



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE-MS
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
EM SAÚDE DA FAMÍLIA SESAUFIOCRUZ**

ROBEJÂNIA MARIA CAMPOS DE ALMEIDA

**A PARTICIPAÇÃO DO PARCEIRO NO PLANEJAMENTO
REPRODUTIVO NO BRASIL, MACRORREGIÕES E CAPITAIS
SEGUNDO AUTODECLARAÇÃO DE MULHERES EM IDADE
REPRODUTIVA: PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE 2019**

**CAMPO GRANDE - MS
2024**

ROBEJÂNIA MARIA CAMPOS DE ALMEIDA

**A PARTICIPAÇÃO DO PARCEIRO NO PLANEJAMENTO
REPRODUTIVO NO BRASIL, MACRORREGIÕES E CAPITAIS
SEGUNDO AUTODECLARAÇÃO DE MULHERES EM IDADE
REPRODUTIVA: PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE 2019**

Trabalho de Conclusão de Residência
apresentado como requisito parcial para
conclusão da Residência Multiprofissional em
Saúde da Família SESAUI/FIOCRUZ, de Mato
Grosso do Sul.

Orientadora: Laís Santos de Magalhães Cardoso
Co-orientadora: Ana Carolina Micheletti Gomide
Nogueira de Sá

**Residência Multiprofissional
em Saúde da Família**

SESAUI/FIOCRUZ
CAMPO GRANDE - MS

2024

Laboratório de Inovação na Atenção Primária à Saúde - Campo Grande - Mato Grosso do Sul

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	7
MÉTODOS.....	10
Desenho, população e período do estudo.....	10
Contexto e fonte dos dados.....	10
Variáveis utilizadas.....	11
Análise dos dados.....	12
Aspectos éticos.....	13
RESULTADOS.....	13
DISCUSSÃO.....	21
CONCLUSÃO.....	25
REFERÊNCIAS.....	26
APÊNDICE A - Cartilha sobre a importância da participação do parceiro no planejamento reprodutivo.....	29
ANEXO A - DOCUMENTAÇÃO DE APROVAÇÃO CGES/SESAU.....	32
ANEXO B - DOCUMENTAÇÃO DE APROVAÇÃO CGES/SESAU.....	33
ANEXO C - NORMAS PARA FORMATAÇÃO CONFORME O PERIÓDICO ESCOLHIDO - Revista “Ft.....	34

APRESENTAÇÃO

Este Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) foi elaborado consoante as normas e orientações para a formatação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família SESAU/FIOCRUZ e estruturado em forma de artigo.

Uma vez que este manuscrito se apresenta em forma de artigo, as seções de introdução, métodos, resultados, discussão e referências foram formatadas conforme as instruções aos autores da “Revista FT”, periódico científico eletrônico multidisciplinar classificado com Qualis B2, o qual foi escolhido pela autora como veículo de comunicação científica dos resultados apresentados neste TCR.

Nos elementos pós-textuais constam as documentações de aprovação emitidas pela Secretaria Municipal de Saúde (SESAU/CGES) de Campo Grande, Mato Grosso do Sul (Anexos A e B), uma cartilha sobre a importância da participação do parceiro no planejamento reprodutivo (Apêndice A) e as normas para formatação do periódico escolhido (Anexo C).

A cartilha apresentada no Apêndice A também corresponde a produto deste TCR, conforme definido no projeto de pesquisa apresentado e aprovado pela SESAU. Para a confecção da cartilha foram sintetizadas as evidências científicas sobre a importância da participação do parceiro no planejamento reprodutivo. A cartilha em questão, como uma proposta inicial, é direcionada aos usuários das unidades de saúde do projeto Territórios Integrados de Atenção à Saúde (TEIAS) de Campo Grande - MS e tem como finalidade prover informações sobre a importância da participação do parceiro no planejamento reprodutivo.

A concepção desta cartilha foi inspirada pela experiência adquirida pela residente e autora deste estudo durante a realização de suas atividades em campo de estágio na Atenção Primária à Saúde (APS), em que se observou a necessidade da produção de um material instrutivo e de fácil compreensão para os usuários e profissionais de saúde sobre a temática estudada.

Ao longo do desenvolvimento deste TCR, para a elaboração da cartilha, foram sintetizadas as evidências científicas que destacam a relevância da participação do parceiro no planejamento reprodutivo, com o intuito de oferecer suporte ao usuário. Sendo assim, esta cartilha visa atender os usuários das unidades de saúde do projeto Territórios Integrados de Atenção à Saúde (TEIAS) de Campo Grande - MS, fornecendo informações essenciais sobre

a importância da participação do parceiro no planejamento reprodutivo. Entende-se que a construção desta cartilha e sua utilização no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) poderá ser útil aos profissionais e trazer benefícios para os usuários. O uso dessa tecnologia leve em ações de educação e promoção da saúde tem potencial para instruir, instrumentalizar e sensibilizar os usuários quanto à temática, ampliando sua autonomia no autocuidado e a tomada de decisão em saúde melhor informada.

RESUMO

Introdução: Planejamento reprodutivo corresponde ao conjunto de métodos e técnicas que auxiliam a concepção e a contracepção, baseados em critérios científicos e individuais, utilizados pelo homem ou mulher, que garantem o direito à livre escolha de ter filhos ou não, e no momento que for oportuno. **Objetivo:** analisar a prevalência de participação do parceiro no planejamento reprodutivo entre mulheres no Brasil, Macrorregiões e capitais brasileiras e os fatores associados a essa participação. **Métodos:** estudo transversal a partir de dados de 995 mulheres em idade reprodutiva provenientes da Pesquisa Nacional de Saúde 2019 (PNS). Estimou-se a prevalência e os percentuais de participação do parceiro no planejamento reprodutivo segundo variáveis selecionadas e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%). Para verificar as associações, utilizou-se o modelo de regressão logística e foram calculadas as razões de chance brutas (ORb) e ajustadas (ORaj) e os IC95%. **Resultados:** a participação do parceiro foi de 43,4% (IC95% 38,27-48,63) no Brasil, variou de 31,8% (IC95% 24,89-39,71) na região Nordeste a 56,4% (IC95% 42,81-69,14) na Sul e foi maior em Curitiba (77,67%; IC95% 41,53-94,45). Houve maior chance de participação do parceiro nas mulheres com maior escolaridade (ORaj 1,98; IC95% 1,12-3,48), da raça/cor de pele amarela (ORaj 6,90; IC 95% 1,43-33,25), com plano de saúde (ORaj 2,24; IC95% 1,14-4,39), cujo parceiro mora no mesmo domicílio (ORaj 2,44; IC95% 1,39-4,27) e utilizaram a tabela (ORaj 4,42; IC 95% 1,49-13,04) como método contraceptivo. Ser da raça/cor de pele preta (ORaj 0,30; IC95% 0,13-0,69) e parda (ORaj 0,57; IC 95% 0,34-0,95), solteira (ORaj 0,40; IC 95% 0,26-0,63), utilizar métodos para evitar gravidez (ORaj 0,38; IC 95% 0,24-0,59) e o uso de contraceptivo injetável (ORaj 0,34; IC 95% 0,18-0,64) associaram-se às menores chances. **Conclusão:** Esta análise pode subsidiar o direcionamento de ações e políticas públicas voltadas ao planejamento reprodutivo, de forma a promover condutas assertivas de promoção e inserção masculina nas estratégias de concepção e contracepção.

Palavras-chave: Planejamento Familiar. Participação do Parceiro. Estudos Transversais. Inquéritos Epidemiológicos. Pesquisa Nacional de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Reproductive planning corresponds to the set of methods and techniques that help conception and contraception, based on scientific and individual criteria, used by men or women, which guarantee the right to freely choose whether or not to have children, and at the appropriate time. **Objective:** To analyze the prevalence of partner participation in reproductive planning among women in Brazil, Brazilian macro-regions and capitals and the factors associated with this participation. **Methods:** cross-sectional study based on data from 995 women of reproductive age from the 2019 National Health Survey (PNS). The prevalence and percentages of partner participation in reproductive planning were estimated according to selected variables and respective 95% confidence intervals (95% CI). To verify the associations, the logistic regression model was used and crude (ORb) and adjusted (ORadj) odds ratios and 95% CI were calculated. **Results:** partner participation was 43.4% (95%CI 38.27-48.63) in Brazil, ranged from 31.8% (95%CI 24.89-39.71) in the Northeast to 56.4% (95%CI 42.81-69.14) in the South and was higher in Curitiba (77.67%; 95%CI 41.53-94.45). There was a greater chance of partner participation in women with higher schooling (ORadj 1.98; 95%CI 1.12-3.48), yellow race/skin color (ORadj 6.90; 95% CI 1.43-33.25), with health insurance (ORadj 2.24; 95%CI 1.14-4.39), whose partner lives in the same household (ORadj

2.44; 95%CI 1.39-4.27) and used the table (adjOR4.42; 95% CI 1.49-13.04) as a contraceptive method. Being of black race/skin color (ORadj 0.30; 95%CI 0.13-0.69) and brown (ORadj 0.57; 95% CI 0.34-0.95), single (adjOR 0.40; 95% CI 0.26-0.63), use methods to prevent pregnancy (adjOR 0.38; 95% CI 0.24-0.59) and the use of injectable contraceptives (ORadj 0.34; 95% CI 0.18-0.64) were associated with lower chances. **Conclusion:** This analysis can support the direction of actions and public policies aimed at reproductive planning, in order to promote assertive conducts of promotion and male inclusion in conception and contraception strategies.

Keywords: Family Planning. Partner Participation. Cross-sectional studies. Epidemiological Surveys. National Health Survey.

