

Cód. A - 111681
R - 14000186



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL

Maria das Dores Rolim de Oliveira

**MULTIGESTAÇÃO EM USUÁRIAS DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NO
MUNICÍPIO DE BARBALHA: OPÇÃO OU PLANEJAMENTO FAMILIAR INEFICAZ**

613.94
048m
Ex. 01

Fortaleza
2007

Maria das Dores Rolim de Oliveira

**MULTIGESTAÇÃO EM USUÁRIAS DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NO
MUNICÍPIO DE BARBALHA: OPÇÃO OU PLANEJAMENTO FAMILIAR INEFICAZ**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Departamento de Saúde Materno-Infantil da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Tocoginecologia.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Sílvia Bomfim Hippólito

Fortaleza

2007

O48m Oliveira, Maria das Dores Rolim de
Multigestação em usuárias de unidades básicas de saúde no município de
Barbalha : opção ou planejamento familiar ineficaz / Maria das Dores
Rolim de Oliveira. – Fortaleza, 2007.
57 f.

Orientadora: Profª. Dra. Sílvia Bomfim Hippólito
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará. Mestrado em
Tocoginecologia, Fortaleza-Ce, 2007
1. Anticoncepção. 2. Paridade. 3. Planejamento Familiar. I. Hippólito,
Sílvia Bomfim (orient.) II. Título

CDD: 613.94

Maria das Dores Rolim de Oliveira

**MULTIGESTAÇÃO EM USUÁRIAS DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NO
MUNICÍPIO DE BARBALHA: OPÇÃO OU PLANEJAMENTO FAMILIAR INEFICAZ**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Tocoginecologia do Departamento de Saúde Materno-Infantil da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Tocoginecologia.

Fortaleza, 04 / 09 / 2007.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Sílvia Bomfim Hippólito (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará

Prof. Dr. Francisco das Chagas Medeiros

Prof. Dr. Eugênio Pacelli de Barreto Teles
Universidade Federal do Ceará

Dedico este trabalho ao meu inesquecível pai, José Gonçalves de Oliveira (*in memoriam*), quem me ensinou, através do seu exemplo de fé, determinação e coragem, ir adiante, mesmo que em circunstâncias adversas.

AGRADECIMENTOS

À Deus por tudo que providenciou para mim,
aos familiares que sempre estiveram ao meu lado,
à Sílvia Melo, colega de mestrado e amiga,
aos mestres: Dr. Francisco das Chagas Medeiros,
Dr. Eugênio Pacelli Teles, Dra. Zenilda Vieira Bruno e,
em especial, a Dra. Sílvia Bomfim Hippólito, querida orientadora.
Seus ensinamentos e incentivo inspiraram-me a prosseguir.
Serei sempre grata!

“Ajudar às mulheres a evitar uma gravidez indesejada:
uma das tarefas mais importantes do médico de família”.

McWhinney

RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar variáveis que possam influenciar na elevada taxa de fecundidade do município de Barbalha e identificar necessidades ainda existentes para a realização de um Planejamento Familiar efetivo no Programa Saúde da Família. Incluiu-se na pesquisa 100% das gestantes com 2 ou mais filhos vivos, acompanhadas no serviço de assistência pré-natal das Unidades Básicas de Saúde do referido município. Realizou-se entrevistas com 81 multíparas, de 18 a 49 anos de idade, utilizando questionário composto de 21 perguntas objetivas. O uso de método contraceptivo foi referido por 96,3% das gestantes, dos quais 80,4% foi obtido na própria Unidade Básica de Saúde, porém somente 42,3% referiu utilizar o serviço de Planejamento Familiar. 32,1% das entrevistadas não utilizava o método contraceptivo de sua preferência e 73,9% não planejara a gestação atual. Apesar da ampla cobertura do programa (97,1%) no município estudado, a taxa de fecundidade continua alta, com grande número de gravidezes indesejadas. Isto pode ser consequência de uma baixa eficácia do Planejamento Familiar realizado no Programa Saúde da Família, com deficiência na orientação das pacientes, além de pouca diversidade dos métodos ofertados.

Palavras-chave: Anticoncepção. Paridade. Planejamento Familiar.

