

# PLANEJAMENTO FAMILIAR: MEDIDA DE PROMOÇÃO DE SAÚDE, UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

## FAMILY PLANNING: HEALTH PROMOTION MEASURE, A BIBLIOGRAPHIC REVIEW

Laurice Aguiar dos Santos Silva<sup>1</sup>

Jairo Garcia Gonçalves<sup>2</sup>

Reobbe Aguiar Pereira<sup>3</sup>

Gustavo Oliveira Silva<sup>4</sup>

Ramon Sales Costa<sup>5</sup>

Adriana Keila Dias<sup>6</sup>

**Resumo:** Este estudo teve como objetivo realizar uma revisão bibliográfica sobre a dinâmica do planejamento familiar, no Brasil. Este representa um mecanismo de ações para garantir o acesso a informações educativas, clínicas e de aconselhamento para que a família seja concebida de forma planejada. Adotou-se para realização deste estudo a pesquisa do tipo bibliográfica descritiva. De acordo com o estudo realizado houve um avanço nas políticas públicas, devido a inserção da mulher no mercado de trabalho, e ao desenvolvimento social e econômico de países subdesenvolvidos como o Brasil. Ressalta-se, o avanço nas políticas públicas voltadas a assistência à saúde da família e a promoção de saúde, porém, para um funcionamento adequado destas políticas precisa-se de medidas eficazes que garantam sua implementação, pelos profissionais da área, para que estejam capacitados e instrumentalizados para conduzir esta prática.

**Palavras-chave:** Contexto Familiar. Educação em saúde. Mulher.

**Abstract:** This study aims to review literature on the dynamics of family planning in Brazil. This represents a mechanism of action to guarantee access to educational information, clinical and counseling for the family to be designed in a planned way. Was adopted for this study a bibliographic research project description. According to the study perform there was a breakthrough in public policy, due to women entering the labor market, and the social and economic development of underdeveloped countries like Brazil. It is noteworthy, the increase in public policies related to health care and family health promotion, but for a proper functioning of these policies must be effective measures to ensure their implementation by professionals, and so they are trained and exploited to carry out this practice.

**Keywords:** Family context. Health education. Women.

1 Pedagoga. Especialista em Orientação e Supervisão Escolar. E-mail: lauriceaguiar@gmail.com

2 Administrador de empresas. Mestre em Ciências Ambientais. E-mail: goncalvesjairo@hotmail.com

3 Enfermeiro; Especialista Enfermagem do Trabalho; Urgência e Emergência; Unidade de Terapia Intensiva - UTI; Informática em Saúde, e Mestrando em Ciências Ambientais. E-mail: reobbeap@hotmail.com

4 Graduando em Biomedicina. E-mail: gustavoliveira@hotmail.com

5 Graduando em Fisioterapia. E-mail: ramonsales@hotmail.com

6 Bacharel em Enfermagem; Mestranda em Ciências Ambientais. Pós-graduada em UTI. E-mail: adrianakeiladias@hotmail.com

## Introdução

Ao longo da história, pode-se observar uma preocupação com o controle populacional, apesar de o modelo família ter sido por muito tempo o mais tradicional em nossa sociedade, e qualquer questionamento que fosse contra este princípio não era bem aceito (ALVES, 2002).

Na constituição Federal de 1988, no artigo 226 esta previsto que a família é a base da sociedade e que é dever ter a proteção do Estado. No parágrafo 7º, é abordado os princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, e que o planejamento familiar é de livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma de repressão por parte de instituições oficiais ou privadas (MOURA; SILVA, 2004).

O processo da democratização da saúde e a consolidação desse direito teve início a partir do movimento da reforma sanitária surgindo com modelos de atenção voltados para a promoção da saúde e também com um novo olhar para a saúde da mulher. Em 1983 foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) como proposição do movimento feminista, resultante da crítica ao modelo materno-infantil. Desta forma, é incorporado um novo enfoque nas políticas públicas voltadas a saúde da mulher, centrado no conceito da saúde integral com ênfase na função educativa dos serviços (BRASIL, 2008).

Após estes acontecimentos muito se evoluiu em se tratando do acesso e direito à saúde, principalmente após a implantação do SUS (Sistema Único de Saúde) e programas voltados à promoção e educação em saúde (HEIDMANN *et al.*, 2006).