A PARTICIPAÇÃO DO PARCEIRO NO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO NO BRASIL, MACRORREGIÕES E CAPITAIS SEGUNDO AUTODECLARAÇÃO DE MULHERES EM IDADE REPRODUTIVA: PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE DE 2019

Robejânia Maria Campos de Almeida ¹
Ana Carolina Micheletti Gomide Nogueira de Sá²
Laís Santos de Magalhães Cardoso³

INTRODUÇÃO

O conceito de planejamento reprodutivo corresponde ao conjunto de métodos e técnicas que auxiliam a concepção e a contracepção, baseados em critérios científicos e individuais, utilizados pelo homem ou mulher, que garantem o direito à livre escolha de ter filhos ou não, no momento em que for oportuno, de forma integral (BRASIL, 2013).

Em 1994, na cidade do Cairo, foi realizada a Conferência Internacional da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre População e Desenvolvimento (CIPD), marco histórico no tocante à temática dos direitos sexuais e reprodutivos, afastando o enfoque puramente demográfico da questão (BRASIL, 2013). No ano seguinte, aconteceu em Pequim a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, que reafirmou conceitos e acordos firmados em Cairo, outrossim avançou no entendimento da importância da corresponsabilidade dos homens no contexto da saúde sexual e reprodutiva (BRASIL, 2013).

No Brasil, em consonância e sob influência dos marcos referenciais internacionais, foram implementadas políticas nacionais de saúde voltadas à atenção integral da mulher, como o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984, importante avanço na abordagem da saúde da mulher, com foco em todos os seus ciclos de vida (BRASIL, 2013). Em vista disso, considerando a Portaria nº 2.488 de 2011, que apresenta a Atenção Primária em Saúde (APS) atuando como porta de entrada preferencial e centro

¹ Robejânia Maria Campos de Almeida - Enfermeira discente do Curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Instituição SESAUI/FIOCRUZ, Campus Campo Grande / MS. E-mail: robejaniamf@gmail.com

² Ana Carolina Micheletti Gomide Nogueira de Sá - Pesquisadora do Observatório de Doenças e Agravos Não Transmissíveis. Escola de Enfermagem da UFMG. Doutora em Enfermagem (UFMG). e-mail: carolmichelettigomide@gmail.com

³ Laís Santos de Magalhães Cardoso - Pesquisadora do Observatório de Doenças e Agravos Não Transmissíveis. Escola de Enfermagem da UFMG. Doutora em Enfermagem (UFMG). e-mail: laissmcardoso@gmail.com

articulador do acesso dos usuários ao Sistema Único de Saúde (SUS), os profissionais que nela atuam devem prestar assistência na oferta de métodos e técnicas contraceptivas cientificamente aceitos e disponíveis na rede, sejam reversíveis ou irreversíveis (BRASIL, 2012).

Diante disso, o planejamento sexual e reprodutivo faz parte da assistência integral à saúde e deve ser ofertado para todos os cidadãos, de forma que é assegurado pela Lei Federal nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996, constituinte do art. 2º, o qual entende como planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal (BRASIL, 1996).

Considerando a amplitude de gênero, faixa etária e conformações familiares, o termo planejamento reprodutivo representa uma perspectiva mais abrangente, em comparação com planejamento familiar, uma vez que cada indivíduo tem o direito de estruturar sua vida, de acordo com suas necessidades particulares, não somente visando controle de natalidade (BRASIL, 2013). A inserção masculina em políticas públicas específicas de enfoque ao planejamento reprodutivo, só foi acontecer com o lançamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) em 2008. Antes disto, apesar da existência de políticas que envolviam o homem nessa abordagem, estas eram restritas aos programas de saúde da mulher.

No tocante à dimensão da concepção, os métodos que apoiam o planejado reprodutivo perpassam por critérios científicos e clínicos pré-estabelecidos, sendo necessário considerar as questões comportamentais, psicológicas e sociais de cada ser, uma vez que cada indivíduo deverá participar ativamente do processo de escolha do método, a fim de aumentar a adesão ao seu uso (BELO HORIZONTE, 2022). Por exemplo, em conclusão alcançada por Trindade e colaboradores (2021), a utilização de hormônios por mulheres em idade fértil lidera o ranking de métodos para evitar a gravidez, sejam orais, injetáveis ou implantados, o que equivale à proporção do uso de uma em cada três mulheres no Brasil.

Especificamente quanto aos métodos contraceptivos definitivos, alguns dispositivos da Lei que regulamenta os direitos sexuais e reprodutivos foram revogados recentemente, através da PL 1.941/2022: diminuição da idade mínima de 25 para 21 anos, em homens e mulheres, para submeter-se a procedimento voluntário de esterilização e a não obrigatoriedade do consentimento expresso de ambos os cônjuges (BRASIL, 1996). Assim, obedecendo-se o

prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, e que nesse período sejam esclarecidas as opções de outros métodos contraceptivos não definitivos disponíveis, a mulher poderá ser submetida à esterilização feminina (laqueadura tubária), inclusive no pós parto, e o homem à esterilização masculina (vasectomia), se assim o desejar.

Ademais, através da Resolução 690/2022 (COFEN 2022), o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) regulamenta a exclusividade, dentre a equipe de enfermagem, da atuação do enfermeiro na garantia dos direitos sexuais e reprodutivos por meio da consulta de Enfermagem e de condutas relacionadas à solicitação de exames, prescrição de medicamentos contraceptivos e realização de procedimentos.

Existem diversos estudos na literatura científica que abordaram o planejamento reprodutivo na perspectiva do levantamento de uso de métodos contraceptivos e alguns desses trabalharam dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019 com foco na estimativa da prevalência do uso desses métodos, elencando os mais utilizados pelas mulheres brasileiras (ARAÚJO *et al.*, 2023; TRINDADE *et al.*, 2021; FELISBINO-MENDES *et al.*, 2021; SOUZA *et al.*, 2022). Entretanto, considerando-se uma abordagem mais abrangente, observou-se que existe uma lacuna na análise da inclusão do parceiro no planejamento reprodutivo. Na literatura científica foi encontrada uma revisão de literatura cujo objeto de pesquisa consistiu na participação do parceiro (PADILHA; SANCHES, 2020). Deste modo, a abordagem desta temática utilizando dados quantitativos da PNS 2019 é inédita.

A PNS é um inquérito de saúde de base populacional e domiciliar, de abrangência nacional, representativa do País, Grandes Regiões, Unidades da Federação, áreas urbanas e rural, capitais e regiões metropolitanas das unidades federativas e capitais, cujo objetivo é coletar informações sobre as condições de saúde da população, a fim de obter subsídios para formulação de políticas públicas nas áreas de promoção, vigilância e atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) (IBGE, 2020). Em relação ao ano de 2013, a PNS 2019 inovou ao incluir módulos referentes à paternidade e pré-natal do parceiro, com o intuito de coletar informações sobre o envolvimento dos homens sobre as questões relacionadas à concepção e contracepção no país (IBGE, 2020).

Diante do exposto, a presente pesquisa buscou responder às seguintes questões: Qual a magnitude da participação dos parceiros no planejamento reprodutivo no Brasil? O perfil sociodemográfico e a escolha do método contraceptivo difere entre as mulheres cujo parceiro participa do planejamento reprodutivo e aquelas em que não há participação do parceiro?

Nessa perspectiva, o presente estudo teve como objetivo analisar a prevalência de participação do parceiro no planejamento reprodutivo no Brasil, Macrorregiões e capitais, a partir da declaração das mulheres em idade reprodutiva respondentes da PNS 2019. Ademais, objetivou analisar os fatores associados à participação do parceiro.

MÉTODOS

Desenho, população e período do estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo transversal de base populacional, de caráter descritivo e analítico, no qual foram utilizados dados secundários oriundos da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019 para estimar a ocorrência e os fatores associados da participação do parceiro no planejamento reprodutivo no Brasil, Macrorregiões e capitais brasileiras. A PNS 2019 foi realizada entre agosto de 2019 e março de 2020 com moradores de domicílios selecionados, com 15 ou mais anos de idade. As análises realizadas consideraram apenas as respostas das mulheres em idade reprodutiva (15 a 49 anos) respondentes do módulo R - Saúde da Mulher.

Contexto e fonte dos dados

A PNS é um inquérito populacional de saúde de base domiciliar, realizado em âmbito nacional pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com o Ministério da Saúde. A população-alvo compreende os moradores de domicílios particulares permanentes situados na área de abrangência geográfica da pesquisa (IBGE, 2020). Foram excluídos da PNS quartéis, bases militares, presídios, agrupamentos indígenas, alojamentos, acampamentos, agrovilas de assentamento, comunidades quilombolas, embarcações, conventos, hospitais e abrigos destinados a idosos, crianças ou adolescentes (IBGE, 2020).

A amostragem da PNS foi probabilística em conglomerado, com estratificação em três estágios: setores censitários, domicílios e moradores, sendo estes dois últimos selecionados por amostragem aleatória simples (IBGE, 2020). Dentro de cada domicílio da amostra, um morador com 15 anos ou mais de idade foi selecionado a partir de uma lista de moradores

elegíveis construída no momento da entrevista, para responder à entrevista individual (IBGE, 2020). Mais detalhes metodológicos da PNS encontram-se disponíveis em outras publicações (IBGE, 2020; STOPA *et al.*, 2020).

Devido ao desenho amostral complexo da PNS foram definidos pesos amostrais para domicílios e moradores selecionados. O peso final aplicado constitui-se do produto do inverso das probabilidades de seleção de cada estágio, com a finalidade de corrigir as perdas e realizar os ajustes dos totais populacionais (IBGE, 2020; STOPA *et al.*, 2020).

A base de dados e os questionários da PNS 2019 são de domínio público e livre acesso e encontram-se disponibilizados em sítio eletrônico específico (<https://www.pns.iciet.fiocruz.br/>). O questionário é dividido em módulos com temas relacionados à saúde e constam informações sobre o domicílio, todos os moradores e o morador selecionado (IBGE, 2020).

