



**Español**

Universidade Federal Fluminense

ESCUELA DE ENFERMERÍA  
AURORA DE AFONSO COSTA



Artículos Originales



## Participación del compañero en la planificación familiar bajo la óptica femenina: estudio descriptivo

Graciela Souza da Silva<sup>1</sup>, Maria Celeste Landerdahl<sup>1</sup>,  
Tassiane Ferreira Langendorf<sup>1</sup>, Stela Maris de Mello Padoin<sup>1</sup>,  
Letícia Becker Vieira<sup>2</sup>, Elenir Terezinha Rizzetti Anversa<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Universidad Federal de Santa Maria

<sup>2</sup> Universidad Federal de Rio Grande del Sur

<sup>3</sup> Ayuntamiento Municipal de Santa Maria

### RESUMEN

**Objetivo:** Describir cómo las mujeres perciben la participación del compañero en la planificación familiar.

**Método:** Investigación cualitativa descriptiva, con etapa de campo desarrollada en el período de abril a junio de 2012 por medio de entrevista semiestructurada con ocho mujeres, tomando como escenario una Unidad Básica de Salud en un municipio del Sur de Brasil. Se llevó a cabo el análisis temático de Minayo. **Resultado:** Los datos se organizaron en dos categorías: La pareja realiza un acuerdo sobre el momento de tener hijos y la mujer se responsabiliza por el anticonceptivo. **Discusión:** La participación del compañero está dada por el apoyo emocional y afectivo a la mujer, por la ayuda en el cuidado de los hijos y por el aporte de recursos financieros. El hombre tiene la menor participación en las actividades de anticoncepción. **Conclusión:** La asistencia de la planificación familiar necesita incluir a los hombres, fortaleciendo los subsidios para su participación activa y reconocimiento del matrimonio y de la familia como unidad cuidado.

**Descriptor:** Enfermería; Planificación Familiar; Salud Sexual y Reproductiva.

## INTRODUCCIÓN

El plano jurídico de las conquistas en el campo de los derechos sexuales y reproductivos en Brasil se regula por la Ley nº 9.263 de 12 de enero de 1996. Esta define, en el Artículo 2, la "planificación familiar como el conjunto de acciones de regulación de la fecundidad que garantiza derechos iguales de constitución, limitación o aumento de la prole por la mujer, por el hombre o la pareja"<sup>(1)</sup>.

Las referencias para la formulación de la planificación familiar también se llevan al plano conceptual de la Política Nacional de Atención Integral a la Salud de la Mujer (PNAISM). Este incorpora, en un enfoque de género, la integridad y la promoción de la salud como principios fundamentales, buscando consolidar los avances en el campo de los derechos sexuales y reproductivos. En este documento se aconseja sobre la inclusión del hombre en la atención integral a la salud de la mujer, teniendo como estrategia el estímulo a la participación de estos en la planificación familiar<sup>(2)</sup>. Esta premisa se refuerza también con la Política Nacional de Atención Integral a la Salud del Hombre, en la perspectiva de la superación de la restricción de responsabilidad femenina sobre las prácticas anticonceptivas, asegurando al hombre el derecho a participar en la planificación reproductiva<sup>(3)</sup>.

En el plano normativo, se entiende que para alcanzar los objetivos de la planificación familiar es necesario avanzar en el sentido de ampliar este enfoque a los hombres, promoviendo su desempeño efectivo en las acciones, considerando y valorizando su corresponsabilidad en las cuestiones referentes a la salud sexual y reproductiva<sup>(4)</sup>. De esta forma, se deben llevar a cabo acciones de educación en la salud, a partir del conocimiento de las necesidades y de las expectativas de la pareja para garantizar la oferta de informaciones adecuadas a su contexto.

En este escenario, el equipo multiprofesional, destacándose el profesional de enfermería, se encuentra en una posición importante capaz de explicar a los individuos y a las parejas sobre las opciones de métodos anticonceptivos disponibles. Además, tiene la responsabilidad de asumir en su práctica acciones que promuevan la salud sexual y reproductiva, considerando tales sujetos en su integridad<sup>(4)</sup>.