A saúde da família, desta forma, começava a ser valorizada, tendo a criação do programa de planejamento familiar o intuito de oferecer um conjunto de ações, disponibilizando recursos para concepção e contracepção, ou seja, auxiliando a procriação planejada, como a prevenção da gravidez indesejada, proporcionando recursos para isto. Esses recursos devem ser cientificamente aceitos e sem colocar em risco a vida e a saúde da mulher ou do casal, garantindo sempre a liberdade de escolha (COELHO, 2005).

Para o planejamento familiar acontecer de forma eficaz a orientação é um elemento essencial para qualidade da assistência. O profissional da equipe de saúde, sobretudo o enfermeiro tem um papel fundamental não só na orientação anticoncepcional, assim como no auxílio à cliente a tomar uma decisão informada sobre a escolha do método contraceptivo e colocá-lo em prática de forma segura, promovendo a saúde da mulher de forma integral.

Este estudo teve como objetivo realizar uma revisão bibliográfica sobre a dinâmica do planejamento familiar no Brasil.

## Metodologia

Tal método foi realizado em duas fases: a coleta de fontes bibliográficas, na qual foi realizado o levantamento da bibliografia existente e, logo após, a coleta de informações, na qual se realizou o levantamento dos dados, fatos e informações contidas nas bibliografias analisadas que foram consideradas relevantes para os objetivos da atual pesquisa.

Para o levantamento bibliográfico utilizaram-se livros, revistas, periódicos, artigos científicos e bancos de dados online. Foram analisadas as produções científicas sobre planejamento familiar, políticas públicas para planejamento familiar, promoção da saúde e saúde da mulher.

## Referencial Teórico

A preocupação com o controle de natalidade é tão antiga quanto a humanidade. Apesar de que durante muito tempo o papel de procriação da mulher configurou-se como um elo entre os casais, que exerciam a função da constituição de uma famílias numerosas. Os aspectos relacionados ao controle da procriação já corriam as mentes humanas que estudavam o crescimento populacional (MESQUITA, 2008).

Segundo Fernandes *et al.*, (2008) o ser humano sempre buscou meios para evitar a própria repro-

dução, mesmo sem conhecimentos e técnicas científicas.

Nos últimos 20 anos, surgiu uma nova vertente da medicina a promoção da saúde, que vem representando uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seus entornos neste final de século. Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe a articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução (BUSS, 2000).

Segundo Candeias (1997) o conceito de promoção em saúde define-se como uma combinação de apoios educacionais e ambientais que visam a atingir ações e condições de vida conducentes à saúde. Combinação refere-se à necessidade de mesclar os múltiplos determinantes da saúde (fatores genéticos, ambiente, serviços de saúde e estilo de vida) com múltiplas intervenções ou fontes de apoio.

A promoção da saúde segue a linha da prevenção primária, com medidas destinadas a desenvolver uma saúde geral melhor, pela proteção específica do homem contra agentes patológicos ou pelo estabelecimento de barreiras contra os agentes do meio ambiente (CARVALHO, 2004).

Um dos marcos para a implantação das ações de promoção da saúde no Brasil foi a criação do SUS, quando a saúde foi instituída como um direito de todos e um dever do Estado tendo os gestores deste sistema atribuindo ênfase à mudança do modelo de atenção à saúde, priorizando o nível de atenção básica, ressaltando os aspectos preventivos da saúde (BRAGA, 2005).

De acordo com Malta e Santos (2003), se organizamos as unidades, em especial a da atenção básica, teremos um reconhecimento pela população dos serviços prestados, podendo-se até mesmo elevar-se inicialmente a procura pelos mesmos. Na adequação a esses problemas, cabem investimentos em recursos humanos e físicos, além do acolhimento dessa demanda.

Segundo Vasconcelos (1999), vem crescendo internacionalmente a visão de que as unidades de atuação família e comunidade são pontos importantes da estratégia de integração das diversas políticas sociais. A escolha do ano de 1994 como Ano Internacional da Família pela ONU reflete este movimento de priorização da política da família.

A família configura-se como a base da sociedade e as mudanças inseridas dentro deste ambiente, modificam as estratégias das políticas públicas uma vez que a estruturação do contexto familiar esta diretamente relacionado com desenvolvimento social, econômico e político de um país (TEIXEIRA, et al., 1998).

Vianna (2001) ressalta que para se avaliar o desenvolvimento de um país são analisados indicadores sociais. Um dos indicadores importantes para se avaliar desenvolvimento são as taxas de natalidade e fecundidade muito desproporcionais entre os países mais ricos e mais pobres cujas taxas elevadas podem gerar grandes consequências, como alto índice de mortalidade infantil e materna e crescimento demográfico acelerado.

