

## O ENFERMEIRO NO PLANEJAMENTO FAMILIAR

Maura Maria Guimarães de Almeida<sup>1</sup>

---

ALMEIDA, M. M. G. O enfermeiro no planejamento familiar. *Rev. Bras. Enf.*, Brasília, 38(3/4): 215-230, jul./dez. 1985.

---

---

**RESUMO.** Através do levantamento bibliográfico e de entrevistas, a autora aborda aspectos do preparo e do posicionamento do enfermeiro em planejamento familiar.

**ABSTRACT.** Through the survey of reference material and interviews the author deals with some aspects of the training of nurses for and the way they should look at the subject of family planning.

---

## INTRODUÇÃO

Planejamento Familiar (P.F.), assunto controvertido e que requer amplas discussões, tem despertado o interesse dos profissionais de saúde e de outros grupos da sociedade.

Os países, de um modo geral, atravessam uma fase difícil do ponto de vista econômico e social, sendo a crise dos países em desenvolvimento bastante alarmante.

Os altos índices de mortalidade, desemprego, criminalidade, inflação, além de problemas outros de graves repercussões, preocupam o governo e a população, merecendo os aspectos demográficos estudos profundos, pois, para o sucesso de programas econômicos, são indispensáveis ações paralelas entre estes vários programas, como educação e saúde entre outros, incluindo programas de planejamento familiar.

Algumas vezes, se tem dado ênfase exagerada ao número de filhos como responsável por esta problemática. É evidente, porém, que não se deve atribuir ao número de filhos a responsabilidade pelas baixas condições de vida, sem discutir aspectos como a distribuição de renda, alocação de recursos do governo e a política de recessão que gera o desemprego.

O Estado não pode, por razões sociais e jurídicas, invadir a esfera da liberdade individual e da vida privada do ser humano, impedindo através dos mais variados métodos contraceptivos a maternida-

de, que deve ser amparada, evitando que as mulheres sejam compelidas a recorrer ao aborto, à esterilização ou ao consumo indiscriminado de anti-concepcionais. Porém, longe de se tentar programas coercitivos e obrigatórios, o Planejamento Familiar deve ser encarado como um programa com prioridades educativas, integrado aos programas de saúde materno-infantil, objetivando permitir aos casais a utilização voluntária e consciente do instrumento necessário a um maior espaçamento ou a uma redução do número de filhos, assim como oferecer condições às mulheres que desejam procriar, para que possam ter melhores condições de vida e a oportunidade de gerarem filhos amados e desejados. O Planejamento Familiar é um direito humano básico, declarado e reconhecido pela Organização das Nações Unidas (ONU) desde 1968 (Rodrigues)<sup>1 9</sup>.

Com o desenvolvimento das sociedades livres e democráticas, novos direitos humanos se foram definindo como desdobramento dos conceitos tradicionais das liberdades básicas, como é o caso do direito de não procriar, em contrapartida lógica ao direito tradicional de procriar e constituir família (Abranches)<sup>1</sup>.

Para se alcançar tais propósitos, é necessário a instalação e ampliação de programas de educação e assessoramento em Planejamento Familiar, divulgação de métodos contraceptivos com a aceita-

---

<sup>1</sup> Professor Adjunto da Escola de Enfermagem da UFBA.

ção plena e exames criteriosos de cada mulher, estudo da fecundidade, educação sexual familiar e educação sexual de escolares.

Além disso, deverão ser desenvolvidas outras atividades afins como: assessoramento genético, consultas matrimoniais, detecção de tumores malignos e serviços de adoção (Turnbull & Pizurki)<sup>24</sup>.

Acredita-se que *“o progresso científico e social leva à evolução de conceitos, o que determina a necessidade de revisão e adaptação das profissões.*

*Os cursos de enfermagem têm a responsabilidade de acompanhar esta evolução, promovida de acordo com as condições de cada país e com as distintas situações de trabalho.*

*É necessário reorientar o processo de educação em enfermagem e a estruturação do currículo, de acordo com os novos papéis que a sociedade requer do pessoal de enfermagem”*(<sup>8</sup>).

O Planejamento Familiar é considerado um elemento essencial da prevenção na atenção primária de saúde não podendo, portanto, dispensar a atuação do enfermeiro. As solicitações das comunidades em relação a Planejamento Familiar têm sido uma constante na prática profissional do enfermeiro em áreas urbanas e rurais.

Assim sendo, pergunta-se:

- Está o enfermeiro preparado para atuar em Planejamento Familiar?
- Como se posicionam os enfermeiros em relação ao Planejamento Familiar? Que fatores condicionam este posicionamento?

### Posicionamento do Enfermeiro

O posicionamento do enfermeiro em relação ao Planejamento Familiar será analisado, inicialmente, através do levantamento das publicações de enfermagem e da inclusão do tema em encontros, seminários e congressos. O estudo abrange as principais revistas de enfermagem do Brasil: *Revista Brasileira de Enfermagem*, *Enfermagem Atual*, *Revista Gaúcha de Enfermagem*, *Enfermagem Novas Dimensões* (atualmente fora de circulação), *Anais dos Congressos Brasileiros de Enfermagem e Informações Sobre Pesquisas e Pesquisadores em Enfermagem*.

No início dos anos 70 a saúde do grupo materno-infantil tornou-se prioritária nos planos governamentais, suscitando um conjunto de ações sanitárias formuladas pelo Ministério da Saúde, através de sucessivos planos (1973, 1975, 1977, 1980)

correspondentes a diferentes conjunturas, que re-colocaram, a nível oficial, propósitos de condução da política nacional de saúde, particularmente face ao grupo materno-infantil.

Associado a isso, o Planejamento Familiar aparece pela primeira vez nas publicações de enfermagem em 1975, quando RAMOS NETO<sup>14</sup> apresenta uma nota prévia de pesquisa que relaciona as causas do aborto provocado e o conhecimento sobre Planejamento Familiar.

Depois deste período, não se encontra nenhuma referência ao Planejamento Familiar em anos próximos, embora os congressos de enfermagem de 1977 e 1979 abordassem temas muito relacionados com o Planejamento Familiar como situação de saúde no País, enfocando aspectos de mortalidade materna, infantil e suas causas (ADAMI)<sup>2</sup> ou a correlação entre os problemas da profissão e da mulher na sociedade e o desenvolvimento da enfermagem (SILVA)<sup>22</sup>.

Em 1979 surge uma série de artigos sobre Planejamento Familiar em revistas de enfermagem, porém, a maioria, escrita por médico.

RODRIGUES<sup>18</sup> escreve sobre Planejamento Familiar, abordando, entre outros, aspectos históricos, dificuldades encontradas para implantação de programas, eliminação de obstáculos, métodos anticoncepcionais, efeitos do crescimento demográfico e programas de Planejamento Familiar no Brasil.

