





Papel do planejamento familiar na atenção primária à saúde: métodos mistos de análise de dados

The role of family planning in primary health care: mixed methods of data analysis

Papel de la planificación familiar en la atención primaria de salud: métodos mixtos de análisis de datos

Giovana Barroso de Melo Rios¹ , Lourrany Borges Costa¹ , Marília Teixeira Rodrigues¹ , Iana Castelo Rodrigues¹ , Fernanda de Oliveira Paula¹ , Morgana Pordeus do Nascimento Forte¹ , Carmem Rita Sampaio de Sousa Neri² 

¹Universidade de Fortaleza, Centro de Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina – Fortaleza (CE), Brasil.

²Universidade Federal do Ceará. Departamento de Saúde Comunitária, Faculdade de Medicina – Fortaleza (CE), Brasil.

Resumo

Introdução: A assistência ao planejamento familiar no âmbito da atenção primária compreende um importante conjunto de ações capazes de garantir o direito à saúde reprodutiva aos usuários do Sistema Único de Saúde brasileiro. Entretanto vários obstáculos impedem sua implementação plena, fazendo com que muitos usuários não tenham acesso a esse serviço. **Objetivo:** Analisar o papel do planejamento familiar na construção da parentalidade sob a ótica de usuários de serviços de atenção primária à saúde em Fortaleza (CE). **Métodos:** Estudo transversal de métodos mistos, com triangulação concomitante de dados, de acordo com Creswell e Clack. Para a fase quantitativa, selecionaram-se 60 pessoas em exercício da parentalidade para responder a um questionário estruturado, das quais 12 participaram da fase qualitativa através de entrevistas semiestruturadas. **Resultados:** Em relação às respostas ao questionário, a maioria dos participantes teve o primeiro filho entre 17 e 20 anos, atualmente possui dois filhos e permanece com a mesma parceria da época do primogênito. As entrevistas evidenciaram o desconhecimento sobre o planejamento familiar, atribuído a escassez da assistência, falta de acolhimento pelos profissionais de saúde, ineficiência de políticas e desinteresse da população. A triangulação de métodos evidenciou complementação e corroboração entre os dados quantitativos e qualitativos. A integração de dados permitiu observar um apelo à corresponsabilidade da população em relação ao planejamento familiar, além da necessidade de mais treinamento e sensibilização dos profissionais de saúde quanto ao tema. **Conclusões:** É necessário avançar na abordagem do planejamento familiar no contexto da atenção primária à saúde para que este possa se tornar de fato um espaço de cuidado, troca e desenvolvimento da parentalidade efetiva e afetiva.

Palavras-chave: Planejamento familiar; Relações familiares; Análise de dados; Atenção primária à saúde.

Autor correspondente:

Lourrany Borges Costa

E-mail: lourranybep@hotmail.com

Fonte de financiamento:

não se aplica

Parecer CEP:

3.661.667

Procedência:

não encomendado.

Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 10/04/2022.

Aprovado em: 01/03/2023.

Como citar: Rios GBM, Costa LB, Rodrigues MT, Rodrigues IC, Paula FO, Forte MPN, et al. Papel do planejamento familiar na atenção primária à saúde: métodos mistos de análise de dados. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2023;18(45):3429. [https://doi.org/10.5712/rbmfc18\(45\)3429](https://doi.org/10.5712/rbmfc18(45)3429)



Abstract

Introduction: Family planning within the scope of primary health care comprises an essential set of actions capable of guaranteeing the right to reproductive health for patients of the Brazilian Unified Health System. However, several obstacles prevent its full implementation, causing many citizens not to access this service. **Objective:** To analyze the role of family planning in the construction of parenting from the perspective of users of primary health care services in Fortaleza (state of Ceará, Brazil). **Methods:** Cross-sectional mixed methods study with concurrent data triangulation, according to Creswell and Clack. For the quantitative phase, 60 parents were selected to respond to a structured questionnaire, of whom 12 participated in the qualitative phase through semi-structured interviews. **Results:** Regarding the responses to the questionnaire, most participants had their first child between the ages of 17 and 20 years, currently have two children, and remain with the same partner as when they had their first child. The interviews showed lack of knowledge of family planning, attributed to the scarcity of assistance, lack of acceptance by healthcare professionals, inefficiency of policies, and lack of interest on the part of the population. The triangulation of methods showed complementation and corroboration between quantitative and qualitative data. Data integration enabled us to observe an appeal to the population's co-responsibility in relation to family planning and the need for more training and awareness of the topic among healthcare professionals. **Conclusions:** It is necessary to advance the family planning approach in the context of primary health care, in such a way that it can become an actual place of care, exchange, and development of effective and affective parenting. **Keywords:** Family development planning; Family relations; Data analysis; Primary health care.

Resumen

Introducción: La asistencia a la planificación familiar en el ámbito de la atención primaria comprende un importante conjunto de acciones capaces de garantizar el derecho a la salud reproductiva de los usuarios del Sistema Único de Salud brasileño. Sin embargo, varios obstáculos impiden su plena implementación, provocando que muchos ciudadanos no accedan a este servicio. **Objetivo:** Analizar el papel de la planificación familiar en la construcción de la paternidad desde la perspectiva de los usuarios de los servicios de atención primaria de salud en Fortaleza (CE). **Métodos:** Estudio transversal de métodos mixtos con triangulación concomitante de datos, según Creswell y Clack. Para la fase cuantitativa se seleccionó a 60 personas en ejercicio de la paternidad para responder a un cuestionario estructurado, de los cuales 12 participaron en la fase cualitativa a través de entrevistas semiestructuradas. **Resultados:** En cuanto a las respuestas al cuestionario, la mayoría de los participantes tuvo su primer hijo entre los 17 y 20 años, actualmente tiene dos hijos y permanece con la misma pareja que cuando tuvo su primer hijo. Las entrevistas evidenciaron un desconocimiento sobre planificación familiar, atribuido a la escasez de asistencia, la falta de aceptación de los profesionales de salud, la ineficiencia de las políticas y el desinterés de la población. La triangulación de métodos mostró complementación y corroboración entre datos cuantitativos y cualitativos. La integración de los datos permitió observar un llamado a la corresponsabilidad de la población con relación a la planificación familiar y la necesidad de mayor capacitación y sensibilización de los profesionales de la salud sobre el tema. **Conclusión:** Es necesario avanzar en el abordaje de la planificación familiar en el contexto de la atención primaria de salud para que se convierta en un lugar real de cuidado, intercambio y desarrollo de una paternidad efectiva y afectiva. **Palabras-clave:** Planificación familiar; Relaciones familiares; Análisis de datos; Atención primaria de salud.

