mulheres

com 3 anos ou mais de relacionamento apresentaram majoritariamente gravidez planejada (74,1%), sendo esse tempo predominante também no grupo de mulheres que não planejaram a gravidez (47,4%). Nas situações de até três anos de relacionamento, foram constatados 52,6% de gestações não planejadas.

No que se refere à diferença de idade do parceiro em relação à mulher não houve diferenças proporcionais estatisticamente significantes, sendo a ampla maioria dos parceiros mais velhos que suas companheiras nos dois tipos de gravidez. Entre os parceiros mais novos houve semelhança percentual entre a gravidez planejada e a não planejada. Em relação à variável filho(a)s do parceiro de outros relacionamentos, não foram verificadas diferenças proporcionais entre os grupos e a maioria não tinha filho(a)s desses relacionamentos.

Quanto à reação do parceiro à ocorrência da gravidez, 55,9% dos parceiros de mulheres com gravidez não planejada *gostaram porque queriam um(a) filho(a)*, sendo essa resposta seguida por *não gostar, mas acabar aceitando*, referida por 31,5% das mulheres e apenas 2,4% *não se importaram e aceitaram a gravidez*. As demais reações dos parceiros referidas pelas mulheres na categoria outros, 10,2%, corresponderam às respostas: *queria que fizesse o aborto, não ficou sabendo da gravidez, não procurou mais a mulher (abandonou) e duvidou da paternidade*.

No que concerne à reação dos familiares do parceiro à ocorrência da gravidez foram observadas diferenças proporcionais estatisticamente significantes ($p=0,000$), 89,1% dos familiares ficaram *contentes e deram apoio* nas situações de gravidez planejada e 58,3% nas situações de gravidez não planejada. Neste último tipo de gravidez, 17,3% das *mulheres referiram que os familiares dos parceiros mostraram insatisfação, mas apoiaram* e 24,4% referiram *não ter recebido nenhum apoio da família do parceiro*.

Tabela 5 Características do relacionamento com o parceiro segundo mulheres cadastradas no Programa Saúde da Família do Subúrbio Ferroviário, por tipo da gravidez. Salvador-BA, maio a setembro 2010.

Características do relacionamento com o parceiro	Tipo da Gravidez (n=191)		valor de p
	Planejada (n=64) n (%)	Não Planejada (n=127) n (%)	
Situação conjugal por ocasião da ocorrência da gravidez (n=191)			
Casada/ União Estável	55 (85,9)	62 (48,8)	0,000^c
Solteira, com parceiro fixo	9 (14,1)	58 (45,7)	
Solteira, sem parceiro fixo	0 (0,0)	7 (5,5)	
Situação conjugal atual (n=190)			
Casada/União estável	57 (89,1)	71 (56,3)	0,000^c
Solteira, com parceiro fixo	7 (10,9)	47 (37,3)	
Solteira, sem parceiro fixo	0 (0,0)	8 (6,4)	
Tempo de relacionamento (n=174)			
Superior a 3 anos	43 (74,1)	55 (47,4)	0,004^a
1 a 3 anos	7 (12,1)	30 (25,9)	
Inferior a 1 ano	8 (13,8)	31 (26,7)	
Diferença de idade do parceiro (n=190)			
Parceiro mais velho	52 (81,3)	98 (77,8)	0,884 ^b
Parceiro mais novo	8 (12,5)	18 (14,3)	
Mesma idade	4 (6,2)	10 (7,9)	
Filhos do parceiro de outros relacionamentos (n=188)			
Sim	14 (22,2)	34 (27,2)	0,460 ^a
Não	49 (77,9)	91 (72,8)	
Reação do parceiro à gravidez (n=191)			
Gostou, pois queria um(a) filho(a)	57 (89,1)	71 (55,9)	
Não gostou, mas acabou aceitando	5 (7,8)	40 (31,5)	
Outros	2 (3,1)	13 (10,24)	
Não se importou	0 (0,0)	3 (2,4)	
Reação dos familiares do parceiro à gravidez (n=191)			
Ficaram contentes e deram apoio	57 (89,1)	74 (58,3)	0,000^b
Mostraram insatisfação, mas apoiaram	2 (3,1)	22 (17,3)	
Não recebeu nenhum apoio da família	5 (7,8)	31 (24,4)	

Fonte: Pesquisa Ocorrência de gravidez não planejada em área de cobertura de PSF em Salvador - BA. 2010.

Nota: ^aTeste Chi-quadrado de Pearson; ^b Teste Exato de Fischer.

5 DISCUSSÃO

5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA DOS PARCEIROS

No nosso estudo, mais da metade dos parceiros das mulheres grávidas tinha idade inferior a 30 anos, concentrando, portanto, o maior percentual de parceiros entre jovens e adultos jovens para os dois tipos de gravidez. Quando os parceiros eram adolescentes, a gravidez não planejada foi mais representada, 2,8 vezes mais frequente entre mulheres com parceiros nessa faixa etária, o que se confirma na literatura ao se considerar a gravidez na adolescência associada à gestação não planejada (PRIETSCH, 2011).

Considerando que a idade média das mulheres do estudo foi 24 anos e que a dos parceiros foi 28 anos, essa faixa etária é representativa de uma década de vida em que a maternidade e a paternidade tornam-se realidade. O predomínio de jovens e adultos jovens entre os parceiros seguidos por aqueles com mais de 30 anos indica a faixa etária de maior ocorrência de gravidez, ressalta-se, porém, que, nos extremos de idade, foi mais frequente a gravidez não planejada entre menores de 29 anos. Esse grupo populacional vivencia tal experiência em contexto de baixa escolaridade e baixa renda que definem no mercado de trabalho ocupações de menor remuneração. Chama atenção ser essa uma realidade de pessoas negras, cuja inserção social é indicativa de dificuldades de acesso a oportunidades sociais, além de historicamente os homens não frequentarem regularmente os serviços de saúde para atividades de prevenção.

Os parceiros das mulheres deste estudo eram majoritariamente negros (pardos e pretos), com distribuição percentual compatível com o que é divulgado pelo Instituto Brasileiros de Geografia e Estatística (IBGE) em relação à raça/cor no município sede desta pesquisa, 80% da população (IBGE, 2010b). Considerando-se essa variável, pode-se afirmar que a histórica exclusão desse grupo populacional de benefícios sociais se apresenta também neste estudo na medida em que apresentam baixa escolaridade e baixa renda.

No que diz respeito à religião dos parceiros do grupo em estudo, o elevado percentual de mulheres com gravidez não planejada, cujos parceiros não tinham religião, se contrapõe aos parceiros de mulheres com gravidez planejada, reforçando a tese de que a religião constitui elemento cultural que influencia a sexualidade. Essa pode adquirir caráter de pecado a depender da situação conjugal e atingindo fortemente jovens, quando as vivências sexuais ocorrem fora do matrimônio (FALCÃO JÚNIOR, 2007).

A religião tem para as pessoas uma importância significativa, exercendo forte influência sobre o comportamento e decisões humanas, e consequentemente, sobre a forma de exercer a sexualidade. Durante a educação de crianças e jovens, a depender do contexto familiar onde está inserida, são incutidos tabus e preconceitos sexuais, baseados principalmente na orientação religiosa. Em relação a prática sexual, os dogmas religiosos continuam a impor normas, não viabilizando discussões sobre o tema e normatizando o modo dito “correto” de exercer a sexualidade. Por exemplo, a religião católica, ao abordar assuntos relacionados à sexualidade, destaca que se contrapõe ao uso de métodos contraceptivos artificiais e considera que a sua utilização é contrária à moralidade sexual, defendendo a castidade, e se posicionando contra o sexo fora do casamento e o aborto (SILVA, 2011).

Neste estudo, mais da metade dos parceiros de mulheres com gravidez não planejada foram referidos pelas mulheres como católicos ou protestantes, parcela da população do estudo que sofre maior influência dos dogmas da Igreja para a ocorrência de uma gravidez. Na medida em que ter religião parece ter influenciado as decisões em relação à gravidez, há um indicativo de que poderia ser um fator de proteção para a ocorrência da gravidez não planejada. Vale destacar, também, que foi referido pelas mulheres que uma parcela significativa dos parceiros não praticava nenhuma religião, e, dessa forma, não vivenciava, ao menos de forma direta, a influência de dogmas preconizados pelas instituições religiosas.

A influência da religião foi constatada também em outras pesquisas. Em estudo que investigou na mesma população de 191 mulheres grávidas, a reação à gravidez não planejada, a variável religião apresentou diferenças proporcionais estatisticamente significantes. Entre protestantes que referiram gravidez não planejada predominou a reação *gostou, porque queria engravidar*, sendo essa reduzida à metade entre as católicas, ambas traduzindo ambivalência e naturalização da maternidade. No último grupo se sobrepôs a reação *não gostar, mas aceitar*, enquanto 21,7% das mulheres dos dois grupos *pensaram ou tentaram abortar*, sobressaindo-se tal reação entre aquelas em que a renda era menor que um salário mínimo, estes tinham atividade ocupacional não remunerada e mais baixa escolaridade (SILVA, 2011). Em outra pesquisa realizada com 376 mulheres em idade fértil na mesma área geográfica, religião, escolaridade e situação ocupacional, aforam observadas diferenças estatisticamente significantes para iniciação sexual antes dos 20 anos (SANTOS, 2010).

Quanto à escolaridade, na PNDS (2006), 20,9% e 30,8% da população masculina brasileira e do nordeste, respectivamente, se declararam analfabetas. No nosso estudo, o baixo nível de escolaridade pode ser considerado um fator que contribui para a desinformação sobre

a saúde e o planejamento reprodutivo o que inclui a clara orientação sobre utilização, eficácia e importância dos métodos de contracepção, entre outros. A semelhança proporcional entre os três níveis de escolaridade apresentados, com sobreposição da categoria não frequentou a escola/ensino fundamental incompleto constitui um indicativo que a ocorrência da gravidez não depende diretamente de aspectos socioeconômicos, homens serão pais sob influência da identidade de gênero e da consequente naturalização dessa função social, acompanhando uma trajetória semelhante a das mulheres.

A renda pessoal, importante variável e definidora de acesso a bens e consumo, também reafirma o homem no papel social de provedor. Estudo realizado com homens pais mostrou que esses concebiam a paternidade como encargo social e identificavam que a provisão material da família representa a principal responsabilidade no cumprimento desse papel, não incluindo nesse contexto a importância do envolvimento afetivo com o(a) filho(a) (FREITAS et al, 2009).

No nosso estudo, a renda de 1 a 3 salários mínimos que predominou entre os parceiros não se mostrou significativa e ocorrência de gravidez planejada ou não planejada. Há sobreposição percentual da primeira, revelando uma condição socioeconômica que somada à escolaridade e à ocupação traduzem dificuldades para o exercício da paternidade. É importante destacar o grupo de 26,7% de parceiros de mulheres com gravidez não planejada que recebiam uma renda mensal inferior a um salário mínimo ou não possuíam nenhum rendimento.