Las cuestiones relacionadas a la anticoncepción son, sin embargo, tradicionalmente vista como responsabilidad exclusiva de las mujeres y eso puede ser constatado cuando estas asumen solas los asuntos relacionados a la planificación familiar. Además, considerando que la concepción es resultado natural entre hombres y mujeres, la expectativa es que la anticoncepción sea un fenómeno resultante de acciones de compañeros involucrados, sin embargo, se visualiza que la cultura masculina predomina sobre la femenina, enfatizando la responsabilidad de la mujer en el ámbito de la planificación familiar<sup>(5)</sup>.

Se comprende que uno de los objetivos de las políticas de atención integral a la salud del hombre y la mujer, en Brasil, es estimular la participación y la inclusión de los hombres cuando se trata de salud reproductiva. En el documento sobre los principios y directrices referentes a la población masculina, se registra el punto de concientizar a los hombres y mujeres sobre el deber y el derecho de participación masculina en la atención de la planificación reproductiva<sup>(2-3)</sup>. Sin embargo, los hombres se encuentran ausentes en los servicios de salud, siendo las mujeres las principales usuarias de estos<sup>(6)</sup>. Frente a esta particularidad, se optó por escuchar a las mujeres, teniendo como objetivo: describir cómo las mujeres perciben la participación del compañero en la planificación familiar.

Silva GS, Landerdahl MC, Langendorf TF, Padoin SMM, Vieira LB, Anversa ETR. Partner's participation in family planning from a feminine perspective: a descriptive study. *Online braz j nurs* [Internet]. 2013 Dec [cited year month day]; 12 (4): 882-91. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4224>. <http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20134224>

## MÉTODO

Estudio descriptivo, de naturaleza cualitativa, que procuró conocer la subjetividad contenida en las experiencias de las mujeres, las cuales pueden ser demostradas por medio de la operacionalización de variables<sup>(7)</sup>. Se realizó en un municipio de medio porte del sur de Brasil, teniendo como escenario una Unidad Básica de Salud (UBS), en el período de abril a junio de 2012, con ocho usuarias de la referida unidad. Como criterio de inclusión, se definió que las participantes fuesen mujeres en edad fértil que mantuvieran relación conyugal con un compañero, mayores de 18 años, que estuviesen en condiciones físicas y mentales de participar en el estudio.

Se optó por abarcar la problemática de la participación del compañero en la planificación familiar a partir del testimonio de las mujeres que buscan asistencia en el servicio de salud disponible en la región sanitaria en cuestión, una vez que se representa como excepcional la presencia de sus compañeros en este espacio.

El número final de entrevistadas se delimitó por la saturación de los datos, determinado a partir de sucesivos análisis paralelos a la recolección de datos para que se tratara su conclusión<sup>(8)</sup>. Así la cantidad de mujeres entrevistadas fue suficiente para que hubiese reincidencia de informaciones, cuando las entrevistas presentaban datos comunes.

Las mujeres fueron entrevistadas en la sala de espera del servicio de salud y conducidas a una sala disponible por la coordinación de la UBS como forma de ganar en privacidad y tranquilidad para obtener las informaciones. Dos entrevistas fueron realizadas en el domicilio, mediante la solicitud de las mujeres, las cuales justificaron dicha solicitud por tener que cuidar sus hijos en la casa.

La recolección de los datos se realizó mediante la técnica de la entrevista, las mismas

fueron grabadas por un dispositivo digital, nor-teadas por cuestiones sobre la caracterización sociodemográfica y el conocimiento de la mujer sobre la planificación familiar, considerando la participación del compañero. Se llevó a cabo la técnica de análisis temático el contenido, que consiste en descubrir núcleos de sentido, cuya presencia o frecuencia sean expresivas para el objetivo analítico perseguido. Ese análisis se constituyó en tres etapas: ordenación, clasificación de datos y análisis final<sup>(7)</sup>.

La etapa de ordenación consistió en la transcripción de las entrevistas y posteriores lecturas, a fin de determinar las unidades de registro: frases o palabras claves que aparecen con cierta frecuencia en las declaraciones, caracterizadas como ideas centrales o aspectos relevantes. En seguida se continuó con la determinación de las unidades de contexto: delimitación del contexto de comprensión de la unidad de registro<sup>(7)</sup>.