RAMOS NETO<sup>15, 16</sup>, uma das pioneiras em enfermagem a publicar artigos sobre Planejamento Familiar, aparece em 1979 com a atuação da enfermagem de saúde pública nos programas de Planejamento Familiar, onde relata a necessidade do planejamento, métodos anticoncepcionais, além da atuação da enfermagem de Saúde Pública, especificamente.

Esses artigos aparecem após as recomendações do Conselho Nacional de Mulheres do Rio de Janeiro (1972), implantação de programas e clínicas em alguns estados do Brasil (BEMFAM, 1973), da Conferência Mundial de População em Bucareste (1974), do pronunciamento do Presidente Ernesto Geisel no México (1978) e da reunião de Alma Ata (1978), entre outros fatos.

Os enfermeiros, em geral, até então procuravam ignorar o problema do Planejamento Familiar ou não estavam ainda despertados para a importância do mesmo. Isto se reflete quando, no Congresso Brasileiro de Enfermagem de 1980, MATOS<sup>10</sup> discute o conceito de assistência primária de saú-

de, segundo a Declaração de Alma Ata e destaca os elementos essenciais, entre eles, a assistência materno-infantil, mas omite o Planejamento Familiar. No mesmo ano, contudo, MOREIRA<sup>11</sup> escreve sobre a família e a paternidade responsável, chamando atenção para “o âmago do conceito básico da dinâmica populacional, que é de qualidade e não de quantidade. Interpretando a questão da qualidade como indivíduos com possibilidades de disputarem boa saúde e adequada nutrição, alfabetização, educação, satisfatórias condições habitacionais, trabalho compensador, oportunidades individuais e plena realização pessoal”.

Em 1981, BORGES<sup>7</sup>, abordando o mesmo conceito de assistência, refere-se à maternidade e à infância, incluindo o Planejamento Familiar. Este pronunciamento é debatido por DANTAS<sup>9</sup> que afirma: “a dependência econômica-tecnológica-cultural de um país como o nosso limita a independência necessária para incrementar os oito pontos básicos essenciais e interdependentes desde a conceituação à prática da assistência primária à saúde”. Entre os questionamentos relacionados à assistência à maternidade e à infância com Planejamento Familiar coloca:

— “E qual o real papel do controle da natalidade nas atividades ligadas ao binômio”?

Evidentemente, refere-se ao controle da natalidade e não ao Planejamento Familiar como foi colocado no pronunciamento debatido entre as atividades da assistência primária. Acredita-se que a mudança tenha sido proposital apesar dos diferentes conceitos entre os termos.

Neste mesmo ano, ARAÚJO<sup>6</sup> escreve sobre o Planejamento Familiar numa abordagem geral; destaca o papel da enfermeira frente aos programas de Planejamento Familiar.

Em 1982, no Congresso Brasileiro de Enfermagem são, ainda, discutidos temas relacionados à atenção primária de saúde e educação, onde o Planejamento Familiar deveria estar incluído, porém foi omitido.

SCLIAR<sup>20</sup>, ao comentar os obstáculos do movimento no sentido da criação da rede básica de serviços, assinala que “o conceito de cuidados primários de saúde ainda envolve pontos controversos. Um destes é a questão do Planejamento Familiar, objeto de acesas discussões envolvendo aspectos técnicos, legais, éticos, religiosos e, até mesmo, ideológicos”.

Reconhece, em seguida, que “a mudança desta conjuntura exige uma ação governamental

ampla, ou então, processos destinados a obter mudança de comportamento dos indivíduos envolvidos na prestação de cuidados da saúde”.

O ano de 1983 tem um início promissor para a enfermagem, no que se relaciona a Planejamento Familiar, pois a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) realiza o I Seminário sobre Planejamento Familiar<sup>21</sup> no Rio de Janeiro, convidando representantes dos diversos Estados. Este Seminário tinha o objetivo de colher subsídios que pudessem direcionar a posição da Associação, quanto ao Planejamento Familiar.

O documento final deste seminário foi apresentado, discutido e aprovado no Comitê de Planejamento Familiar do XXXV Congresso Brasileiro de Enfermagem, com as seguintes proposições:

- Rejeitam os denominados “métodos anticoncepcionais” que comprometem a saúde da mulher e os abortivos.
- Rejeitam qualquer discriminação da mulher em relação a imposição de métodos anticoncepcionais.
- Rejeitam os programas de controle de natalidade sob o apanágio de Planejamento Familiar.
- Rejeitam modificações legais e profissionais que venham a envolver a enfermagem num processo de distribuição e aplicação massificante de anticoncepcionais, pois isto equivale ao controle populacional disfarçado de Planejamento Familiar.

Como estratégia recomendaram a continuidade de estudos por todos os órgãos representativos da enfermagem e a inclusão do tema Planejamento Familiar nos programas de ensino dos cursos de enfermagem.

PETERSEN<sup>13</sup> escreve chamando atenção para o fato do Planejamento Familiar “não ser apenas prevenção da gravidez, mas algo mais abrangente envolvendo uma política global onde estão inseridos aspectos de saúde, educação e bem-estar social”.

Não se tem, neste trabalho, a pretensão de esgotar o que foi publicado ou apresentado em enfermagem sobre Planejamento Familiar, mas apresentar alguns posicionamentos.

Destaca-se no I Encontro Regional de Enfermagem do Nordeste e II Jornada Baiana de Enfermagem em 1983, na Bahia, realizados pela ABEn, um painel sobre Planejamento Familiar onde foram abordados aspectos legais, éticos, políticos e a atuação do enfermeiro em Planejamento Familiar (ADAMI)<sup>2</sup>, sendo o tema bastante discutido.

Em seguida, o Boletim Informativo da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia publica o editorial Enfermagem e Planejamento Familiar (ALMEIDA)<sup>4</sup>.

A Associação Brasileira de Enfermagem, constatando a importância do Tema, ao realizar o "I Seminário Nacional sobre Saúde Escolar e Materno-Infantil: participação da Enfermagem", em 1984 em Belém, dedica uma parcela de tempo considerável para discussões sobre Planejamento Familiar (ALMEIDA)<sup>4</sup>.

Entre as recomendações deste Seminário, destacam-se:

- que as Escolas de Enfermagem formem profissionais com conhecimentos científicos na área de Planejamento Familiar;

- que os enfermeiros desenvolvam atividades de educação para a saúde junto à família, incluindo Planejamento Familiar.