Os dados supracitados podem ser comparados com os resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 2010), em que 24% das pessoas de referência das famílias baianas encontravam-se, no momento da entrevista, economicamente inativas, ou seja, sem possuir nenhum tipo de renda fixa, ou desempregada. Vale destacar que em 61,3% dos casos a pessoa de referência para prover o lar era o homem, o que reafirma a condição social do homem enquanto principal provedor do lar. Entretanto a mesma pesquisa destaca a ressignificação do papel do provedor, uma vez que 35% das famílias brasileiras passaram a ser chefiadas por mulheres. Segundo o IBGE (2009) 50,5% da população brasileira sobrevive com uma renda familiar de até um salário mínimo.

Em estudo com mães adolescentes e adultas jovens, foi constatado que 80% dos seus parceiros tinham algum tipo de atividade remunerada, entretanto em 44% a renda era inferior ou igual a um salário mínimo (COSTA et al, 2005). A avaliação da renda familiar é importante uma vez que define o tipo de posicionamento no espaço público e constitui

instrumento de reafirmação e reconhecimento social da identidade masculina, que perpassa pela obrigatoriedade de sua condição de provedor da família (DIAS; AQUINO, 2006).

Desse modo, a renda mensal constitui um importante indicador da qualidade da inserção no mercado de trabalho e responde a anseios de estabilidade financeira, autonomia e expectativas de consumo, principalmente em relação à figura masculina. Vale ressaltar que a incorporação da provisão da família não foi acompanhada pelo reconhecimento da co-responsabilidade masculina na reprodução e da necessidade de sua presença nos serviços de saúde para compartilhar com as mulheres as responsabilidades advindas das experiências sexuais e para cuidar da sua própria saúde. Assim, percebe-se a permanência de determinados obstáculos que inviabilizam o pleno exercício dos direitos das mulheres brasileiras, se destacando neste contexto as desigualdades de gênero no exercício de direitos sexuais e reprodutivos (CEPIA, ONU, 2011).

5.2 PARTICIPAÇÃO MASCULINA NA CONTRACEPÇÃO

A variável “participação masculina na contracepção” vem sendo compreendida como o uso de métodos masculinos (condom, coito interrompido e vasectomia), bem como pela cooperação no uso dos métodos baseados na abstinência periódica (OMONDI-ODHIAMBO, 1997, p.36). Em se tratando da escolha do método contraceptivo anterior à gestação, a baixa participação masculina verificada neste estudo é amplamente reconhecida, porém na PNDS (2006) ao ser comparado participação masculina em 1996 e 2006, foi verificada uma melhora dos índices de co-participação na contracepção. A referida pesquisa considera como avanços positivos a maior homogeneização do acesso aos métodos contraceptivos para os vários estratos sociais, indicativos da ocorrência de uma ressignificação do papel de homens e mulheres na relação conjugal quanto à participação na contracepção.

Vale destacar que, quando a participação masculina é compreendida de forma limitada, como o apoio ao uso do método feminino de alta eficácia ou está de acordo com a utilização do contraceptivo por suas parceiras, esses números se ampliam significativamente, sendo constatados percentuais de 82,7%. Desse modo, ocorre uma ideiação de que a “permissão” do parceiro para utilização do método consiste em uma participação, o que vai de encontro à essência do termo co-responsabilização (CARVALHO; PIROTTA; SCHOR, 2000).

A falta de comunicação entre o casal sobre a contracepção pode constituir um fator que contribui para o limitado envolvimento masculino, o que reafirma a construção

sociocultural da responsabilidade feminina nesse campo (CARVALHO, 2003). Tentando alterar esse cenário, no Brasil, foi criado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), fruto de intensa mobilização política feminista, sendo parte dele o subprograma Planejamento Familiar. Vale destacar que este último está pautado na co-responsabilidade entre homens e mulheres quanto às suas experiências sexuais e reprodutivas, sendo a participação masculina enfaticamente defendida (BRASIL, 2004). Embora o Ministério da Saúde em suas proposições venha avançando na valorização da participação masculina no processo reprodutivo e contraceptivo, a assunção de responsabilidade pelo homem ainda é reduzida e a naturalização da reprodução como algo do mundo das mulheres mantém-se legitimada socialmente, ocorrência também evidenciada neste estudo e destacada por mais de 50% das participantes de ambos os grupos.

No nosso estudo, os relatos evidenciam que os homens ainda consideram a responsabilidade pela contracepção como algo inerente ao universo feminino, e há muito a se investir no trabalho com as mulheres para se ampliar a divisão de responsabilidades pela contracepção.

A não participação masculina na contracepção é um fenômeno histórico que só recentemente passou a ser foco de discussões no âmbito da saúde reprodutiva, ao ser inserida a problemática de gênero no campo de estudos da masculinidade (RIBEIRO, 2009). Nesse contexto, os homens utilizam os serviços de saúde de modo seletivo, buscando os serviços em situações de doença e delegando às mulheres o planejamento reprodutivo, orientados por valores culturais e estereótipos de gênero. Profissionais de saúde que atuam nas práticas concretas, ainda lidam com a sexualidade e a reprodução sob visão biomédica, focada na mulher e em aspectos fisiológicos.

A nova proposta de intervenção na atenção à saúde reprodutiva destaca que a inclusão do público masculino deverá contemplar ações de prevenção e promoção da saúde, valorizando, também, ambientes de discussões para a valorização da co-responsabilização do planejamento reprodutivo, não se restringindo a uma atenção da saúde reprodutiva masculina direcionada aos aspectos fisiológicos (KEIJZER, 2003; SCHRAIBER, GOMES e COUTO, 2005). Desse modo, as novas políticas de saúde reprodutiva propõem que seja incorporada nas práticas profissionais a desconstrução de estereótipos de gênero, em busca de superar desigualdades no âmbito das responsabilidades pela contracepção com consequente co-participação masculina.

As questões de gênero, que compreendem construções socioculturais que delimitam papéis sociais para homens e mulheres com hierarquização do poder e responsabilização da

mulher pela reprodução, constituem a principal barreira para a pouca participação do homem no processo decisório e outras responsabilidades na contracepção. Pesquisa em que foi investigada a visão de 179 homens sobre os métodos contraceptivos mostrou que a quase totalidade do público masculino entrevistado conhecia, ao menos, um método de contracepção, 97,2%, sendo que 50% conheciam dois ou mais métodos. Os mais referidos foram camisinha, pílula anticoncepcional e laqueadura tubária (ESPÍRITO-SANTO; TAVARES-NETO, 2004).

No presente estudo, 69,6% das mulheres com gravidez não planejada referiram não fazer uso de métodos de contracepção e, ao ser atribuído o não uso a fatores como *difículdade de conseguir o método no serviço de saúde; não pensou em gravidez no momento da relação sexual; pensou que a gravidez não aconteceria; não se dava bem com os métodos hormonais* como razões principais, traz para discussão a ambivalência e as dificuldades de acesso à informação e aos métodos contraceptivos.

A omissão do uso de um método contraceptivo em uma relação de conjugalidade é permeada por diferentes fatores, perpassando, também, por questões de gênero. Entre adolescentes, a gravidez pode representar a possibilidade de concretizar o “sonho” do casamento, além de direcionar para uma autonomia econômica e emocional em relação à família de origem. Pesquisa com 81 puérperas adolescentes no hospital das clínicas da USP evidenciou que 76,5% delas não planejaram a gravidez e 32% não faziam uso de nenhum método para evitá-la (MACHADO; SAITO; SZARFARC, 2007). Esses resultados trazem consigo a complexidade da gravidez nessa fase em que se interseccionam educação sexual precária, dificuldades de acesso à informação e aos métodos contraceptivos e irregularidade no uso de contraceptivos, relacionadas tanto à desinformação como às relações sexuais eventuais, todas sofrendo influência da maturidade psíquica e de questões socioculturais, entre essas, a construção da identidade de gênero em que são naturalizadas a maternidade e a submissão aos parceiros.

Ainda é grande a necessidade de conhecimento e informação entre a(o)s adolescentes sobre o aparelho reprodutor e suas funções, métodos contraceptivos e, principalmente, quanto à tomada de decisões para um sexo seguro. O contexto das vivências sexuais dessa parcela da população na atualidade, sobretudo entre adolescentes mais pobres, é permeado por relações sexuais precoces, gravidezes não planejadas e ISTs, acompanhados do “pensamento mágico”, ou seja, *a gravidez não acontecerá comigo*, presente em qualquer faixa etária, com maior frequência entre adolescentes (MOREIRA et al, 2008).

As circunstâncias de ocorrência de uma gravidez, no entanto, envolvem múltiplos aspectos, as próprias condições desfavoráveis enfrentadas pelas mulheres nos serviços de saúde revelam os limites impostos pelo sistema para o exercício dos direitos reprodutivos. Nos serviços de saúde, o atendimento das demandas das mulheres é comumente restrito à avaliação clínica necessária ao fornecimento de métodos contraceptivos que, por sua vez, têm descontinuidade na oferta. O contexto em que vivenciam suas experiências sexuais quase sempre não é valorizado perdendo-se a oportunidade de problematizar a realidade a partir de uma escuta sensível das mulheres (SOUSA, 2011). A não qualificação da atenção à saúde culmina em uma elevação no quantitativo de gestações não planejadas e evidencia as deficiências no âmbito da atenção ao planejamento reprodutivo na rede pública de saúde.

As mulheres, quase sempre dependentes economicamente do parceiro, têm dificuldade de negociação e cedem aos seus desejos na obrigatoriedade de servi-los e a gravidez representa para muitos uma auto-afirmação quanto à masculinidade e à virilidade. Por outro lado, algumas mulheres, movidas pela ambivalência do desejo, buscam realização pela maternidade atendendo a aprendizados de gênero e, sobretudo vivenciada pelas mulheres diante da primeira gravidez. Entretanto, quando a gestação não é desejada para aquele momento, ela passa a ser reconhecida como um problema e quando não têm apoio do parceiro e/ou não conseguem aceitar a gestação, submetem-se ao abortamento e as suas consequências (SOUSA, 2011).

A gravidez não planejada é reconhecida como uma problemática para assistência à saúde, uma vez que é notório o despreparo dos serviços de saúde em assistir o público jovem, principalmente quanto a uma não participação dos homens no planejamento gestacional e à recorrente utilização do aborto como estratégia de resolução para esse evento (CORREIA et al, 2009).

Embora seja recorrente, a informação de que as mulheres são as maiores responsáveis por evitar a gravidez, publicação de 1998, refere-se a estudo com 910 pessoas, dentre esses, 22,3% consideraram ser uma escolha feminina e 55,5% referiram ter participado da decisão sobre a contracepção (PAIM, 1998). Embora os resultados do nosso estudo, reafirmem as mulheres como as principais responsáveis por evitar a gravidez, ressalta-se que uma parcela significativa das mulheres informou ser responsabilidade do casal, o que representa ganhos no campo das vivências sexuais e reprodutivas que reduzem desigualdades na relação do ponto de vista de gênero. Por outro lado, mais da metade dos parceiros das mulheres consideram ser *coisa de mulher*, o que constitui grande distância dos resultados da pesquisa anterior. Entretanto vale destacar que, no primeiro estudo, as informações foram

fornecidas diretamente pelos homens, e, no atual, a mesma foi obtida segundo o olhar das parceiras.