Variáveis utilizadas

Neste estudo, o desfecho correspondeu à participação do parceiro em grupo de planejamento familiar (código da variável no banco da PNS - R033 diposta no módulo R de Saúde da Mulher).

Por sua vez, as variáveis explicativas foram:

- a) características sociodemográficas: idade reprodutiva (15 a 20 anos; 21 a 29 anos; 30 a 39 anos; 40 a 49 anos; Escolaridade (sem instrução e fundamental incompleto; fundamental completo e médio incompleto; médio completo e superior incompleto; superior completo); Raça/cor da pele (branca; parda; preta, amarela e indígena); Estado civil (casado; divorciado/separado; viúvo; solteiro); Posse de plano de saúde (Não; Sim), originadas de perguntas do módulo do questionário referente à identificação (Parte 1 - Identificação e Controle); Módulo C (Características gerais dos moradores), com inclusão das variáveis com códigos no banco de dados da PNS correspondente a C009 (cor ou raça) e C014 (sobre estado civil); D (Características de educação dos moradores, com inclusão da variável sobre escolaridade - código da variável no banco da PNS D00901 (qual foi o curso mais elevado que frequentou); e I

- Cobertura de Plano de Saúde, código da variável no banco da PNS I00102 (tem algum plano de saúde médico particular, de empresa ou órgão público);
- b) Geográficas: Regiões (Norte; Nordeste; Sudeste; Sul; Centro-Oeste), originadas de perguntas do módulo do questionário de identificação (Parte 1 - Identificação e Controle);
- c) Situação de residir com o parceiro (Não; Sim), originada de perguntas do módulo C do questionário - Características gerais dos moradores, código da variável no banco da PNS C01001;
- d) Métodos contraceptivos: Utiliza métodos para evitar gravidez (Não; Sim); Métodos contraceptivos utilizados: Tabela (Não; Sim); Pílula (Não; Sim); Camisinha masculina (Não; Sim); Camisinha feminina (Não; Sim); Diafragma (Não; Sim); Dispositivo Intrauterino - DIU (Não; Sim); Contraceptivo injetável (Não; Sim); Implante (Norplant) (Não; Sim); Creme/ óvulo (Não; Sim); Pílula do dia seguinte (Não; Sim); e outros métodos (Não; Sim) - originadas de perguntas do módulo R do questionário, códigos das variáveis no banco da PNS, R034 (usa algum método para evitar a gravidez atualmente), R03602 até R03611 (opções dos métodos disponíveis atualmente).

Além das variáveis descritas acima, também foram investigados os seguintes indicadores: Mulheres em idade reprodutiva que autodeclararam ter participado de grupo de planejamento reprodutivo (Não; Sim) - originada do módulo R do questionário, código da variável R032 (participação em grupo de planejamento familiar nos últimos doze meses); Geográficas (Brasil e as 27 Capitais brasileiras), originadas de perguntas do módulo do questionário de identificação.

Análise dos dados

Inicialmente, estimou-se a prevalência de participação em grupo de planejamento reprodutivo autodeclarado por mulheres em idade reprodutiva com os respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%), segundo variáveis geográficas. Em seguida, foram calculados os percentuais de participação do parceiro em grupo de planejamento reprodutivo e os IC95% segundo características sociodemográficas, situação de residência do parceiro no domicílio, utilização de métodos para evitar gravidez e métodos contraceptivos utilizados. Para analisar as diferenças entre estratos utilizou-se o teste de qui-quadrado.

Para verificar os fatores associados ao desfecho, empregou-se o modelo de regressão logística e foram calculadas as Razões de Chances (*Odds Ratio* - OR) e respectivos IC95%. Foram realizadas análises bivariadas com estimação das OR brutas (OR_b) e ajustadas por idade, escolaridade e raça/cor da pele (OR_{aj}). Foram consideradas como fatores associados à participação do parceiro as variáveis que apresentaram valor de $p \leq 0,05$.

Para todas as análises adotou-se o nível de significância de 5%. As análises estatísticas foram realizadas com o uso do software Data Analysis and Statistical (Stata), versão 14, empregando-se o módulo survey para amostras complexas, que considera os pesos de pós-estratificação para expansão da amostra da PNS 2019.

Aspectos éticos

Para a realização do presente estudo foram utilizados dados da PNS 2019 que são de domínio público e livre acesso. A PNS 2019 considerou todos os princípios éticos de estudos com seres humanos tendo sido aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde sob o Parecer nº 3.529.376, emitido em 23 de agosto de 2019 (IBGE, 2020; FIOCRUZ, 2024). Todos os entrevistados foram esclarecidos sobre a pesquisa e concordaram em participar, sendo garantida a confidencialidade das informações obtidas (IBGE, 2020).

RESULTADOS

A amostra prevista para a PNS 2019 foi de 108.525 domicílios e os dados foram coletados em 94.114. Neste estudo, foram considerados os dados de 143.671 mulheres em idade reprodutiva (15 a 49 anos) respondentes da PNS 2019 e foram analisados 995 dados referentes às mulheres que declararam ter participado de grupo de planejamento familiar sendo que, destas, 387 responderam que tiveram a participação do parceiro no grupo (dados não mostrados).

Entre as macrorregiões, a região Norte deteve o maior percentual de mulheres em idade reprodutiva participantes de grupo de planejamento familiar (6,46%; IC95%=5,32-7,82), seguida da Nordeste (5,62%; IC95%=4,83-6,52), Sudeste (4,40%; IC95%=3,51-5,51), Centro-Oeste (4,26%, IC95%=3,21-5,64) e Sul (3,18%,

IC95%=2,42-4,16) ($p=0,0021$). Considerando as capitais e o Distrito Federal, os percentuais de mulheres que declararam ter participado de grupo de planejamento familiar variaram de 0,92% (IC95% =0,3-2,77) em Aracaju a 11,32% (IC95%=8,52-14,9) em Manaus, diferenças estatisticamente significativas ($p=0,0185$) (Tabela 1).

Entre as mulheres em idade reprodutiva que declararam ter participado de grupo de planejamento familiar, aproximadamente 43,4% (IC95% = 38,27-48,63) responderam que o parceiro participou do grupo. A ocorrência deste evento diferiu entre as macrorregiões, variando de 31,8% (IC95% = 24,89-39,71) na região Nordeste a 56,4% (IC95% = 42,81-69,14) na região Sul, sendo essa diferença estatisticamente significativa ($p=0,0074$). Com relação às capitais e o Distrito Federal, o percentual de respostas positivas para a participação do parceiro foi maior em Curitiba (77,67%, IC95% = 41,53-94,45), atingiu o menor valor em Florianópolis (10,59%; IC95% = 1,19-53,68) e correspondeu a zero em Aracaju e Porto Alegre, diferenças essas sem significância estatística ($p=0,3315$) (Tabela 1).

Tabela 1 - Prevalência de participação em grupo de planejamento reprodutivo e percentual de participação do parceiro no grupo autodeclarados por mulheres em idade reprodutiva, segundo Brasil, regiões e capitais brasileiras, PNS 2019

Variáveis	Participou do grupo de planejamento reprodutivo			Declarou participação do parceiro		
	Sim % (IC _{95%})	Não % (IC _{95%})	p	Sim % (IC _{95%})	Não % (IC _{95%})	p
Brasil	4,71 (4,22-5,25)	95,29 (94,75-95,78)	-	43,38 (38,27-48,63)	56,62 (51,37-61,73)	-
Região						
Norte	6,46 (5,32-7,82)	93,54 (92,18-94,68)		42,41 (33,07-52,33)	57,59 (47,67-66,93)	
Nordeste	5,62 (4,83-6,52)	94,38 (93,48-95,17)		31,84 (24,89-39,71)	68,16 (60,29-75,11)	
Sudeste	4,40% (3,51-5,51)	95,60 (94,49-96,49)	0,002 1	49,15 (3,91-59,26)	50,85 (40,74-6,09)	0,007 4
Sul	3,18 (2,42-4,16)	96,82 (95,84-97,58)		56,43 (42,81-69,14)	43,57 (30,86-57,19)	
Centro-Oeste	4,26 (3,21-5,64)	95,74 (96,36-96,79)		45,37 (33,96-57,29)	54,63 (42,71-66,04)	
Capitais						
Aracaju	0,92 (0,3-2,77)	99,08 (97,23-99,7)		0	100	
Belém	5,06 (2,7-9,29)	96,78 (93,92-98,31)	0,018 5	64,98 (35,87-86,02)	35,02 (13,98-64,13)	0,331 5
Belo Horizonte	4,71 (2,82-7,76)	95,29 (92,24-97,18)		41,64 (20,19-66,81)	58,35 (33,19-79,81)	

