

Planejamento familiar: um estudo dos aspectos socioeconômicos, demográficos e reprodutivos das mulheres da área de abrangência da USF SESC-LACES, Paracatu-MG.

Family planning: a study of socioeconomic, demographic and reproductive aspects of women in coverage area psf-sesc laces, Paracatu-MG.

Autores: Junior Rodrigues – Graduando em Medicina, Faculdade Atenas Paracatu-MG, junior_med6@hotmail.com
Raphael Macedo - Graduando em Medicina, Faculdade Atenas Paracatu-MG
Fernando Mundim - Graduando em Medicina, Faculdade Atenas Paracatu-MG
Graziela Ferreira - Graduando em Medicina, Faculdade Atenas Paracatu-MG
Edson - Graduando em Medicina, Faculdade Atenas Paracatu-MG

Resumo:

Objetivo: Avaliar os aspectos socioeconômicos, demográficos e reprodutivos além do conhecimento e participação das mulheres no grupo de planejamento familiar da unidade de saúde. Método: Estudo realizado com 103 mulheres entre 15 e 49 anos na área de abrangência do PSF-SESC LACES na cidade de Paracatu-MG. Foram realizadas visitas domiciliares às mulheres selecionadas e aplicado um questionário misto testado. Resultado: A média de idades das mulheres estudadas foi 32,8 anos. Das entrevistadas 85,4% eram sexualmente ativas sendo que destas 36,9% não possuíam nenhum filho e 7,7% possuíam cinco ou mais, sendo 2 o número médio de filhos por mulheres. Em relação ao grupo de Planejamento Familiar, 49,5% relataram ter ouvido falar e apenas 8,7% declararam ser participantes. Conclusão: Os resultados mostram uma grande prevalência do uso de alguns métodos contraceptivos em detrimento de outros. Esse fato justifica-se não só pela preferência, mas também pela disponibilidade dos métodos nos serviços de saúde, facilidade de obtenção e riscos colaterais. A participação e conhecimentos das mulheres sobre o grupo de planejamento familiar da unidade ainda é baixo.

Palavras-Chaves: planejamento familiar, métodos contraceptivos, gravidez.

Summary:

Objective: To evaluate the socio-economic, demographic and reproductive beyond the knowledge and participation of women in family planning group of health unit. Methods: A study of 103 women between 15 and 49 years in the area of FHU-SESC LACES in the city of Paracatu-MG. Were conducted home visits to women selected and tested a questionnaire mixed. Results: The median age of the women studied was 32.8 years. 85.4% of respondents were sexually active and of these 36.9% did not have any children and 7.7% had five or more, and 2 the average number of children per women. Regarding family planning group, 49.5% reported having heard and only 8.7% reported participating. Conclusion: The results show a high prevalence of some contraceptive methods to the detriment of others. This fact is justified not only by preference, but also by the availability of methods in health services, easy availability and collateral risks. The participation and knowledge of women about family planning group of the unit is still low.

Keywords: family planning, contraception, pregnancy.

Introdução

O planejamento familiar é o direito que toda pessoa tem à informação, à assistência especializada e ao acesso aos recursos que permitam optar livre e conscientemente por ter ou não ter filhos. O número, o espaçamento entre eles e a escolha do método anticoncepcional mais adequado são opções que toda mulher que deve ter o direito de escolher de forma livre e por meio da informação, sem discriminação, coerção ou violência (BRASIL, 1999).

O governo brasileiro passou a considerar o planejamento familiar como um direito das pessoas e dos casais logo após a Conferência Mundial de População de Bucareste, de 1974. O Programa de Saúde Materno-Infantil, lançado pelo Ministério da Saúde, em 1977, foi a primeira ação estatal no sentido de oferecer o planejamento familiar e contemplava a prevenção da gestação de alto risco (ALVES, 2010).