Em pesquisa realizada com 254 mulheres, 27,3% das entrevistadas ressaltaram que não achavam necessária a participação do homem nessa decisão e que preferiam dispensar/poupar a participação dos parceiros na escolha do método, assumindo, assim, de modo isolado, o controle da reprodução (CARVALHO; PIROTTA; SCHOR, 2001). Essa postura feminina tanto pode indicar livre decisão como a incorporação da responsabilidade pela reprodução, contracepção e por suas consequências seguindo um modelo que sobrecarrega as mulheres e reafirma a liberdade masculina. Ressalta-se que tal modelo é reproduzido na prática da(o)s profissionais de saúde, uma vez que estes pouco incentivam a participação do homem nas ações relativas ao planejamento reprodutivo, destacando-se a importância da participação da enfermeira na direção de mudança dessa realidade, tendo em vista ser ela a profissional que está à frente da atenção básica.

A enfermagem congrega o maior número de profissionais que atuam nos programas de saúde pública. Portanto a (o) enfermeira(o) é uma/um profissional que pode participar efetivamente da recriação das práticas de atenção à saúde no Brasil. Essa categoria profissional exerce um importante papel nesse contexto, devendo atuar como agente de mudança na prática da atenção à saúde sexual e reprodutiva (COELHO, 2005).

Também é válido compreender que, segundo o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, existe a necessidade de uma implementação da assistência em Planejamento Reprodutivo, para homens e mulheres, adulto(a)s e adolescentes, na perspectiva da atenção integral à saúde (BRASIL, 2005). Embora a participação masculina e a assunção de responsabilidades seja enfaticamente defendidas pelo movimento feminista, no sistema público de saúde somente muito recentemente, 2008, foi criada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, formalizando-se institucionalmente a necessidade de uma ampliação do grupo foco do planejamento familiar, principalmente a desconstrução do planejamento familiar ter como público dentro dos serviços de saúde apenas as mulheres (BRASIL, 2008).

Assim, passa-se a assegurar aos homens o direito e a obrigação de participar de todo o ciclo do planejamento reprodutivo. Nessa política, o Ministério da Saúde defende que a paternidade não deve ser compreendida apenas como uma obrigação legal do homem no papel de provedor, mas, sobretudo, como direito e obrigação que se inicia com a decisão de ter ou não filho(a)s, como e quando tê-lo(a)s, e continua com o acompanhamento da gravidez, do

parto, do pós-parto e da educação da criança. Ainda pouco divulgada dentro do próprio sistema de saúde e com reduzido conhecimento da população foca da política, os homens ainda não reconhecem a importância de suas especificidades e não se sentem estimulados a buscar os direitos previstos por essa política de atenção específica a sua saúde.

5.3 CARACTERÍSTICAS DO RELACIONAMENTO ENTRE A MULHER E SEU PARCEIRO

As relações existentes entre os co-responsáveis pela gravidez são fundamentais para o planejamento gestacional, interferindo no modo como essa será recebida pelo casal. A situação de morarem juntos ou se encontrarem em união estável constitui um fator que eleva a frequência de gestações planejadas e a aceitação da gestação pela mulher e pelo parceiro (ABECHE, 2002).

No nosso estudo, a maioria das mulheres informou vivenciar uma gravidez planejada e referiu estar casada ou em união estável por ocasião da ocorrência da gravidez, dados que trazem uma visibilidade para a influência da situação conjugal nas escolhas reprodutivas. Entre as mulheres com gravidez não planejada, em que essa situação conjugal correspondeu a menos da metade, pode-se afirmar que a confiança entre o casal gerada pela estabilidade da relação cria nas mulheres a expectativa de apoio do parceiro em situações de gravidez.

Fatores sociais, biológicos e subjetivos colaboram para a ocorrência da gravidez sem caracterizá-las objetivamente como livre escolha. Quando presente a ambivalência, essa facilita *descuidos*, relacionados ao desejo das mulheres e/ou do parceiro, que diante da gravidez reafirma a sua virilidade (SCAVONE, 2001; FERRAND, 2007; SOUSA, 2011). No nosso estudo, a semelhança percentual nas situações de gravidez não planejada entre mulheres casadas/união estável e solteiras com parceiro fixo, quase a totalidade do grupo, indica que uma interseção de fatores participa da sua ocorrência. Considerando que os parceiros e suas companheiras têm inserção social que dificulta acesso a informações e aos meios que levem a adotar atitudes preventivas seguras, elas encontram-se mais vulneráveis às consequências de práticas sexuais desprotegidas.

A gravidez, independentemente do planejamento ou não, altera as relações entre os casais podendo estreitá-las ou constituir um fator de rompimento, representando para o grupo estudado fator que ampliou, ainda que minimamente a situação conjugal casada/união estável

nos dois tipos de gravidez. Considerando os baixos percentuais de gravidez nas solteiras sem parceiro fixo, a estabilidade da relação se apresenta como fator que favorece a ocorrência de gravidez não planejada. Além disso, é também amplamente divulgado (SCAVONE, 2001; CARVALHO, PIROTTA, SCHOR, 2000; VELOSO, 2007; MACIEL, 1994) na literatura que as mulheres majoritariamente assumem quase sempre a responsabilidade pela contracepção, o que ocorre independentemente da faixa etária em que o parceiro se encontra.

Acredita-se que, no momento em que a relação é estabelecida, os parceiros passam a compreender a existência de um relacionamento com pessoas seguras e confiáveis viabilizando a construção de objetivos únicos, sendo o relacionamento conjugal compreendido como a ligação de diversos sentimentos: afeto, compromisso, cumplicidade, diálogo, etc., viabilizando projetos familiares, nesses incluídos ter ou não ter filho(a)s (OLTRAMARI; OTTO, 2006).

É importante ressaltar que o estreitamento de vínculos a partir do tempo de relacionamento poderá constituir um fator de não proteção para gravidez e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Isto porque o elevado tempo de relacionamento e a relação conjugal de confiança entre os parceiros podem ocasionar a displicência com relação ao uso de métodos contraceptivos, principalmente os de barreira, com exposição à gravidez não planejada e IST (FALCÃO JÚNIOR et al, 2007). No nosso estudo, a maioria das mulheres fez referência ao tempo de relacionamento com seu parceiro superior a três anos, tanto para a gravidez planejada quanto para a não planejada, assim, a situação conjugal e o tempo de relacionamento se interseccionam nesse processo.

Por outro lado, no grupo sem união estável, a não utilização dos métodos de anticoncepção pode estar embasada na esporadicidade das relações sexuais e na falta de planejamento dentro da relação (PIROTTA; SCHOR, 2004). Ser solteira ou não ter parceiro fixo constitui fator de risco para gravidez não planejada, apesar de não representar um problema o fato de ocorrer fora de uma estruturação familiar, o fenômeno merece uma maior atenção e compreensão a partir de uma problematização sociocultural (PRIETSCH et al 2011).

Em pesquisa sobre gravidez não planejada associada aos fatores de risco e preditores para o aborto induzido, realizada com 3002 mulheres de 15 a 49 anos, foi verificada uma maior ocorrência de abortos entre mulheres que se declararam em união estável, contrariando o senso comum que o associa à instabilidade das relações (OLINTO; MOREIRA-FILHO, 2006). Resultados da pesquisa supracitada também indicam que a falta de planejamento da

gravidez constituiu um fator de influência negativa para a autoestima das mulheres. Para as mulheres entrevistadas, a gravidez inesperada ou não planejada representou um fator de relevante preocupação, baseado principalmente no receio de um rompimento do relacionamento com o parceiro, tendo como motivo a gestação não planejada.

Em relação à idade dos parceiros que, predominantemente, foram mais velhos que suas companheiras, em estudo com jovens entre 18 e 24 anos, foi identificado entre as mulheres dessa faixa etária que seus parceiros eram geralmente homens mais velhos, o que fortalece valores socioculturais que direcionam mulheres para construir laços de conjugalidade com homens de maior idade (AQUINO et al, 2003). O envolvimento afetivo-sexual com parceiros mais velhos reproduz uma cultura de gênero em que os homens devem viabilizar estabilidade econômica e emocional ao exercerem a função social de chefe da família, provedor, protetor, atributos necessários para uma união estável e naturalizados socialmente sob as referências da sociedade patriarcal.

No estudo em foco, os parceiros, em sua maioria, mais velhos que as companheiras, eram relativamente jovens e 25,5% tinham filhos de outros relacionamentos. Em pesquisa com 438 adolescentes e adultas jovens, 17,8% das participantes apresentaram filho(a)s de outros relacionamentos (HINTZ, 2001). Estes estudos destacam a reorganização da família a partir de separações e de novos casamentos, configurando como um fenômeno crescente que, segundo a autora, é atribuído a fatores econômicos e sociais, tais como: independência econômica das mulheres, influência do movimento feminista, liberação sexual e busca pela felicidade individual. Tais mudanças contribuíram para o empoderamento da mulher e desnaturalização da posição de submissão na relação conjugal.

Sendo assim, são recorrentes as separações entre os casais e a reconstituição de novos arranjos familiares em que se agrupam, além do casal, filho(a)s de outros relacionamentos, numa convivência harmoniosa ou conflituosa. Considera-se que a ausência de filho(a)s, por uma das partes, e o desejo de fortalecimento do vínculo conjugal atuam como força para a vontade por tê-lo(a)s, por isso acredita-se que a presença de filho(a)s de outros relacionamentos não constitui fator que dificulte uma gravidez não planejada.

No nosso estudo, diante da gravidez, mais da metade dos parceiros reagiu com satisfação por desejar um(a) filho(a) e a maioria daqueles, que não gostaram, acabaram aceitando. Esse resultado representa um aspecto positivo, já que concorre para a estabilidade do núcleo familiar, na medida em que a maioria das mulheres afirmaram estar casadas ou em

união estável, bem como para as que informaram ter ou não parceiro fixo, o que caracterizou também a situação conjugal de parte das mulheres deste estudo.

Em pesquisa realizada com 120 mulheres companheiras desses parceiros em que foi investigada a reação à ocorrência da gravidez não planejada foi constatado que 17,5% disseram que *gostaram, pois queriam engravidar*; 21,7% *não gostaram, pensaram e/ou tentaram abortar* e 60,8% *não gostaram, mas aceitaram a gravidez* (SILVA, 2011).

A aceitação da gestação pelo parceiro é essencial, uma vez que na gravidez há uma esperada instabilidade emocional para a mulher e o suporte do companheiro representa um fator de proteção para distúrbios psicológicos, a exemplo, a depressão (MOREIRA; SARRIERA, 2008). Na atualidade, a literatura obstétrica valoriza a influência da instabilidade da relação na ocorrência de complicações obstétricas e neonatais. Pode-se citar que, segundo Costa et al (2005) a presença do companheiro durante o processo gestacional constitui um fator que influencia de forma positiva para a redução de complicações para a saúde da criança e da mulher.

A atitude masculina diante da gestação se apresenta de diferentes formas, podendo oscilar entre sentimentos de entusiasmo, resistência e/ou ambivalência, fatores que influenciam no processo de aceitação. Porém, há variações e nas situações de não aceitação os homens comumente duvidam da paternidade, rompem o relacionamento ou instigam o aborto (MONTGOMERY, 1998). Essas reações estiveram presentes em 10,2% dos parceiros das mulheres deste estudo sendo respondido por elas: *queria que fizesse o aborto, não ficou sabendo da gravidez, não procurou mais a mulher (abandonou) e duvidou da paternidade*.