INTRODUÇÃO

A família pode ser descrita como uma representação da construção social vigente, capaz de apreender percepções acerca do funcionamento da engrenagem social de uma época.¹ Na atualidade, observa-se a tendência pela escolha de adiar a parentalidade para atender às demandas sociais, profissionais e pessoais de um casal.² Ainda assim, uma parcela da população se encontra à margem dessa possibilidade. Não à toa, entre 2010 e 2015, o Brasil possuía uma taxa de 68,4 nascimentos para cada mil mulheres entre 15 e 19 anos, sendo maior que a média sul-americana, 66 nascimentos para cada mil mulheres na mesma faixa etária.³

Um dos principais fatores para ocorrência de gravidez na adolescência é a falta de informação acerca de direitos sexuais e reprodutivos.⁴ Outros fatores são de natureza clínica, social, emocional e familiar.⁵ Nesse âmbito, as ações realizadas no Sistema Único de Saúde (SUS) com o fito de primar pela estabilidade das famílias desde a sua constituição é através da assistência ao planejamento familiar (PF), que fica predominantemente a encargo das equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), principal modelo de atenção primária à saúde (APS) no Brasil. O PF é constituído pelo “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”.⁶ Entre os vários profissionais da ESF, é comum que as ações de PF sejam realizadas por enfermeiros.^{7,8}

O Ministério da Saúde (MS) orienta que as atividades de PF devem envolver ações educativas, aconselhamento e atividades clínicas, de forma integrada, para garantia de acesso ao direito básico de ter filhos ou não. As atividades educativas, coletivas e individuais, tem o objetivo de ofertar conhecimentos sobre anticoncepção e sexualidade. O aconselhamento pressupõe acolhimento de demandas, avaliação do risco individual e de casais quanto a infecções sexualmente transmissíveis e reconhecimento da importância da ação conjunta de profissional e usuário. As atividades clínicas envolvem anamnese, exame físico, exames complementares preventivos ou de diagnóstico, além de tratamentos e escolha de método contraceptivo.⁹

O PF possui ainda muitos desafios na sua aplicação, principalmente quando utilizado com um viés controlador, concedendo maior ênfase na contracepção em detrimento de garantir condições propícias à ocorrência da gestação.¹⁰ Assim, pela importância de uma perspectiva ampla dos direitos sexuais e reprodutivos, abrangendo mulheres, homens, casais hétero e homoafetivos, para além do desejo de constituição de uma família, o termo PF vem sendo substituído por planejamento reprodutivo.¹¹

Internacionalmente, o acesso universal à saúde reprodutiva é considerado pela Organização das Nações Unidas um direito humano fundamental. Entre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, agenda mundial formada por 17 objetivos e 169 metas, destacam-se as metas 3.7 e 5.6 de alcançar até 2030 o “acesso universal a serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar” e “acesso universal a saúde sexual e reprodutiva e os direitos reprodutivos”, respectivamente.^{12,13}

Em Fortaleza, capital do Ceará, as ações de planejamento reprodutivo realizadas pela Secretaria Municipal de Saúde são ainda tradicionalmente chamadas de PF.¹⁴ Tanto no interior do Ceará quanto em Fortaleza, estudos apontam que a prática do PF oferecida é muitas vezes marcada por incongruências com as orientações preconizadas pelo MS.^{6,9} Percebe-se a carência de cuidados voltados a adolescentes, respeitando sua autonomia e direito a práticas sexuais seguras, falta de informações, dificuldade de acesso a métodos contraceptivos e seu uso inadequado, circunstâncias estas destacadas também no presente estudo.^{15,16} Além disso, grande parte dos estudos, ora quantitativos, ora qualitativos, envolvem apenas jovens gestantes, sem a participação do parceiro, ou são estudos acerca do PF sob a ótica de profissionais de saúde.¹⁵⁻¹⁹

O presente trabalho busca, de maneira inovadora, por meio da condução de métodos mistos, responder a lacunas de conhecimento quanto ao papel do PF na construção da parentalidade sob a ótica de usuários de serviços de atenção primária à saúde em Fortaleza (CE).

MÉTODOS

Estudo transversal utilizando métodos mistos com triangulação concomitante de dados, segundo referencial proposto por Creswell e Clack.²⁰ e Santos et al.²¹ Optou-se por tal condução, para fornecer um estudo capaz de contemplar a temática sob múltiplos desdobramentos, e evitar deixar lacunas no universo sob análise. As perguntas norteadoras da pesquisa foram:

1. Qual a percepção dos usuários do PF sobre a parentalidade?
2. Qual a percepção dos usuários sobre o papel do PF?
3. Existem falhas nas ações de PF?
4. É possível elaborar métodos resolutivos capazes de combater tais falhas?

Os dados qualitativos e quantitativos tiveram igual atribuição de peso e foram mixados mediante integração (Quan + Qual).²⁰ A etapa quantitativa do tipo inquérito foi norteadada pela ferramenta Strobe (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology),²² enquanto a etapa qualitativa exploratório-descritiva foi

norteada pela ferramenta Coreq (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research).²³ O estudo foi realizado em seis unidades de atenção primária à saúde (UAPS), cada uma pertencente a uma Secretaria Executiva Regional (SER) do município de Fortaleza, escolhidas por amostragem aleatória simples, no período de janeiro de 2020.