Boa Vista	3,22 (1,69-6,08)	96,78 (93,92-98,31)	16,82 (4,9-44,22)	83,18 (55,78-95,1)
Campo Grande	3,94 (2,38-6,46)	96,06 (93,54-97,62)	40,19 (19,42-65,19)	59,81 (34,81-80,58)
Cuiabá	4,51 (1,73-11,21)	95,49 (88,79-98,27)	27,9 (6,69-67,6)	72,1 (32,4-93,31)
Curitiba	3,6 (1,57-8,04)	96,4 (91,96-98,43)	77,67 (41,53-94,45)	22,33 (5,55-58,47)
Distrito Federal	6,07 (3,25-11,05)	93,93 (88,95-96,75)	45,2 (37,34-53,3)	54,8 (46,7-62,66)
Florianópolis	2,26 (0,82-6,12)	97,74 (93,88-99,18)	10,59 (1,19-53,68)	89,41 (46,32-98,81)
Fortaleza	4,66 (2,32-9,14)	95,34 (90,86-97,68)	48,51 (18,41-79,73)	51,49 (20,27-81,59)
Goiânia	6,93 (3,52-13,18)	93,07 (86,82-96,48)	55,42 (22,06-84,52)	44,58 (15,48-77,94)
João Pessoa	4,53 (2,19-9,13)	95,47 (90,87-97,81)	46,76 (16,27-79,88)	53,24 (20,12-83,73)
Macapá	4,08 (2,01-8,09)	95,92 (91,91-97,99)	29,08 (11,63-56,11)	70,92 (43,89-88,37)
Maceió	3,69 (1,79-7,45)	96,31 (92,55-98,21)	34,28 (10,9-68,98)	65,72 (31,02-89,1)
Manaus	11,32 (8,52-14,9)	88,68 (85,1-91,48)	41,86 (27,46-57,8)	58,14 (42,2-72,54)
Natal	2,97 (1,04-8,14)	97,03 (91,86-98,96)	20,27 (2,97-67,84)	79,73 (32,16-97,03)
Palmas	6,12 (3,33-10,98)	93,88 (89,02-96,67)	31,68 (9,58-67,0)	68,32 (33,0-90,42)
Porto Alegre	1,92 (0,67-5,38)	98,08 (94,62-99,33)	0	100
Porto Velho	6,04 (3,16-11,24)	93,96 (88,76-96,84)	66,8 (40,59-85,57)	33,2 (14,43-59,41)
Recife	4,99 (2,59-9,4)	95,01 (90,6-97,41)	34,62 (10,82-69,79)	65,38 (30,21-89,18)
Rio Branco	5,19 (2,91-9,09)	94,81 (90,91-97,09)	43,01 (19,0-70,83)	56,99 (29,17-81,0)
Rio de Janeiro	1,88 (0,77-4,52)	98,12 (95,48-99,23)	32,69 (5,08-81,51)	67,31 (18,49-94,92)
Salvador	6,11 (3,23-11,26)	93,89 (88,74-96,77)	20,73 (72,2-46,76)	79,27 (53,24-92,78)
São Luís	5,52 (3,07-9,74)	94,48 (90,26-96,93)	53,28 (25,48-79,18)	46,72 (20,82-74,52)
São Paulo	5,96 (3,39-10,27)	94,04 (89,73-96,61)	55,46 (37,42-72,17)	44,54 (27,83-62,58)
Teresina	6,06 (3,48-10,33)	93,94 (89,67-96,52)	54,54 (25,69-80,63)	45,46 (19,37-74,31)
Vitória	2,97 (1,24-6,97)	97,03 (93,03-98,76)	67,47 (26,55-92,25)	58,35 (33,19-79,81)

Legenda: IC_{95%} = intervalo de confiança de 95%; p = valor de p do teste Qui-quadrado; PNS= Pesquisa Nacional de Saúde.

A Tabela 2 apresenta a distribuição percentual da participação do parceiro segundo as características sociodemográficas das mulheres respondentes, a situação de residência no mesmo domicílio e os métodos contraceptivos por elas utilizados. Embora os percentuais de participação do parceiro em grupo de planejamento familiar tenham aumentado com o aumento da idade das mulheres respondentes, não houve significância estatística nas diferenças encontradas (Tabela 2).

Houve diferenças estatisticamente significativas para as variáveis escolaridade ($p=0,0135$), raça/cor da pele ($p=0,0014$), estado civil ($p<0,001$), possuir plano de saúde ($p<0,001$) e residir no mesmo domicílio que o parceiro ($p=0,0018$). Com respeito à distribuição percentual do desfecho segundo escolaridade, mulheres em idade reprodutiva com ensino médio completo e superior incompleto, e aquelas com superior completo apresentaram os maiores percentuais de participação do parceiro, respectivamente 47,26% (IC95% = 39,52-55,13) e 55,56% (IC95% = 42,49-67,91). As mulheres brancas apresentaram maior percentual de participação do parceiro (54,51 (44,17-64,47) em relação às mulheres pardas e pretas (39,80 (33,6-46,35) e 27,03 (14,58-44,55). Observou-se maior percentual de participação do parceiro quando as mulheres eram casadas em relação às solteiras (56,52%, IC95% = 49,04-63,72 vs. 31,89 %, IC95% = 25,22-39,4, respectivamente), quando declararam possuir plano de saúde 63,61% (IC95% =51,45-74,25) e morar no mesmo domicílio que o parceiro (49,30%; IC95% = 43,37-55,25) (Tabela 2).

No que se refere à distribuição percentual da participação do parceiro segundo uso e escolha de métodos contraceptivos, houve significância estatística para as variáveis “utiliza métodos para evitar gravidez” ($p<0,001$), “utiliza tabela” ($p=0,0056$), “utiliza contraceptivo injetável” ($p<0,001$) e “utiliza implantes” ($p<0,001$). O percentual de mulheres que relatou utilizar métodos contraceptivos é menor entre as que declararam participação do parceiro no planejamento reprodutivo (36,78%, IC95% = 30,76-43,24) em relação às que declararam não haver essa participação. Mulheres que reportaram a participação do parceiro apresentaram maior percentual de uso da tabela (69,01%, IC95% = 43,50-86,56) e de implantes (93,55%, IC95% = 67,34-99,03) e, contrariamente, menor uso de contraceptivo injetável (18,69%, IC95% = 11,87-28,18) Tabela 2.

Tabela 2 – Percentual de participação do parceiro em grupo de planejamento reprodutivo autodeclarada por mulheres em idade fértil, segundo variáveis

**sociodemográficas, residência no mesmo domicílio e escolha de métodos contraceptivos,
Brasil, PNS 2019**

Variáveis	Participação do Parceiro		
	Sim % (IC95%)	Não % (IC95%)	p
Características sociodemográficas			
Faixa etária (anos)			
15 a 20	35,45 (20,22-54,35)	64,55 (45,65-79,78)	0,8012
21 a 29	42,74 (33,76-52,22)	57,26 (47,78-66,24)	
30 a 39	44,67 (36,46-53,17)	55,33 (46,83-63,54)	
40 a 49 anos	46,59 (35,28-58,27)	53,41 (41,73-64,72)	
Escolaridade			
Sem instrução e fundamental incompleto	33,04 (23,18-44,67)	66,96 (55,33-76,82)	0,0135
Fundamental completo e médio incompleto	31,56 (21,21-44,13)	68,44 (55,87-78,79)	
Médio completo e superior incompleto	47,26 (39,52-55,13)	52,74 (44,87-60,48)	
Superior completo	55,56 (42,49-67,91)	44,44 (32,09-57,51)	
Raça/cor			
Branco	54,51 (44,17-64,47)	45,49 (35,53-55,83)	0,0014
Parda	39,80 (33,6-46,35)	60,20 (53,65-66,4)	
Preta	27,03 (14,58-44,55)	72,97 (55,45-85,42)	
Amarela	90,78 (67,71-97,88)	9,22 (2,12-32,29)	
Indígena	65,17 (27,02-90,44)	34,83 (9,56-72,98)	
Estado civil			
Casado	56,52 (49,04-63,72)	43,48 (36,28-50,96)	<0,001
Divorciado/separado	43,02 (23,99-64,36)	56,98 (35,64-76,01)	
Viúvo	36,82 (6,95-81,96)	63,18 (18,04-93,05)	
Solteiro	31,89 (25,22-39,4)	68,11 (60,6-74,78)	
Possui plano de saúde			
Não	37,97 (32,37-43,91)	62,03 (56,09-67,63)	<0,001
Sim	63,61 (51,45-74,25)	36,39 (25,75-48,55)	1
Residência no domicílio			
Parceiro mora no mesmo domicílio			
Não	29,23 (20,33-40,07)	70,77 (59,93-79,67)	0,0018
Sim	49,30 (43,37-55,25)	50,70 (44,75-56,63)	
Métodos contraceptivos			
Utiliza métodos para evitar gravidez			
Não	55,79 (47,43-63,83)	44,21 (36,17-52,57)	<0,001
Sim	36,78 (30,76-43,24)	63,22 (56,76-69,24)	1
Utiliza tabela			
Não	34,29 (28,34-40,77)	65,71 (59,23-71,66)	0,0056
Sim	69,01 (43,50-86,56)	30,99 (13,44-56,5)	
Utiliza pílula			
Não	37,02 (28,86-46,0)	62,98 (54,0-71,14)	0,9389
Sim	36,52 (27,72-46,32)	63,48 (53,68-72,28)	
Utiliza camisinha masculina			
Não	34,22 (26,46-42,92)	65,78 (57,08-73,54)	0,2970
Sim	40,88 (31,86-50,57)	59,12 (49,43-68,14)	
Utiliza camisinha feminina			
Não	36,81 (3,07-43,38)	63,19 (56,62-69,93)	0,9309
Sim	35,23 (10,56-71,49)	64,77 (28,51-89,44)	
Utiliza diafragma			
Não	36,74 (30,68-43,25)	63,26 (56,75-69,32)	0,827
Sim	43,35 (06,14-89,96)	56,65 (10,04-93,86)	
Utiliza DIU			

Não	36,40 (29,98-43,35)	63,60 (56,65-70,02)	0,6823
Sim	41,40 (21,66-64,36)	58,60 (35,64-78,34)	
Utiliza contraceptivo injetável			
Não	41,67 (3,45-49,22)	58,33 (50,78-6,55)	<0,001
Sim	18,69 (11,87-28,18)	81,31 (71,82-88,13)	
Utiliza implantes (norplant)			
Não	36,04 (29,89-42,69)	63,96 (57,31-70,11)	<0,001
Sim	93,55 (67,34-99,03)	6,45 (0,97-32,66)	
Utiliza creme/óvulo			
Não	37,22 (31,14-43,73)	62,78 (56,27-68,86)	0,2338
Sim	0	100,00	
Utiliza pílula do dia seguinte			
Não	36,53 (30,36-43,17)	63,47 (56,83-69,64)	0,5733
Sim	43,67 (22,11-67,93)	56,33 (32,07-77,89)	
Utiliza outros métodos para evitar gravidez			
Não	36,74 (3,07-43,22)	63,26 (56,78-6,93)	0,6484
Sim	50,34 (0,83-9,19)	49,66 (0,81-9,17)	