A recusa do homem em aceitar a paternidade gera conflitos que podem interferir no relacionamento futuro com filho(a)s e família (MALDONADO, 1989). Entretanto, a gravidez, mesmo que não desejada pelo casal, também constitui uma oportunidade de reafirmação da masculinidade e da virilidade do parceiro, o que contribui para a sua aceitação. Assim, pode-se destacar que a aceitação de uma gestação não planejada também é perpassada por questões de gênero (SOUSA, 2011).

É comum a presença de reações negativas à gestação por parte da família e do parceiro, postura que se faz presente principalmente nos casais mais jovens e sem união estável. Vale destacar que este não constitui um sentimento determinante, uma vez que tende a uma mudança que culmina em sentimentos de aceitação, principalmente no período próximo ao parto (SABROZA et al. 2004).

No estudo em foco, a reação dos familiares do parceiro à ocorrência da gravidez se diferencia em função do tipo de gravidez, planejada ou não planejada, com ampla maioria de satisfação nas situações de gravidez planejada. Quando não prevista a gravidez, essa reação é reduzida e o apoio predomina, mas chama atenção o fato de 24,4% dessas mulheres afirmarem não ter recebido nenhum apoio dos familiares do parceiro.

Em relação ao apoio da família do parceiro, a literatura é bastante escassa, porém estudos de Godinho et al (2000); Lima et al (2004) demonstram que o principal apoio à gestante é o da mãe, principalmente quando adolescentes. Em pesquisa realizada com gestantes no pré-natal de um hospital público de Porto Alegre, que buscou estudar a percepção da satisfação da gestante com o apoio social recebido, foi realizada uma análise das médias de quantas vezes cada pessoa citada aparece mencionada como fonte de apoio social. Verificou-se que a mãe foi a figura mais citada, seguida do companheiro, os sogros aparecem em oitavo lugar (MOREIRA; SARRIERA, 2008).

Estudo com 19 adolescentes grávidas e um familiar responsável por cada jovem e tendo como objetivo conhecer as percepções das adolescentes e de seu familiar em relação ao apoio da família do parceiro à gravidez identificou, em relação ao parentesco com a adolescente, que onze delas tiveram a mãe como responsável. Quanto ao apoio recebido da família do companheiro, as respondentes, tanto a gestante como seu familiar, concordaram com a falta de apoio, em alguns casos, houve repressão por parte dos familiares do pai da criança. Esses, em algumas situações, assumiram um comportamento de condenação à gestante, atribuindo toda a responsabilidade a ela e considerando que a jovem deveria ter tomado os cuidados contraceptivos (BERNARDY; BARRIQUELO, 2011). Tais resultados vão de encontro aos resultados do nosso estudo, onde a maior parte dos familiares do parceiro, tanto na gravidez planejada como na não planejada ficaram contentes com a gravidez e deram apoio.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa buscou caracterizar os parceiros de mulheres com gravidez não planejada segundo aspectos sociodemográficos e de sua participação na ocorrência da gravidez não planejada, bem como as características do relacionamento quando da constatação da gravidez. Os resultados do estudo revelaram parceiros em situação socioeconômica desfavorável ao acesso a informações e a reflexões mais amplas sobre a realidade do ponto de vista da participação masculina no processo reprodutivo, notadamente influenciado pela baixa escolaridade e pela baixa renda. Essa situação acompanha a de suas parceiras, cujas características socioeconômicas convergem para uma situação familiar semelhante sob tais aspectos.

A maioria das mulheres grávidas que participou deste estudo não utilizava contraceptivo antes da gravidez atual. Em situação de uso do contraceptivo anterior à gravidez, a responsabilidade pela escolha contraceptiva bem como em evitar uma gravidez é apontada pela metade das mulheres como delas, reafirmando o que vem sendo constatado nos estudos, porém com mudanças em curso. Isto porque em cerca de 40% das situações as mulheres referem co-responsabilidade dos parceiros, mas tal participação é comprometida por mais de 50% de parceiros que consideram contracepção *coisa de mulher*, não se envolvendo na escolha tanto em situações de gravidez planejada como não planejada. Vale ressaltar que para muitas mulheres, a simples “permissão” da utilização de um contraceptivo é compreendida como forma de participação adequada do homem no processo da contracepção.

Em relação a outras características do relacionamento, a conjugalidade se apresentou como importante fator que contribui para a ocorrência e para a aceitação da gravidez. A exemplo do que outros estudos apontam, a estabilidade da relação se apresentou com alta significância estatística para a ocorrência da gravidez planejada e não planejada, esta última explorada na literatura em estudos qualitativos como fruto de ambivalências, naturalização da maternidade e expectativa de apoio do parceiro que muitas vezes também a deseja.

Tal confirmação se expressa em mais da metade das mulheres que informaram satisfação do parceiro com a constatação da gravidez porque a desejavam, enquanto outro grupo, embora não tenha inicialmente demonstrado satisfação, a aceitou posteriormente. Em relação à aceitação, acompanham o processo da maioria das mulheres que se deparou com uma gravidez não planejada, *em que muitas não gostam mais aceitam*, verificado em outras pesquisas. Porém, neste estudo, é alto o percentual de homens que expressam tais sentimentos, distanciando-se das mulheres da mesma população que participaram de outro

estudo e revelaram baixo percentual de satisfação com a ocorrência da gravidez. O mesmo se repete em relação aos familiares do parceiro, chamando atenção para a falta de apoio por uma parcela de familiares.

Apesar da gestação sem planejamento significar um fator de preocupação familiar, o estudo evidenciou que existe uma tendência para a aceitação da gravidez pelo parceiro, o que se apresenta com menor frequência por sua família. A aceitação da gestação pelo companheiro também deve ser compreendida pela luz do gênero, já que o nascimento de um(a) filha(o) constitui uma forma de reafirmação identitária para homens e mulheres.

Sabemos que ainda se mostram incipientes nos serviços de saúde as ações para a sexualidade e a paternidade responsáveis com co-participação masculina, em todo o processo. Esse distanciamento do homem reflete-se no fenômeno da gravidez não planejada que tanto estreita como rompe relações de conjugalidade e muitas vezes tem o aborto como desfecho.

Este estudo oferece subsídios para a construção de uma reflexão sobre as práticas de atenção em saúde nos programas de planejamento reprodutivo e no cuidado a mulheres com gravidez não planejada. É importante destacar que a temática abordada vem sendo considerada de grande relevância, entretanto só recentemente a inserção do homem na atenção ao planejamento reprodutivo e no ciclo gravídico-puerperal vem tendo destaque e passou a ser foco de políticas de saúde.

Destaca-se que o estudo também fornece subsídios para se repensar socialmente o distanciamento do homem quando se trata de questões associadas à contracepção nos serviços de saúde. Assim, a pesquisa oferece subsídios para reflexão sobre as práticas de atenção em saúde nos programas de planejamento reprodutivo e a participação efetiva do homem no processo gravídico-puerperal e indica que na ESF há necessidade de se ampliar o estímulo à co-responsabilidade masculina no processo da gravidez. Ressalta-se o papel da enfermeira no processo, tendo em vista ser ela profissional que está à frente das ações básicas de saúde na ESF.

Ressaltam-se, também, as limitações da pesquisa que, por ser um estudo transversal, as informações são limitadas ao momento da entrevista, não retratando os fatos que aconteceram no passado e que contribuíram para o desfecho. Sobretudo por ser o fenômeno da gravidez não planejada influenciado pela subjetividade, é possível um viés de prevalência, acrescido de ser a informação sobre o parceiro fornecida pela mulher.

REFERÊNCIAS

- ABECH, A. M. **A gestante adolescente e seu parceiro**: características do relacionamento do casal e aceitação da gravidez. 2002. 80 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Programa de pós-graduação em medicina da UFRGS, Porto Alegre, 2002.
- ALMEIDA, L. S. Mãe, cuidadora e trabalhadora: As múltiplas identidades de mães que trabalham. **Revista do Departamento de Psicologia**, Niterói, v. 19, n.2, p.411-422. 2007.
- ALVES, A. S.; LOPES, M. H. B. M. Conhecimento, atitude e prática do uso de pílula e preservativo entre adolescentes universitários. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 1, p. 11-17, jan. 2008.
- AQUINO, E. M. L. et al. Adolescência e reprodução no Brasil: A heterogeneidade dos perfis sociais. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.2, p. 377-88. 2003.
- ARAGÃO, R. De mãe para filha: a transmissão da maternidade. In: MELGAÇO, R. (Org.). **A ética na atenção ao bebê**: psicanálise, saúde e educação. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.
- ARILHA, M. Homens: Entre a 'zoeira' e a 'responsabilidade'. In: ARILHA, M.; RIDENTI, S. G. U.; MEDRADO, B. (Orgs.). **Homens e masculinidades**: outras palavras. São Paulo: Editora 34 & Ecos, 1998. p. 51-78.
- BADINTER, E. **Um amor conquistado**: o mito do amor materno. 9 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. 1985.
- _____. **XY**: sobre a identidade masculina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. 1993.
- BARBOSA, P. Z.; ROCHA-COUTINHO, M. L. Maternidade: Novas Possibilidades, Antigas Visões. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p.163-185. 2007.
- BARROS, A. J. P.; LEHFELD, N. A. S. A pesquisa e a iniciação científicas. In: BARROS, A.J.P.; LEHFELD, N. A.S. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 3. Ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007, p. 81-104.
- BEMFAM (Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil)/DHS (Programa de Pesquisas de Demografia e Saúde Macro International Inc.), 1997. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde: Brasil, 1996. Rio de Janeiro: BEMFAM. 2006.
- BERNARDY, C. C. F.; BARRIQUELO, L. Percepção da gestação por um grupo de adolescentes grávidas e seu familiar responsável. **Anais do VII Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal**. 2011. Belo Horizonte.
- BORIS, G. D. J. B. **Falas Masculinas ou Ser Homem em Fortaleza**: Múltiplos recortes da construção da subjetividade masculina na contemporaneidade. 2000. Tese (Doutorado em Sociologia) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2000.

BOUKOBZA, C. O desamparo parental perante a chegada do bebê. In: BERNARDINO, L.; ROBENKOHL, C. (Orgs.). **O bebê e a modernidade**: abordagens teórico-clínicas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

BORNHOLDT, E. A.; WAGNER, A.; STAUDT, A. C. P. A vivência da gravidez do primeiro filho à luz da perspectiva paterna. **Psicologia Clínica**, v.19, n.1, p. 75-92. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Materno Infantil. **Programa Saúde do Adolescente. Bases Programáticas**. Brasília, nov. 1989.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde**: 2006. Brasília. 2006. Disponível em: < <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/pnds/>>. Acesso em: 17 jun. 2011.

BRASIL. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio**: 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009/pnad_sintese_2009.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2011.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Mensal de Emprego**: Algumas das principais características dos Trabalhadores Domésticos vis a vis a População Ocupada. 2010a. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme_nova/princ_carac_trab_dom.pdf>. Acesso em: 04 fev.2012.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estudos e Pesquisas**: informação demográfica e socioeconômica. 2010b. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicadores2010/SIS_2010.pdf>. Acesso em: 04 jan. 2012.

BUDUR K.; MATHEWS M.; MATHEWS M. Couvade syndrome equivalent? **Psychosomatics**, v.46, n.1, jan/fev. 2005. Disponível em: <<http://psy.psychiatryonline.org/cgi/content/full/46/1/71>>. Acesso em: 03 de dez. 2011.