La etapa de clasificación posibilitó construir dos categorías empíricas, responsable por la especificación de los temas y los conceptos teóricos que orientaron el descubrimiento y la construcción de los núcleos de sentidos, que proporcionan la base para el análisis. El análisis final se fundamentó en el tratamiento de los resultados obtenidos y su interpretación, procurando articular el material estructurado de las declaraciones con la literatura, buscando la identificación del contenido subyacente al que fue manifestado.

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Santa María-Río Grande del Sur, Brasil, en conformidad con las directrices del Consejo Nacional de Salud del Ministerio de Salud, parecer número 01423012.1.0000.5346, el 27 de marzo de 2012. El Término del Consentimiento Libre y Aclarado fue concedido por las participantes por medio de firma, previo a la aclaración de los pro-

Silva GS, Landerdahl MC, Langendorf TF, Padoin SMM, Vieira LB, Anversa ETR. Partner's participation in family planning from a feminine perspective: a descriptive study. *Online braz j nurs* [Internet]. 2013 Dec [cited year month day]; 12 (4): 882-91. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4224>. <http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20134224>

cedimientos de la investigación. El anonimato de las participantes fue viabilizado con la utilización del sistema alfanumérico de representación de datos. Para la identificación de las entrevistadas se utilizó la letra M, referente a mujer, seguida por los números en orden creciente (M1, M2, M3...).

## RESULTADOS

La edad de las entrevistadas estuvo comprendida entre 25 y 45 años. El número de hijos varía de uno a seis, con una media de 3 hijos. Cuatro mujeres declararon ser casadas y cuatro alegan unión consensual. El tiempo de relación con el compañero varió de dos a 20 años, con una media de 11,25 años. Cinco eran amas de casa, dos ejercían trabajo remunerado y una con trabajo no remunerado (voluntario). El nivel de escolaridad reveló tres mujeres con enseñanza fundamental incompleta, dos con enseñanza media completa.

Los datos fueron organizados en dos categorías: la pareja que realiza un acuerdo sobre el momento para tener hijos y la mujer se responsabiliza por el tema anticonceptivo.

La primera categoría se fundamentó en las expresiones: "nosotros conversamos/planeamos", "acordamos", "consenso", "ingresos", "confort", "proveer los alimentos", "futuro de los hijos", "garantizar los estudio", "apoyo emocional", "es compañero", "ayuda en la parte financiera", "cuida de los hijos/ayuda con los niños".

Las mujeres del estudio relatan que existe un acuerdo y hasta un consenso, que es mediado por la conversación entre la pareja sobre el momento de tener hijos o no. Este constituyó la base para la planificación de la constitución de la familia, siendo este aspecto esencial para las decisiones sobre las maneras de hacer efectivos estos planes y fortalecer los vínculos familiares.

Conversamos, mi esposo y yo, y los dos estábamos trabajando en ese tiempo, y los dos podíamos tener ese hijo. (M1)

Él y yo [compañero] llegamos a un acuerdo. Él me dijo que era difícil, que no funcionaba así [...]. No sirve si yo quiero y él no. Entonces creí que los mejor era desistir. (M2)

Decíamos que queríamos tener un hijo, fue planeado. (M3)

Yo, sin embargo, no quiero tener más. Y, por mi compañero está bien. Ahora nuestra vida está planificada, él, mi hijo y yo. Planificamos y sabemos que si no nos cuidamos vienen más. (M4)

Yo no quiero más, ni mi marido. La planificación para nuestra familia, para nuestra casa, somos los tres. Conversamos mucho sobre eso, y llegamos a un consenso. (M6)

Conversamos porque mi compañero también cree que tenemos que arreglar la casa antes. Entonces creemos que no es el momento de tener otro ahora. (M8)

La decisión resultante de las conversaciones y las negociaciones de la pareja estuvo influenciada por las condiciones denominadas de estructura de vida actual y para el futuro. Las mujeres citan la estructura física de vivienda, de adquisición de bienes y servicios provenientes del acceso al trabajo. Se destacó la preocupación sobre las cuestiones financieras, como la alimentación, la comodidad de la familia y la educación de los hijos.