Em agosto de 1984, foi realizado no Rio de Janeiro, pela CEPAIMC, o I Encontro Nacional de Enfermagem em Planejamento Familiar onde estiveram presentes enfermeiros de quase todos os Estados. Foram abordados aspectos gerais, papel do enfermeiro e pesquisa em Planejamento Familiar, concluindo-se que:

- Planejamento Familiar é uma das ações básicas de um Programa de Assistência Materno-Infantil;

- é indispensável respeitar a individualidade de cada pessoa, assegurando-se-lhe, entretanto, o pleno acesso à educação e à informação sobre métodos contraceptivos;

- o Planejamento Familiar não é o fator decisivo para a resolução dos problemas sócio-econômicos do País, mas contribuirá de forma positiva para a melhoria da qualidade de vida da população;

- as classes sociais mais favorecidas já têm acesso às informações e aos meios para planejar sua família;

- Planejamento Familiar deve ser incluído em todos os Serviços de Assistência Materno-Infantil;

- a capacitação do Enfermeiro em Planejamento Familiar deve ser incrementada.

Além desses trabalhos, provavelmente outros foram realizados, porém não chegaram ao conhecimento do autor desta revisão.

## OBJETIVOS

- Verificar o preparo em aspectos de Planeja-

mento Familiar das enfermeiras que assistem ao grupo materno-infantil no Município de Salvador;

- Identificar os fatores que condicionam o posicionamento em Planejamento Familiar de enfermeiras que assistem ao grupo materno-infantil no Município de Salvador.

## METODOLOGIA

Estudos são realizados sobre a utilização de métodos anticoncepcionais pela população e o Planejamento Familiar é discutido em congressos, encontros e publicações. Os profissionais fazem pronunciamentos isolados, porém, sente-se a necessidade de haver um posicionamento de grupo; é importante uma definição da classe da enfermagem.

Este trabalho pretende oferecer elementos para o posicionamento dos enfermeiros.

## AMOSTRA

Foram visitados, inicialmente, todos os serviços ambulatoriais federais, estaduais, municipais e particulares de assistência à saúde materno-infantil em Salvador, sendo excluídos os ambulatórios dos hospitais pediátricos.

Muitos serviços funcionavam sem enfermeira, em alguns serviços as enfermeiras explicavam ao pesquisador que desenvolviam atividades administrativas sem nenhuma atuação específica (direta) com a população atendida, não sendo incluídas estas enfermeiras na pesquisa.

Entre as enfermeiras que atuavam na assistência materno-infantil nos ambulatórios de Salvador, cinco se recusaram a responder ao questionário por ser relacionado a Planejamento Familiar, embora fosse explicada a metodologia e objetivos da pesquisa. Estavam afastadas do serviço, em férias ou licença, três enfermeiras. Foram entrevistadas sessenta enfermeiras que correspondiam a 88,2% das que atuavam na assistência materno-infantil nos ambulatórios.

Considerando o número de enfermeiras encontrado nos ambulatórios, insuficiente para um estudo representativo do problema proposto, foram visitados os serviços hospitalares de assistência materno-infantil, sendo feita uma relação das enfermeiras que atuavam na área o que correspondeu a setenta e sete enfermeiras.

Selecionou-se, através do método de amostragem casual simples sem reposição, sessenta destas enfermeiras para o estudo (74,0%).

## INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS

Com a finalidade de explorar as hipóteses e variáveis, utilizou-se um questionário previamente testado.

A coleta de dados foi feita por quatro enfermeiras com preparo específico. Embora o questionário fosse preenchido pela entrevistada, isto era feito na presença da entrevistadora para evitar a participação de outras pessoas nas respostas.

## DEFINIÇÃO DE TERMOS

Área ambulatorial – foram consideradas as enfermeiras que atuavam junto a clientes externos (ambulatórios).

Área hospitalar – foram consideradas as enfermeiras que atuavam junto a clientes internados (maternidades e hospitais).

M.A.C. – Métodos anticoncepcionais.

Nível de renda – considerou-se o nível de renda de acordo com a ocupação, baseado nos níveis estabelecidos por Paul Singer (SINGER)<sup>2,3</sup>.

P.F. – Planejamento Familiar.

Tempo de formada – considerou-se a diferença entre o ano de 1983 e o ano de graduação da enfermeira.

## RESULTADOS

Os resultados da pesquisa serão apresentados em dois ítems:

- Características da amostra
- Planejamento Familiar:
  - Preparo
  - Solicitação
  - Posicionamento.

## CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA

A amostra totalizou cento e vinte enfermei-

ras que prestam assistência de enfermagem materno-infantil na área ambulatorial e hospitalar dos serviços de saúde de Salvador.

As entrevistadas estavam distribuídas em organizações do Instituto de Saúde do Estado da Bahia – ISEB (53,3%), no Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social – INAMPS (15,0%), na Universidade Federal da Bahia (15,0%), no Instituto de Assistência e Previdência dos Servidores do Estado da Bahia – IAPSEB (5,0%) e as demais, (16,7%), em instituições particulares, filantrópicas e na indústria.

Em relação ao setor de trabalho 23,3% desenvolviam suas atividades no pré-natal, 19,2% na puericultura, 15,0% no centro obstétrico, 10,0% no berçário, 6,7% em reprodução humana, 4,2% no puerpério e ginecologia, respectivamente. Informaram atuarem em sistema de rodízio pelos diversos setores 17,4% das enfermeiras.

Visando identificar diferenças entre o grupo de enfermeiras da área ambulatorial e hospitalar, foram estudados os dois grupos separadamente.

A diferença entre as médias das variáveis idade, tempo de formada e número de filhos por enfermeiras pode ser vista na Tabela 1.

Embora as enfermeiras da área ambulatorial apresentem médias mais altas em relação às variáveis analisadas na Tabela 1, encontrou-se diferença estatisticamente significativa a nível de 0,05 apenas para as médias de idade ( $t_{115} = 2,45$ ;  $P > 0,05$ ).

Em relação à situação conjugal, 62,5% das enfermeiras referiram um casamento civil ou religioso, 30,0% informaram serem solteiras e as demais eram divorciadas, viúvas ou desquitadas.

Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre as enfermeiras da área ambulatorial e hospitalar quanto à situação conjugal ( $\chi^2 = 1,765$ ;  $P < 0,05$ ).

Considerando-se que as enfermeiras têm aproximadamente o mesmo nível de renda, estabele-

TABELA 1 – Média aritmética das variáveis idade, tempo de formada e número de filhos das enfermeiras segundo a área de atuação Salvador – Bahia, 1983

Características	Área de Atuação	Média Aritmética		Análise
		Ambulatorial	Hospitalar	Estatística
Idade (anos)		38,45	34,34	$t_{115} = 2,45$ ; $P < 0,05$
Tempo de Formada (anos)		13,37	10,78	$t_{116} = 1,66$ ; $P > 0,05$
Nº de filhos		1,60	1,40	$t_{118} = 0,67$ ; $P > 0,05$

TABELA 2 – Enfermeiras da área ambulatorial e hospitalar segundo a situação conjugal

Salvador – Bahia, 1983

Situação Conjugal \ Área de Atuação	Ambulatorial		Hospitalar		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Casada	41	68,3	34	56,7	75	62,5
Solteira	15	25,0	21	35,0	36	30,0
Outro	04	6,7	05	8,3	09	7,5
Total	80	100,0	60	100,0	120	100,0

$$X^2_2 = 1,765 \therefore P > 0,05$$

ceu-se como indicadores das condições sociais, que poderiam diferir entre os grupos, a ocupação e a escolaridade dos companheiros.