CARVALHO, M. L. M. Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivação dos casais. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, p. 389-98. 2003.

CARVALHO, M. L. O; PIROTTA, K. C. M.; SCHOR, N. Apoio: a forma predominante da participação masculina na regulação da fecundidade do casal. **Saúde e Sociedade**. v.9, n.1/2, p. 61-76. 2000.

_____. Participação masculina na contracepção pela ótica feminina. **Revista de Saúde Pública**. v.35, n.1, p.23-31. 2001.

CASTELAIN-MEUNIER, C. **Fiquem Ligados, Papais!** Os homens diante da mulher e dos filhos. São Paulo: Summus, 1993.

CEPIA, ONU. **O Progresso das Mulheres no Brasil 2003–2010**. Rio de Janeiro: CEPIA; Brasília: ONU Mulheres, 2011. 436p.

CHUMPITAZ, V. **Percepções femininas sobre a participação do parceiro nas decisões reprodutivas e no aborto induzido**. 2003. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2003.

COELHO, E. B. S.. Enfermagem e o planejamento familiar: as interfaces da contracepção. **Rev. bras. enferm.**, v.58, n.6. 2005. p. 665-672.

COELHO, E. A. C et al. Prevalência de gravidez não planejada em áreas de cobertura do Programa Saúde da Família, Salvador-BA. 2011. 21 f. Relatório de Projeto de Pesquisa, Escola de Enfermagem da UFBA. 2001.

COELHO, E. A. C et al. Associação entre gravidez não planejada e o contexto socioeconômico de mulheres em área de cobertura da ESF em Salvador – BA. **Acta paulista de Enfermagem**. v.25, n.3, 2012/prelo.

COMEL, N. E. D. **Paternidade Responsável**. O papel do pai na sociedade brasileira e na educação familiar. Curitiba: Juruá, 1998.

CONNELL, R. W. **Masculinities**. Los Angeles: University of Califórnia Press, 1995. p. 71.

CORREIA, D.S. et al. Aborto provocado na adolescência: quem o praticou na cidade de Maceió, Alagoas, Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, n.30, v. 2, p. 121-138, jun. 2009.

COSTA, J. F. O Sujeito em Foucault: estética da existência ou experimento moral. **Revista de Sociologia da USP**, São Paulo, n.7, v.1/2, p. 121-138, out. 1995.

COSTA, M. C. O. et al. Gravidez na adolescência e co-responsabilidade paterna: trajetória sociodemográfica e atitudes com a gestação e a criança. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v.10, n.2, p.719 – 727, jul. 2005.

DAMATTA, R. Tem pente aí? Reflexões sobre a identidade masculina. In: CALDAS, D. (Org.). **Homens**. São Paulo: Senac, 1997. p. 31-49.

DEAUX, K. ; LAFRANCE, M. Gender. In: LINDZEY, G.; GILBERT, D. T.; FISKE, S. T. **The Handbook of Social Psychology**. Boston: McGraw Hill. 1998.

DIAS, A. B.; AQUINO, E. M. L. Maternidade e paternidade na adolescência: Algumas constatações em três cidades do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, p. 1447-1458. 2006.

DIEHL, A. O homem e a nova mulher: novos padrões sexuais de conjugalidade. In: WAGNER, A. (Org.). **Família em cena**: tramas, dramas e transformações. Rio de Janeiro: Vozes, 2002. p.135-158.

DOSSIÊ BAHIA. **Dossiê sobre a realidade do aborto do aborto inseguro na Bahia**: a ilegalidade da prática e os efeitos na saúde das mulheres em Salvador e Feira de Santana. 2009.

ESPIRITO-SANTO, D. C.; TAVARES-NETO, J. A visão masculina sobre métodos contraceptivos em uma comunidade rural da Bahia, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p. 562-569, mar. 2004.

FALCAO JUNIOR, J. S. P. et al. Perfil e práticas sexuais de universitários da área de saúde. **Escola Anna Nery**, v.11, n.1, p. 58-65, mar. 2007.

FERRAND, M. **Sociologia da contracepção e do aborto**: a contribuição da análise das relações de gênero. Aula inaugural do 11º Curso de metodologia da UFSC. 2007. Disponível em: <www.sociolog/contracep/aborto.ufsc.br>. Acesso em: 22 jan. 2012.

FREITAS, W. M. F. et al. Paternidade: responsabilidade social do homem no papel social de provedor. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 1, p. 85-90. 2009.

FREITAS, W. M. F.; COELHO, E. A. C.; SILVA, A. T. M. C. Sentir-se pai: a vivência masculina sob o olhar de gênero. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.1, p.137-145, jan. 2007.

GIFFIN, K. Esfera de reprodução em uma visão masculina: considerações sobre a articulação da produção e da reprodução de classe e gênero. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 4, p. 23-40. 1994.

GODINHO, R.A et al. Adolescentes e grávidas: onde buscam apoio? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 25-32, abr. 2000.

GOMES, R. As Questões de Gênero e o Exercício da Paternidade. In: SILVEIRA, P. **Exercício da Paternidade**. Porto Alegre: Artes Médicas. 1998. p. 175-182.

HIJAWI, G. R. **Father involvement in diverse families at one-year follow-up**. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 66, 2877. 2005.

HINTZ, H. C. Novos tempos, novas famílias? Da modernidade à pós-modernidade. *Pensando Famílias*, 3, 2001; (8-19)

KEIJZER, B. Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. In Cáceres, C et al. (Orgs). **La salud como derecho ciudadano**: perspectivas y propuestas desde América Latina. Facultad de Salud Pública y Administración de la Universidad Peruana Cayetano Herida: Lima, 2003, p. 137-152.

KORIN, D. Novas perspectivas de gênero em saúde. **Adolescência Latinoamericana**, v.2, n.2, p.67-79, mar. 2001.

LAVINAS, L. Gênero, cidadania e adolescência. In: MADEIRA, F. R. (Org.). **Quem mandou nascer mulher?** Rio de Janeiro: Record/Rosa dos Tempos. 1997. p. 11-43.

LIMA, C. T. B. et al. Percepções e práticas de adolescentes grávidas e de familiares em relação à gestação. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 4, n. 1, p. 71-83, jan. 2004.

MACHADO, N. O.; SAITO, M. I.; SZARFARC, S. C. Características sócio-demográficas e reprodutivas de adolescentes atendidas no pós-parto no Instituto da Criança da Universidade de São Paulo. **Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano**, v.17, n.3, p. 1-7, set. 2007.

MACIEL, A. A. **Ser/Estar Pai**: uma figura de identidade. 1994. XXX f. Dissertação (Mestrado em XXX) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994.

MALDONADO, M. T. P. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. Petrópolis: Vozes, 1988.

_____. **Maternidade e paternidade**. Rio de Janeiro: Ed. Vozes, 1989.

_____. **Psicologia da Gravidez**. Petrópolis: Vozes, 1997.

MATTOS, Jeane Gomes Brito. **Direitos sexuais e reprodutivos**: como incluir os homens?. 2004, 104 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Bahia, 2004.

MARCONI, M. A. Técnicas de pesquisa : **planejamento e execução de pesquisa, amostragem e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados** / Marina de Andrade Marconi, Eva Maria Marconi -7. Ed. – reimp. – São Paulo : Atlas, 2009.

MEDEIROS, M. G. L. **Família, gênero e sexualidade**: um olhar pós-moderno. Fazendo Gênero 8 - Corpo, Violência e Poder. 2008. Disponível em: <http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST50/Maria_das_Gracas_L_de_Medeiros_50.pdf>. Acesso em: 20 de Jun. 2010.

MELO, M. **Ciência, sexualidade e reprodução humana**: como ensinar? 2002. Disponível em: <<http://cidade.usp.br/educar2002/mod08/paper%20melo.doc>> Acesso em: 20 out. 2010.

MISSIONNIER, S.; SOLIS-PONTON, L. Parentalidad y embarazo. Convertirse en madre, convertirse en padre: Las interacciones entre los padres y su hijo antes del nacimiento. In: SOLIS-PONTON, L. (Org.). **La Parentalidad**: Desafíos para el tercer milênio. México: Manual Moderno, 2004. p. 75-92.

MONTGOMERY, M. **O novo pai**. Ed. Gente: São Paulo, 1998.

MOREIRA, M. C.; SARRIERA, J. C. Satisfação e composição da rede de apoio social a gestantes adolescentes. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.13, n.4, out./dez. 2008.

MOREIRA, T. M. M. et al. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.42, n.2, p. 312-20, 2008.

NAUHARDT, M. **La concepetualizacion de la Paternidad**. Boletim del Programa de Salud Reproductiva e Sociedad. El Colegio del Mexico, 1996.

NOLASCO, S. **O mito da masculinidade**. Rio de Janeiro: Rocco. 1993.

OLINTO, M. T. A.; MOREIRA-FILHO, D. C. Fatores de risco e preditores para o aborto induzido: estudo de base populacional. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.2, p. 365-375, fev. 2006.

OLIVEIRA, P. P. **A construção social da masculinidade**. Belo Horizonte: Editora UFMG/Rio de Janeiro: Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro, 2004.

OLTRAMARI, L. C.; OTTO, L. S. Conjugalidade e AIDS: um estudo sobre infecção entre casais. **Psicologia e Sociedade**, Porto Alegre, v.18, n.3, set./dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-718220060003000008&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 20 nov. 2011.

OMONDI-ODHIAMBO. Men's participation in family planning decisions in Kenya. **Population Studies**, v. 51, n.1, p. 29-40, mar. 1997.

PAIM, H. H. S. Marcas no corpo: gravidez e maternidade em grupos populares. In: DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. (Orgs.). **Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p. 31-47.

PARKER, R. G. **Corpos, prazeres e paixões: a cultura sexual no Brasil contemporâneo**. São Paulo: Best-Seller/Abril Cultural, 1991.

PICCININI, C. A. et al. Gestação e a constituição da maternidade. **Psicologia em Estudo**, v.13, n.1, p. 63-72, jan. 2008.

PIROTTA, K. C.; SCHOR, N. Intenções reprodutivas e práticas de regulação da fecundidade entre universitários. **Revista de Saúde Pública**, v.38, n.4, p. 495-502, 2004.

PRIETSCH, S. O. M. et al. Gravidez não planejada no extremo Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Caderno de Saúde Pública**, v. 27, n.10, p. 1906-1916, out. 2011.

PULEO, A. Patriarcado. In: AMORÓS, C. **10 Palavras Clave sobre Mujer**. Madrid: Editora Evd, 1995.

RAMIRES, V. R. **O Exercício da Paternidade Hoje**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos. 1997.

RAMOS, M. S. Um olhar sobre o masculino: reflexões sobre os papéis e representações sociais do homem na atualidade. In: GOLDENBERG, M. (Org.). **Os novos desejos: das academias de musculação as agências de encontros**. Rio de Janeiro: Record, 2000. p. 41-59.

RAPHAEL-LEFF, J. Psychodynamic understanding: Its use and abuse in midwifery. **British Journal of Midwifery**, v.8, n.11, p. 686-688, nov. 2000.