Na tese de Faria (1989) citado por Carvalho e Brito (2005), afirma que um conjunto de políticas governamentais gerou mudanças culturais de grande difusão espacial, provocando a institucionalização da demanda por uma regulação da fecundidade. Os efeitos dessas políticas sobre a demanda pela regulação da fecundidade são considerados “consequências não-antecipadas”. Entre as consequências, poder-se listar:

a) fortalecimento do cálculo econômico como padrão de orientação na definição do número de filhos; b) exposição da população à cultura médica; c) separação, em termos de valores e normas, entre atividade sexual e atividade reprodutiva; d) deslocamento da responsabilidade social (saúde, previdência) do eixo familiar para o Estado.

Em uma pesquisa realizada por Osis (2006), o autor destaca que podemos observar a evolução, no período de 1965 a 1982, das Taxas de Fecundidade Total (TFT). O Brasil, por exemplo, experimentou um declínio de 30,4% na sua TFT, no período. No caso da China, onde existe uma política explícita de controle

familiar induzindo os casais a não terem mais do que um filho, o declínio na TFT chegou a 61,3%. Para a população brasileira, sugerem uma queda na TFT, de 4,46 em 1975 para 2,85 no ano 2000, mantida a tendência verificada entre 1965 e 1970.

As taxas de natalidade iniciaram sua trajetória de declínio em meados da década de 1960, com a introdução e a paulatina difusão dos métodos anticoncepcionais orais no Brasil. Com isso, no decênio 1960 - 1970 já se observa uma discreta diminuição das taxas de crescimento populacional (2,89%), fenômeno que se confirma ao longo dos dez anos seguintes, quando se constata uma taxa de crescimento de 2,48% (IBGE, 2008).

Ainda segundo dados do IBGE (2008), a taxa de fecundidade no Brasil foi diminuindo ao longo dos anos, basicamente como consequência das transformações ocorridas na sociedade brasileira, de modo geral, e na própria família, de maneira mais particular. Com isso, a fecundidade, em 1991, já se posicionava em 2,89 filhos por mulher e, em 2000, em 2,39 filhos por mulher. As pesquisas de 2006 e 2007 já apresentam estimativas que colocam a fecundidade feminina no Brasil abaixo do nível de reposição das gerações (1,99 e 1,95 filho por mulher, respectivamente). Ao utilizar este conjunto de estimativas para projetar o nível da fecundidade, a taxa estimada e correspondente ao ano de 2008 foi de 1,86 filho por mulher.

Foi com base no conjunto de estimativas da fecundidade no Brasil que foi possível estabelecer a provável trajetória futura desta variável demográfica. Com os devidos ajustes inerentes ao processo de modelagem, a fecundidade limite brasileira seria de 1,50 filhos por mulher, valor que será alcançado entre 2027 e 2028. A fecundidade por idade da mulher deve seguir mantendo um comportamento jovem, com taxas máximas no grupo 20 a 24 anos de idade.

A taxa de fecundidade das mulheres jovens apresenta incrementos até 2005 (em 1980, 7,42% – de cada 100 mulheres de 15 a 19 anos, 7,42 já haviam tido pelo menos 1 filho – e 9,15%, em 2005). A partir de 2005, a taxa experimenta suaves declínios até a projeção de se atingir os 7,21% em 2050. Não obstante, a participação relativa da fecundidade das mulheres de 15 a 19 anos de idade na fecundidade total eleva-se até 2020. Em 2000, da fecundidade total experimentada ao longo do período fértil, 18,81% correspondiam às mulheres de 15 a 19 anos. Em 2020, este percentual alcança os 24,01%, mantendo-se neste patamar até 2050, em decorrência dos baixos níveis atingidos pela fecundidade (IBGE, 2008).

As razões para a mudança do padrão reprodutivo no Brasil são várias. De um lado, fruto do processo de urbanização da população brasileira, com uma necessidade crescente de limitação da família, caracterizado entre outras coisas por uma progressiva incorporação da mulher à força de trabalho, maior acesso aos meios de comunicação. Associada a esse contexto de necessidade, e ao mesmo tempo desejo de limitação da família, pode-se observar uma crescente disponibilidade de meios contraceptivos no Brasil (BRAGA, 2005).

O planejamento da vida familiar passou a ser necessário quando a mulher começou a entrar no mercado de trabalho, acumulando uma dupla jornada, onde tornou-se difícil ter um número crescente de filhos e isso não interferir no desempenho profissional (FERNANDES, 2008).