A população da pesquisa foi composta por usuários de ações de PF, de ambos os sexos e sexualmente ativos. A amostra de cada UAPS foi calculada proporcionalmente ao número de usuários em cada SER. Sessenta indivíduos aceitaram participar da pesquisa. Considerando-se todas as unidades, 15 pessoas rejeitaram o recrutamento para participação. Os participantes foram convidados pessoalmente pelos pesquisadores nas UAPS e selecionados por conveniência. Foram abordados individualmente, tiveram a pesquisa explicada em suas minúcias e, em seguida, foram perguntados acerca do desejo de colaboração. Quando houve dúvidas, estas foram esclarecidas prontamente. Sessenta indivíduos participaram da primeira etapa, constituída por resposta a questionário, elaborado pelos autores, de 12 questões, de múltipla escolha, autoaplicável, baseado na literatura sobre a temática do estudo. Desses 60 participantes, 12 participaram da segunda etapa, qualitativa, com entrevistas semiestruturadas. Foram incluídos, nessa segunda etapa, os que eram usuários do PF e que estavam em percurso de gravidez no momento da realização do estudo, para que fossem avaliadas as percepções do desenvolvimento da paternidade e maternidade.

Para a coleta dos dados quantitativos da primeira etapa, foi elaborado pelos autores um questionário com doze questões, de múltipla escolha, autoaplicável, baseado na literatura sobre a temática do estudo.²⁴

Durante a etapa de entrevistas, foi utilizado roteiro semiestruturado, desenvolvido pelos autores, com perguntas abertas, com o intuito de caracterizar o PF na construção da parentalidade, contendo as seguintes perguntas:

1. Como foi quando você descobriu que estava grávida (que sua parceira estava grávida)?
2. Como era sua qualidade de vida antes de ter filhos? E como é agora? O que mudou?
3. Como você conheceu a estratégia do PF? Como passou a usufruir dela?
4. Qual a sua opinião acerca da educação sexual das pessoas? O que você acha que deveria ser feito a respeito disso?
5. Se você pudesse voltar no tempo, faria diferente?

As entrevistas ocorreram em ambiente privativo, conduzidas sempre pelo mesmo entrevistador, que é um dos autores do estudo, sem a presença de observadores, após a realização da consulta de PF, sendo gravadas em aparelho de áudio digital. Após cada entrevista, o conteúdo das gravações foi transcrito na íntegra. O tempo médio de duração da entrevista foi de 40 minutos.

O *software* R²⁵ foi utilizado para a análise das variáveis quantitativas, idade quando do nascimento de seu primeiro filho, número de filhos e distribuição das respostas do questionário. Foi realizada análise descritiva das características dos participantes e das respostas do questionário. Para análise de perguntas que tinham como opções de resposta “Não”, “Sim”, “Às vezes”, “Esporadicamente” e “Não sei”, as opções “Às vezes” e “Esporadicamente” foram contadas como “Sim”, enquanto respostas do tipo “Não sei” foram contabilizadas como “Não”. Para o cálculo das medidas de posição e dispersão para a quantidade de filhos, foi considerado “Mais de 5” como valor igual a 6. Buscando responder a hipóteses sobre possíveis relações entre as respostas do questionário, foram realizadas tabelas de contingência do tipo 2x2 e aplicado o teste estatístico qui-quadrado, teste exato de Fisher, teste t de Student e teste de Wilcoxon-Mann-Whitney, bem como correlações de Kendall e Spearman. Um nível de significância de 5% foi adotado. Questões sem resposta foram retiradas da análise.

Quanto à análise qualitativa, utilizou-se a análise temática,²⁶ sistematizada nas seguintes fases: pré-análise — leitura flutuante dos conteúdos das entrevistas por meio dos princípios da exaustividade, representatividade,

homogeneidade e pertinência —; exploração do material — construção das operações de codificação de palavras-chave e temas correlatos, com posterior agregação das informações em categorias temáticas —; interpretação — tratamento dos resultados, inferência e interpretação respaldado no referencial teórico.

Por fim, os dados qualitativos e quantitativos foram integrados por triangulação concomitante objetivando a determinação de convergências e divergências.²⁰

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Fortaleza (Parecer nº 3.661.667). Os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido antes de se envolverem em quaisquer momentos do estudo. As falas dos participantes foram identificadas com “Entrevistado(a)” e um número sequencial. Os autores decidiram pelo não compartilhamento de dados do estudo e códigos utilizados nas análises.

RESULTADOS

Dados quantitativos

Participaram da pesquisa 60 usuários, 12 homens (20%) e 48 mulheres (80%), sendo 25 gestantes (62,5% das mulheres). Com relação à idade em que o entrevistado teve o seu primeiro filho, a minoria (6,7%, n=4) tornou-se mãe/pai entre 14 e 16 anos, enquanto, em sua grande maioria, os entrevistados tiveram filhos entre 17 e 20 anos (Tabela 1). A maior proporção das mulheres teve filhos entre 17 e 25 anos (69% das mulheres, n=33), enquanto os homens tiveram entre 26 anos ou mais (58% dos homens,

Tabela 1. Distribuição das características dos participantes da pesquisa. Fortaleza (CE), Brasil, 2020.

Características dos participantes	n (total=60)	% do total
Sexo		
Feminino	48	80
Masculino	12	20
Faixa etária quando do nascimento de seu primeiro filho		
14 a 16 anos	4	6,7
17 a 20 anos	20	33,3
21 a 25 anos	18	30
26 anos ou mais	18	30
Número de filhos		
1	20	33,3
2	22	36,7
3	13	21,7
4	2	3,3
5	1	1,7
Mais de 5	2	3,3
União conjugal		
Com mesma parceria com quem teve primeiro filho	31	51,7
Com outra parceria diferente de com quem teve primeiro filho	19	31,7
Divorciado(a)	2	3,3
Viúvo(a)	3	5,0
Solteiro(a)	5	8,3

n=7). Quanto à união conjugal, 31 participantes (51,7%) permanecem juntos com a mesma parceria com a qual tiveram o primeiro filho. Em contrapartida, 16,6% (n=10) dos indivíduos estão solteiros, viúvos ou divorciados e 31,7% (n=19) estão com outra parceria. Em média, os entrevistados apresentaram ter dois filhos (mediana 2; média 2,133; variância 1,3718; DP: 1,1712) (Tabela 1).

Entre os 35 participantes que não planejaram o primeiro filho, a maioria (37%, n=13) tinha idade entre 17 e 20 anos quando do nascimento deste. Por outro lado, entre os 25 entrevistados que planejaram o primeiro filho, a maioria o teve entre 26 e 30 anos (36%, n=9).