Classificou-se a ocupação dos companheiros através do esquema de SINGER<sup>23</sup> para nível de renda, como pode ser visto na Tabela 3.

A Tabela 3 mostra que 71,8% das enfermeiras tinham companheiros que pertencem aos mais altos níveis de renda – 6 e 7.

Estes dados são confirmados ao se distribuir estas enfermeiras quanto ao grau de escolaridade dos companheiros.

Nota-se que, entre as enfermeiras, 71,8% tinham companheiros com curso superior completo ou incompleto, apresentando os dois grupos distribuição semelhante quanto a esse aspecto. (Tab. 4).

A seguir, analisa-se a distribuição das enfermeiras quanto ao aspecto religioso.

Verifica-se na Tabela 5 que 83,3% das enfermeiras afirmaram ser católicas. Embora os dados percentuais pareçam demonstrar diferença entre os grupos, esta não foi estatisticamente significativa

A formação profissional diferia entre as enfermeiras que atuavam na área ambulatorial e hospitalar como pode ser vista na Tabela 6.

Observa-se na Tabela 6 que predominam nas áreas ambulatorial e hospitalar as enfermeiras com o curso de habilitação, porém foi encontrada diferença significativa entre a área de atuação e a formação profissional ( $X^2_2 = 11,396$ ;  $P < 0,05$ ).

Entre as enfermeiras da área ambulatorial, 43,3% fizeram habilitação em obstetrícia, saúde pública e enfermagem médico-cirúrgica.

TABELA 3 – Enfermeiras segundo a área de atuação e o nível de renda dos companheiros

Salvador – Bahia, 1983

Nível de Renda \ Área de Atuação	Ambulatorial		Hospitalar		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Nível 3	01	2,3	01	2,9	02	2,6
Nível 4	03	7,0	04	11,4	07	8,9
Nível 5	05	11,6	05	14,3	10	12,8
Nível 6	02	4,7	02	5,7	04	5,1
Nível 7	31	72,1	21	60,0	52	66,7
Aposentado	01	2,3	01	2,9	02	2,6
Não espec.	–	–	01	2,8	01	1,3
Total	43	100,0	35	100,0	78	100,0

TABELA 4 – Enfermeiras segundo a área de atuação e a escolaridade dos companheiros

Salvador – Bahia, 1983

Escola- ridade	Área de Atuação	Ambulatorial		Hospitalar		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
2º G. Incompleto		04	9,3	04	11,4	08	10,3
2º G. Completo		08	18,6	06	17,1	14	17,9
Superior Incompleto		03	7,0	06	17,1	09	11,5
Superior Completo		28	65,1	19	54,4	47	60,3
Total		43	100,0	35	100,0	78	100,0

TABELA 5 – Enfermeiras segundo a área de atuação e a religião

Salvador – Bahia, 1983

Religião	Área de Atuação	Ambulatorial		Hospitalar		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Católica		47	78,3	53	88,3	100	83,3
Protestante		07	11,7	01	1,7	08	6,7
Espírita		06	10,0	06	10,0	12	10,0
Total		60	100,0	60	100,0	120	100,0

$$X^2_2 = 4,860 ; P > 0,05$$

TABELA 6 – Enfermeiras segundo a área de atuação e a formação profissional

Salvador – Bahia 1983

Formação Profissional	Ambulatorial		Hospitalar		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Graduação	22	36,7	09	15,0	31	25,8
Habilitação	26	43,3	44	73,3	70	58,4
Pós-graduação	12	20,0	07	11,7	19	15,8
Total	60	100,0	60	100,0	120	100,0

$$X^2_2 = 11,396 ; P < 0,05$$

Entre as enfermeiras da área hospitalar, o percentual com habilitação foi de 73,3% em cursos de obstetrícia, saúde pública e enfermagem materno-infantil.

Entre as enfermeiras da área ambulatorial com curso de pós-graduação, 91,7% tinham aperfeiçoamento ou especialização em enfermagem do tra-

balho, administração hospitalar, enfermagem médico-cirúrgica, enfermagem de centro cirúrgico, enfermagem obstétrica e prática de serviços de saúde pública. Tinham mestrado em saúde pública, 8,3%.

A pós-graduação das enfermeiras da área hospitalar era em cursos de aperfeiçoamento ou espe-

cialização como enfermagem do trabalho, enfermagem obstétrica, uma administração em enfermagem, enfermagem médico-cirúrgica e administração hospitalar.

Foram analisadas as variáveis relacionadas ao planejamento familiar considerando-se a área de atuação das enfermeiras.

De referência aos aspectos de planejamento familiar abordados nos cursos realizados pelas enfermeiras, embora os dados percentuais pareçam demonstrar diferença entre os grupos, o teste de proporções (Tabela 7) mostrou não haver diferença estatisticamente significativa ( $X_1^2 = 2,737$ ;  $P > 0,05$ ).

Questionadas se gostariam de aprender sobre métodos anticoncepcionais (M.A.C.), as enfermeiras responderam como mostra a Tabela 8.

Em ambas as áreas predominaram de maneira acentuada (95,0% e 85,0%) as enfermeiras que de-

sejavam aprender sobre MAC; a nível de 0,05 não foi possível encontrar diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos ( $X_1^2 = 3,333$ ;  $P > 0,05$ ).

Investigou-se a solicitação feita às enfermeiras em relação a M.A.C. (Tabela 9).

A Tabela 9 revela que entre as enfermeiras da área ambulatorial, 83,3% são solicitadas quanto a M.A.C., enquanto na área hospitalar apenas com 65,0% ocorre o mesmo fato, ( $X_1^2 = 5,263$ ;  $P < 0,05$ ), havendo diferença significativa.

A Tabela 10 mostra como se distribuem as enfermeiras em relação a orientação de M.A.C.

O percentual de 80,8% de enfermeiras que orientavam M.A.C. (Tabela 10) ultrapassava o percentual das que informaram ser solicitadas quanto aos métodos – 74,2% (Tabela 9); no entanto, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa

TABELA 7 – Relação entre área de atuação e estudo de P.F. nos cursos realizados pelas enfermeiras

Salvador – Bahia, 1983

P.F. nos Cursos	Área de Atuação	Ambulatorial		Hospitalar		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim		31	51,7	22	36,7	53	44,2
Não		29	48,3	38	63,3	67	55,8
Total		60	100,0	60	100,0	120	100,0

$$X_2^2 = 2,737 ; P > 0,05$$

TABELA 8 – Enfermeiras segundo a área de atuação e o desejo de aprender sobre M.A.C.