Com o uso dos métodos contraceptivos a decisão da mulher de quando ter filhos, tornou-se mais fácil fazendo com que a maior parte conseguisse alternar o papel de mãe e de trabalhadora, incluindo o planejamento familiar como uma das armas para tal êxito (FLECKI; WAGNER, 2003).

O planejamento familiar esteve ligado durante algum tempo a ideia de controle populacional, onde os casais eram obrigados a limitarem a concepção e definiam regras que deveriam ser cumpridas para estabelecer limites à procriação. Este tipo de política controladora recebe muitas críticas até hoje. Apenas no começo do século passado, onde houve um despertar para ideias de planejamento familiar, principalmente com a inserção da mulher no mercado de trabalho, avanços farmacológicos e científicos que proporcionaram as descobertas de meios contraceptivos e também políticas governamentais e não-governamentais que se atentavam à saúde da mulher e da família (COSTA, 2002).

Para Paim e Almeida Filho (1998), não faz muito tempo que o planejamento familiar começou a ser visto como um programa de promoção à saúde, sendo inicialmente caracterizado como uma estratégia

para o controle de natalidade, ou seja, limitar o número de filhos por mulheres com o intuito de melhorias nas condições sociais, como alimentícias e habitacionais.

Fica evidente, que as primeiras discussões sobre um aumento populacional auxiliaram no desenvolvimento de meios para contornar tal situação e com o avanço farmacológico, isto tornou-se uma realidade em todo o mundo. Embora esta questão tenha ficado muito tempo à escura, sem métodos científicos para uma inovação e com grandes grupos contrários a esta ideia como a Igreja Católica que dominou o cenário cultural durante muitos anos, principalmente na Idade Média (CORREAS, 2004).

Até a década de 1970, as políticas com relação à saúde das mulheres se preocupavam com a função procriativa e eram traduzidas em cuidados com o ciclo gravídico-puerperal com ênfase na visão da mulher constituindo o modelo materno-infantil (FLECKI; WAGNER, 2003).

Em meados dos anos setenta, o Ministério da Saúde implementou como uma ação governista o Programa de Saúde Materno-Infantil, onde o Planejamento Familiar figurava. Nessa mesma década, exatamente no ano de 1977, foi elaborado o Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco (PPGAR), o qual recebeu uma reação contrária dos movimentos sociais que entendiam ser este programa de cunho controlista. Mais tarde em, 1983 surgiu um outro programa também voltado a atenção a saúde da mulher, o PAISM, sendo anunciado como uma nova e diferenciada abordagem da saúde da mulher, baseado no conceito de “atenção integral à saúde das mulheres” (BIASOLI, 2000).

Assim, a mulher começou a lutar por direito iguais ou pelo menos parecidas com a dos homens, pois estava se iniciando um processo de intensificação no mercado de trabalho; as mulheres estavam estudando e alcançando um nível intelectual. Ocupando assim, um lugar de destaque na sociedade (BESSA, 2007).

É importante salientar que o planejamento familiar, é uma das ações da Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) preconizada pelo Ministério da Saúde, desde 1984. Portanto, dentro dos princípios que regem esta política, os serviços devem garantir o acesso aos meios para evitar ou propiciar a gravidez, o acompanhamento clínico-ginecológico e ações educativas para que as escolhas sejam conscientes (MARQUES; MENDES, 2002).

No entanto só houve a consagração do direito ao planejamento familiar na Constituição Federal de 88, no parágrafo 7º do art. 226. Ali estão estabelecidas as diretrizes a serem obedecidas, onde deve-se vincular o direito de acesso ao planejamento familiar e as políticas de controle demográfico. Entre estas diretrizes figuram, claramente, a liberdade de decisão do casal e a responsabilidade do Estado em prover recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito. A regulamentação do direito constitucional se deu pela Lei nº 9263, de 12 de janeiro de 1996 representando um avanço na implementação do PAISM pelo SUS (BRASIL, 2006).

Desta forma, o planejamento familiar deve ser tratado dentro do contexto dos direitos reprodutivos, tendo, portanto, como principal objetivo garantir às mulheres e aos homens um direito básico de cidadania, previsto na Constituição Brasileira: o direito de ter ou não filhos (CORREAS, 2004).