Foi medida a correlação entre a idade do entrevistado quando este teve o primeiro filho e a sua quantidade de filhos atualmente, através dos coeficientes de Spearman e Kendall. Os resultados foram -0,4611 e -0,3865, respectivamente. Pode-se observar uma correlação inversamente proporcional, porém não tão alta, evidenciando que os entrevistados que tiveram filhos em idade mais avançada têm menos filhos atualmente em certa medida e que os entrevistados que tiveram o primeiro filho mais cedo têm mais filhos atualmente.

A maioria dos participantes (n=41; 68,3%) não conhecia o PF antes do nascimento do primeiro filho. A Tabela 2 mostra a distribuição da frequência de respostas “Não” e “Sim” para outras perguntas do questionário. A maioria dos participantes respondeu que tinha, no nascimento do primeiro filho, informações suficientes sobre como ocorria a concepção (71,75%, n=43).

Tabela 2. Distribuição de respostas “Não” e “Sim” para as perguntas do questionário de pesquisa. Fortaleza (CE), Brasil, 2020.

Pergunta	Não		Sim	
	n	%	n	%
Você tinha informações suficientes sobre como ocorria a concepção na época do nascimento do seu primeiro filho?	17	28,3	43	71,3
A gravidez do seu primeiro filho foi planejada?	35	58,3	25	41,7
Você se considerava apto(a), na época do nascimento do seu primeiro filho, a exercer a maternidade/paternidade?	31	51,7	29	48,3
Você/sua parceria na época do nascimento do seu primeiro filho fazia uso de algum método contraceptivo quando a gravidez fora descoberta?	45	75	15	25
Atualmente, você/sua parceria atual faz uso de algum método contraceptivo?	31	52,5	28	47,5
Você acha que exerce atualmente a maternidade/paternidade com responsabilidade?	1	1,7	59	98,3

Foram realizados os testes de Wilcoxon e teste t para diferença de mediana e média do número de filhos em relação aos entrevistados que continuaram com a mesma parceria em relação aos que não continuaram. Os resultados do p-valor foram respectivamente 0,0508 e 0,0278. Da mesma forma, os testes foram aplicados quanto ao número de filhos para entrevistados que planejaram ter o primeiro filho em relação aos que não planejaram. Os resultados do p-valor foram respectivamente 0,2361 e 0,4639.

Tabelas de contingência referentes às questões do questionário foram organizadas em pares a fim de evidenciar possíveis relações entre as respostas e para realização do teste de qui-quadrado e do teste exato de Fisher. Ambos os testes não mostraram diferença significativa para nenhuma das associações. Assim, não foi encontrada evidência suficiente para afirmar que há relação estatisticamente significativa entre gravidez planejada e continuar atualmente com a mesma parceria, ou entre conhecimento sobre a concepção e o planejamento da primeira gravidez. O conhecimento do PF não teve influência no uso de método contraceptivo no descobrimento da primeira gravidez. O uso atual de método contraceptivo independe do uso de contraceptivo no descobrimento da primeira gravidez. Exercer atualmente a maternidade/paternidade com responsabilidade mostrou-se uma variável independente de considerar-se apto na época da concepção do primeiro filho a exercer a maternidade/paternidade.

Dados qualitativos

Participaram dessa etapa 12 entrevistados, 8 mulheres entre 14 e 25 anos, em sua maioria; e 4 homens, 2 na faixa etária de mais de 25 anos. Houve predomínio de sujeitos com apenas 2 filhos, que ainda estão com a mesma parceria, e que se tornaram pais sem planejamento. Pela análise do material coletado nas entrevistas, foram identificadas três categorias:

1. Acesso ao PF;
2. Educação em saúde e PF;
3. Percepções acerca da gestação e desenvolvimento da maternidade e da paternidade.

Na categoria 1, “Acesso ao PF”, os participantes relataram a deficiência das ações do PF, atribuindo isso à ineficiência de políticas e gestão pública; à dificuldade dos serviços em promover saúde, principalmente à população mais vulnerável, através da educação em saúde; e ao desinteresse dos próprios usuários sobre o PF.

Acho que o posto de saúde deixa muito a desejar nesse termo, deveriam ter mais palestras, principalmente para as meninas mais novas (adolescentes). (Entrevistada 1)

A grande verdade é essa, é porque o povo não quer se esclarecer, não quer aprender um assunto que é tão importante para nós. O governo também investe pouco. (Entrevistado 12)

Foi citado também que os serviços de saúde não acolhem demandas relacionadas à educação sexual, que deve ir além da entrega de contraceptivos, sendo necessário paciência e empatia por parte dos profissionais de saúde.

Deveria mudar, primeiro, as pessoas que vão fazer esse tipo de atendimento ter um pouco mais de paciência, porque existe pessoas leigas que não sabem nem do que se trata, né? (Entrevistada 8).

Na categoria 2, “Educação em saúde e PF”, os discursos apontam para o desconhecimento dos usuários sobre o programa de PF, principalmente entre os homens.

Não conheço esse planejamento familiar! (Entrevistada 4)

Conheci agora que falei com você. Eu acho que poderia ser ajudado, porque a gente ia estar informado, ia pensar, e ia se prevenir, vamos dizer assim, né? Se prevenir, e não iria ser pai assim tão novo, mas aconteceu, né, foi porque Deus quis. (Entrevistado 9)

O estudo sinaliza que o conhecimento sobre contraceptivos se adquire através da família, de forma empírica. Muitos relatos também suscitaram o conhecimento através do agente comunitário de saúde, mas de forma escassa e descontinuada.

[...] foi com a agente de saúde. Agora, ela não tá mais indo, mas antes tinha o acompanhamento. (Entrevistada 8)

Eu aprendi com os meus pais, que eles sempre foram muito exigentes nessa área. (Entrevistado 12)

Quanto à categoria 3, “Percepções acerca da gestação e desenvolvimento da maternidade e da paternidade”, o estudo revelou que, ao serem questionados de como descobriram a gestação, surgiram sentimentos ambivalentes, repercutindo no exercício da parentalidade. Foram elencados: medo, insegurança, despreparo, rejeição e arrependimento, mas também felicidade e contemplação por gerar outra vida.