A assistência ao planejamento familiar é oferecida, atualmente, no Brasil, pelas equipes do Programa Saúde da Família (PSF), um modelo de política pública de saúde que traz a proposta do trabalho em equipe, de vinculação dos profissionais com a comunidade e de valorização e incentivo à participação comunitária. Corresponde a uma das sete áreas prioritárias de intervenção na atenção básica, definidas na Norma Operacional da Assistência. O Ministério da Saúde (MS), tomando por base o dispositivo da lei do planejamento familiar (Lei 9.263/96), determina, como competência dos profissionais de saúde, assistir em concepção e contracepção, empenhando-se em informar os indivíduos sobre as opções para as duas finalidades, destacando a oferta dos métodos anticoncepcionais autorizados e disponíveis no Brasil, tais como Billings, tabela, temperatura, sintotérmico, camisinha masculina e feminina, diafragma, espermicida, dispositivo intrauterino (DIU), hormonais orais e injetáveis, laqueadura e vasectomia (MOURA et al., 2007).

Em um estudo mais recente do Banco Mundial e citado pela OMS, (1994, pág 287), concluiu-se que ainda existem problemas graves na saúde reprodutiva da mulher brasileira:

"informação e escolha de anticoncepcionais extremamente limitadas, altas taxas de aborto de risco, altas taxas de câncer de colo de útero, grande número de mulheres com quase nenhuma atenção pré-natal; a taxa mais alta do mundo de nascimento por cesariana, e um risco crescente de bem-estar de mulheres e homens, devido a doenças sexualmente transmissíveis e outras infecções do trato reprodutivo" (OMS, 1994).

Observa-se que o tamanho da família é inversamente proporcional ao nível social, econômico e cultural, ou seja, as famílias mais numerosas têm geralmente condições mais precárias. Esse fato causa preocupações e inquietações às autoridades, uma vez que, além de ser um problema social grave, se considera um problema de saúde pública, pois esta situação diminui a qualidade de saúde da população, principalmente se considerar o conceito de saúde preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no qual diz que “saúde é o completo bem-estar físico, mental, social e não simplesmente a ausência de doenças” (CRIZÓSTOMO et al., 2004).

A classe social de cada mãe indica os tipos de dificuldades que estas podem encontrar em seu caminho. Nas famílias de classe social mais elevada, são opções mais frequentes o casamento ou o aborto. Entre classes sociais mais baixas, duas direções distintas podem ser tomadas: apoio, acolhimento, possibilitando continuação dos estudos ou trabalhar, em outro extremo ocorre a rejeição, o abandono, levando em muitos casos a prostituição. O rompimento com as leis sociais vigentes leva a conflitos inconscientes, refletindo na criação do filho e gera questionamentos sobre o significado da criança na vida da mãe (GODINHO et al., 2000).

Apesar dos benefícios claros de uma gravidez planejada, as ações que visam o planejamento familiar devem ser tratadas dentro dos direitos reprodutivos garantidos aos cidadãos pela Constituição. O planejamento familiar não tem o poder de coerção sob as mães,

cabendo a estas, em última instância, decidir ou não pela utilização dos métodos bem como o acompanhamento pelos profissionais.

Neste contexto, foi feito um estudo de base populacional com mulheres de 15 a 49 anos da área de abrangência da USF-SESC LACES, Paracatu-MG, com o objetivo de avaliar os aspectos socioeconômicos, demográficos e reprodutivos além do conhecimento e participação das mulheres no grupo de planejamento familiar da unidade de saúde.

Método

O estudo é do tipo descritivo transversal. A população de estudo deste trabalho foram mulheres entre 15 e 49 anos da área de abrangência do PSF – SESC LACES situado na R. Euridamas Avelino Barros, nº 347, Bairro Lavrado, Paracatu-MG.