Planejamento familiar é o direito que toda pessoa tem à informação, à assistência especializada e ao acesso aos recursos que permitam optar livre e conscientemente por ter ou não ter filhos. O número, o espaçamento entre eles e a escolha do método anticoncepcional mais adequado são opções que toda mulher deve ter o direito de escolher de forma livre e por meio da informação, sem discriminação, coerção ou violência (BRASIL, 2008, p. 24).

No Brasil atualmente, a assistência ao planejamento familiar é oferecida, pelas equipes do Programa Saúde da Família (PSF), um modelo de política pública de saúde que traz a proposta do trabalho em equipe, de vinculação dos profissionais com a comunidade e de valorização e incentivo à participação comunitária (MALTA; SANTOS, 2003).

No que se referem à anticoncepção, os serviços de saúde devem fornecer todos os métodos an-

ticoncepcionais recomendados pelo Ministério da Saúde. Ao mesmo tempo, os profissionais de saúde devem empenhar-se em informar aos usuários para que conheçam todas as alternativas de anticoncepção e possam participar ativamente da escolha do método mais adequado a seus fatores econômicos e de saúde (MESQUITA, 2008).

O programa, porém não se limita somente à anticoncepção. A atuação dos profissionais de saúde na assistência envolve, necessariamente, três tipos de atividades: atividades educativas, aconselhamento e atividades clínicas, garantindo uma assistência de promoção da saúde eficaz (COELHO, 2005).

Neste modelo de atenção composto pela promoção e educação em saúde, a enfermagem atua diretamente com o cliente, cabendo a ele a função de aconselhamento do paciente em todos os níveis de atenção (ALVES, 2002).

De acordo com Nery *et al.*, (2008), o planejamento familiar é considerado um elemento essencial da prevenção da atenção primária à saúde, não podendo dispensar a atuação da enfermeira na assistência à clientela. Como membro da equipe da saúde, a enfermeira atua nas ações de planejamento familiar, por ser uma das profissionais, de maior contato com as famílias em áreas urbanas e rurais, e por receber muitas solicitações em relação ao planejamento familiar.

No planejamento familiar as atividades educativas devem ser desenvolvidas com o objetivo de oferecer à clientela os conhecimentos necessários para a escolha e posterior utilização do método anticoncepcional mais adequado, assim como propiciar o questionamento e reflexão sobre os temas relacionados com a prática da anticoncepção, inclusive a sexualidade (SICOLI, 2003).

Moura e Silva (2004), comentam que em se tratando de planejamento familiar, as atividades de informação são extremamente relevantes, diríamos indispensáveis, ao alcance dos objetivos de serviços e usuários, exigindo dos profissionais de saúde atitude de empenharem-se em bem informar para que a clientela conheça as alternativas de concepção e anticoncepção disponíveis e, assim, possa participar ativamente da definição e do alcance de suas metas reprodutivas.

Com o propósito de garantir autonomia na escolha dos métodos e do controle da fertilidade, são valorizadas as práticas de educação em saúde e sexualidade, entendidas como instrumentos disseminadores de informações para fortalecimento da autonomia. O Programa recomenda ainda que se ofereça o conjunto de tecnologias disponíveis para a anticoncepção e que a atenção ao planejamento familiar seja realizada no contexto da atenção à saúde, portanto sob as diretrizes do princípio da integralidade da saúde. O PAISM estabelece ainda que o planejamento familiar deva incluir ações para a anticoncepção e também atenção aos casos de infertilidade (ALVES, 2002).

Segundo Brasil (2006), a prática de aconselhamento implica na identificação e acolhimento da demanda do indivíduo ou casal, entendida como suas necessidades, dúvidas, preocupações, medos e angústias entre outras, relacionadas às questões de planejamento familiar e prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis - DSTs/AIDS; avaliação de risco individual ou do casal, para a infecção pelo HIV e outras DSTs.

As atividades clínicas a serem realizadas devem levar em conta que todo e qualquer contato que a mulher venha a ter com os serviços de saúde deve ser utilizado em benefício da promoção, proteção e recuperação da sua saúde. De tal forma que a primeira consulta deve ser feita após as atividades educativas incluindo: a anamnese; exame físico geral e ginecológico, com especial atenção para a orientação do auto-exame de mamas e levantamento de data da última colpocitologia oncótica para avaliar a necessidade de realização da coleta ou encaminhamento para tal; análise da escolha e prescrição do método anticoncepcional (SALA, 1998).

Ao recomendar o conjunto dos métodos anticoncepcionais disponíveis - naturais ou comportamentais; de barreira; hormonais; DIUs (dispositivos intra-uterinos) e laqueadura, o Ministério da Saúde reafirma a autonomia e a liberdade da escolha para as usuárias do planejamento familiar do SUS.