Eu fiquei desesperada, eu tinha vontade só de morrer. Queria morrer, e eu rejeitei ele quase até o fim da gravidez. (Entrevistada 6)

Pra mim, foi uma surpresa porque eu não estava esperando e com o uso do anticoncepcional, então foi uma surpresa, não tava preparada, mas tive que aceitar na boa. (Entrevistada 8)

Eu não gostei muito não, né? Não estava preparado ainda na época, naquele momento não estava preparado, não trabalhava, não estudava... não tava esperando, né? (Entrevistado 9)

Foi bom, felicidade. Me senti bem. (Entrevistado 10)

Houve relato que a parentalidade modificou as condições financeiras, a carreira profissional e acadêmica e que, diante da experiência vivida, teriam se preparado psicologicamente e financeiramente para serem pais e mães.

Teria terminado meus estudos. Na minha mente, nem se passava ser pai naquela época. Queria mesmo era ter terminado meus estudos e ter um futuro melhor do que o que eu tenho hoje, agora. (Entrevistado 9)

Me planejar pra ter esse filho tendo mais condição. (Entrevistado 11)

Triangulação de métodos

A maioria (33,3%) dos participantes do estudo tinham entre 17 e 20 anos de idade no momento da primeira concepção (Tabela 1), período de inserção no mercado de trabalho e profissionalização. Além disso, a maioria (51,7%) não se considerava apta para exercer a parentalidade (Tabela 2). Esses achados quantitativos corroboram e podem explicar a demanda relatada de organização financeira antes de iniciar a própria trajetória familiar, exemplificada por falas convergentes da categoria 3 de dados qualitativos (entrevistados 9 e 11).

Pode-se observar, na Tabela 2, que, no nascimento do primeiro filho, 75% dos respondentes não usavam método contraceptivo e 51,7% não se consideravam aptos para a parentalidade, apesar de 71,3% tinham informações sobre concepção. O teste de qui-quadrado e o teste exato de Fisher não mostraram evidência entre conhecimento sobre a concepção e o planejamento da primeira gravidez. Dessa forma, esses dados quantitativos por si não são suficientes para entender o contexto da primeira gravidez. Os dados qualitativos por meio das categorias 1 e 2 possibilitam esse entendimento, complementando os dados quantitativos, como exemplificado pelas falas convergentes dos entrevistados (Entrevistada 4 e Entrevistado 12).

Por meio da integração entre os dados quantitativos e qualitativos, é possível observar um chamado para a corresponsabilidade da população no que se refere ao PF, ao passo que, para isso, o acolhimento e a sensibilização dos profissionais de saúde para lidar com tais ações se faz necessário. Tal fato é evidenciado pela alta porcentagem de entrevistados que afirmavam ter informações sobre concepção associada às falas citadas nas categorias 1 e 2.

Não foram observadas divergências entre os dados quantitativos e qualitativos.

DISCUSSÃO

O fato de a maioria dos participantes do estudo (80%, n=48) ser mulher pode ser interpretado sob a perspectiva das relações culturais de gênero estabelecidas no Brasil. Valores tradicionais de masculinidade constroem uma visão do homem distante de práticas consideradas femininas, sendo a necessidade de cuidados associada à fragilidade ou submissão.²⁷ Assim, a responsabilidade da contracepção, em termos gerais, recai principalmente sobre a mulher, com foco em métodos relativos ao corpo feminino.^{28,29} Tais concepções foram percebidas nas falas dos participantes homens do estudo, que apontavam não usar com frequência os serviços das UAPS, desconhecer o PF e associá-lo a consultas direcionadas a mulheres para evitar a gestação. Essas concepções estão de acordo com outro estudo qualitativo realizado com homens em uma cidade do interior do Ceará e com dados de revisão de literatura.^{30,31}

Entende-se por gravidez na adolescência a gestação que acontece até 21 anos. A literatura mostra que a gravidez na adolescência alcança números elevados, correspondendo até 25% do total de gestações.³² Na amostra avaliada, percebeu-se uma porcentagem ainda maior (40%, Tabela 1).

Adolescentes grávidas, em geral, são mais sujeitas a situações adversas, por características fisiológicas e psicológicas dessa faixa etária.^{33,34} No âmbito social, os riscos se apresentam por diversas facetas, como baixa escolaridade, baixa renda, relações familiares conflituosas, consumo de drogas e carências afetivas.^{35,36} A contracepção, associada à educação e ao PF, pode diminuir esses riscos, como corroborado por um trabalho realizado com 258 adolescentes gestantes na ESF de Teresina, Piauí, onde o baixo conhecimento das práticas contraceptivas aumentou em 4,5% as chances de uma gravidez não planejada.³⁷

Um estudo realizado com mulheres de 15 a 18 anos em uma unidade de saúde da família em Ribeirão Preto (SP) mostrou que as principais fontes de informação sobre saúde reprodutiva para as jovens eram a família, a escola e os profissionais de saúde.³⁸ Contudo não é possível garantir a qualidade dessas informações, devido a particularidades das famílias, falta de uma política educacional ampla e obstáculos da prática de profissionais da saúde, por vezes, marcada por preconceitos. Tal reflexão é ratificada por diversos estudos. Um deles analisou o conhecimento acerca de sexualidade e métodos contraceptivos entre indivíduos de uma escola pública. Os resultados mostraram que 66,67% conversavam sobre o assunto com amigos; 59,65% declararam que a escola não fornece informações sobre sexualidade; e dos 31,58% que já haviam praticado atos sexuais, apenas 55,56% fizeram uso de métodos contraceptivos.³⁹ Ratificando tais resultados, neste trabalho, observou-se que 48,3% dos participantes não tinham informações suficientes sobre a concepção na primeira gestação.