Foi feito um levantamento preliminar através do SIAB e encontrado um total de 1268 mulheres que se enquadraram no objetivo do estudo. Os critérios de inclusão utilizados para a amostra foram: mulheres cadastradas na USF SESC-LACES e com idade entre 15 a 49 anos de idade. Pelo SIAB foi verificado que 16,01% das mulheres estão na idade de 15 a 19 anos, 60,49% entre 20 e 39 anos e 23,5% entre 40 e 49 anos. Pelo SIAB foi verificado que 16,01% das mulheres estão na idade de 15 a 19 anos, 60,49% entre 20 e 39 anos e 23,5% entre 40 e 49 anos.

Para que se mantivesse a representatividade da amostra, a mesma foi composta pelos mesmos percentuais. Através da fórmula para o cálculo do tamanho mínimo amostral, considerando-se o erro amostral de 0,1 chegou-se a uma amostra mínima de 93 mulheres e, para que se evite vieses de confundimento foi adicionado 10% ao valor calculado, totalizando-se a amostra de 103 mulheres. Estas foram escolhidas por processo aleatório simples, via sorteio de fichas de cadastro considerando-se os três grupos de faixa etária. Obedecendo-se os percentuais, a amostra foi de 17 mulheres na faixa etária dos 15 aos 19 anos, 62 entre 20 e 39 anos e 24 entre 40 e 49 anos.

Foram montadas três listas sendo uma para cada grupo etário estudado, com os nomes e endereços de cada participantes e foram realizadas visitas domiciliares às entrevistadas até que se obtivesse o número necessário de questionários respondidos.

Foi aplicado um questionário misto, testado e adaptado de Olinto e Galvão (1999) composto de 20 questões abordando os aspectos socioeconômicos, demográficos, características reprodutivas e conhecimentos sobre o programa de planejamento familiar. As entrevistas foram realizadas no mês de setembro de 2012 por cinco estudantes do segundo ano de medicina da Faculdade Atenas que foram capacitados para que houvesse uma padronização na aplicação do mesmo. As mulheres que aceitaram participar da pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido autorizando sua participação e publicação dos dados, para que se atendessem aos princípios éticos na pesquisa.

Os dados coletados foram posteriormente analisados, distribuídos e apresentados em tabelas e gráficos gerados pelo Microsoft Excel® (2010).

Resultados

Na amostra estudada, 59% das mulheres se declararam pardas, 60,2% tinham entre 20 e 39 anos (32,8 anos a média) 36% haviam concluído o ensino médio sendo que 8,7% haviam concluído o ensino superior. Das participantes do estudo, 44,6% eram solteiras 16,5% eram casadas. Destas 25% eram do lar e o restante trabalhava, estudava ou ambos. Quando questionadas sobre a renda 77,67% responderam que o valor era entre 1 e 3 salários mínimos. Em relação à religião, 96% declararam ter alguma.

Com relação à vida sexual, 85,4% eram sexualmente ativas, 36,9% não possuíam nenhum filho, 14,5% possuíam um filho, 19,4% dois filhos, 18,4% três filhos, 5,8% quatro filhos e 7,7% possuíam 5 ou mais (2 filhos/mulher em média).

Em relação ao uso de métodos contraceptivos, 61,2% relataram fazer uso de algum método. Das que não usavam qualquer método, 24% eram hysterectomizadas e 16% estavam

na menopausa. Não foi relatado o uso de diafragma, preservativo feminino ou cremes espermicidas (Tabela 1).

Tabela 1 - Prevalência do uso dos métodos contraceptivos

Método	Percentual	Intervalo de Confiança
Pílula	43%	(35%,51%)
Condom	21%	(14%,27%)
Laqueadura	15%	(9%,21%)
Injetáveis	10%	(5%,15%)
Tabelinha	6%	(2%,10%)
DIU	3%	(0,2%,6%)
Vasectomia	1%	(0,6%,2,6%)
Coito interrompido	1%	(0,6%,2,6%)

Com relação ao planejamento familiar, 49,5% relataram ter ouvido falar e destas, 8,7% disseram frequentar o grupo de planejamento familiar. Do total de não participantes, 51% disseram desconhecer, 38% disseram ser desnecessário ou não possuir interesse no momento e para 11% a falta de tempo foi o principal motivo da não participação.