Na decisão sobre o método anticoncepcional a ser usado devem ser avaliados os seguintes aspectos: a escolha da mulher, do homem ou do casal; características dos métodos, fatores individuais e

Ao recomendar o conjunto dos métodos anticoncepcionais disponíveis - naturais ou comportamentais; de barreira; hormonais; DIUs (dispositivos intra-uterinos) e laqueadura, o Ministério da Saúde reafirma a autonomia e a liberdade da escolha para as usuárias do planejamento familiar do SUS.

Na decisão sobre o método anticoncepcional a ser usado devem ser avaliados os seguintes aspectos: a escolha da mulher, do homem ou do casal; características dos métodos, fatores individuais e situacionais relacionados aos usuários do método (PEDRO, 2003).

As consultas para a escolha do método contraceptivo deve acontecer após avaliação médica e de enfermagem levando em consideração exames clínicos, laboratoriais e de acordo com as prescrições anteriores, sendo a decisão um acordo com a usuária e o profissional de saúde responsável (OSIS, 2006).

Nunes (2002), afirma que um processo de escolha informada baseia-se nos princípios de autonomia e direitos humanos individuais, inclusive direitos sexuais e reprodutivos, e deve garantir que as pessoas tomem suas próprias decisões em cuidados à saúde e planejamento familiar. Quando uma pessoa toma uma decisão baseada em informações úteis e acurada, terá feito uma escolha informada.

Pode se afirmar que a autonomia tem diversos significados, relacionados à autodeterminação, direito à liberdade, privacidade, escolha individual, livre vontade. Essencialmente, autonomia é a capacidade de pensar, decidir e agir, com base no livre pensamento e decisão independente. No entanto, à vontade e a capacidade não são suficientes para o pleno exercício da autonomia. A informação é o pressuposto inarredável para a escolha que o indivíduo realiza, no contexto de uma sociedade equilibrada. No caso do planejamento familiar, o exercício da autonomia depende também da oferta de alternativas contraceptivas, traduzidos na existência e disponibilidade dos métodos contraceptivos nos serviços de saúde (COELHO, 2005).

## Conclusão

Observa-se de um modo geral, avanços nas políticas públicas, principalmente após a introdução de atividades de promoção em saúde no nível da atenção básica, que revelou-se um modelo de assistência voltado a prática de prevenção, proteção de agravos e educação em saúde e não voltado somente ao modelo de recuperação e reabilitação da saúde, como outrora.

Após a introdução do programa de planejamento familiar entre as ações do Programa Saúde da Família, observa-se uma redução ao longo dos anos da taxa de fecundidade das mulheres brasileiras. Esta queda esta relacionada com o desenvolvimento de políticas públicas que incentivam a promoção de ações voltadas a saúde da mulher, destacando se o planejamento familiar, sendo este também uma consequência da inserção das mulheres no mercado de trabalho, bem como do desenvolvimento social e econômico de países subdesenvolvidos, como o Brasil.

O programa de planejamento familiar apesar de ser preconizado pelo Ministério da Saúde e ser considerado um direito de todo o cidadão previsto na constituição, percebe-se que muito ainda está a desejar, pois apesar do programa de planejamento familiar existir nas Unidades Básicas de Saúde onde está inserido o Programa de Saúde da Família, acaba não abrangendo de forma universal o público a ele destinado, faltando um trabalho eficaz de implantação em alguns lugares e implementação em outros.

Ressalta-se que o planejamento da família deve ser uma decisão tomada dentro do contexto familiar, tendo o profissional de saúde um papel determinante como intermediador entre família e o serviço da saúde, orientando a população à respeito das estratégias e métodos contraceptivos disponíveis.

No entanto, o desenvolvimento de ações para a realização do planejamento familiar enfrenta dentro do contexto atual obstáculos para sua execução, destacando-se alguns fatores como: pouco investimento financeiro, material e falta de profissionais capacitados para atender a demanda, meios de trabalho inapropriados e a falta de sistematização para a condução das atividades do planejamento familiar.

## Referências

ALVES, J. E. D. **A Polêmica Malthus Versus Condorcet Reavaliada à Luz da Transição Demográfica**. Rio de Janeiro: S. n., 2002. p. 6-52 Disponível em: <http://www.ced.uab.es/jperez/pags/Teorias/Textos/Diniz2002.pdf>. Acesso em: 16 maio, 2018.