Salvador – Bahia, 1983

Desejo de Aprender M.A.C.	Área de Atuação	Ambulatorial		Hospitalar		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim		57	95,0	51	85,0	108	90,0
Não		03	5,0	09	15,0	12	10,0
Total		60	100,0	60	100,0	120	100,0

$$X_1^2 = 3,333 ; P > 0,05$$



TABELA 9 – Enfermeiras segundo a área de atuação e a solicitação de M.A.C.

Salvador – Bahia, 1983

Solicitação de M.A.C.	Área de Atuação	Ambulatorial		Hospitalar		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim		50	83,3	39	65,0	89	74,2
Não		10	16,7	21	35,0	31	25,8
Total		60	100,0	60	100,0	120	100,0

$$X_1^2 = 5,263 ; P < 0,05$$

TABELA 10 – Enfermeiras segundo a área de atuação e a orientação de M.A.C.

Salvador – Bahia, 1983

Orientação de M.A.C.	Área de Atuação	Ambulatorial		Hospitalar		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim		50	83,3	47	78,3	97	80,8
Não		10	16,7	13	26,7	23	19,2
Total		60	100,0	60	100,0	120	100,0

$$X_1^2 = 0,484 ; P > 0,05$$

entre os grupos quanto à orientação de M.A.C. ( $X_1^2 = 0,484; P > 0,05$ ).

Analisou-se a utilização de M.A.C. pelas enfermeiras como pode ser visto na Tabela 11.

Embora apareça um maior percentual de utilização de M.A.C. entre as enfermeiras da área am-

bulatorial, esta diferença não é estatisticamente significante a nível de 0,05 (Tabela 11).

O fato de existir diferença estatisticamente significante entre o grupo ambulatorial e hospitalar apenas para as variáveis idade, formação profissional e solicitação de M.A.C. (Tabelas 1, 6 e 9) justifica a apresentação dos dados relativos às va-

TABELA 11 – Enfermeiras segundo a área de atuação e a utilização de M.A.C.

Salvador – Bahia, 1983

Utilização de M.A.C.	Área de Atuação	Ambulatorial		Hospitalar		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim		36	60,0	32	53,3	68	56,7
Não		24	40,0	28	46,7	52	43,3
Total		60	100,0	60	100,0	120	100,0

$$X_1^2 = 0,543 ; P > 0,05$$

riáveis específicas de planejamento familiar em conjunto.

## PLANEJAMENTO FAMILIAR

### Preparo em planejamento familiar

Informaram terem sido abordados aspectos de planejamento familiar nos cursos realizados, 44,2% das enfermeiras. Entre os mais citados, destacaram-se o aspecto social (81,1%), M.A.C. (77,4%) e o econômico (71,7%) – Tabela 12.

TABELA 12 – Aspectos de P.F. abordados em cursos realizados por 53 enfermeiras

Salvador – Bahia, 1983

Aspectos Abordados	Nº	%
Social	43	81,1
M.A.C.	41	77,4
Econômico	38	71,7
Demográfico	32	60,4
Cultural	27	50,9
Religioso	26	49,1
Biológico	19	35,9
Político	18	34,0
Ético	17	32,1
Psicológico	17	32,1

As fontes de informação sobre M.A.C. aparecem com um percentual de 39,2% para cursos; apenas 17,5% eram cursos específicos de planejamento familiar e 24,2% estágios em serviços de P.F. como mostra a Tabela 13.

TABELA 13 – Fontes de informação sobre M.A.C. para enfermeiras

Salvador – Bahia, 1983

Fontes de Informação	Nº	%
Leituras	100	83,3
Conversas informais	81	67,5
Cursos	47	39,2
Serviços de P.F.	29	24,2
Cursos de P.F.	21	17,5

As leituras e as conversas informais predominaram como fontes de informação.

Foram relacionados alguns métodos anticoncepcionais para que as enfermeiras checassem os conhecidos e indicassem os mecanismos de ação; estes dados são apresentados na Tabela 14.

Observa-se na Tabela 14 que os métodos mais citados são em geral os que têm os mecanismos de ação mais conhecidos, embora os percentuais da segunda coluna não sigam uma ordem decrescente uniforme acompanhando a primeira coluna.

TABELA 14 – Métodos anticoncepcionais conhecidos pelas enfermeiras

Salvador – Bahia, 1983

Tipo de Método	Conhece		Sabe a ação	
	Nº	%	Nº	%
DIU – (Dispositivo Intra-Uterino)	111	92,5	78	65,0
Oginoknaus	110	91,7	104	86,7
Coito interrompido	109	90,8	99	82,5
Vasectomia	109	90,8	81	67,5
Diafragma vaginal	106	88,3	67	55,8
Esterilização tubária	104	86,7	78	65,0
Anticoncepcional hormonal	102	85,0	84	70,0
Geléias	91	75,8	75	62,5
Temperatura basal	91	75,8	65	54,2
Óvulos e tabletes	86	71,7	67	55,8
Cremes	78	65,0	60	50,0
Condom	72	60,0	43	35,8
Espumas	54	45,0	41	34,2
Billings	52	43,3	36	30,0
Aerosóis	45	37,5	40	33,3
Capuz cervical	43	35,8	24	20,0

Verificou-se uma diferença maior entre os que afirmaram conhecer o método e os que sabiam o mecanismo de ação para o diafragma vaginal, dispositivo intra-uterino, condon, vasectomia, esterilização tubária e temperatura basal. Essa diferença foi menor para os aerosóis, o oginoknaus e o coito interrompido.

Como é provável que o conhecimento dos métodos sofra influência da experiência pessoal, investigou-se quais os M.A.C. utilizados pelas enfermeiras.

Entre as entrevistadas, sessenta e oito (56,7%) afirmaram utilizar métodos anticoncepcionais, entre estas 5,9% referiram a utilização de métodos associados. Das 52 que responderam não utilizar M.A.C., uma tinha o marido vasectomizado e três tinham feito esterilização tubária. Portanto, somando-se estas últimas, a real utilização de M.A.C. passa a setenta e dois (60,0%).

TABELA 15 – Métodos anticoncepcionais utilizados por 68 enfermeiras

Salvador – Bahia, 1983

Métodos anticoncepcionais	Nº	%
Oginoknaus	21	30,9
Esterilização tubária	20	29,4
DIU	13	19,1
Anticoncepcionais hormonais	05	7,4
Condon	05	7,4
Coito interrompido	04	5,9
Billings	01	1,5
Geléias / Cremes	01	1,5
Diafragma	01	1,5

A Tabela 15 revela que os métodos mais utilizados são o oginoknaus, a esterilização tubária e o dispositivo intra-uterino que estão também entre os mais conhecidos.