RIBEIRO, T. N. Saúde reprodutiva e sexual masculina em Francisco Morato, SP: o discurso de profissionais, gerentes e gestores de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.18, n.4, out./dez. 2009.

RIOS, R. Genero, salud y desarrollo: un enfoque en construcción. In: Gomez, E. G. (Org.). **Genero, mujer y salud en las Américas**. OPS/OMS, Washington. 1993.

RINGHEIN, K. Factors that determine prevalence of use of contraceptive methods for men. **Stud Fam Plann**, v.24, p. 87-99. 1993.

SABROZA, A. R. et. al. Perfil Demográfico e psicossocial de puérperas adolescentes do município do Rio de Janeiro, Brasil – 1999 – 2001. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p.112-120. 2004.

SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde. Os desafios da Implantação do PSF no município de Salvador. Assessoria Técnica da Saúde: Salvador, maio. 2001.

SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde de Salvador. **Plano Municipal de Saúde, 2006-2009**. Assessoria Técnica da Saúde: Salvador, 2006.

SANT'ANNA, M. J. C. **Adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer**. 2000. Dissertação (Mestrado em XXX) Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo. 2000.

SANT ANNA, M. J. C.; COATES, V. Atenção integral à adolescente grávida. **Revista Pediatria Moderna**, v.37, p. 10-13. 2001.

SANTOS, A. P. V. **Associação entre fatores sociodemográficos e eventos reprodutivos De mulheres cadastradas no programa de saúde da família**. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, 2010.

SCAVONE, L. Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero. **Interface: comunicação, saúde, educação**, v.5, n.8, p.47-60, 2001.

SCHRAIBER, L.; GOMES, R.; COUTO, M. T. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p. 7-17. 2005.

SHAPIRO, A. **Examining relationships between the marriage, mother-father-baby interactions and infant emotion regulation**. 2005. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 65, 3750.

SILVA, S. G. A crise da masculinidade: uma crítica à identidade de gênero e à literatura masculinista. **Psicologia, ciência e profissão**, Brasília, v. 26, n. 1, jan/mar. 2006.

SILVA, L. B. M. **Reação de mulheres à gravidez não planejada segundo características sócio-demográficas**/ Laryssa Boaventura Machado Silva. – Salvador, 2011. 52 f. TCC, Escola de Enfermagem da UFBA.

SOIFER, R. **Psicologia da gravidez, do parto e do puerpério**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1980.

SOUSA, J. J. **Circunstâncias da ocorrência de gravidez não planejada em mulheres adultas**. 2011. 119 folhas. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da UFBA, Salvador. 2011.

STRATHERN, M. Necessidades de pais, necessidades de mães. **Revista de Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, v.3, n.2. 1995.

STROZZI, G. V. Identidade de gênero masculina: possibilidades de violência. **Revista Pandora**, n.6, mar. 2009. Disponível em: <<http://revistapandora.sites.uol.com.br/genero.htm>>. Acesso em: 07 abr. 2011.

SUTTER, C.; MALUSCHKE, J.S.N.F.B.. Pais que cuidam dos filhos: a vivência masculina na paternidade participativa. **Psico**, Porto Alegre, v.39, n.1, p. 74-82, jan./mar. 2008.

TEIXEIRA, G. B. W. **Vida sexual de adolescentes grávidas**: contribuição para a enfermagem. 2001. 112 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2001.

VALENTE, M. L. C. Sintomas apresentados pela gestante e sua correlação com a menarca vivida problematicamente. **Perfil - Boletim de Psicologia Clínica**, v.2, p. 23-37. 1989.

VELOSO, R. S. Gênero e Serviço Social: um diálogo necessário. **Superando Desafios**, Rio de Janeiro, v.6, p. 09-19. 2007.

VIEIRA, E. M. et al. Características do uso de métodos anticoncepcionais no Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 3, 2002.

WANG, M. L. **Os últimos românticos?** Um estudo sobre masculinidade e expressão do sentimento amoroso. 2004. 155 f. Doutorado (Tese em Psicologia Clínica) - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro do Departamento de Psicologia, Rio de Janeiro. 2004. Disponível em: < http://www.maxwell.lambda.ele.puc-rio.br/Busca_etds.php?strSecao=resultado&nrSeq=5512@1>. Acesso em: 25 jun. 2011.

WANG, M. L.; JABLONSKI, B.; MAGALHAES, A. S. Identidades masculinas: limites e probabilidades. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v.12, n.19, jun. 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Men, Ageing ang Health**. Geneva: World Health Organization, 2001.

APÊNDICE A – DECLARAÇÃO



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Salvador, 30 de maio de 2011

DECLARAÇÃO

Venho, pelo presente, solicitar a **Profª. Drª. Edméia de Almeida Cardoso Coelho**, coordenadora da pesquisa *Prevalência de gravidez não-planejada em áreas de cobertura do Programa de Saúde da Família em Salvador-BA*, a permissão para a utilização do banco de dados no sub-projeto de dissertação vinculado a essa pesquisa mais ampla intitulado **Participação do parceiro na gravidez não planejada segundo o olhar das mulheres** desenvolvida por mim **Sonia Maria de Jesus Parcero**, mestranda atualmente vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, orientada pela **Profª. Drª. Edméia de Almeida Cardoso Coelho**,

Atenciosamente

Sonia Maria de Jesus Parcero
Pesquisadora Responsável

Profª. Drª. Edméia de Almeida Cardoso Coelho
Coordenadora da pesquisa

ANEXO A – Instrumento de Coleta de Dados

	Universidade Federal da Bahia Escola de Enfermagem Fone: (071) 3283 - 7618 E-mail responsável: edmeiacolho@yahoo.com.br		
Prevalência de gravidez não planejada em área de cobertura do Programa de Saúde da Família em Salvador- Ba			
1.Data da Entrevista:	2. Nome Entrevistador:	3.No Questionário:	4. Hora Início:
5. Nome do Informante:	6.Localidade:		7.Hora Final:
A. Fatores sociodemográficos			
A1. Qual a sua idade? _____ A2. Em qual dessas classificações você define sua raça/cor ? 1 () branca 2 () preta 3 () parda (<i>incluir a cor morena</i>) 4 () amarela 5 () indígena 6 () NRA (nenhuma resposta acima) A3. Qual a sua religião (praticada)? 1 () católica 2 () protestante (<i>incluir evangélicos, batistas...</i>) 3 () espírita 4 () candomblé 5 () nenhuma 6 () outros _____ A4. Qual seu estado civil atual? 1 () casada / união estável (<i>vive junto</i>) 2 () solteira, com parceiro fixo 3 () solteira, sem parceiro fixo 4 () separada 5 () divorciada 6 () viúva A5.Qual seu estado civil quando engravidou? 1 () casada / união estável (<i>vive junto</i>) 2 () solteira, com parceiro fixo 3 () solteira, sem parceiro fixo 4 () separada 5 () divorciada 6 () viúva A6. Qual o tempo de relacionamento com o parceiro da gestação atual ? 1 () menor que 3 meses 2 () 3 a 6 meses 3 () entre 6 meses e 1 ano 4 () entre 1ano e 3 anos 5 () mais de 3 anos A7. Qual a última série concluída? 01 () Alfabetizado (sabe ler e escrever o nome somente) 02 () Até o 5ª ano (antiga 4ª série) 03 () Ensino fundamental incompleto 04 () Ensino fundamental completo 05 () Ensino médio incompleto 06 () Ensino médio completo 07 () Superior incompleto 08 () Superior completo 09 () Pós graduação 10 () Não frequentou escola 11 () Outros _____		A8. Você estuda atualmente? 1 () Sim 2 () Não Em caso de resposta NEGATIVA, fazer a A9 e A10. A9. Com que idade você parou de estudar?_____ A10. Se deixou de estudar ou nunca estudou qual foi a principal razão? 01 () ficou grávida / tinha de cuidar dos(as) filhos(as) 02 () casou-se / uniu-se ao parceiro 03 () patrão/ patroa não deixava 04 () precisava trabalhar 05 () concluiu ensino médio 06 () não gostava de estudar 07 () escola de difícil acesso / sem vagas 08 () motivo de doença 09 () marido não permite 10 () não quis responder 11 () outras _____ A11. Antes de engravidar você: 1 () só estudava 2 () só trabalhava fora 3 () estudava e trabalhava fora 4 () trabalhava em casa para fora 5 () trabalhava em casa para fora e estudava 6 () era só dona de casa 7 () outros _____ A12. Qual a sua ocupação no momento? _____ Registrar exatamente o que faz. A13. Em caso de não ter ocupação remunerada, por quê? 1 () gravidez 2 () estudos 3 () marido/ companheiro não permite 4 () tem que cuidar da casa/ do(a)s filho(a)s 5 () tem que cuidar de familiares 6 () condição de saúde desfavorável 7 () outros _____ A14. Quem é o(a) principal responsável pelo sustento da família? 1 () a própria mulher 2 () o companheiro 3 () o(a) filho(a) 4 () o casal 5 () outros _____	

A15. Qual a renda familiar? (Explicar: total em dinheiro de todos que têm alguma renda) 1 () menos que um salário mínimo 2 () 1 salário mínimo = R\$ 510,00 3 () maior que 1 até 2 salários 4 () maior que 2 até 3 salários 5 () maior que 3 até 4 salários mínimos 6 () cinco ou mais salários mínimos 7 () não quis responder 8 () não tem renda A16. E a sua renda pessoal? (Explicar: renda da própria mulher) 1 () menos que um salário 2 () 1 salário mínimo = R\$ 510,00 3 () maior que 1 até 2 salários 4 () maior que 2 até 3 salários 5 () maior que 3 até 4 salários mínimos 6 () cinco ou mais salários mínimos 7 () não quis responder 8 () não tem renda *Ficar atenta ao item A12, pois às vezes dizem ser dona-de-casa e informam renda – ESCLARECER.	A25. Qual a religião do seu parceiro (praticada)? 1 () católica 2 () protestante <i>(incluir evangélicos, batistas...)</i> 3 () espírita 4 () candomblé 5 () nenhuma 6 () outros _____ A26. Qual a renda do seu parceiro? 1 () menos que um salário 2 () 1 salário mínimo = R\$ 510,00 3 () maior que 1 até 2 salários 4 () maior que 2 até 3 salários 5 () maior que 3 até 4 salários mínimos 6 () cinco ou mais salários mínimos 7 () não quis responder 8 () não tem renda A27. Qual a última série concluída do seu parceiro? 01 () Alfabetizado (sabe ler e escrever o nome somente) 02 () Até o 5º ano (antiga 4ª série) 03 () Ensino fundamental incompleto 04 () Ensino fundamental completo 05 () Ensino médio incompleto 06 () Ensino médio completo 07 () Superior incompleto 08 () Superior completo 09 () Pós graduação 10 () Não frequentou escola 11 () Outros _____ A28. Qual a situação ocupacional do seu parceiro? Registrar exatamente o que faz. A29. Qual o grau de instrução de quem mais contribui com a casa com compras, pagamentos? 1 () Analfabeto/ Primário incompleto (0) 2 () Primário completo/ Ensino Fundamental incompleto (1) 3 () E. Fundamental completo /Ensino Médio incompleto (2) 4 () Ensino Médio completo / Superior incompleto (3) 5 () Superior completo (5)																																																																								
A17. Quantas pessoas residem em seu domicílio? _____ A18. Sua residência é: 1 () própria 2 () alugada 3 () outros _____ A19. Qual a idade da sua mãe? _____ A20. Qual a última série concluída da sua mãe? 01 () Alfabetizado (sabe ler e escrever o nome somente) 02 () Até o 5º ano (antiga 4ª série) 03 () Ensino fundamental incompleto 04 () Ensino fundamental completo 05 () Ensino médio incompleto 06 () Ensino médio completo 07 () Superior incompleto 08 () Superior completo 09 () Pós graduação 10 () Não frequentou escola 11 () Outros _____ A21. Qual a situação ocupacional da sua mãe? *Informar se for falecida. A22. Quantos filhos sua mãe tem/teve? _____ A23. Qual a idade do seu parceiro? _____ A24. Em qual dessas classificações você define a raça/cor do seu parceiro? 1 () branca 2 () preta 3 () parda <i>(incluir a cor morena)</i> 4 () amarela 5 () indígena 6 () NRA (nenhuma resposta acima)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 20px;"> <thead> <tr> <th colspan="6" style="text-align: left; padding: 2px;">A30. CLASSE ECONÔMICA (CCEB).</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="height: 15px;"></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="height: 15px;"></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="height: 15px;"></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="height: 15px;"></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="height: 15px;"></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="height: 15px;"></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="height: 15px;"></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="height: 15px;"></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="height: 15px;"></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="height: 15px;"></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td style="text-align: right; padding: 2px;">Freezer (amarelo)</td> <td style="text-align: center; width: 10%;">0</td> <td style="text-align: center; width: 10%;">1</td> <td style="text-align: center; width: 10%;">1</td> <td style="text-align: center; width: 10%;">1</td> <td style="text-align: center; width: 10%;">1</td> </tr> </tbody> </table> *A primeira linha 01234 ou + refere-se à quantidade. Com essa informação, circula-se nas linhas correspondentes o número que representa cada quantidade informada.	A30. CLASSE ECONÔMICA (CCEB).																																																																		Freezer (amarelo)	0	1	1	1	1
A30. CLASSE ECONÔMICA (CCEB).																																																																									
Freezer (amarelo)	0	1	1	1	1																																																																				