BRAGA, M. G. R; AMAZONAS, M. C. L. A. **Família: maternidade e procriação assistida**. **Psicologia em Estudo**. Maringá, v. 10, n. 1, p. 11-18. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n1/v10n1a02.pdf>. Acesso em: 12 maio, 2018.

BESSA, K. A. M. **O Papel da mulher na sociedade ao longo da história**. Summary Rating. p. 1-11 São Paulo. Ago, 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-3772200000300006&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-3772200000300006&script=sci_arttext&lng=pt). Acesso em: 13 abril, 2018.

BIASOLI, Z. M. M. **Continuidades e rupturas no papel da mulher Brasileira no século XX**. **Psicologia: teoria e pesquisa**. Brasília: v. 16, n. 3, p. 233-239. 2000. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-3772200000300006&lng=en&nrm=iso&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-3772200000300006&lng=en&nrm=iso&lng=pt). Acesso em: 12 maio, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher**. Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico/Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. 4. ed. p 5-143 Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Secretária de Atenção à Saúde**. Departamento de Ações Estratégicas. Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais. p 1-52. Brasília: 2006.

BRASIL, **Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE**. Síntese de Indicadores Sociais Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira. n. 23, p.1-280. Rio de Janeiro. 2008.

BUSS, P. M. **Promoção da saúde e qualidade de vida**. **Ciência saúde coletiva**. Rio de Janeiro. v. 5, n.1, p. 163-177. 2000. Disponível em: [http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1413-8123200000100014&script=sci\\_arttext](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1413-8123200000100014&script=sci_arttext). Acesso em: 13 maio, 2018.

CANDEIAS, N. M. F. **Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais**. **Revista de Saúde pública**. São Paulo. v.31, n. 2, p. 209-213. 1997. Disponível em: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101997000200016](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000200016). Acesso em: 15 maio, 2018.

CARVALHO, S. R. **Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de Promoção à Saúde**. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 20, n. 4, p. 1088-1095. 2004. Disponível em: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000400024](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000400024). Acesso em: 16 maio, 2018.

CARVALHO, J. A. M.; BRITO, F. **A demografia brasileira e o declínio da fecundidade no Brasil: contribuições, equívocos e silêncios**. **Revista Brasileira Estudos Populacionais**. São Paulo. v.22, n.2, p. 351-369. 2005.

Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-30982005000200011&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-30982005000200011&script=sci_arttext&tlng=es). Acesso em: 15 maio, 2018.

COSTA, A. M. **Planejamento familiar no Brasil**. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 4, n. 11, p. 1-7, 2002. Disponível em: <http://www.cfm.org.br/revista/bio2/>. Acesso em: 22 abril, 2018.

COELHO, E. B. S. **Enfermagem e o planejamento familiar: as interfaces da contracepção**. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, v. 58, n. 6. 2005. p. 665-672. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-7167200500060007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-7167200500060007&script=sci_arttext). Acesso em: 20 maio, 2018.

CORRÊA, S. et. al. **Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores**. Campinas, 2004. p. 27-62. Disponível em: [http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/outraspub/ind\\_mun\\_saude\\_sex\\_rep/ind\\_mun\\_saude\\_sex\\_rep\\_capitulo1\\_p27a62.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/outraspub/ind_mun_saude_sex_rep/ind_mun_saude_sex_rep_capitulo1_p27a62.pdf). Acesso em: 17 abril, 2018.

FERNANDES, L. D. S, et al. **Ações educativas em Planejamento Familiar: perfil dos participantes do programa em uma universidade privada de São Paulo**. Saúde Coletiva. São Paulo, v. 21, n. 5, p. 80-95. 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722003000300005&script=sci\\_arttext&tlng=in](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722003000300005&script=sci_arttext&tlng=in). Acesso em: 05 maio, 2018.

FLECKI, A. C.; WAGNER, A. **A mulher como a principal provedora do sustento econômico familiar**. Psicologia estudo. Maringá. v. 8, n. 4., p. 31-38. 2003. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722003000300005&script=sci\\_arttext&tlng=in](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722003000300005&script=sci_arttext&tlng=in). Acesso em: 21 abril, 2018.

HEIDMANN, I. T.S. et al. **Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções**. Texto contexto enfermagem. Florianópolis, 2006, v.15, n.2, p. 352-358. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072006000200021&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072006000200021&script=sci_arttext&tlng=pt). Acesso em: 14 abril, 2018.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Projeção da População do Brasil. IBGE, 2008. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_impresao.php?id\\_noticia=1272](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impresao.php?id_noticia=1272). Acesso em: 08 abril, 2018.