Legenda: IC_{95%} = intervalo de confiança de 95%; p = valor de p do teste Qui-quadrado; PNS= Pesquisa Nacional de Saúde

Mulheres em idade reprodutiva que possuíam ensino médio completo e superior incompleto ou superior completo apresentaram aproximadamente 2 vezes ($p = 0,018$ e $p = 0,070$) a chance de ter a participação do parceiro no planejamento reprodutivo em relação às que não possuíam instrução ou ensino fundamental incompleto. Mulheres pardas tiveram menos chance de ter a participação do parceiro no planejamento reprodutivo (ORaj = 0,57; IC95% = 0,34-0,95; $p=0,031$) do que as brancas e as pretas menos ainda (ORaj = 0,30; IC95% = 0,13-0,69; $p=0,005$). Mulheres solteiras apresentaram menor chance (ORaj = 0,40; IC95% = 0,26-0,63; $p<0,001$) de ter a participação do parceiro em relação às casadas e, opostamente, as que possuíam plano de saúde e as que relataram residirem no mesmo domicílio que o parceiro apresentaram essa chance aumentada em 2,24 (IC95% = 1,14-4,39; $p=0,019$) e 2,44 vezes (IC95% = 1,39-4,27; $p=0,002$) (Tabela 3).

Mulheres que utilizaram a tabela como método contraceptivo tiveram mais de 4 vezes a chance (ORaj = 1,49-13,04; $p=0,007$) de ter a participação do parceiro no planejamento reprodutivo e as que utilizaram contraceptivo injetável apresentaram menor chance (ORaj = 0,32; IC95% = 0,17-0,59, $p=0,001$) em relação às que não utilizaram esses métodos. (Tabela 3).

Tabela 3 – Fatores associados à participação do parceiro no planejamento reprodutivo autodeclarada por mulheres, Brasil, PNS 2019

Variáveis	Participação do parceiro			
	ORb (IC95%)	p	ORaj (IC95%)	p
Características sociodemográficas				
Faixa etária (anos)				
15 a 20	1,00		1,00	
21 a 29	1,36 (0,57-3,22)	0,4850	1,16 (0,51-2,65)	0,7170
30 a 39	1,47 (0,62-3,48)	0,3800	1,26 (0,56-2,81)	0,5740
40 a 49 anos	1,59 (0,64-3,96)	0,3200	1,18 (0,56-2,81)	0,7100
Escolaridade				
Sem instrução e fundamental incompleto	1,00		1,00	
Fundamental completo e médio incompleto	0,93 (0,45-1,94)	0,856	0,97 (0,47-2,01)	0,939
Médio completo e superior incompleto	1,82 (1,01-3,25)	0,045	1,98 (1,12-3,48)	0,018
Superior completo	2,53 (1,24-5,18)	0,011	1,99 (0,95-4,17)	0,070
Raça/cor				
Branco	1,00		1,00	
Parda	0,55 (0,33-0,92)	0,022	0,57 (0,34-0,95)	0,031
Preta	0,31 (0,13-0,75)	0,009	0,30 (0,13-0,69)	0,005
Amarela	8,21 (1,66-40,73)	0,010	6,90 (1,43-33,25)	0,016
Indígena	1,56 (0,29-8,32)	0,601	1,90 (0,39-9,36)	0,427
Estado civil				
Casado	1,00		1,00	
Divorciado/separado	0,58 (0,23-1,47)	0,253	0,67 (0,28-1,60)	0,363
Viúvo	0,45 (0,06-3,57)	0,448	0,4 (0,36-4,47)	0,459
Solteiro	0,36 (0,23-0,56)	0,000	0,40 (0,26-0,63)	0,000
Região				
Norte	1,00		1,00	
Nordeste	0,63 (0,37-1,07)	0,090	0,69 (0,41-1,18)	0,176
Sudeste	1,31 (0,74-2,32)	0,351	1,22 (0,68-2,20)	0,507
Sul	1,76 (0,89-3,46)	0,103	1,68 (0,76-3,74)	0,196
Centro-Oeste	1,13 (0,60-2,10)	0,706	1,04 (0,53-2,05)	0,904
Plano de saúde				
Não	1,00		1,00	
Sim	2,86 (1,62-5,04)	0,000	2,24 (1,14-4,39)	0,019
Residência no domicílio				
Parceiro mora no mesmo domicílio				
Não	1,00		1,00	
Sim	2,35 (1,37-4,05)	0,002	2,44 (1,39-4,27)	0,002
Métodos contraceptivos				
Utiliza métodos para evitar gravidez				
Não	1,00	0,000	1,00	
Sim	0,46 (0,30-0,71)		0,38 (0,24-0,59)	0,000
Utiliza tabela				

Não	1,00		1,00	
Sim	4,27 (1,42-12,78)	0,010	4,42 (1,49-13,04)	0,007
Utiliza pílula				
Não	1,00		1,00	
Sim	0,98 (0,56-1,71)	0,939	1,10 (0,61-1,98)	0,73
Utiliza camisinha masculina				
Não	1,00		1,00	
Sim	1,33 (0,77-2,27)	0,298	1,31 (0,78-2,21)	0,299
Utiliza camisinha feminina				
Não	1,00		1,00	
Sim	0,93 (0,19-4,41)	0,931	1,07 (0,18-6,06)	0,940
Utiliza diafragma				
Não	1,00		1,00	
Sim	1,32 (0,11-15,82)	0,828	2,94 (0,21-41,18)	0,421
Utiliza DIU				
Não	1,00		1,00	
Sim	1,23 (0,45-3,39)	0,683	0,91 (0,26-3,15)	0,888
Utiliza contraceptivo injetável				
Não	1,00		1,00	
Sim	0,32 (0,17-0,59)	0,000	0,34 (0,18-0,64)	0,001
Utiliza implantes (norplant)				
Não	1,00		1,00	
Sim	25,74 (3,48-190,42)	0,002	23,96 (3,02-190,25)	0,003
Utiliza creme/óvulo				
Não	1,00		1,00	
Sim	-	-	-	
Utiliza pílula do dia seguinte				
Não	1,00		1,00	
Sim	1,35 (0,47-3,82)	0,575	1,77 (0,58-5,42)	0,316
Utiliza outros métodos para evitar gravidez				
Não	1,00		1,00	
Sim	1,74 (0,15-19,8)	0,653	2,11 (0,32-13,94)	0,435

Legenda: ORb = razão de chances bruta; ORaj = razão de chances ajustada por idade, escolaridade e raça/cor; p = valor de p da regressão de logística; PNS= Pesquisa Nacional de Saúde.

DISCUSSÃO

Os resultados mostraram que houve maior participação do parceiro na região Sul e menor no Nordeste. Dentre as capitais houve maior participação em Curitiba. Os achados também evidenciaram que a escolaridade, a raça/cor da pele, o estado civil, ter plano de saúde e residir no mesmo domicílio são fatores associados à participação do parceiro no planejamento reprodutivo, e que essa participação também possui relação com o método contraceptivo de uso e escolha das mulheres em idade reprodutiva da amostra da PNS 2019 que declararam ter participado de grupo de planejamento reprodutivo.

Em vista dos dados apresentados, das mulheres em idade reprodutiva respondentes da PNS 2019, apenas 14,44% informaram participação em grupo de planejamento reprodutivo, o que demonstra baixa adesão e impacta diretamente no índice de gravidez não planejada. Considerando esse achado, Pedro e colaboradores (2021) apontam que as principais causas estão relacionadas a limitação do acesso à infraestrutura para a assistência a saúde, insuficiência de informações acerca da importância da contracepção e a resistência do parceiro em buscar o serviço em conjunto, o que corrobora, ainda, o baixo número de parceiros que se envolveram no grupo de planejamento, dentre as mulheres participantes.

Reafirmando os achados encontrados no estudo de Santos e colaboradores (2023), acerca da heterogeneidade da saúde no território brasileiro, foi observada maior participação do parceiro na região Sul e menor no Nordeste. Isto demonstra a continuidade das iniquidades sociais em relação ao acesso à saúde no país, ao passo que, mesmo com o avanço econômico nos últimos anos, ainda persistem as desigualdades regionais (ALBUQUERQUE et al., 2017).

Cultural e socialmente, o cuidado à saúde ainda é compreendido como uma dimensão do feminino e que prioriza as diferentes vulnerabilidades expressas pelos segmentos sociais e seus processos de saúde-doença. Apesar de o sistema de saúde trabalhar a atenção à saúde considerando a universalidade, a integralidade e a equidade, o imaginário simbólico ainda reafirma o cuidado como lugar feminino, excluindo assim a dimensão do masculino (COELHO et al., 2018).

No que tange aos níveis socioeconômicos e de ensino, observou-se maior participação do parceiro entre as que dispõem de plano de saúde e as que possuem maior grau de escolaridade. Isto pode ser explicado pela crescente escolarização das mulheres brasileiras, a partir do século XX, sob influência do movimento feminista na década de 70, como sendo um

fator potencializador da compreensão feminina acerca dos novos arranjos familiares, vinculado à inserção cada vez maior da mulher no mercado de trabalho e, conseqüentemente, maior renda, dado que promove mais autonomia e empoderamento dentro e fora de casa, bem como maior entendimento da necessidade de divisão das responsabilidades. (CHIESA; SANCHES; SIMÃO-SILVA, 2019).