ABSTRACT

The study objective was to evaluate which variables may influence high fertility rates in the Barbalha city and to identify the existent lack in family planning assistance which may lead to ineffective approach in the Health Family Program. A 100% of pregnant women with 2 live children at least have been followed on the pre-natal care services of Basic Health Units of Barbalha city and were included in the study. The women answered a 21 objective question questionnaire. A total of 81 multiparous women were enrolled in the study, aging 18 to 49 years old. A 96.3% declared have had sometime used a contraceptive method, from which 80.4% mentioned had received it in the same Basic Health Unity, even though just 42.3% have mentioned been assisted by the Family Planning assistance program. Around 32.1% of women have said were not taking a contraceptive method of their preference and 73.9% of the subjects have not planned to get pregnant currently. Discussion: In spite of the satisfactory Health Family Program structure (97.1%), fertility rate is still high and the grate majority of women have undesired pregnancy. This can be due to low efficacy of Family Planning assistance offered, with lack of orientation and little variety of contraceptive methods available.

Key words: Contraception. Parity. Family Planning.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
BEMFAM	Bem-estar Familiar no Brasil – Sociedade Civil
DIU	Dispositivo Intra Uterino
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
MULTIGESTA	Que gestou mais de uma vez
NOAS 2001	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB 96	Norma de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SM	Salário Mínimo
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
v	volume
n	número
p	páginas

LISTAS DE TABELAS

Tabela 1	Descrição dos aspectos sócio-demográficos da amostra	33
Tabela 2	Descrição dos aspectos sócio-econômicos da amostra	34
Tabela 3	Discriminação do histórico reprodutivo das multigestas estudadas no município de Barbalha no período de estudo	35
Tabela 4	Distribuição por faixa etária de acordo com a idade no 1º parto das multigestas da amostra	35
Tabela 5	Discriminação do uso de métodos contraceptivos pelas multigestas da amostra e acesso ao Serviço de Planejamento Familiar.....	36
Tabela 6	Discriminação de métodos contraceptivos preferidos para uso antes da gravidez atual pelas multigestas da amostra	37
Tabela 7	Discriminação de métodos contraceptivos preferidos para serem utilizados após o parto pelas multigestas da amostra	38
Tabela 8	Especificação de motivos para a gravidez e determinação do número de filhos desejados pelas multigestas da amostra	39
Tabela 9	Relação entre o método preferido pelas multigestas para uso antes da gravidez atual e frequência de uso pela amostra	40
Tabela 10	Relação entre o método preferido para uso antes da gravidez atual e método desejado para uso após o parto pelas multigestas da amostra	41
Tabela 11	Relação entre o método contraceptivo preferido pelas multigestas para ser utilizado após o parto e as variáveis sócio-demográficas da amostra	42
Tabela 12	Relação entre o uso do serviço de planejamento familiar e o motivo referido para gravidez pelas multigestas da amostra	43

Tabela 13 Relação entre desejo pela gravidez e motivo alegado para a mesma pelas multigestas da amostra	44
--	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	27
2.1 Objetivo geral	27
2.2 Objetivos específicos	27
3 CASUÍSTICA E MÉTODOS	28
3.1 Desenho do estudo	28
3.2 Local do estudo	28
3.3 População do estudo	28
3.4 Aspectos Éticos	28
3.5 Período do estudo	29
3.6 Descrição da amostra	29
3.7 Critérios de inclusão	29
3.8 Critérios de exclusão	29
3.9 Coleta de dados	30
3.10 Variáveis e conceitos de estudo	30
3.11 Processamento e análise de dados	32
3.12 Limitações do estudo	32

4 RESULTADOS	33
5 DISCUSSÃO	45
6 CONCLUSÃO	49
REFERÊNCIAS	50
APÊNDICES	56
ANEXOS	58

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O Planejamento Familiar teve seu reconhecimento mundial como direito humano básico a partir da I Conferência Internacional Sobre Direitos Humanos realizada no ano de 1968, em Teerã. Foi caracterizado como ação de saúde pública na Declaração de Alma-Ata em 1979, resultado das mudanças comportamentais da população no exercício da sexualidade, surgidas da chamada revolução sexual que desvinculou a função sexual da atividade reprodutiva, e impuseram a colocação de métodos contraceptivos à disposição dos indivíduos e/ou casais, possibilitando a decisão sobre o número e o espaçamento dos filhos, e legitimando a realização dos seus desejos sexuais (FORMIGA, 1997).