¡Dentro de tus ingresos debes planificar! No puedes traer un hijo al mundo sin tener condiciones. (M1)

Resolvimos no tener más hijos, por el momento. No hasta que ellos estén criados, hasta consolidarnos. No hasta que consigamos una mejor estructura, tener una mayor condición financiera, una mayor comodidad. Estamos construyendo nuestra casa, para dale una comodidad a ellos. Tenemos que trabajar para vestir, para alimentarnos, para que ellos no tengan que estar pidiendo a nadie. Creo que esa es la mejor planificación. (M2)

Planear la manera de pensar de aquel hijo. Es poder ver lo que va a ser del futuro de ellos. Y como va a resultar. Que vas a hacer con eso, que vas a hacer con aquello. Y como vamos a hacer las cosas. (M3)

No queremos más hijos. Por eso, solo vamos a garantizar el estudio de este y, trabajar, tener nuestra casa. (M4)

Tienes que tener las cosas para darle a tu hijo, no vale la pena tener una pila de hijos y después no tener nada para darles de comer. (M5)

Nuestra estructura de vida ya está bien con tres hijos. Por nuestros ingresos creemos que no es bueno tener más hijos. (M6)

La gente pobre es así [...] tiene que ir a la lucha, salir para el trabajo por la mañana temprano, buscar la comida, con qué vestirse, qué calzar, adquirir

alimentación para dentro de la casa, principalmente porque no me gusta que le falte a los niños. (M8)

Las mujeres participantes relatan que el compañero ayuda en las actividades domésticas, las cuales se entienden que son de la mujer, una vez que refuerzan diciendo: “*él me ayuda en todo*”. Esa ayuda se identificó por medio del cuidado con los hijos y del compartir el trabajo alternándose, del apoyo emocional y afectivo hacia la compañera y los hijos y percibida por el apoyo y proporción de recursos financieros a la familia.

Él me ayuda en todo, en la forma emocional, en la forma afectiva, tanto para mí como para mis hijos. En la forma financiera él me ayuda bastante. Vamos a decir 100% de ayuda, y en todo. Él cuida de mis hijos, nos rotamos, yo voy para el trabajo de mañana y él cuida de los niños hasta que yo llego. (M2)

Él me ayuda en todo, desde cuidar, de estar junto a mí, de ir al médico, siempre. Él es mi apoyo, un amigo, compañero, está siempre presente, el mejor amigo que tengo es él, mi marido que está siempre conmigo, mi compañero. (M3)

Mi marido pasa todo el tiempo trabajando, solo para cuidar del gordo [hijo].

Con ese [hijo] hasta él me ayudó un poquito, con el bebé me ayuda. Cuando es para hacer la comida, él ayuda, cuidando los niños y eso ya es bueno. (M5)

Él participa en todos los momentos de mi vida, no decido nada sola y no hago nada sola, él me ayuda. (M6)

Él me ayuda con los niños, es muy amigo de mi hija, principalmente con los niños, es compañero. (M8)

La segunda categoría se fundamentó en las expresiones: "el problema es mío", "tiene que partir de mí", "no le gusta usar preservativo", "yo misma me cuido", " el hombre no piensa", "yo siempre me cuidé", " tomo la píldora/inyección y le digo que tiene que usar condón"

La mujer asume la anticoncepción como su responsabilidad, refiriendo que el cuidado con la utilización de un método para evitar el embarazo tiene que partir de ella. El uso del preservativo masculino solo ocurre cuando la mujer lo cree necesario para no embarazarse, como en el intervalo entre un ciclo de la píldora y otro.

Esto revela la dificultad de la mujer en negociar el uso del preservativo con el compañero, siendo las tentativas de uso un motivo de problemas en la pareja.

Ante la indiferencia del compañero en cuanto a que la mujer tome la píldora y de su negación a usar el preservativo, la mujer concluye que el único modo de no quedar embarazada es adquirir los métodos de anticoncepción hormonal oral e inyectable.