B. Fatores relacionados aos eventos sexuais e reprodutivos

B1. Com que idade você teve a primeira menstruação _____

B2. Com que idade você teve a 1ª relação sexual? _____

B3. Usou contraceptivo na 1ª relação sexual? 1() sim 2() não
Incluir o preservativo

B4. Se resposta positiva:

Qual? _____

B5. De qual desses métodos contraceptivos você já ouviu falar: (múltipla escolha)

- 1 () pílula
- 2 () injetável mensal
- 3 () injetável trimestral
- 4 () DIU
- 5 () diafragma
- 6 () camisinha masculina
- 7 () camisinha feminina
- 8 () tabela/outros métodos naturais
- 9 () geléia

B6. Qual desses métodos você já usou? (múltipla escolha)

- 01 () pílula
- 02 () injetável mensal
- 03 () injetável trimestral
- 04 () DIU
- 05 () diafragma
- 06 () camisinha masculina
- 07 () camisinha feminina
- 08 () tabela/outros métodos naturais
- 09 () geléia
- 10 () nunca usou

B7. Quem escolheu o método que você usava antes de engravidar?

***Atenção: Refere-se ao método utilizado antes da gravidez atual.**

- 1 () a própria mulher
- 2 () seu parceiro
- 3 () profissional de saúde
- 4 () outros _____

B8. Como teve esse conhecimento? (múltipla escolha)

- 1 () por amigas
- 2 () mãe
- 3 () pai
- 4 () profissionais de saúde
- 5 () parceiro
- 6 () escola
- 7 () televisão
- 8 () revistas/ livros
- 9 () outros _____

B9. O que seu parceiro acha sobre contracepção / planejamento familiar?

- 1 () é coisa de mulher
- 2 () participa e se envolve na escolha
- 3 () não participa e não se envolve na escolha
- 4 () não se envolve e aceita as decisões da mulher
- 5 () não aceita o uso de nenhum método
- 6 () não sabe
- 7 () é ele que escolhe o método

B10. De quem era a responsabilidade em evitar a gravidez?

- 1() da própria mulher
- 2() do seu parceiro
- 3() dos dois
- 4() de nenhum dos dois

B11. Estava usando algum método contraceptivo quando engravidou?

- 1() sim 2() não

Se responder SIM: (marcar a opção escolhida)

Engravidou usando o contraceptivo? ()

ou

Fez uma pausa e engravidou? ()

B12. Se a resposta for positiva.

Qual? _____

B13. Se resposta negativa: Porque não usava contraceptivo? (múltipla escolha)

- 01 () queria engravidar **(se responder essa alternativa, NÃO fazer as demais)**
- 02 () não sabia usar os métodos contraceptivos
- 03 () não tinha como comprar esses métodos
- 04 () dificuldade de conseguir o método no serviço de saúde
- 05 () processo de mudança do método
- 06 () não pensou em gravidez no momento da relação sexual
- 07 () “pensei que a gravidez não aconteceria comigo”
- 08 () tem dificuldade na compreensão do uso do método
- 09 () não se dava bem com os métodos hormonais
- 10 () o parceiro não permitia o uso.
- 11 () o parceiro queria um(a) filho(a).
- 12 () relações sexuais eventuais
- 13 () estava em aleitamento materno
- 14 () a religião não permite
- 15 () outros _____

PERGUNTA MAIS IMPORTANTE

B14. Você considera que sua gravidez é:

- 1 () Planejada **(programada para esse momento ou foi uma surpresa?)**

Se foi uma surpresa ler as demais alternativas!

- 2 () Não planejada, queria esperar mais
- 3 () Não planejada, não queria ter mais filho(a)s
- 4 () Indesejada, não queria ser mãe
- 5 () Indesejada, não queria ter mais filho(a)s
- 6 () Tem dúvida se planejou
- 7 () Outros _____

B15. Se planejada, foi uma decisão sua ou você e seu parceiro decidiram?

- 1 () decisão da mulher
- 2 () decisão do casal

Para as que referem gravidez não planejada, indesejada responder a B16 e B17:

B16. O que contribuiu para você engravidar? (múltipla escolha)

- 01 () desejo do parceiro
 02 () não sabia usar os métodos contraceptivos
 03 () não tinha como comprar esses métodos
 04 () dificuldade de conseguir o método no serviço de saúde
 05 () usou incorretamente o método
 06 () não pensou em gravidez no momento da relação sexual
 07 () “pensei que a gravidez não aconteceria comigo”
 08 () não compreende a orientação sobre o uso do método
 09 () não se dava bem com os métodos hormonais
 10 () não sabe/não quis responder
 11 () não se dava bem com os métodos hormonais nem com a camisinha
 12 () havia usado muitos anos e resolveu dar um descanso
 13 () processo de mudança do método
 14 () outros _____

B17. Qual a sua reação quando soube que estava grávida: (múltipla escolha)

- 1 () gostou, pois queria a gravidez
 2 () não gostou, mas aceitou a gravidez
 3 () não gostou, mas já que está grávida, vai continuar.
 4 () resolveu seguir com a gravidez, mas continua em dúvida se deseja ter esse(a) filho(a).
 5 () companheiro não deixou fazer o aborto
 6 () pensou no aborto mas não teve meios de fazê-lo
 7 () pensou no aborto mas não teve coragem para fazê-lo
 8 () tentou abortar mas não conseguiu
 9 () Pensou em doar a(o) filha(o) mas não tem coragem
 10 () Está pensando em colocar a(o) filha(o) para adoção
 11 () Outros _____

B18. A atitude do seu parceiro com relação à gravidez foi:

- 1 () gostou, pois queria um(a) filho(a)
 2 () não se importou
 3 () queria que fizesse o aborto
 4 () não gostou, mas acabou aceitando
 5 () não ficou sabendo da gravidez
 6 () reagiu com violência
 7 () não procurou mais a mulher (Ele sumiu)
 8 () duvidou da paternidade
 9 () outros _____

B19. Quanto ao apoio de seus familiares:

- 1 () ficaram contente e deram apoio
 2 () mostraram insatisfação, mas deram apoio
 3 () não recebeu nenhum apoio familiar
 4 () não souberam
 5 () outros _____

B20. Quanto ao apoio dos familiares do parceiro:

- 1 () ficaram contente e deram apoio
 2 () mostraram insatisfação, mas deram apoio
 3 () não recebeu nenhum apoio familiar
 4 () não souberam
 5 () outros _____

B21. Qual o mês de gestação? _____

B22. Quantas vezes você já engravidou? _____
(Incluir a gravidez atual)

B23. Que idade você tinha quando engravidou pela primeira vez? _____

Para as que já tem filho(a)s B24 e B25:

B24. Quantas(os) filhas(os) você tem? _____
(NÃO incluir a gravidez atual)

B25. Qual a idade da(o) sua(seu) última(o) filha(o) hoje? _____

B26. Quantas gestações foram planejadas? _____
(Incluir a gravidez atual)

B27. Você tem filho(a)s de outros relacionamentos?

1 () Sim 2 () Não

Quantas meninas? _____

Quantos meninos? _____

B28. Seu parceiro tem filho(a)s de outros relacionamentos?

1 () Sim 2 () Não

Quantas meninas? _____

Quantos meninos? _____

B29. Você tem história de abortamentos em gravidez anterior?

Quantos?

1 () Não

2 () Sim, espontâneo _____ provocado _____

3 () Não quis responder

B30. Você tentou abortar na gravidez atual?

1 () Não

2 () Sim

3 () Não quis responder

Se resposta negativa, passar para questão C1.