Assim sendo, Pereira (2019) ressalta que o protagonismo feminino nas questões relacionadas à concepção e contracepção pode ser entendido através dos papéis biológicos, históricos, culturais e sociais aplicados às mulheres perante a sociedade. Biologicamente atribuída a função de gestar, a responsabilização intrínseca promove a reafirmação das múltiplas responsabilizações, uma vez que a adesão masculina às consultas de planejamento reprodutivo ocorre em sua minoria. Ademais, a menor acessibilidade masculina aos serviços de saúde é muitas vezes justificada pela ocupação profissional (MOZZAQUATRO; ARPINI, 2017).

Ao se considerar esse aspecto, Coelho *et al.* (2018) salienta que é recente o olhar sobre a saúde dos homens, reconhecendo-os e trazendo-os para a cena como sujeitos e objetos do cuidado, como homens diversos. Deste modo, mesmo sendo uma parcela populacional que apresenta os piores indicadores de morbimortalidade, na maioria das vezes, eles não possuem o hábito de procurar os serviços de saúde para realizar atividades de prevenção e de autocuidado (COELHO *et al.* 2018).

Em consonância com os resultados encontrados por Pedro e colaboradores (2021), no presente estudo, tanto no estrato das mulheres não participantes de grupo de planejamento reprodutivo quanto no das sem a participação do parceiro foi predominante a falta de companheiro fixo. Isto é, em relação à situação conjugal, o estado civil da mulher está diretamente associado à participação do parceiro: as solteiras têm mais chances de não ter a participação, hipoteticamente em virtude da inexistência de parceiro fixo ou múltiplas parcerias. Diante disso, fundamentado nas expectativas dos padrões ditados pela sociedade, a atividade sexual é inerentemente entre pessoas casadas, saudáveis, heterossexuais, monogâmicas, nem tão jovens, nem tão idosas; logo, quando contrapõe essas exigências, a atenção à saúde sexual e reprodutiva é reduzida a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST's) (UNFPA, 2012).

No tocante ao local de moradia, observou-se maior participação dos parceiros que residem no mesmo domicílio da mulher. Isto pode estar relacionado com a maior

probabilidade de interação entre o casal, o que pode propiciar maior diálogo e comunicação a respeito da temática de concepção e discussão de métodos contraceptivos, de forma a oportunizar o debate do desejo em conjunto do melhor momento para ter filhos (PADILHA; SANCHES, 2020).

Como uma problematização da inserção do homem nesse contexto, Pereira (2019) aponta a limitação da oferta de métodos contraceptivos masculinos, visto que apenas o preservativo masculino e a vasectomia se destinam a essa função, propiciando mais ainda a centralização na mulher.

Apesar de Ferrera e colaboradores (2019) evidenciarem que os métodos mais conhecidos são os anticoncepcionais orais e preservativos masculinos, isto não indica necessariamente maior adesão em relação aos outros, já que ainda existe um desconhecimento acerca da variedade de métodos existentes atualmente.

Quanto à utilização dos métodos contraceptivos utilizados pelas respondentes da PNS 2019 analisadas neste estudo, observou-se que mulheres que usam o método da tabela têm 4 vezes mais chances de ter o parceiro participando do planejamento reprodutivo. Isto pode estar associado ao fato de que é um método utilizado com finalidades conceptivas e contraceptivas e requer cooperação de ambos os parceiros (BRASIL, 2009). Além disso, hipoteticamente, é possível que essas mulheres sintam menos receio de engravidar pela presença, apoio e corresponsabilização da gestação com o parceiro, já que a eficácia do método depende da disciplina do casal (BRASIL, 2009).

Esse estudo investigou a associação e, portanto, não permite inferir relação de causalidade entre as variáveis examinadas e o desfecho. O estudo pode estar sujeito a viés de memória e de informação, uma vez que os participantes precisaram evocar fatos pregressos para responderem às perguntas do questionário da PNS e os dados são autorreferidos. Além disso, principalmente adolescentes (15 a 18 anos) tendem a não responder com exatidão perguntas mais complexas, o que pode levar à subestimação ou superestimação das informações fornecidas. Outra questão pode estar relacionada ao medo de julgamento ou vergonha que as mulheres respondentes podem ter experienciado ao longo de suas vidas, o que pode interferir na fidedignidade das respostas e, conseqüentemente, representar um risco potencial de se obter informações inadequadas. Altos percentuais encontrados para as mulheres com fenótipo oriental e indígenas devem ser analisados com cautela, haja vista o número amostral ser muito pequeno para essas duas categorias. Apesar de terem sido

estatisticamente significativas, as análises bivariadas e ajustadas referentes à variável “utiliza implantes” - um dos métodos contraceptivos disposto no questionário da PNS - não foram consideradas, haja vista o número amostral muito baixo, que pode ter influenciado na confiabilidade da estimativa, como indica o amplo intervalo de confiança.

No tocante às potencialidades, considerando-se a relevância da participação do parceiro no planejamento reprodutivo, esse estudo avançou ao trazer de forma inédita informações sobre a distribuição dessa participação no Brasil, Regiões e Capitais Brasileiras com dados da PNS 2019. Nesse sentido, conhecer esse panorama permitiu uma aproximação com a realidade pelos dados disponíveis e identificou que a participação do parceiro ainda é influenciada por características sociodemográficas e regionais.

Explorar a base de dados de uma pesquisa nacional de tamanha magnitude, que possibilita a investigação de aspectos concernentes ao planejamento reprodutivo no país, suas regiões e até mesmo suas capitais, possibilitou compreender a magnitude da participação do parceiro no planejamento reprodutivo e construção de uma cartilha informativa, por meio das evidências levantadas.

Desse modo, espera-se que esse estudo e a divulgação de informações no tocante a esta temática contribua para o traçamento de ações que visem à modificação do cenário de saúde pública relatado na Pesquisa Nascido realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) no ano de 2012, de que as gestações não planejadas representam 55% das gravidezes no país (FIOCRUZ, 2012).

O debate dessa temática com a decisão em conjunto pelo casal, juntamente com o apoio profissional, permite a divisão de responsabilidades, uma vez que tanto o homem quanto a mulher são igualmente responsáveis pela reprodução. Assim, a participação do parceiro na tomada de decisão e acompanhamento, previne e ameniza situações de risco à mulher, como a realização de métodos abortivos inseguros e índices de morte materna (SANTOS; GARCIA, 2019).

Por fim, esse estudo está alinhado ao Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) número 5, que versa sobre igualdade de gênero, mais especificamente, em sua meta 5.6, que visa “Assegurar o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva e os direitos reprodutivos” (BRASIL, 2023).

CONCLUSÃO

Conclui-se que as mulheres brasileiras em idade reprodutiva respondentes da PNS 2019, em sua maioria, não participaram de grupo de planejamento reprodutivo e, dentre elas, um menor quantitativo obteve participação do parceiro no grupo. O estudo ainda evidenciou a presença de diferenças entre sociodemográficas e regionais. Entre as regiões do país houve a maior participação do parceiro na região Sul e menor no Nordeste e dentre as capitais, Curitiba obteve a maior participação. Fatores como escolaridade, raça/cor da pele, estado civil, dispor de plano de saúde e residir no mesmo domicílio, foram associados à participação do parceiro no planejamento reprodutivo. Além disso, evidenciou-se que essa participação possui relação com o método contraceptivo de uso e escolha dessas mulheres.

É de grande importância o envolvimento dos serviços de saúde, principalmente no que tange à Atenção Primária à Saúde (APS), uma vez que é norteadada pelos princípios de acessibilidade, coordenação do cuidado e integralidade, configurando-se como o principal nível de atenção à saúde a garantir a oferta de ações em saúde voltadas à atenção sexual e reprodutiva.

Nesse sentido, espera-se que o presente estudo possa ser fonte de informações para fomentar a APS como protagonista na garantia de direitos sexuais e reprodutivos, considerando-se uma perspectiva igualitária de gênero que supere a unidirecionalidade das ações às mulheres, a fim de promover o acesso e a decisão de forma livre e informada acerca do papel da sexualidade e reprodução, livre de imposição e com segurança.

Por fim, os resultados desse estudo podem subsidiar o direcionamento de ações e políticas públicas locais, voltadas ao planejamento reprodutivo, de forma a promover condutas assertivas de promoção e inserção masculina nas estratégias de concepção e contracepção.

REFERÊNCIAS

_____. **Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 jan. 1996.

ALBUQUERQUE, M.V; VIANA, A.L.D; LIMA, L.D; FERREIRA, M.P; FUSARO, E.R; IOZZI, F.L. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. **Cien Saude Colet** 2017; 22(4):1055-1064.

ARAÚJO, F.G; ABREU, M.N.S; FELISBINO-MENDES, M.S. Mix contraceptivo e fatores associados ao tipo de método usado pelas mulheres brasileiras: estudo transversal de base populacional. **Cad. Saúde Pública** 2023; 39(8):e00229322. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2023.v39n8/e00229322/>. Acesso em: 16 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. 1º ed. Brasília: Ministério da Saúde, p. 25-27, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores Brasileiros para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. **Objetivos de desenvolvimento sustentável**. - Brasil: IBGE, 2023. Disponível em: <https://odsbrasil.gov.br/objetivo/objetivo?n=5>. Acesso em: 22 de novembro de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais** – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 52 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direitos_sexuais_reprodutivos_metodos_anticoncepcionais.pdf. Acesso em: 17 jan. 2024.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. **Protocolo planejamento sexual e reprodutivo**. Prefeitura de Belo Horizonte - Belo Horizonte, 2022, p.67. Disponível em: https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2022/Protocolo_%20PlanejamentoSexualReprodutivo_01-07-22.pdf. Acesso em: 16 out. 2023.