Tabela 2 – Planejamento da gravidez

Gravidez	Percentual	Intervalo de Confiança
Planejada	29,9%	(22,5%,37,3%)
Não planejada (não uso de métodos)	47,7%	(39,7%,55,7%)
Falha do método	12%	(7%,17%)
Utilização incorreta do método	10,4%	(5,4%,15,4%)

Discussão

Os dados encontrados na pesquisa refletem uma situação particular, mas que de algum modo representam a atual situação vivenciada pelas mulheres brasileiras em relação à questão reprodutiva.

A taxa de fecundidade na área estudada (2,07) está ligeiramente acima da taxa brasileira encontrada pelo IBGE, no censo de 2010 que encontrou o valor de 1,86. Segundo Berlofi et al (2009) ‘(...) a fecundidade tende a diminuir com o aumento da escolaridade e do nível de rendimento.’ Durante a realização das entrevistas para este estudo, foi observado pelos pesquisadores a clara relação entre o número de filhos, escolaridade e situação econômica.

O percentual de mulheres que fazem uso de algum método contraceptivo (61,2%) foi próximo ao encontrado pelo Ministério da Saúde na PNDS (2006) de 67,8%. Segundo a PNDS (2006), os métodos mais prevalentes eram pílula (22,1%), esterilização feminina (21,8%) e condom masculino (12,9%). A vasectomia correspondeu a 3,3% dos métodos utilizados.

A prevalência do uso de pílula encontrada neste estudo foi bastante superior a brasileira. Contudo, a alta prevalência do uso de pílulas foi encontrada em diversos estudos. Segundo Bié et al (2009), sua alta prevalência deve-se a eficácia, não interferência nas relações sexuais, baixos riscos e facilidade em interromper o uso.

O segundo método mais utilizado pelas mulheres foi a camisinha masculina. Algumas alegam preferir a camisinha devido aos efeitos colaterais decorrentes do uso da pílula, pela praticidade além da proteção contra DST's. Com relação à esterilização feminina foi observada uma prevalência inferior à média brasileira. Apesar da diminuição da preferência da esterilização feminina, a mesma ocupava o segundo lugar no ranking dos métodos mais utilizados no ano de 2006 e neste estudo fica atrás apenas da pílula e do preservativo masculino.

A baixa prevalência do uso de DIU e diafragma se justifica pela falta de informação por parte das mulheres e pela indisposição dos mesmos na maioria dos serviços públicos. (Costa et al; 2008). Durante a realização deste estudo houve uma grande reclamação das mulheres em relação à demora para a obtenção do DIU e a burocracia para a realização da laqueadura.

Em relação à gravidez, 69,9% disseram que a mesma não foi planejada, número superior à média brasileira que é de 55% (FIOCRUZ, 2011). A gravidez não planejada, ocorrida por não utilização de métodos ou pela utilização incorreta de métodos mostra a necessidade de um trabalho efetivo de educação em saúde. Desta forma, é de grande

importância um grupo de planejamento familiar bem estruturado composto por profissionais capacitados que envolvam a população ativamente em suas atividades. Também se faz necessário a disponibilidade dos métodos bem como a variedade dos mesmos, situação que não é verificada nos serviços públicos e principalmente na atenção primária.

Neste estudo em particular foi verificado que a baixa adesão ao grupo de planejamento familiar existente na unidade de saúde é devido, principalmente, ao desconhecimento do grupo por parte das mulheres. A falta de interesse das mulheres no momento da pesquisa e achar desnecessária a participação também foram problemas verificados.

Devido à falta de tempo para a realização da pesquisa por parte dos acadêmicos, foi necessário um aumento do p de 0,05 para 0,1. O aumento do p diminuiu o tamanho da amostra o que pode ter gerado algum viés. Contudo, aparentemente os resultados não sofreram grandes distorções quando comparados com dados brasileiros e regionais.