***Se a tentativa foi na gravidez atual.**

B31. Onde tentou fazer o aborto: (múltipla escolha)

1 () em casa

2 () clínica / consultório particular

3 () abortadeira / parteira

4 () outros _____

***Se a tentativa foi na gravidez atual.**

B32. Métodos que utilizou para a tentativa de aborto: (múltipla escolha)

1 () cytotec

2 () chá e infusões

3 () aspiração/ cureta

4 () uso de objetos domésticos, quais _____

5 () outros _____

6 () não se aplica

C. Fatores relacionados à atenção à saúde C1. Você tem procurado atendimento na USF para: (múltipla escolha) 1 () atendimento no pré-natal 2 () atendimento no Planejamento Familiar 3 () realizar o preventivo 4 () apenas para recebimento de preservativos 5 () atendimento de outras necessidades de saúde 6 () prevenção de IST/HIV 7 () outros _____ C2. Participou de atividades educativas sobre o planejamento familiar? 1 () sim, pelos profissionais do serviço 2 () sim, em outros serviços 3 () não, nunca participou Se resposta POSITIVA, responder C3, C4, e C5. C3. Atendeu às suas necessidades e esclareceu suas dúvidas? 1 () Sim 2 () Não Por quê? _____ *O Por quê é para o sim e para o não. C4. Qual o tipo de atividade que participou? 1 () palestras 2 () reuniões de grupo com conversa entre as mulheres e profissionais de saúde 3 () filmes sobre contracepção 4 () outra _____ C5. Com que frequência você participava das atividades educativas? 1 () uma vez ao mês 2 () a cada três meses 3 () a cada seis meses 4 () a depender da necessidade 5 () outros _____ C6. Você realizava planejamento familiar no PSF? 1 () Sim 2 () Não Se resposta POSITIVA, responder as questões C8, C9, C10 Caso resposta NEGATIVA: C7. Qual o motivo? 01 () tem plano de saúde e não usava o PSF. 02 () prefere o serviço particular 03 () no PSF faltava métodos com frequência 04 () não tinha o método da sua preferência 05 () não gostava do atendimento 06 () havia demora para marcar a consulta 07 () havia demora para atendimento no dia da consulta 08 () o PSF é distante da sua casa 09 () não sabia que a USF oferecia o planejamento familiar 10 () frequentava outro serviço público 11 () preferia comprar na farmácia 12 () outros _____	C8. Com que frequência você ia ao serviço de planejamento familiar? 1 () uma vez ao mês 2 () a cada três meses 3 () a cada seis meses 4 () a depender da necessidade 5 () outros _____ C9. Conseguia obter o contraceptivo que você usava? 1 () sim, sempre tinha o método contraceptivo 2 () sim, mas às vezes faltava 3 () sim, porém a falta era constante 4 () não, pois sempre faltava os métodos 5 () outra situação _____ Somente para as que referiram falta de métodos na USF. C10. Quando o serviço não dispunha do contraceptivo que você usava o que você fazia? 1 () comprava na farmácia 2 () usava um outro método disponível no posto 3 () interrompia o uso e aguardava chegar 4 () procurava outro posto de saúde 5 () utilizava camisinha 6 () outros _____ Se a resposta da B11 for NÃO, não fazer esta questão. C11. Como você usava o contraceptivo antes desta gravidez? 1. Contraceptivo hormonal oral combinado (Pílula) 1 () Sempre no mesmo horário 2 () Em horários diversos 3 () Sempre no mesmo horário, mas às vezes esquecia e tomava logo que lembrava no mesmo dia. 4 () Às vezes esquecia e tomava 2 no dia seguinte 5 () Esqueceu, tomou a pílula do dia seguinte até 72 horas depois, mas engravidou 6 () Outro _____ 2. Minipílula (Pílula da amamentação) 1 () Sempre no mesmo horário 2 () Em horários diversos 3 () Sempre no mesmo horário, mas às vezes esquecia e tomava logo que lembrava no mesmo dia 4 () Às vezes esquecia e tomava 2 no dia seguinte 5 () Esqueceu, tomou a pílula do dia seguinte até 72 horas depois, mas engravidou 6 () Outro _____ 3. Contraceptivo injetável mensal 1 () Sempre na data marcada 2 () Às vezes tomava a dose depois de passados 3 dias da data marcada. 3 () Às vezes tomava a dose depois de passados 3 dias da data marcada porque não tinha tempo de ir ao serviço de saúde. 4 () Às vezes tomava a dose depois de passados 3 dias da data marcada porque faltava a injeção no serviço de saúde. 5 () Outro _____
---	---

4. Contraceptivo injetável trimestral 1 () Sempre na data marcada 2 () Às vezes tomava a dose depois de passados 15 dias da data marcada. 3 () Às vezes tomava a dose depois de passados 15 dias da data marcada porque não tinha tempo de ir ao serviço de saúde. 4 () Às vezes tomava a dose depois de passados 15 dias da data marcada porque faltava a injeção no serviço de saúde. 5 () Outro _____ 5. Camisinha masculina 1 () Usava em todas as relações sexuais 2 () Usava somente algumas vezes 3 () Usava camisinha, mas ela rompeu em uma relação sexual 4 () Usava outro método com camisinha 5 () Não usou a camisinha, tomou a pílula do dia seguinte até 72 horas, mas engravidou 6 () Usou camisinha, ela rompeu, tomou a pílula do dia seguinte até 72 horas, mas engravidou 7 () Outro _____ 6. Camisinha Feminina 1 () Usava em todas as relações sexuais 2 () Usava algumas vezes 3 () Usava somente no período que considerava está fértil 4 () Usava outro método associado com a camisinha 5 () Usou camisinha, mas os cuidados no momento da penetração não foram adequados e engravidou 6 () Experimentou a camisinha, mas achou desconfortável o uso e não continuou 7 () Usou camisinha somente no momento em que o parceiro ia gozar, havendo penetração antes, sem proteção 8 () Outro _____ 7. Coito Interrompido 1 () Fazia uso do método em todas as relações sexuais 2 () Fazia uso do método somente no período considerado fértil 3 () Fazia uso do método associado a outro método, mas engravidou 4 () Algumas vezes quando o parceiro interrompia o coito já estava ejaculando (gozando) 5 () Fazia uso do método, mas parceiro manifestava insatisfação e nem sempre realizava interrupção no momento adequado 6 () Outro _____	8. DIU 1 () Usava DIU e engravidou 2 () Usava DIU e já havia terminado o prazo de troca 3 () Outro _____ 9. Tabela 1 () Fazia somente tabela 2 () Fazia tabela e usava camisinha 3 () Fazia tabela, mas teve relação em período fértil 4 () Outro _____ Em caso de outros métodos contraceptivos: C12. Qual era? Como utilizava? _____ C13. Em que mês da gestação você iniciou o pré-natal? _____ C14. Com que frequência você comparece as consultas do pré-natal? 1 () uma vez ao mês 2 () mais de uma vez ao mês, a depender da necessidade 3 () uma vez a cada dois meses 4 () uma vez a cada três meses 5 () uma vez a cada seis meses 6 () outras _____ C15. Apresentou algum problema de saúde durante a gravidez? () 1. Sim () 2. Não Qual? _____
--	---

ANEXO C



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
 ESCOLA DE ENFERMAGEM
 CEPEE – UFBA Tel.: (0**71) 3283-7615 / TELEFAX:
 e-mail: cepee.ufba@ufba.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: “Prevalência de gravidez não-planejada em área de cobertura do Programa de Saúde da Família em Salvador-Ba”.

Pesquisadora responsável: Edméia de Almeida Cardoso Coelho

A senhora está sendo convidada a participar da pesquisa **“Prevalência de gravidez não-planejada em área de cobertura do Programa de Saúde da Família em Salvador-Ba”** que tem como objetivo geral identificar os fatores associados à gravidez não planejada das mulheres em área de cobertura do PSF no Subúrbio Ferroviário. A senhora contribuirá respondendo a perguntas relacionadas ao seu contexto de vida (sociodemográfico e econômico), experiências sexuais e reprodutivas e atenção à saúde.

Esclareço que possíveis desconfortos e/ou constrangimentos poderão ocorrer com a aplicação do questionário, visto que, em determinados momentos serão explorados fatos da vida íntima. Entretanto, à senhora tem a liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo para a sua pessoa.

A sua participação não é obrigatória. As informações serão utilizadas para os fins da pesquisa e seu nome não será divulgado. Os dados coletados ficarão sob a responsabilidade da professora coordenadora da pesquisa e serão armazenados no departamento de enfermagem comunitária (DECOM) na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA).

Os resultados deste estudo serão publicados em revistas científicas e apresentados em eventos. Ao participar da pesquisa a senhora não terá nenhum tipo de despesas e não receberá nenhum benefício.

Qualquer dúvida ou problema que ocorra no transcurso da pesquisa, a senhora poderá entrar em contato com as pesquisadoras através do telefone: (71) 3283-7618 / (71) 32837619 ou dos e-mails: edmeiacoeelho@yahoo.com.br.

Eu, _____, confirmo ter sido informada dos objetivos da pesquisa de forma clara e detalhada e concordo em participar do presente estudo. Estou ciente de que minha participação é voluntária e que estarei contribuindo para o melhor desenvolvimento da assistência à saúde da mulher. Estou esclarecida que me é dado o direito a desistir do estudo a qualquer momento e que minha recusa em participar do estudo ou minha desistência no transcurso do mesmo não afetará a qualidade e a disponibilidade da assistência que me é prestada; que não serei remunerada.

Salvador, _____ de _____ de _____.



Impressão dactiloscópica

Assinatura da entrevistada

Edméia de Almeida Cardoso Coelho
 Pesquisadora responsável

ANEXO D



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
 ESCOLA DE ENFERMAGEM
 CEPEE – UFBA Tel.: (0**71) 3283-7615 / TELEFAX:
 e-mail: cepee.ufba@ufba.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO PARA A (O) RESPONSÁVEL

A(o) senhora(o) está sendo convidada(o) a autorizar a participação da menor sob sua responsabilidade na pesquisa **“Prevalência de gravidez não-planejada em área de cobertura do Programa de Saúde da Família em Salvador-Ba”** que tem como objetivo geral identificar os fatores associados à gravidez não planejada das mulheres em área de cobertura do PSF no Subúrbio Ferroviário. A menor contribuirá respondendo a perguntas relacionadas ao contexto de vida (sociodemográfico e econômico), experiências sexuais e reprodutivas e atenção à saúde.

Esclareço que possíveis desconfortos e/ou constrangimentos poderão ocorrer com a aplicação do questionário, visto que, em determinados momentos serão explorados fatos da vida íntima. Entretanto, a entrevistada ou a senhora tem a liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo para a sua pessoa.

A participação não é obrigatória. As informações serão utilizadas para os fins da pesquisa e seu nome e o da menor sobre sua responsabilidade não serão divulgados. Os dados coletados ficarão sob a responsabilidade da professora coordenadora da pesquisa e serão armazenados no departamento de enfermagem comunitária (DECOM) na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA).

Os resultados deste estudo serão publicados em revistas científicas e apresentados em eventos. Ao participar da pesquisa a senhora não terá nenhum tipo de despesas e não receberá nenhum benefício.

Qualquer dúvida ou problema que ocorra no transcurso da pesquisa, a senhora poderá entrar em contato com as pesquisadoras através do telefone: (71) 3283-7618 / (71) 32837619 ou dos e-mails: edmeiacoeelho@yahoo.com.br,

Eu, _____,
 confirmo ter sido informada dos objetivos da pesquisa de forma clara e detalhada e concordo em autorizar a participação da menor _____,
 que esta sob minha responsabilidade no presente estudo. Estou ciente de que a participação da menor é voluntária e que estarei contribuindo para o melhor desenvolvimento da assistência à saúde da mulher. Estou esclarecida de que é dado a ela o direito a desistir do estudo a qualquer momento e que a sua recusa em participar do estudo ou sua desistência no transcurso do mesmo não afetará a qualidade e a disponibilidade da assistência que me é prestada; que não serei remunerada.
 Salvador, _____ de _____ de _____.

 Assinatura



Impressão Digital

Declaro que recebi de forma voluntária e apropriada o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deste(a) entrevistado(a), para participação nesta Pesquisa.

 Profª Drª Edméia de Almeida Cardoso Coelho
 Pesquisadora responsável pelo projeto

 Jussilene Jesus Souza
 Mestranda

Ana Paula Vidal dos Santos
Mestranda

Laís Vilanova Tavares Vitoriano
Graduanda/ PIBIC

Maria Lindiane de Souza Andrade
Graduanda/ PIBIC

Millani Souza de Almeida
Graduanda/ PIBIC

_____, ____/____/____

Contatos: Escola de Enfermagem da UFBA - Rua Augusto Viana S/N Campus do Canela, Canela Salvador-Ba CEP 40110-060. Telefone: 3283-7618.