CHIESA, D.D.P; SANCHES, M.A.; SIMÃO-SILVA, D.P. Planejamento familiar como assunto de mulher!? Perfil de gênero na produção científica no Brasil. **RIES**, ISSN 2238-832X, Caçador, v.8, nº 1, p. 221-235, 2019.

COELHO, E.B.S; SCHWARZ, E.; BOLSONI, C.C; CONCEIÇÃO, T.B. **Política nacional de atenção integral à saúde do homem** [recurso eletrônico]. — Florianópolis : Universidade Federal de Santa Catarina, 2018, 66 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_integral_saude_homem.pdf. Acesso em: 08 de janeiro de 2024.

COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução 690/2022 Normatiza a atuação do Enfermeiro no Planejamento Familiar e Reprodutivo**. Disponível em:

http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-690-2022_96063.htm. Acesso em: 16 de junho de 2023.

FELISBINO-MENDES, M.S; ARAÚJO, F.G; OLIVEIRA, L.V.A; VASCONCELOS, N.M; VIEIRA, M.L.F.P; MALTA, D.C. Comportamento sexual e uso de preservativos na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. **Rev Bras Epidemiol** 2021; 24: E210018.SUPL.2. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/nR5cC97szkSznmwMk3yTyJs/?lang=en>. Acesso em: 16 out.2023.

FERRERA, A.P.C; BARRETO, A.C.M; SANTOS, J.L. et al. (Des) conhecimento de mulheres sobre a utilização de métodos contraceptivos. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 13(5):1354-60, maio., 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/239109/32265>. Acesso em: 16 out. 2023.

FIOCRUZ. Aspectos éticos. **Pesquisa Nacional de Saúde**, 2024. Disponível em:<https://www.pns.icict.fiocruz.br/aspectos-eticos/>. Acesso em: 18 jan. 2024.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. Nascer no Brasil: Inquérito nacional sobre parto e nascimento (2011 a 2012). **Escola Nacional de Saúde Pública** - Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/?us_portfolio=nascer-no-brasil. Acesso em: 15 jul 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional de Saúde 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal. Brasil e grandes regiões** [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2020, 113 p. Disponível em:<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101764.pdf>. Acesso em: 16 de outubro de 2023.

MOZZAQUATRO, C. O.; ARPINI, D. M. Planejamento Familiar e Papéis Parentais. **Psicologia: Ciência e Profissão** Out/Dez. 2017 v. 37 n°4, 923-938.

PADILHA, T; SANCHES, M.A. Participação masculina no planejamento familiar: revisão integrativa da literatura. **Interface (Botucatu)**. 2020; 24: e200047. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/78ynbPsSCGKfvvsB7BDmYfS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 jan. 2024.

PEDRO, C.B; CASACIO, G.D.M; ZILLY, A; FERREIRA, H; FERRARI, R.A.P; SILVA, R.M.M. Planejamento familiar em região de fronteira. **Esc Anna Nery** 2021;25(3):e20200180. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/5ZsymDyKJxPnyLQn5XkwRFB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 jan.2024.

PEREIRA, P. M. N. A participação masculina no planejamento reprodutivo a partir de um recorte de gênero: alguns apontamentos bibliográficos. **Anais da IX Jornada Internacional de Políticas Públicas: civilização ou barbárie; o futuro da humanidade, centenário de Luxemburgo, uma rosa vermelha para a democratização socialista, de 20 a 23 de agosto de 2019, São Luís, MA.** - São Luís: Universidade Federal do Maranhão, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, 2019. Disponível em:

https://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2019/images/trabalhos/trabalho_submissaoId_860_8605cba758601aff.pdf. Acesso em: 16 out. 2023.

SANTOS, B.N.S; ARAÚJO, F.G; PAULA, T.F; MATOZINHOS, F.P; FELISBINO-MENDES, M.S. Prevalência dos indicadores de saúde pré-concepcional das mulheres brasileiras em idade reprodutiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, 28(11):3367-3381, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Rs3LkG3Gx7tfH6XgjYLSptJ/#:~:text=Das%20mulheres%20brasileiras%20em%20idade%20reprodutiva%2C%20respectivamente%20nos%20anos%20de,%25%20tinham%2040%2D49%20anos>. Acesso em: 17 jan 2024.

SANTOS, N. L.; GARCIA, E. O planejamento familiar e a mortalidade materna por aborto. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 43, p. 241-256, 2019. DOI: 10.22278/2318-2660.2019.v43.n0.a3228. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/3228>. Acesso em: 10 JAN. 2024.

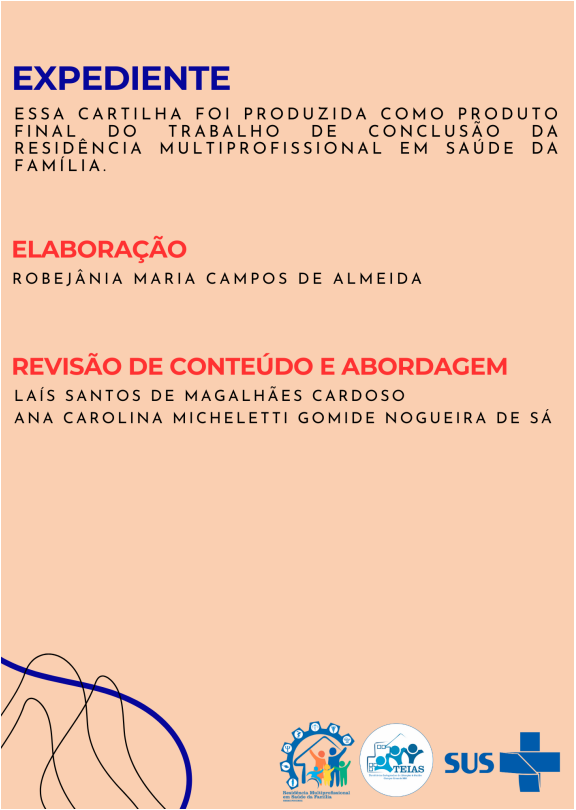
SOUZA, T.O; JUNIOR, Z.C.T; HALLAL, A.L.C; PIRES, R.O.M; CASCAES, A.M. Prevalência de atividade sexual desprotegida na população brasileira e fatores associados: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, 31(2):e2022234, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/n5znS4MsKwPb8pp9PBxzkvh/>. Acesso em: 16 out. 2023.

STOPA, Sheila Rizzato et al. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: histórico, métodos e perspectivas. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, p. e2020315, 2020.

TRINDADE, R.E; SIQUEIRA, B.B; PAULA, T.F; FELISBINO, M.S. Uso de contracepção e desigualdades no planejamento reprodutivo das mulheres brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, 26 (Supl. 2):3493-3504, 2021.

UNFPA, Fundo de População das Nações Unidas. **Por escolha, não por acaso: planejamento familiar, direitos humanos e desenvolvimento** -- Brasília : UNFPA-Fundo de População das Nações Unidas, 2012. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/swop2012.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2024.

APÊNDICE A - Cartilha sobre a importância da participação do parceiro no planejamento reprodutivo



O que é o Planejamento Reprodutivo?

PLANEJAMENTO REPRODUTIVO É O CONJUNTO DE MÉTODOS E TÉCNICAS QUE AUXILIAM A CONCEPÇÃO E A CONTRACEPÇÃO, BASEADOS EM CRITÉRIOS CIENTÍFICOS E INDIVIDUAIS, UTILIZADOS PELO HOMEM OU PELA MULHER, QUE GARANTEM O DIREITO À LIVRE ESCOLHA DE TER FILHOS OU NÃO, NO MOMENTO EM QUE FOR OPORTUNO (BRASIL, 2013).

Concepção: gerar um ser vivo.
Contracepção: ação para prevenir a gravidez.

3

Escolhas reprodutivas

QUERO ENGRAVIDAR?

QUANTOS FILHOS QUERO TER?

QUANDO?

COMO EVITAR?

COMO QUERO QUE SEJA O MEU PARTO?

??

4

Por que o parceiro deve participar?

O PLANEJAMENTO REPRODUTIVO SURTIU COM A FINALIDADE DE PERMITIR **ACESSO A INFORMAÇÃO E**, DE FORMA CONSCIENTE E SEGURA, **AOS MÉTODOS DE CONCEPÇÃO E CONTRACEPÇÃO, PELA MULHER, PELO HOMEM OU PELO CASAL.**

NÃO PODERIA SER DIFERENTE, POIS O **CONSENSO DO CASAL** PARA ALIAR AS VONTADES E ESCOLHAS DE TER FILHOS OU NÃO DEVE FAZER PARTE DA REALIDADE CONJUGAL, AFETIVA, SOCIAL, FINANCEIRA E IDEOLÓGICA (SOUZA, 2019; NOGUEIRA ET AL., 2018).

5

Porque o parceiro deve participar?

55%

DAS BRASILEIRAS JÁ TIVERAM UMA **GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA***.

10%

DAS BRASILEIRAS JÁ REALIZARAM ABORTO. EM 52% DAS VEZES, O ABORTO OCORREU QUANDO A MULHER TINHA MENOS DE 19 ANOS**.

DE 2009 A 2018, O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) REGISTROU OFICIALMENTE QUE **721 MULHERES MORRERAM POR ABORTO**.**



Dados:

*Pesquisa "Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre o parto e o nascimento 2011 a 2012" - ENSP-Fiocruz

**Pesquisa Nacional de Aborto - Brasil, 2021

6

Porque o parceiro deve participar?

A PARTICIPAÇÃO DO PARCEIRO NO PROCESSO DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA É DE SUMA IMPORTÂNCIA **PARA QUE SE MODIFIQUE ESSE CENÁRIO.**

7

Porque o parceiro deve participar?