MALTA, D. C., SANTOS, F. P. **Os Programas de Saúde da Família (PSF) e os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira**. Revista Medicina Minas Gerais. Belo Horizonte. v. 13, n. 4, p. 251-259. 2003. Disponível em: [http://www.coopmed.com.br/uploads/revistas\\_materias\\_39.pdf](http://www.coopmed.com.br/uploads/revistas_materias_39.pdf). Acesso em: 29 maio, 2018.

MARQUES, R. M., MENDES, A. **A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade?**. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro. v. 18, n. 04. p.163-171. 2002. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v18s0/13802.pdf>. Acesso em: 25 abril, 2018.

MESQUITA, C. C. **Planejamento familiar e contracepção: saúde, gênero e política pública na transição democrática**. Revista Identidades. Rio de Janeiro. v. 13, n. 2. p. 2-37. 2008. Disponível em: [content/](http://www.scielo.br/identidades)

anais/1212878796\_ARQUIVO\_Texto integral Anpuhrj2008.pdf. Acesso em: 25 abril, 2018.

MOURA, E. R. F.; SILVA, R. M. **Informação e planejamento familiar como medidas de promoção da saúde.** Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. v.9, n. 4, p. 1023-1032. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n4/a23v9n4.pdf>. Acesso em: 5 abril, 2018.

NERY, et. al. **Avaliação das Ações de Planejamento Familiar em Teresina –PI.** Saúde Coletiva. São Paulo. v. 4, n. 19, p. 7-12. 2008. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/842/84201903.pdf>. Acesso em: 12 abril, 2018.

NUNES, A. N. M. **Manual Prático do método contraceptivo oral hormonal.** v. 1, p. 1-52. Guarará: S. n, 2007.

OSIS, M. J. D. **Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa.** Caderno Saúde Pública. Rio de Janeiro v.22 n.11, p. 2481-2490. 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006001100023&tlng=es&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001100023&tlng=es&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 15 maio, 2018.

PAIM, J., ALMEIDA, N. F. **Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas?** Revista Saúde Pública. São Paulo. v. 32, n. 4, p. 299-316. 1998. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101998000400001](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101998000400001). Acesso em: 12 maio, 2018.

PEDRO, J. M.; **A experiência com contraceptivos no Brasil: uma questão de geração.** Revista Brasileira de História. São Paulo. v. 23, n. 45, p. 239-260 2003. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-01882003000100010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-01882003000100010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 18 abril, 2018.

SALA, A. et al. **Metodologia de avaliação do trabalho na atenção primária à saúde.** Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro v.14, n. 4, p. 741-751. 1998. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1998000400016](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1998000400016). Acesso em: 15 abril, 2018.

SÍCOLI, J. L., NASCIMENTO, P. R. **Promoção de saúde: concepções, princípios e Operacionalização.** Interface – Comunicação, saúde, educação. São Paulo. v. 7, n.12, p. 91-112, 2003. Disponível em: <http://www.interface.org.br/revista12/artigo3.pdf>. Acesso em: 15 maio, 2018.

TEIXEIRA, C. F. et. al. SUS. **Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde.** IESUS. São Paulo. v. 2, n.5. p. 7-28. 1998. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/iesus\\_vol7\\_2\\_sus.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/iesus_vol7_2_sus.pdf). Acesso em: 30 abril, 2018.

VASCONCELOS, E. M. **A priorização da família nas políticas de saúde.** Saúde em Debate. Rio de Janeiro. v. 23, n. 53, p. 6-19, set./dez., 1999. Disponível em: [http://www.cebes.org.br/media/File/publicacoes/Rev%20Saude%20Debate/Saude%20em%20Debate\\_n53.pdf#page=9](http://www.cebes.org.br/media/File/publicacoes/Rev%20Saude%20Debate/Saude%20em%20Debate_n53.pdf#page=9). Acesso em: 14 maio, 2018.

VIANNA, S. N. M., et. al. **Medindo as Desigualdades em Saúde no Brasil.** Uma Proposta de Monitoramento. IPEA/OPAS. São Paulo. p. 2-9. 2001. Disponível em: <http://www2.eptic.com.br/sgw/data/bib/artigos/717c61ba882e252cb27177e112528e5e.pdf>. Acesso em: 8 abril, 2018.

Recebido em 30 de abril de 2019.

Aceito em 16 de agosto de 2019.