Alguns estudos mostram que atividade sexual de jovens ainda é marcada pela utilização incorreta e inconstante de métodos contraceptivos.^{38,40} Corroborando esses dados, neste estudo, a gravidez não planejada ocorreu tanto entre aqueles que não possuíam quanto entre os que possuíam conhecimento sobre a contracepção. Resultados como esses são, por vezes, utilizados para justificar a indicação, ou coerção, por profissionais e serviços de saúde, de métodos específicos de contracepção, especialmente os de longa duração, para adolescentes ou outros grupos de mulheres em vulnerabilidade social, argumentando-se que estas não teriam condições de escolha ou capacidade de uso adequado de outros métodos.⁴¹

No presente estudo, 58,3% dos participantes não planejaram seu primeiro filho e 70% tinham até 25 anos de idade na época do nascimento do primeiro filho. Os dados refletem a realidade brasileira, em que a maior parte das gestações não são planejadas. Das mulheres brasileiras que planejam suas gestações, a maioria são brancas, com maior escolaridade, com mais de 35 anos e em relacionamento estável.²⁸

Ter filhos na adolescência não afeta só as mulheres, mas também os homens.⁴² Uma pesquisa sobre paternidade na adolescência reiterou a ocorrência de evasão escolar entre jovens pais de baixa renda em razão de, muitas vezes, o trabalho para sustentar a família mostrar-se irreconciliável com os estudos, direcionando-os para autonomização e mercado informal, sem garantias trabalhistas, e, em alguns, casos para a criminalidade.⁴³ Em nossa pesquisa, foi possível verificar o impacto da paternidade precoce, interferindo na organização financeira e na mudança de perspectiva profissional.

O resultado das entrevistas mostrou dificuldades de implementação do PF nos serviços de saúde por falta de ações governamentais e por falta de profissionais habilitados para a função. Apoiando essa visão, um estudo realizado em Santa Catarina demonstrou que o PF é visto por alguns profissionais de saúde como uma prática estritamente médica e que tem como função distribuir preservativos e orientar sobre o uso de contraceptivos. Ademais, nesse mesmo estudo, muitos profissionais ressaltaram não conhecer a Política Nacional de PF.⁴⁴

A fala de uma das entrevistadas ressaltou a falta de investimento governamental como obstáculo ao acesso às ações de PF. Tal situação, por vezes, se evidencia pela indisponibilidade de diferentes métodos contraceptivos nas unidades de saúde. Um estudo, que avaliou a disponibilidade física de insumos para PF em unidades básicas de saúde de todo o Brasil que aderiram Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), de 2012 a 2018, mostrou que os métodos mais disponíveis foram anticoncepcional oral combinado e preservativo masculino enquanto DIU foi o menos disponível.⁴⁵

Destaca-se que é imprescindível fomentar a criticidade em se tratando de políticas conservadoras que se opõem ao acesso e cuidado integral da saúde sexual e reprodutiva, particularmente para adolescentes.^{46,47} Tal aspecto é corroborado por uma revisão narrativa, realizada dentre 5.530 publicações de 1990 a 2015, que identificou intervenções nas práticas de trabalho de profissionais de saúde abordando o cuidado centrado na pessoa como mais efetivas em melhorar as percepções de qualidade e conhecimento do PF entre seus usuários.⁴⁸

Iniciativas coletivas de promoção de saúde constituem uma estratégia útil no que concerne ao objetivo educacional de adolescentes. Um exemplo foi proposto em Alfenas, Minas Gerais, que previu a educação permanente e capacitação dos profissionais da equipe de saúde, a implementação do PF, a oferta de métodos contraceptivos e a conscientização do público assistido, principalmente jovens e mulheres em idade fértil.⁴⁹ O uso de novas estratégias educacionais cunhadas na criatividade, na arte e no lúdico são eficazes em aumentar a participação de adolescentes nas atividades de PF.⁴⁷ No presente estudo, durante as entrevistas, não houve relato de abordagem do tema PF de maneira lúdica, nem envolvendo uma equipe multiprofissional com esse propósito. Não houve menção sobre qual profissional se apresentava como de referência para abordar o PF, apesar da atuação destacada da enfermagem no que se refere a atividades educativas e assistenciais.^{7,8}

A abordagem centrada na pessoa, com real foco no cuidado integral de mulheres, homens, jovens e adultos, contextualizada pelos determinantes sociais, constitui uma importante ferramenta no contexto da APS para promover a justiça reprodutiva.^{10,41} Dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 mostram como, no Brasil, a saúde sexual e reprodutiva é marcada por iniquidades socioeconômicas. Mulheres pretas e pardas, da região Norte e com baixa escolaridade são mais esterilizadas cirurgicamente, enquanto mulheres brancas, de maior escolaridade e das regiões Sul e Sudeste utilizam mais contraceptivo oral e dupla proteção como método contraceptivo.²⁸

No presente estudo, 48,3% dos participantes estavam com um parceiro diferente da primeira gestação, evidenciando a formação de novas relações familiares, entre padrasto ou madrasta e enteado, podendo ser a equipe da ESF mediadora dessas novas relações e do cuidado com o filho da primeira parceria.^{50,51}

A pesquisa apresenta limitações próprias de seu desenho, com baixo potencial de generalização, além da amostragem por conveniência. Também constitui limitação a entrevista dos usuários feita após atendimento de PF, devido ao viés de cortesia. Outras limitações foram a não inclusão de participantes sem filhos; a não abordagem de aspectos relacionados a uma definição mais inclusiva de família e parentalidade, para além do modelo heteronormativo. Por fim, não houve caracterização dos participantes acerca de renda, escolaridade e cor; no entanto, durante as entrevistas, aspectos socioeconômicos estiveram presentes nas falas dos participantes, de forma a ressaltar sua influência determinante na temática de estudo.

CONCLUSÃO

Os resultados mostram que, sob a ótica dos usuários participantes, o PF não é bem explorado no contexto da saúde pública em Fortaleza, uma vez que grande parte dos participantes desconhecia o programa. A maioria das pessoas que entrou em contato com o PF o fez após o nascimento do primeiro filho, o que demonstra uma falha no alcance das medidas de educação sexual propostas pelas ações de saúde local. Além disso, foi evidenciada a prevalência da gravidez na adolescência e seus impactos, como evasão escolar e inserção precoce no mercado de trabalho.

Os dados apresentados são relevantes no que tange ao desenvolvimento de melhorias no planejamento e execução de políticas públicas e práticas de trabalho dos profissionais da ESF voltadas para a saúde reprodutiva, principalmente relacionadas a adolescentes.