A utilização do M.A.C. foi justificada pela maioria por não desejar filhos, quatro colocaram como motivo as condições financeiras e duas indicação terapêutica.

A não utilização de M.A.C. foi justificada pelo desejo de ter filhos, não ter vida sexual ativa, idade avançada e gravidez.

Foi analisada a abordagem de planejamento familiar nos cursos e as características das enfermeiras entrevistadas.

Não foi encontrada diferença significativa entre a abordagem de P.F. nos cursos e o tipo de curso realizado pelas enfermeiras ( $X^2 = 0,926$ ;  $P > 0,05$ ).

Foi investigada a diferença das médias de idade e tempo de formada entre as enfermeiras que tiveram ou não planejamento familiar abordado nos cursos, não sendo encontrada diferença significativa entre as médias dos dois grupos quanto à idade ( $t_{115} = 0,69$ ;  $P > 0,05$ ) – Tabela 19 e tempo de formada ( $t_{116} = -0,13$ ;  $P > 0,05$ ) – Tabela 20.

O desejo de aprender sobre M.A.C. foi afirmado por 90,0% das entrevistadas.

Os motivos apresentados para desejarem saber mais sobre os M.A.C. foram: poder informar melhor a população, atualização profissional, considerar importante para quem atua na área materno-infantil e para a população do Brasil, e por interesse pessoal.

As respostas negativas foram justificadas por já possuírem conhecimentos suficientes, experiên-

TABELA 16 – Abordagem de P.F. e o tipo de curso realizado pelas enfermeiras

Salvador – Bahia, 1983

Tipo de Curso	P.F. Abordados nos Cursos	Sim		Não		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Habilitação		31	58,5	39	58,2	70	58,4
Graduação		12	22,6	19	28,4	31	25,8
Pós-graduação		10	18,9	09	13,4	19	15,8
Total		53	100,0	67	100,0	120	100,0

$X^2 = 0,926$ ;  $P > 0,05$

cias na área e por pretenderem transferência para outra área de atuação.

A comparação entre as médias de idade em relação ao desejo de aprender sobre M.A.C. mostrou uma diferença significativa entre os grupos. Média de idade de 35,93 para o grupo que deseja aprender e 41,41 para o grupo que não deseja aprender. ( $t_{115} = -1,90$ ;  $P < 0,05$ ) – Tabela 19.

O tempo de formada em relação a esta variável apresentou as médias de 11,30 e 17,23, com diferença significativa ( $t_{116} = -2,38$ ;  $P < 0,05$ ) – Tabela 20. O que parece demonstrar que as enfermeiras de mais idade e com maior tempo de formada sentem menos necessidade de aprender sobre M.A.C.

Com relação às variáveis tipo de curso, religião, situação conjugal e utilização de M.A.C., não foi encontrada diferença significativa.

- Solicitação de M.A.C. pelas clientes

Entre as enfermeiras entrevistadas, 74,2% afirmaram receber solicitações das clientes em relação a M.A.C.

As solicitações mais comuns são as orientações quanto a indicação do método, vantagens e complicações, acesso aos métodos e, principalmente, informações específicas sobre esterilização tubária, vasectomia e DIU.

A média de idade do grupo que respondeu receber solicitações sobre M.A.C. ( $\bar{X} = 37,39$ ) anos foi maior do que a média de 33,86 anos de grupo que não era solicitado, sendo esta diferença estatisticamente significativa ( $t_{115} = 1,86$ ;  $P < 0,05$ ) – Tabela 19.

O grupo que respondeu positivamente quanto às solicitações de M.A.C. apresentou uma média de tempo de formada de 12,46 anos, superior ao grupo que respondeu negativamente com  $\bar{X} = 11,04$ . Utilizando-se, porém, o teste de t para comparação entre médias, não foi possível encontrar diferença significativa ( $t_{116} = 0,79$ ;  $P > 0,05$ ) – Tabela 20.

- Posicionamento em relação a Planejamento Familiar.

Estabeleceram-se, para verificar especificamente o posicionamento das enfermeiras em relação ao planejamento familiar, os dados que serão apresentados a seguir.

- Orientação de M.A.C.

Entre as enfermeiras entrevistadas, 80,8% afirmaram orientar as clientes sobre M.A.C.. Esta orientação era feita quando achavam necessário,

quando eram solicitadas ou fazia parte da rotina do serviço.

TABELA 17 – Justificativas da orientação de M. A. C. por 97 enfermeiras

Salvador – Bahia, 1983

Orientação	Nº	%
Acha necessário	19	19,6
Acha necessário e é solicitada	46	47,4
É solicitada	27	27,8
Acha necessário, é solicitada e é rotina no serviço	05	5,2
Total	97	100,0

Os tópicos abordados nas orientações sobre M.A.C. estão relacionados na Tabela seguinte.

TABELA 18 – Tópicos abordados na orientação de M. A. C. pelas 97 enfermeiras

Salvador – Bahia, 1983

Tópicos Abordados	Nº	%
Acesso, uso e escolha dos M.A.C.	32	33,0
Acesso aos M.A.C.	17	17,6
Uso dos M.A.C.	14	14,4
Escolha do M.A.C.	10	10,3
Acesso e uso dos M.A.C.	10	10,3
Escolha e uso dos M.A.C.	07	7,2
Escolha e acesso aos M.A.C.	07	7,2
Total	97	100,0

Entre as enfermeiras (19,2%) que não orientavam as clientes em relação a M.A.C., as razões apresentadas foram: falta de solicitação, em 11,4%, despreparo, em 5,2%, falta de recursos no serviço, em 4,1%, encaminhamento ao ginecologista 2,1%, e motivo religioso, em 1,0%.

A comparação entre as médias de idade do grupo que afirmou orientar as clientes em M.A.C.  $\bar{X}_1 = 36,38$  e do grupo que não orientava  $\bar{X}_2 = 36,46$  não mostrou diferença significativa ( $t_{115} = 0,04$ ;  $P > 0,05$ ) – Tabela 19, o mesmo ocorrendo com a variável tempo de formada ( $t_{116} = 0,022$ ;  $P > 0,05$ ) – Tabela 20.

- Utilização de M.A.C.

Afirmaram utilizar métodos anticoncepção-

nais 56,7% das enfermeiras, embora a utilização real fosse de 60,0%, como foi referido anteriormente.