Conclusão

A alta prevalência da pílula esteve dentro do esperado e juntamente com a vasectomia, o outro extremo dos resultados obtidos nos métodos contraceptivos, corroboram os dados nacionais. Isto reflete o direcionamento dos programas de prevenção do governo voltado para ações junto às mulheres e revelam uma necessidade de mudanças ou ampliação do foco das ações, esclarecimentos e planejamentos educativos para a população. Estes programas também devem contar com a participação masculina para que os resultados sejam ainda mais efetivos.

O desconhecimento e o desinteresse elevados, com relação à participação no programa de planejamento familiar, sugere a necessidade de mais estudos em que se possam esclarecer possíveis falhas de estrutura ou aplicação do programa. Os resultados encontrados podem ajudar a direcionar novas ações programáticas governamentais que tornem essa ótima ferramenta mais atrativa e acessível não somente à mulher, mas a toda família.

Agradecimentos

Agradecemos primeiramente a Deus, pelo dom da vida, da saúde, do amor e da sabedoria. Aos professores Helvécio Bueno e Talitha Faria pelas orientações, compreensão e paciência para a realização deste trabalho. E agradecemos também a professora Luanna Melo e toda a equipe da USF-SESC Laces Paracatu-MG pela disposição em nos ajudar.

Referências Bibliográficas

Berlofi LM, alkmin ELC, Barbieri M, Guazzelli CAF, Araújo FF. Prevenção da reincidência de gravidez em adolescentes: efeitos de um Programa de Planejamento Familiar. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2006, 19:2, 196-200.

Berquó E, Cavenaghi S. Mapeamento socioeconômico e demográfico dos regimes de fecundidade no Brasil e sua variação entre 1991 e 2000.

Berquó, E. Sobre a política de planejamento familiar no Brasil. *Revista brasileira de estudos de população*. 1987, 4:1, 95-103.

Bié APA, Diógenes MAR, Moura REF. Planejamento familiar: O que os adolescentes sabem sobre este assunto? *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. 2006, 19:3, 125-130.

Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico. Brasília, Ministério da Saúde, 2002.

Canesqui AM. Planejamento Familiar Campinas. *Revista Brasileira de Estudos de População*. 1985, 2:2, 1-20.

Coelho EAC, Lucena MFG, Silva ATM. O planejamento familiar no Brasil no contexto das políticas públicas de saúde: determinantes históricos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2000, 34:1, 37-44.

Costa AM, Guilheme D, Silver LD. Planejamento familiar: a autonomia das mulheres sob questão. *Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil*. 2006, 6:1, 75-84.

Crizostomo CD, Sobra CSJ, Nery IS. Saúde reprodutiva: as relações de gênero no planejamento familiar. *Revista de Enfermagem - Escola Anna Nery*. 2004, 8:3, 411-419.

Duarte, GA. Perspectiva masculina quanto a métodos contraceptivos. *Caderno de Saúde Pública*. 1998, 14:1, 125-130.

Godinho RA. Adolescentes e grávidas: onde buscam apoio? *Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto*. 2000, 8:2.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010. Rio de Janeiro, 2011.

Marcolino C, Galastro EP. As visões feminina e masculina acerca da participação de mulheres e homens no planejamento familiar. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2001, 9:3, 77-82.

Moreira MHC, De Araújo JNG. Planejamento familiar: autonomia ou encargo feminino.

Moura ERF, Silva RM, Galvão MTG. Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no Programa Saúde da Família no Brasil. *Caderno de Saúde Pública*. 2007, 23:4, 961-970.

Moura ERF, Silva RM. Informação e planejamento familiar como medidas de promoção da saúde. *Revista de Ciência & Saúde Coletiva*. 2004, 9:4, 1023-1032.

Olinto, MTA, Galvão LW. Características reprodutivas de mulheres de 15 a 49 anos: estudos comparativos e planejamento de ações. *Revista de Saúde Pública*. 1999, 33:1, 64-72.