Recomenda-se que os serviços e profissionais de saúde, especialmente em APS, na implementação de políticas públicas de PF, atentem para os direitos dos usuários, com respeito a autonomia, privacidade e liberdade, sem discriminações e coerções. É fundamental a ampliação da oferta e a disponibilização universal de métodos contraceptivos. Além disso, toda visita de um usuário ao serviço de saúde é uma oportunidade para ações educativas, não só sobre anticoncepção, mas também para uma abordagem da saúde sexual e reprodutiva de forma integral. Em destaque para a ESF, é essencial a interação dos membros das equipes de saúde, para que todos possam colaborar para o sucesso do PF de acordo com suas competências profissionais.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

GBMR: Conceituação, Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Recursos. LBC: Administração do projeto, Análise formal, Conceituação, Curadoria de dados, Escrita – revisão e edição, Investigação, Metodologia, Obtenção de financiamento, Recursos, Software, Supervisão, Validação, Visualização. MTR: Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Recursos. ICR: Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Recursos. FOP: Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Recursos. MPNF: Curadoria de dados, Escrita – revisão e edição, Investigação, Metodologia, Recursos. CRSSN: Curadoria de dados, Escrita – revisão e edição, Investigação, Metodologia, Recursos.

REFERÊNCIAS

1. Rodriguez BC, Gomes IC, Oliveira DP. Família e nomeação na contemporaneidade: uma reflexão psicanalítica. *Estud Interdiscip Psicol* 2017;8(1):135-50. <https://doi.org/10.5433/2236-6407.2017v8n1p135>
2. Bernardi D, Féres-Carneiro T, Magalhães AS. Entre o desejo e a decisão: a escolha por ter filhos na atualidade. *Contextos Clin* 2018;11(2):161-73. <https://doi.org/10.4013/ctc.2018.112.02>
3. World Health Organization. Accelerating progress toward the reduction of adolescent pregnancy in Latin America and the Caribbean. Washington: World Health Organization; 2016.
4. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Adolescência. Prevenção da gravidez na adolescência. Guia prático de atualização nº 11 [Internet]. 2019 [acessado em 31 mai. 2021]. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Adolescencia_-_21621c-GPA_-_Prevencao_Gravidez_Adolescencia.pdf
5. Nascimento MS, Lippi UG, Santos AS. Vulnerabilidade social e individual e a gravidez na adolescência. *Rev Enferm Atenção Saúde* 2018;7(1):15-29. <https://doi.org/10.18554/reas.v7i1.1890>
6. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. 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* [Internet]. 12 de janeiro de 1996 [acessado em 31 mai. 2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm
7. Medeiros GMS, Negreiros LT, Maia JS. A atuação do enfermeiro no planejamento familiar. *Revista Recien* 2014;4(10):18-23. <https://doi.org/10.24276/rrecien2358-3088.2014.4.10.18-23>
8. Sousa FLL, Alves RSS, Ribeiro Y, Torres JC, Diaz AO, Rocha FS, et al. Assistência de enfermagem frente ao planejamento familiar na Atenção Primária à Saúde. *Res Soc Dev* 2021;10(1):e45710110506. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i1.10506>
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Assistência em planejamento familiar: manual técnico. 4ª ed. [Internet]. 2022 [acessado em 31 mai. 2021]. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0102assistencia1.pdf>
10. Santos RB, Barreto RM, Bezerra ACL, Vasconcelos MIO. Processo de readequação de um planejamento familiar: construção de autonomia feminina em uma Unidade Básica de Saúde no Ceará. *RECIIS – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde* 2016;10(3). <https://doi.org/10.29397/reciis.v10i3.1074>
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva [Internet]. 2013 [acessado em 31 mai. 2021]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf
12. World Health Organization. Department of Sexual and Reproductive Health and Research [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [acessado em 31 mai. 2021]. Disponível em: <https://fphandbook.org/sites/default/files/WHO-JHU-FPHandbook-2022Ed-v221114b.pdf>
13. Starbird E, Norton M, Marcus R. Investing in family planning: key to achieving the sustainable development goals. *Glob Health Sci Pract* 2016;4(2):191-210. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-15-00374>
14. Fortaleza. Prefeitura Municipal de Fortaleza. Secretaria Municipal de Saúde. Plano municipal de saúde Fortaleza 2018–2021 [Internet]. Fortaleza: Secretaria Municipal da Saúde; 2017 [acessado em 15 dez. 2022]. Disponível em: https://saude.fortaleza.ce.gov.br/images/planodesaude/20182021/Plano-Municipal-de-Saude-de-Fortaleza-2018-2021_.pdf
15. Silva RM, Araújo KNC, Bastos LAC, Moura ERF. Planejamento familiar: significado para mulheres em idade reprodutiva. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011;16(5):2415-24. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000500010>
16. Queiroz MVO, Vasconcelos MM, Alcântara CM, Fé MCM, Silva ANS. Características sociodemográficas e gineco-obstétricas de adolescentes assistidas em serviço de planejamento familiar. *Rev Enferm UFSM* 2017;7(4):615-28. <https://doi.org/10.5902/2179769226988>
17. Moura ERF, Silva RM, Gomes AMA, Almeida PC, Evangelista DR. Perfil demográfico, socioeconômico e de saúde reprodutiva de mulheres atendidas em planejamento familiar no interior do Ceará. *Rev Baiana Saúde Pública* 2011;34(1):119-33. <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2010.v34.n1.a22>
18. Queiroz INB, Santos MCFC, Machado MFAS, Lopes MSV, Costa CCC. Family planning in adolescence in the perception of nurses of the Family Health Strategy. *Rev Rene* 2012;11(3).
19. Bié APA, Diógenes MAR, Moura ERF. Planejamento familiar: o que os adolescentes sabem sobre este assunto? *Rev Bras Promoç Saúde* 2006;19(3):125-30. <https://doi.org/10.5020/18061230.2006.p125>
20. Creswell JW, Clark VLP. Designing and conducting mixed methods research. 3rd ed. Los Angeles: SAGE; 2018.
21. Santos JLG, Erdmann AL, Meirelles BHS, Lanzoni GMM, Cunha VP, Ross R. Integração entre dados quantitativos e qualitativos em uma pesquisa de métodos mistos. *Texto Contexto Enferm* 2017;26(3):e1590016. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017001590016>
22. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP, et al. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *Ann Intern Med* 2007;147(8):573-7. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-147-8-200710160-00010>
23. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* 2007;19(6):349-57. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
24. Borges Costa, L. Questionário artigo submetido para RBMFC com título “Papel do planejamento familiar na atenção primária à saúde: métodos mistos de análise de dados”. <https://doi.org/10.5281/zenodo.7442157>
25. R Core Team. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. R: A language and environment for statistical computing. Version 4.1.0 [software] [Internet]. 2020 [acessado em 15 dez. 2022]. Disponível em: <https://www.R-project.org/>