A él no le gusta el condón. Cuando le digo que los use se pone a discutir. No lo usa. Porque dice que tiene mujer para no tener que usarlo. Solo que en realidad el problema es mío, porque la que va a quedar embarazada soy yo. Entonces tiene que partir de mí, voy a tomar la píldora, voy a inyectarme, es la única manera. (M2)

Él sabe el día que yo termino con la píldora, lo sabe todo. Él dice 'tienes que tomártela todos los días'. Pero no

usa, no le gusta usar [preservativo], es complicado. (M3)

Yo me cuido, yo misma me cuido mucho. Tomo mis medicinas [anticoncepcional]. A veces que me siento así por causa de las medicinas que dicen que no son muy confiables, por eso es que usamos esos preservativos para evitar quedar embarazada. (M4)

Yo ya tomaba la píldora desde los 17 años; paré de tomar justamente para tener a mi hijo. Por mi compañero yo no tomaría la píldora. Yo creo que él solo piensa en tener hijos, pero no es así. Es que el hombre no piensa, pero yo sí. (M5)

Como yo siempre me cuidé, siempre tomé la píldora, usamos el condón lo necesario. Pero yo no quiero más hijos, ni él. Entonces tomo la píldora. (M6)

Yo me pongo la inyección, él no dice nada. Pero en la cuestión de la ligadura, porque yo me quiero ligar y él no quiere. Yo le digo: "no quiero más, ya tengo tres, me estoy poniendo vieja con una pila de hijos". Aun así en ese punto él está en contra. (M7)

Cuando termino la píldora le digo a él [compañero] que tiene que usar el condón en los días en que todavía no he menstruado; si vamos a tener relaciones, le digo que tiene que usarlo. (M8)

## DISCUSIÓN

La planificación familiar es un evento complejo de innumerables enfoques y actividades

que tienen como brindar al cliente accesibilidad a las informaciones relacionadas a la salud sexual y reproductiva. Además, forma parte de un contexto en que el ser humano asume, voluntaria y conscientemente, el mando de su destino y la responsabilidad por este, de manera que las decisiones sean satisfactorias y adecuadas para la pareja. Es una de las formas de realizar un proyecto de vida<sup>(9)</sup>.

Este proyecto debe poner en consideración la libertad de la pareja en decidir el número de hijos que pueden o quieren tener<sup>(10)</sup>. Las mujeres del estudio identifican algunos factores que tiene influencia en esa decisión, como la relación con el compañero, en la cual la mujer se siente apoyada por él, y en las situaciones en que algunas comprenden que la familia ya está completa con la pareja y los hijos que tienen.

En este sentido, se destaca la importancia de considerar las cuestiones relacionadas entre el matrimonio y la planificación familiar. Estas pueden influir en los aspectos como el planeamiento de la descendencia y la toma de las decisiones compartida<sup>(9)</sup>. De modo que la familia es considerada un grupo de personas unidas por lazos de afectos y cuidado mutuo. De esta forma, el matrimonio planea el número de hijos y como será conformada la familia<sup>(11)</sup>.

Ante esto, el profesional enfermero tiene la posibilidad de ampliar su visión hacia el cuidado de la familia. Este lleva a cabo actitudes de apoyo frente a la familia, las cuales pretenden que los cuidados de enfermería se correspondan con las necesidades de las personas involucradas. Considerar el contexto familiar en la planificación asistencial de enfermería contribuye al desarrollo de un enfoque colaborativo entre profesional y familia, visualizándola como unidad de cuidado<sup>(9)</sup>.

La situación financiera de la pareja es destacada por las mujeres como una cuestión que tiene influencia en la toma de decisiones en lo

que respecta a la planificación familiar. Algunos matrimonios necesitan fortalecer su situación financiera y, para eso se insertan en el mercado de trabajo, para posteriormente efectuar la planificación reproductiva. Cada vez más hombres y mujeres conquistan la libertad y el derecho a ejercer diferentes papeles y funciones sociales. Los lugares ocupados por ambos pasan a ser establecidos de acuerdo con las necesidades, deseos, expectativas y competencias, en la tentativa de superación de la rígida división sexual de trabajo.