O grupo que utilizava M.A.C. apresentou média de idade de 35,49 anos e média de tempo de formada de 10,98 anos, menores do que as médias do grupo que não utiliza M.A.C. —  $\bar{X}_1 = 37,39$  e

$\bar{X}_2 = 13,56$  de idade e tempo de formada, respectivamente. Porém, a comparação entre as médias não revelou diferença estatisticamente significativa — Tabelas 19 e 20.

A Tabela 21 apresenta a relação entre a utilização de M.A.C. e a situação conjugal.

TABELA 19 — Média de idade das enfermeiras segundo variáveis de planejamento familiar

Salvador — Bahia, 1983

Planejamento familiar	Idade (anos)	Média Aritmética		Análise estatística
		Sim	Não	
P.F. abordado nos cursos		35,80	36,99	$t_{115} = -0,69 ; P > 0,05$
Deseja aprender sobre M.A.C.		35,93	41,41	$t_{115} = -1,90 ; P < 0,05$
É solicitada quanto a M.A.C.		37,39	33,86	$t_{115} = 1,86 ; P < 0,05$
Orienta M.A.C.		36,38	36,46	$t_{115} = 0,04 ; P > 0,05$
Utiliza M.A.C.		35,49	37,79	$t_{115} = -1,34 ; P > 0,05$

TABELA 20 — Média do tempo de formada de enfermeiras segundo variáveis de planejamento familiar

Salvador — Bahia, 1983

Planejamento Familiar	Tempo de formada (anos)	Média Aritmética		Análise estatística
		Sim	Não	
P. F. abordado nos cursos		11,10	12,88	$t_{116} = -0,13 ; P > 0,05$
Deseja aprender sobre M.A.C.		11,30	17,23	$t_{116} = -2,38 ; P < 0,05$
É solicitada quanto a M.A.C.		12,46	11,04	$t_{116} = 0,79 ; P > 0,05$
Orienta M.A.C.		12,02	12,46	$t_{116} = 0,22 ; P > 0,05$
Utiliza M.A.C.		10,98	13,56	$t_{116} = 1,64 ; P > 0,05$

TABELA 21 — Utilização de M.A.C. segundo a situação conjugal das enfermeiras

Salvador — Bahia, 1983

Situação Conjugal	Utilização de M.A.C.	Sim		Não		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Casada		55	80,9	20	38,5	75	62,5
Solteira		08	11,8	28	53,8	36	30,0
Outro		05	7,3	04	7,7	09	7,5
Total		68	100,0	52	100,0	120	100,0

$$\chi^2 = 25,882 ; P < 0,05$$

Aplicando-se o teste de qui-quadrado, obteve-se um valor  $X^2_2 = 25,882$ ;  $P < 0,05$  estatisticamente significativa, indicando que existe relação entre utilização de M.A.C. e situação conjugal.

O teste estatístico apresentou um resultado de  $X^2_x = 0,436$ ;  $P > 0,05$ , não havendo, portanto, diferença significativa, podendo-se afirmar que parece não existir relação entre a utilização de M.A.C. e a religião das enfermeiras – Tabela 22.

A necessidade dos serviços de saúde assistirem a população em relação a M.A.C. foi confirmada por todas as entrevistadas de maneira favorável.

Foram relacionadas como justificativas para este fato a necessidade de orientar a população em M.A.C., a fim de ajudar na resolução dos problemas sociais e econômicos, atender a uma solicitação da própria comunidade, diminuir a mortalidade infantil, o aborto e os filhos não desejados.

O desenvolvimento de atividades de Planeja-

mento Familiar pela enfermeira não foi recomendado, apenas, por duas entrevistadas (1,7%), que justificaram motivo religioso e acúmulo de atividades a serem desenvolvidas pelas enfermeiras. Porém, um percentual significativo de 98,3% achou que devem ser desenvolvidas atividades de Planejamento Familiar pela enfermeira e que este deve estar integrado à assistência materno-infantil e deve fazer parte dos programas de saúde pública. Foram apresentadas como justificativas para este posicionamento: a responsabilidade da enfermeira de orientar a população; e, como elemento da equipe de saúde, a enfermeira não pode deixar de participar do Planejamento Familiar por ser o elemento de maior contato com as famílias e receber muitas solicitações em relação a Planejamento Familiar.

Na opinião das entrevistadas, as atividades de Planejamento Familiar, que devem ser exercidas pelas enfermeiras, por ordem decrescente de frequência, aparecem na Tabela 23.

TABELA 22 – Utilização de M.A.C. segundo a religião das enfermeiras

Salvador – Bahia, 1983

Utilização de M.A.C.	Sim		Não		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Religião						
Católica	58	85,3	42	80,8	100	83,3
Protestante	04	5,9	04	7,7	08	6,7
Espírita	06	8,8	06	11,5	12	10,0
Total	68	100,0	52	100,0	120	100,0

$X^2_2 = 0,436$  ;  $P > 0,05$

TABELA 23 – Atividades de planejamento familiar que devem ser desenvolvidas pelas enfermeiras (N = 118)

Salvador – Bahia, 1983

Atividades	Nº	%
Orientação de casais, mulheres e homens	113	95,8
Educação sexual de escolares	101	85,6
Cursos de orientação de jovens e preparo nupcial	101	85,6
Preparo de pacientes para esterilização	75	63,6
Participação em cirurgia para esterilização	40	33,9
Auxiliar na aplicação do DIU	39	33,1
Revisão de mulheres com DIU	28	23,7
Aplicação do DIU	24	20,3
Outra atividade	11	9,3

Entre as "outras atividades", foram citadas a orientação a gestantes e puérperas especificamente, que estariam incluídas no item geral de orientação, primeiro item.

O estudo de Planejamento Familiar nos programas de disciplina da área materno-infantil do curso de graduação em enfermagem foi recomendado por 97,5% (117) das entrevistadas.

As justificativas apresentadas para este posicionamento referem-se à necessidade de capacitar a enfermeira para orientar e desenvolver atividades de Planejamento Familiar, diante das necessidades da população com vista a melhorar a assistência materno-infantil, que é uma responsabilidade da enfermeira para com a comunidade.

As três enfermeiras que foram contrárias a este procedimento justificaram que o estudo de Planejamento Familiar deveria ser feito na disciplina de saúde pública e não, materno-infantil.

## CONCLUSÕES E SUGESTÕES

Os dados encontrados permitiram chegar às seguintes conclusões:

- não foram abordados aspectos de Planejamento Familiar nos cursos realizados por 55,8% das enfermeiras (graduação, habilitação e pós-graduação);
- desejavam aumentar os conhecimentos em M.A.C. 90,0% das enfermeiras;
- a média de idade do grupo que deseja aprender sobre M.A.C. é menor do que a do grupo que não deseja aprender;
- a média do tempo de formada (experiência) é maior para as enfermeiras que não desejam aprender sobre M.A.C.;
- eram solicitadas pelas clientes em relação a M.A.C. 74,2% das enfermeiras;
- existe relação entre a solicitação de M.A.C. pelas clientes e o tipo de curso, a religião e a idade das enfermeiras;
- orientavam sobre métodos anticoncepcionais 80,8% das enfermeiras;
- utilizavam M.A.C. 80,0% das enfermeiras;
- existe relação entre a utilização de M.A.C. e a situação conjugal das enfermeiras;
- Não existe relação entre a utilização de M.A.C. e a religião das enfermeiras.