26. Souza LK. Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática. *Arq Bras Psicol.* 2019;71(2):51-67. <http://dx.doi.org/10.36482/1809-5267.ARBP2019v71i2p.51-67>
27. Nascimento EF, Gomes R. Marcas identitárias masculinas e a saúde de homens jovens. *Cad Saúde Pública* 2008;24(7):1556-64. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000700010>
28. Trindade RE, Siqueira BB, Paula TF, Felisbino-Mendes MS. Uso de contracepção e desigualdades do planejamento reprodutivo das mulheres brasileiras. *Ciênc Saúde Coletiva* 2021;26(suppl 2):3493-504. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.24332019>
29. Kimport K. Talking about male body-based contraceptives: the counseling visit and the feminization of contraception. *Soc Sci Med* 2018;201:44-50. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.01.040>
30. Morais ACB, Ferreira AG, Almeida KL, Quirino GS. Participação masculina no planejamento familiar e seus fatores intervenientes. *Rev Enferm* 2014;4(3):498-508. <https://doi.org/10.5902/217976929998>
31. Padilha T, Sanches MA. Participação masculina no planejamento familiar: revisão integrativa da literatura. *Interface (Botucatu)* 2020;24:e200047. <https://doi.org/10.1590/interface.200047>
32. Monteiro AKD, Pereira BG. Causas e consequências da gravidez na adolescência: uma abordagem interdisciplinar entre ciências humanas e da saúde. *Revista de Saúde Dom Alberto* 2018;3(1).
33. Leftwich HK, Alves MVO. Adolescent pregnancy. *Pediatr Clin North Am* 2017;64(2):381-8. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2016.11.007>
34. Rexhepi M, Besimi F, Rufati N, Alili A, Bajrami S, Ismaili H. Hospital-based study of maternal, perinatal and neonatal outcomes in adolescent pregnancy compared to adult women pregnancy. *Open Access Maced J Med Sci* 2019;7(5):760-6. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2019.210>
35. Wang E, Glazer KB, Howell EA, Janevic TM. Social determinants of pregnancy-related mortality and morbidity in the united states: a systematic review. *Obstet Anesth Dig* 2021;41(1):12. <https://doi.org/10.1097/01.aoa.0000732376.62065.f9>
36. Molina Gómez AM, Pena Olivera RA, Díaz Amores CE, Antón Soto M. Condicionantes y consecuencias sociales del embarazo en la adolescencia. *Rev Cuba Obstet Ginecol* 2019;45(2):e218.
37. Araújo AKL, Nery IS. Knowledge about contraception and factors associated with pregnancy planning in adolescence. *Cogitare Enferm* 2018;23(2):e55841. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i2.55841>
38. Zanini M, Selvante JDS, Quagliato FF. Uso de contraceptivos e fatores associados entre adolescentes de 15 a 18 anos de idade em Unidade de Saúde da Família. *Rev Med (São Paulo)* 2017;96(1):32-4. <https://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v96i1p32-34>
39. Jorge SA, Alves BVC, Alves JCS, Dias EG. Conhecimento e comportamento dos adolescentes de uma escola pública sobre sexualidade e métodos contraceptivos. *Rev Baiana Saúde Pública* 2017;41(1):120-30. <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2017.v41.n1.a2408>
40. Rodrigues CDS, Lopes AOS. A gravidez não planejada de mulheres atendidas no pré-natal das Unidades Básicas de Saúde. *Id Line Rev Psic* 2016;10(32):70-87. <https://doi.org/10.14295/online.v10i32.579>
41. Brandão ER, Cabral CS. Juventude, gênero e justiça reprodutiva: iniquidades em saúde no planejamento reprodutivo no Sistema Único de Saúde. *Ciênc Saúde Colet* 2021;26(7):2673-82. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021267.08322021>
42. Mozzaquatro CO, Arpini DM. Planejamento familiar e papéis parentais: o tradicional, a mudança e os novos desafios. *Psicol Cienc Prof* 2017;37(4):923-38. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001242016>
43. Cabral CS. "Gravidez na adolescência" e identidade masculina: repercussões sobre a trajetória escolar e profissional do jovem. *Rev Bras Estud Popul* 2002;19(2):179-95.
44. Medeiros RCT. Planejamento familiar: política, acesso e necessidades [dissertação]. Joinville: Universidade da Região de Joinville; 2019.
45. Ruivo ACO, Facchini LA, Tomasi E, Wachs LS, Fassa AG. Disponibilidade de insumos para o planejamento reprodutivo nos três ciclos do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: 2012, 2014 e 2018. *Cad Saúde Pública* 2021;37(6):e00123220. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00123220>
46. Ganle JK, Baatiema L, Ayamah P, Ofori CAE, Ameyaw EK, Seidu AA, et al. Family planning for urban slums in low- and middle-income countries: a scoping review of interventions/service delivery models and their impact. *Int J Equity Health* 2021;20(1):186. <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01518-y>
47. Silva KR, Souza AS, Pimenta DJ, Silva R, Lima MDO. Planejamento familiar: importância das práticas educativas em saúde para jovens na atenção básica. *Rev Eletrônica Gestão & Saúde* 2016;7(1):327-42. <https://doi.org/10.18673/gs.v7i1.22083>
48. Diamond-Smith N, Warnock R, Sudhinaraset M. Interventions to improve the person-centered quality of family planning services: a narrative review. *Reprod Health* 2018;15(1):144. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0592-6>
49. Reis VD. Uma abordagem de planejamento familiar na estratégia de saúde em família de Alfenas [trabalho de conclusão de curso]. Campos Gerais: Universidade Federal de Minas Gerais; 2014.
50. Alves AP, Arpini DM. O recasamento: o papel da madrastra e sua relação com os enteados. *Contextos Clínic* 2017;10(2):185-96. <https://doi.org/10.4013/ctc.2017.102.04>
51. Galvão LB. Mãe solteira não. Mãe solo! Considerações sobre maternidade, conjugalidade e sobrecarga feminina. *Revista Direito e Sexualidade* 2020;1(1):1-23. <https://doi.org/10.9771/revdirsex.v1i1.36872>