Más allá de las cuestiones económicas se puede destacar, además, el trabajo doméstico en el hogar y fuera de él, la baja remuneración en el ámbito personal y familiar, y la baja escolaridad como factores que pueden interferir en esta planificación<sup>(12)</sup>. El equilibrio entre los ingresos y el número de hijos es un factor positivo para el desarrollo social y la disminución de la pobreza. En este sentido, la planificación familiar contribuye a que la familia se organice de forma que se base en la sustentabilidad, considerando los factores sociales, políticos y económicos en que están insertados<sup>(13)</sup>.

En lo que respecta al aspecto financiero de la familia, cuestiones como la adquisición de alimentos, escolaridad, vestuario y hasta vivienda propia son tomadas en cuenta dentro de la decisión de la pareja al planear sus opciones reproductivas. La planificación, en este contexto se refiere a la organización y apoyo que la familia realiza con el objetivo de minimizar las dificultades del día a día. Así programarse para tener una vida mejor significa decidir tener hijos conforme a su condición económica, a fin de tener la posibilidad de proporcionar comodidad a su familia.

Se puede percibir la presencia del padre en lo cotidiano de su hijo, participando en la educación y dividiendo las tareas del cuidado con la madre. En algunas situaciones el padre adapta sus actividades, principalmente el trabajo y la

vida social, para participar de los cuidados del hijo. Además, el padre contemporáneo comparte tareas que tradicionalmente son ejercidas por la madre. De esta forma intensifica su participación como compañero y padre<sup>(14)</sup>.

En este escenario en que el hombre se inserta de manera diferenciada en el cuidado con la compañera y con los hijos, se espera de ellos acciones que antes parecían ser exclusivamente de las mujeres, como involucrarse emocionalmente con el hijo y participar activamente de su vida. Mientras tanto se puede concluir que proporcionar el sustento de la familia permanece siendo atribución principalmente del padre, condición construida históricamente, al reconocerlo como jefe y proveedor de la familia<sup>(15)</sup>. En este escenario, el papel del hombre continúa siendo jefe y proveedor, aunque esta realidad se muestra en transición en Brasil.

Tal afirmación converge con los hallazgos de este estudio, en los cuales los ingresos familiares provienen predominantemente de las actividades laborales del compañero. Esto contribuye a la dependencia de la mujer hacia su compañero, limitando su libertad reproductiva y su autonomía. Esta limitación aumenta la dificultad que las mujeres pueden tener para ejercer la planificación familiar, pues esto puede tener influencia del compañero, al definir cuándo la pareja tendrá hijos<sup>(16)</sup>.

Al tratar la anticoncepción, se puede observar que la responsabilidad exclusiva de asumir la acción es de la mujer y la participación del hombre ocurre cuando ella lo cree necesario. Tal responsabilidad puede ser observada por la selección de los métodos anticonceptivos, de los cuales predominan los anticonceptivos hormonales orales e inyectables, ligadura de las trompas y dispositivo intrauterino. La minoría refiere la vasectomía como método de opción, fortaleciendo el hecho de que la anticoncepción se atribuye solo a la mujer<sup>(17)</sup>.

Se piensa en la concepción como resultado natural de la relación sexual entre hombre y mujer, al mismo tiempo en que la anticoncepción debería ser un fenómeno originado por la conjugación de esfuerzos de los compañeros involucrados en esa relación<sup>(5)</sup>. Pero eso no siempre ocurre, una vez que el peso de la responsabilidad que la mujer lleva, en lo que refiere a la anticoncepción, se configura, para ella y para la sociedad en general, un papel naturalizado que ve determinadas actividades como exclusivas de las mujeres, como el cuidado de la casa y de los hijos.

La salud reproductiva persiste en nuestra sociedad como atribución de la mujer. Eso se torna evidente ante la expresividad de la mujer que se responsabiliza por la anticoncepción, cuando asume la utilización de algún método anticonceptivo y su compañero no<sup>(18)</sup>.