## SUGESTÕES

O momento atual requer mudanças no papel

do enfermeiro para que ele possa atender às solicitações da comunidade, porém, estas mudanças necessitam ser acompanhadas de modificações na formação do enfermeiro, ou seja, nos currículos das escolas de enfermagem para que ele possa atuar adequadamente. É indispensável integrar Planejamento Familiar aos currículos.

As organizações profissionais de enfermagem deverão ampliar a discussão sobre o tema em cursos, seminários, encontros e congressos, além de defenderem as reivindicações dos profissionais nesta área.

As instituições de saúde deverão estimular e proporcionar aos profissionais a oportunidade de preparo em Planejamento Familiar, possibilitando um melhor atendimento de enfermagem às comunidades.

Os profissionais de enfermagem, que sentem a necessidade do preparo em Planejamento Familiar, deverão solicitar das instituições que oferecem treinamento nesta área sua participação em cursos, além de estimularem a discussão e utilizarem as publicações atualizadas sobre o tema.

---

ALMEIDA, M. M. G. The nurse in family planning. *Rev. Bras. Enf.*, Brasília, 38(3/4), 215-230, July/Dec. 1985.

---

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABRANCHES, C. A. C. Não procriar, um direito. *Opinião*, 19 jan. 1983, 1. cad. p. 11.
2. ADAMI, N. P. Situação de saúde no país – implicações para a enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 29, Camboriú, outubro de 1977. *Anais...* Brasília, ABEn, 1977. p. 7-15.
3. ALMEIDA, M. M. G. A enfermagem no planejamento familiar. In: ENCONTRO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO NORDESTE, 1. & JORNADA BAIANA DE ENFERMAGEM, 2. Bahia, 1983. 7p. mimeografado.
4. \_\_\_\_\_. Enfermagem e planejamento familiar. *Enf. Informa*, 6: 1-2, ago/set, 1983.
5. \_\_\_\_\_. Ensino de enfermagem no planejamento familiar no Brasil In: SEMINÁRIO NACIONAL SOBRE SAÚDE ESCOLAR E MATERNO-INFANTIL, 1. Belém, abril, 1984.
6. ARAÚJO, O. M. M. Planejamento familiar – uma abordagem geral. *Enf. Atual*, 4 (19): 4-7, set./out. 1981.
7. BORGES, M. V. A enfermagem e os serviços básicos de saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 33. Manaus, 2 a 7 de agosto de 1981. *Anais...* Brasília, ABEn, 1981. p. 49-60.
8. CASTRO, I. B. et alii. Reflexões sobre a prática de enfermagem no Brasil e na América Latina, implicações educacionais. *Rev. Bras. Enf.*, Brasília, 35 (3-4): 185-91, jul./dez. 1982.

9. DANTAS, U. A enfermagem e os serviços básicos de saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 33. Manaus, 2 a 7 de agosto de 1981. *Anais...* Brasília, ABEn, 1981. p.73-76.
10. MATOS, A. V. Enfermagem e assistência primária de saúde no Brasil. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 32. Brasília, 01 a 07 de junho de 1980, *Anais...* Brasília, ABEn. 1980. p. 85-103.
11. MOREIRA, J. J. A família e a paternidade responsável. *Rev. Bras. Enf.*, Brasília, 33 (1): 81-91, jan./mar. 1980.
12. NERY, I. S. *Planejamento familiar – estudo sobre a atuação da enfermeira*. Rio de Janeiro, 1980. Tese (mestrado) – UFRJ. Escola de Enfermagem Ana Neri. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. *Informações sobre pesquisas e pesquisadores em enfermagem*. Ribeirão Preto, CEPEn, 1983. v. 3, p. 72.
13. PETERSON, V. B. C. Planejamento familiar: editorial. *Rev. Gaúcha Enf.*, Porto Alegre, 4 (2): III, jul. 1983.
14. RAMOS NETO, M. O. Estudo comparativo entre causas do aborto provocado e conhecimento sobre planejamento familiar. *Ref. Enf. Novas Dimens.*, São Paulo, 1 (4): 172, set./out. 1975.
15. ———. Atuação da enfermagem de saúde pública nos programas de planejamento familiar. *Rev. Enf. Novas Dimens.*, São Paulo, 5 (2): 34-38, 1979.
16. ———. O planejamento familiar e a enfermagem de saúde pública. *Rev. Enf. Novas Dimens.*, São Paulo, 5 (3): 153-60, 1979.
17. ———. *Aborto provocado e conhecimento sobre planejamento familiar: estudo realizado entre mulheres de um serviço de saúde materna*. São Paulo, 1978. Tese (mestrado) – USP. Escola de Enfermagem – In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. *Informações sobre pesquisas e pesquisadores em enfermagem*. Ribeirão Preto, CEPEn, 1980. v. 2, p. 85.
18. RODRIGUES, W. Planejamento familiar. *Enf. Atual*, Rio de Janeiro, 1 (6): 25-9, jul./ago. 1979; 2 (7): 22-9, set./out. 1979; 2 (8): 4-9, nov./dez. 1979.
19. ———. *Crescimento populacional e planejamento familiar*. Conferência apresentada na Associação dos Diplomados na Escola Superior de Guerra, Delegacia do Paraná. Rio de Janeiro, BEMFAM, 1982.
20. SCLiar, M. J. Saúde e educação - estratégias de mudanças. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 34. Porto Alegre, 24 a 29 de outubro de 1982. *Anais...* Brasília, ABEn. 1982, p. 21-4.
21. SEMINÁRIO SOBRE PLANEJAMENTO FAMILIAR, 1. Rio de Janeiro, abril de 1983. Brasília, ABEn, 1983. 3p. mimeografado.
22. SILVA, G. B. Desenvolvimento da enfermagem; correlação dos problemas da profissão e da mulher na sociedade. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 31. Fortaleza, 5 a 11 de agosto de 1979. *Anais...* Brasília, ABEn. 1979. p. 27-32.
23. SINGER, P. Demanda por alimentos na área metropolitana de Salvador. *Cadernos CEBRAP*, 23, 1976.
24. TURNBULL, L. M. & PIZURKI, H. *La planificación de la familia en los estudios de formación de enfermeras y parteras*. Ginebra, OMS, 1974. (Cuadernos de salud pública, 53).