O DEBATE DESSA TEMÁTICA COM A DECISÃO EM CONJUNTO PELO CASAL, JUNTAMENTE COM O APOIO PROFISSIONAL, PERMITE A **DIVISÃO DE RESPONSABILIDADES**, UMA VEZ QUE TANTO O HOMEM QUANTO A MULHER SÃO IGUALITARIAMENTE RESPONSÁVEIS PELA REPRODUÇÃO.

ASSIM, A PARTICIPAÇÃO DO PARCEIRO NA TOMADA DE DECISÃO E ACOMPANHAMENTO **PREVINE E AMENIZA SITUAÇÕES DE RISCO À MULHER,**

COMO A REALIZAÇÃO DE MÉTODOS ABORTIVOS INSEGUROS E ÍNDICES DE MORTE MATERNA (SANTOS E GARCIA, 2019).

8

Procure a sua unidade de saúde para iniciar o planejamento reprodutivo!



REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR), SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA. BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013.

NOGUEIRA, ISABELA LIMA ET AL. PARTICIPAÇÃO DO HOMEM NO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO: REVISÃO INTEGRATIVA. REV. PESQUI. CUID. FUNDAM., V. 10, N. 1, P. 242-247, 2018.

SANTOS, N. L.; GARCIA, E. O PLANEJAMENTO FAMILIAR E A MORTALIDADE MATERNA POR ABORTO. REVISTA BAIANA DE SAÚDE PÚBLICA, V. 43, P. 241-256, 2020. DOI: 10.22278/2318-2660.2019.V43.N0.A3228. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://RBSP.SESAB.BA.GOV.BR/INDEX.PHP/RBSP/ARTICLE/VIEW/3228](https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/3228). ACESSO EM: 10 JAN. 2024.

SOUZA, JOSÉ CLÉCIO SILVA DE. POLÍTICAS PÚBLICAS DE INCENTIVO À SAÚDE DA MULHER NO PLANEJAMENTO FAMILIAR. REVISTA DE SAÚDE REAGES, V. 2, N. 4, P. P. 22-27, JUL. 2019. DISPONÍVEL EM: . ACESSO EM: 10 JAN. 2024.

ANEXO A - DOCUMENTAÇÃO DE APROVAÇÃO CGES/SESAU

133/2023



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE
ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande MS - SESAU, autoriza a realização da pesquisa proposta pelo (a) pesquisador (a), Robejânia Maria Campos de Almeida, inscrito (a) no CPF/MF sob nº. 063.566.793-28, portador (a) do documento de Identidade sob nº. 4213711-PI, residente e domiciliado (a) à Rua/Av. Rua Dona Ziza, Bloco E, Apt 04 Nº 445, Bairro: Tiradentes, nesta Capital, telefone nº. (86) 99926-2717, pesquisador (a) do Curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, da Instituição SESAU/FIOCRUZ com o título do Projeto de Pesquisa: **"A PARTICIPAÇÃO DO PARCEIRO NO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO EM CAMPO GRANDE E DEMAIS CAPITAIS BRASILEIRAS, SEGUNDO A PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE DE 2019"** orientado (a) pela Professora (a) Laís Santos de Magalhães Cardoso inscrito (a) no CPF/MF sob nº. 067.371.516-71, portador (a) do documento de Identidade sob nº. 12109407-MG, residente e domiciliado (a) à Rua/Av. Avenida Miguel Perrela Bloco 04, Apto 808, Nº. 975, Bairro: Castelo, em Belo Horizonte - MG, telefone nº. (31) 98864-8136, professor (a) e pesquisador (a) do Curso de: Residência Multiprofissional em Saúde da Família, da Instituição SESAU/FIOCRUZ.

O Pesquisador (a), firma o compromisso de manter o sigilo das informações obtidas do banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde, assumindo a total responsabilidade por qualquer prejuízo ou dano à imagem dos pacientes cadastrados na SESAU.

Fica advertido (a) de que os nomes e/ou qualquer referência aos dados do paciente devem ser mantidos em sigilo, não podendo em hipótese alguma serem divulgados, devendo ser consultada a gestão da unidade de saúde, sobre quaisquer referências aos dados analisados.

A pesquisas científicas envolvendo seres humanos, só será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), de acordo com resolução n. 466/202 (Conselho Nacional de Saúde).

Vale ressaltar que a visita restringir-se-á somente a observação e entrevistas não sendo permitido fotos e/ou procedimentos.

Após a conclusão, o pesquisador deverá entregar uma cópia para esta Secretaria.

Campo Grande - MS, 28 de Dezembro de 2023.

Robejânia Maria Campos de Almeida

Pesquisador (a)

Laís Santos de Magalhães Cardoso

Orientador(a)



Sandio Trindade Benites
Secretário Municipal de Saúde/SESAU

ANEXO B - DOCUMENTAÇÃO DE APROVAÇÃO CGES/SESAU

133/2023



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE
ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

TERMO DE PARCERIA PARA PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE

Considerando a importância da pesquisa na área da saúde;
Considerando a necessidade de elaborar protocolos para assegurar a qualidade dos trabalhos realizados;
Considerando resguardar questões éticas e preservar sigilo das informações constantes nas fichas/prontuários/laudos de pacientes atendidos na rede municipal de saúde;
O presente termo estabelece responsabilidades entre o pesquisador (a) e a Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande MS.

COMPETÊNCIAS:

PESQUISADOR:

- 1) Para que a execução da pesquisa aconteça deverá entregar a esta secretaria uma cópia do parecer do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos com o número de protocolo.
- 2) Em função da rotina de trabalho da SESAU de cada unidade e ou serviço de saúde, favor agendar previamente com a área envolvida;
- 3) Garantir a citação da SESAU como fonte de pesquisa;
- 4) Disponibilizar cópia para a SESAU e quando necessário para equipe de saúde
- 5) Ao comparecer em nossas unidades ou serviços de saúde autorizados para realização da pesquisa, apresentar-se ao gestor responsável, com vestimentas adequadas, com a utilização de equipamentos de proteção individual –EPI, bem como correta identificação através de crachás.

SESAU:

- 1) Fornecerá as informações para pesquisa, preservando-se a identidade e endereço do paciente;
- 2) As pessoas serão atendidas pelos técnicos de acordo com a necessidade/objetivo da pesquisa;
- 3) Receber o resultado final e encaminhar para o devido retorno.

Campo Grande - MS, 28 de Dezembro de 2023.

[Assinatura]

Pesquisador (a)

[Assinatura]

Orientador(a)



Sandro Trindade Benites
Secretário Municipal de Saúde/SESAU

ANEXO C - NORMAS PARA FORMATAÇÃO CONFORME O PERIÓDICO ESCOLHIDO - Revista “Ft

Fontes, margens e espaçamentos

Embora a NBR 10520/2023 não estabeleça regras sobre fontes, margens e espaçamentos, sugerimos a utilização das mesmas regras aplicadas em monografias e outros trabalhos acadêmicos: **Fonte:** tamanho **12**, com exceção das notas de rodapé, citações de mais de três linhas, paginação e legendas de imagens, que deverão ser de menor tamanho. **Margens:** esquerda e superior de **3 cm**, e direita e inferior de **2 cm**. **Espaçamento:** deverá ser de 1,5, com as seguintes exceções, que deverão adotar espaçamento **simples**: citações de mais de três linhas, notas de rodapé, referências e legendas das ilustrações e tabelas.

Elementos pré-textuais

Os elementos pré-textuais são aqueles apresentados antes do conteúdo do artigo e consistem no título, subtítulo (se houver), nome do autor, resumo e palavras-chave na língua do texto. Diferente das monografias, os elementos pré-textuais nos artigos científicos devem estar juntos e na mesma página de abertura do conteúdo. O resumo **não poderá ultrapassar 250 palavras** e as palavras-chave devem ser separadas entre si por pontos. Atenção: a norma prevê ainda que a página de abertura deverá ter uma nota de rodapé contendo um breve currículo do autor, bem como seu endereço postal e eletrônico.

Elementos pós-textuais obrigatórios

Os elementos pós-textuais são apresentados após a conclusão do artigo e podem ser obrigatórios ou opcionais. Os elementos obrigatórios são: título, subtítulo (se houver), resumo e palavras-chave, todos em língua estrangeira e referências. Apesar de a NBR 10520/2023 estabelecer que esses elementos são pós-textuais, é comum encontrarmos os resumos e palavras-chave em língua estrangeira na página de abertura do artigo. **As referências** deverão seguir as normas previstas na NBR 6023/02. Deverão conter as informações essenciais à identificação das fontes e, sempre que possível, informações complementares que facilitem esse reconhecimento. Diferente das monografias, as referências em artigos científicos não precisam constar em folha exclusiva, somente após a conclusão do trabalho ou em notas de rodapé.

Elementos pós-textuais opcionais

Os elementos pós-textuais opcionais são aqueles que ficam a critério do autor e consistem nas notas explicativas, glossário, apêndices e anexos. Embora as notas explicativas estejam classificadas neste grupo, elas não são apresentadas após a conclusão do artigo, mas sim em notas de rodapé ao longo do texto. Elas são usadas quando o autor sentir necessidade de complementar algum ponto do artigo, seja com as suas próprias palavras ou com citações. Vale mencionar que a numeração das notas explicativas não reinicia a cada página, devendo seguir consecutivamente até o fim do artigo. Com relação ao glossário, este deverá ser organizado em **ordem alfabética**. Já os apêndices e anexos são documentos juntados pelo autor para fundamentar, comprovar ou ilustrar o conteúdo do artigo. Os apêndices e anexos

deverão ser identificados por letras maiúsculas seguidas de travessão e a identificação do seu conteúdo.