Aunque existan inversiones en campañas que incentiven a los hombres a usar el preservativo masculino, aun con enfoque principalmente en la prevención de enfermedades de transmisión sexual, permanece el discurso de que los hombres se rehúsan a hacerlo. Esto bajo el argumento de que el preservativo reduce el placer sexual. Además, las percepciones y los comportamientos sobre el uso del preservativo pueden variar de acuerdo con la edad, el sexo, nivel educacional, estatus social, creencia religiosa, género y etnia<sup>(19)</sup>.

Ante eso se tornan evidentes las dificultades de negociación del uso del preservativo entre la mayoría de las parejas. Así, las mujeres renuncian a sus deseos de mantener una relación sexual placentera y segura, por encontrar obstáculos en la comunicación y persuasión de los compañeros sexuales para la utilización de este método anticonceptivo<sup>(16)</sup>.

En el escenario actual de asistencia sexual y reproductiva, la participación de los hombres es poco expresiva, en especial en los servicios de



planificación familiar. Esa situación necesita ser revertida, una vez que las decisiones y acciones en este campo deben ser ejercidas por la pareja<sup>(11)</sup>. Además, para planear el número de hijos no basta la selección de un método anticonceptivo adecuado a la salud y convicciones de la pareja, es preciso que exista un acuerdo maduro entre ambos<sup>(10)</sup>.

Para eso las estrategias de empoderamiento y autonomía constituyen herramientas de gran importancia para la promoción de la salud de la pareja. Estas, lejos de motivar el individuo a la legitimización y posibilitar la expresión de grupos marginalizados, también promueven la ruptura de barreras que son causantes de limitación para una vida saludable. Para esa construcción es importante la intervención del profesional enfermero, que puede ofrecer el conocimiento para la adquisición de nuevos comportamientos<sup>(20)</sup>.

En esta perspectiva, es importante que las mujeres se perciban como sujetos en cambios necesarios, que coloquen a los hombres y mujeres lado a lado en la resolución de situaciones y contextos que promuevan respeto a la pareja y a la familia, dentro de ellas la anticoncepción. Caminando en esta dirección, la/el profesional enfermera/o estará implementando las premisas de la Política Nacional de Atención Integral a la Salud de la Mujer (PNAISM), las cuales recomiendan la perspectiva de género en la asistencia a las mujeres y el estímulo al empoderamiento femenino.

## CONCLUSIÓN

A partir de los datos hallados en este estudio, se comprende que la inserción del hombre en la planificación familiar ocurre de forma puntual y limitada, una vez que la mujer asume como su responsabilidad las acciones que permiten esta planificación. Se hace necesaria una asistencia en la planificación familiar que incluya a los hombres en las orientaciones sobre la salud sexual y repro-

ductiva y que viabilice la inserción de estos en los espacios de atención de salud, como el pre-natal, la puericultura y la realización de grupos de planificación familiar en horarios alternativos para que la pareja pueda participar.

La inserción de la/el enfermero en este escenario es importante para incentivar acciones de educación en salud, a fin de proporcionar una construcción horizontal del conocimiento. Se destaca la importancia de que las mujeres lleven a cabo una comprensión crítica sobre los determinantes culturales y sociales que influyen en su vida y salud y la inclusión de los hombres en los grupos de planificación familiar. Esos espacios deben ser pautados en el protagonismo de los sujetos y en la integridad de la asistencia de salud sexual y reproductiva.

En el plano asistencial de la salud sexual y reproductiva, se entiende la necesidad de contemplar las expectativas de ambos individuos involucrados, hombre y mujer. Con esto se vislumbra una atención que reconozca estos sujetos como pareja, en la posibilidad de pautar el cuidado de enfermería y asistencia de los demás profesionales de salud, contemplando sus demandas.

La investigación presenta las limitaciones de un estudio cualitativo, contextualizado en el local y tiempo donde se desarrolló. Considerando que no aspira a la generalización de los resultados, sino más, a la profundización de la percepción de las mujeres sobre la participación del compañero en la planificación familiar.

Se recomiendan estudios sobre el tema, que comprendan otras regiones de Brasil y de otros países, así como estudios que posibiliten dar voz a los hombres, a fin de conferir visibilidad a la manera de cómo estos se insertan en la planificación familiar. Se busca, así, contribuir al perfeccionamiento del cuidado de enfermería por medio de la asistencia pautada en la singularidad de las mujeres y hombres y sus selecciones sexuales y reproductivas.

## CITAS

1. Brasil. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Diário Oficial da União 15 jan 1996; Seção 1.
2. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília: MS; 2011.
3. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem – princípios e diretrizes. Brasília: MS; 2008.
4. Ministério da Saúde. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília: MS; 2010.
5. Silva RM, Araujo KNC, Bastos LAC, Moura ERF. Planejamento familiar: significado para mulheres em idade reprodutiva. *Ciênc saúde coletiva*. 2011; 16(5): 2415-24.
6. Villela WV. Relações de gênero, processo saúde-doença e uma concepção de integralidade. *Bol Inst Saúde*. 2009; (48): 26-30.
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
8. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad saúde pública*. 2008; 24 (1):17-27.
9. Bezerra MS, Rodrigues DP. Representações sociais de homens sobre o planejamento familiar. *Rev RENE*. 2010; 11(4): 127-34.
10. Sauthier M, Gomes MLB. Gender and family planning: an ethical approach about the professional commitment toward the integration of men. *Rev bras enferm*. 2011; 64(3): 457-64.
11. Mourab 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*. 2010; 34(1): 119-33.
12. Amazonas MCLA, Vieira LLF, Pinto VC. Modos de subjetivação femininos, família e trabalho. *Psicol ciênc prof*. 2011; 31(2): 314-27.
13. Coelho EAC, Andrade MLS, Vitoriano LVT, Souza JJ, Silva DO, Gusmão MEN, et al. Association between unplanned pregnancy and the socioeconomic context of women in the area of family health. *Acta paul enferm*. 2012; 25(3): 415-22.
14. Santos JC, Freitas PM. Planejamento familiar na perspectiva do desenvolvimento. *Ciênc saúde coletiva*. 2011; 16(3): 1813- 20.
15. Gabriel MR, Dias ACG. Percepções sobre a paternidade: descrevendo a si mesmo e o próprio pai como pai. *Estud psicol(Natal)*. 2011; 16(3): 253-61.
16. Oliveira AG, Silva RR. Pai contemporâneo: diálogos entre pesquisadores brasileiros no período de 1998 a 2008. *Psicol argum*. 2011; 29(66): 353-60.
17. Prates CS, Abib GMC, Oliveira DLLC. Poder de gênero, pobreza e anticoncepção: vivências de múltiparas. *Rev gaúch enferm*. 2008; 29(4):604-11.
18. Parreira BDM, Silva SR, Miranzi MAS. Intenção de uso de métodos anticoncepcionais entre puérperas de um hospital universitário. *Rev RENE*. 2011; 12(1):150-7.
19. Andrade EC, Silva LR. Planejamento familiar: uma questão de escolha. *Rev eletrônica enferm [internet] 2009 [cited 2013 jan 11] 11(1): 85-93*. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a11.htm>.
20. Pinto ACS, Fiuza MLT, Pinheiro PNC, Vieira NFC, Galvão MTG. Life experiences of HIV/AIDS carriers in terms of the perspectives of the promotion of health. *Online braz j nurs [Internet]*. 2012 Nov [cited 2013 jan 28] 11 (3):815-28. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3650>. doi:<http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20120054>

---

### Contribución de los autores en la investigación:

Graciela Souza da Silva – elaboración, redacción y ejecución de la investigación. Maria Celeste Landerdahl – profundización teórica y metodológica en las etapas de desarrollo de la investigación.

Tassiane Ferreira Langendorf - profundización teórica y metodológica en las etapas de desarrollo de la investigación.

Stela Maris de Mello Padoin – organización, tratamiento de los datos y profundización teórica para la elaboración del artículo.

Letícia Becker Vieira - organización, tratamiento de los datos y profundización teórica para la elaboración del artículo.

Elenir Terezinha Rizzetti Anversa - profundización teórica para la elaboración del artículo.

---

**Recibido:** 26/02/2013

**Revisado:** 10/10/2013

**Aprobado:** 28/10/2013