A posição brasileira no I Congresso de População em Bucareste, em 1974, que advogava o estabelecimento de política soberana para o controle da natalidade não resultou em medidas capazes de tornar o planejamento familiar acessível a todos. A população brasileira passou de 41 milhões de habitantes em 1940, para 140 milhões de habitantes em 1990, sendo que a metade desse acréscimo verificou-se nos últimos vinte anos. Com mais objetividade, organizações não-governamentais, a exemplo da Sociedade Civil de Bem-estar Familiar no Brasil (BEMFAM), tornaram-se aptas a oferecer os métodos contraceptivos à população, contrariando a oposição natalística constituída pelos militares, igreja católica e grupos radicais. Essas correntes de opiniões desaguaram na constituinte de 1988, onde as pressões contra e a favor do planejamento familiar foram intensas, prevalecendo os que o apoiavam (AGUINAGA, 2000).

A Constituição Federal do Brasil, aprovada pelo Congresso Nacional em 1988, inclui no título VIII da Ordem Social, em seu capítulo VII, artigo 226, parágrafo 7º, a responsabilidade do Estado no que se refere ao planejamento familiar, nos seguintes termos: O Planejamento Familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos

educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições públicas e privadas (BRASIL, 1988).

A lei nº. 9.263, promulgada em 12 de janeiro de 1996, em sua íntegra, regula o princípio constitucional acima exposto. É o instrumento legal que define o planejamento familiar bem como os limites da prática da anticoncepção. No Art. 4º, determina o acesso igualitário à informação, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fertilidade. No art 5º, assume como dever do estado promover condições e recursos informativos, educacionais e científicos que assegurem o livre exercício do planejamento familiar (BRASIL, 1999).

Na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, em 1994, pela primeira vez, um acordo internacional sobre população outorgou um papel primordial à saúde e aos direitos reprodutivos e sexuais, ultrapassando os limites puramente demográficos e baseando-se mais no desenvolvimento humano. O Programa de Ação do Cairo definiu os direitos reprodutivos como sendo o direito de tomar decisões reprodutivas livres de discriminação, coerção e violência. Na IV Conferência Mundial sobre a mulher, Beijing 1995, reafirmaram-se os avanços já conquistados no campo dos direitos sexuais e reprodutivos (BRASIL, 2002).

A partir da década de sessenta começou a ser observado em alguns países da América Latina, acentuada redução da fecundidade. A taxa de fecundidade que era de seis filhos por mulher havia diminuído em 1999 para 2,7 filhos. Estudos foram realizados em diversos países com o objetivo de determinar as causas da diminuição da fecundidade. Mostraram que a fecundidade diminuiu em maior grau nos países com programas eficientes de planejamento familiar. Evidenciaram, portanto, que o fator imediato mais importante da fecundidade é a prática do planejamento familiar (MOREIRA, 1993; OJEDA-CASTRO, 2000).

Patarra (1994) considera como fatores estruturais da redução da fecundidade, a crescente urbanização e industrialização dos países, o ingresso maciço da mulher no mercado de trabalho, o aumento no nível de escolaridade feminina e o acesso aos métodos modernos de controle da prole.

Dados do IBGE (2002), Censo Demográfico 2000, tabela 1, em anexo B, mostram que a taxa de fecundidade total das brasileiras tem diminuído, a partir da década de sessenta, em todas as regiões do país. Enquanto em 1940 correspondia a 6,2 filhos por mulher, em 2000, baixou para 2,3 filhos; resultando em uma redução de um filho por década. Analisando os dados por região, a região nordeste apresenta taxa de fecundidade de 3,0 filhos, maior do que as regiões centro-oeste, sul e sudeste (tabela A-5, anexo C).

Não obstante, o número de filhos por mulher ter geralmente declinado, ele mantém uma relação direta com o nível econômico da família. Enquanto as brasileiras de maior renda, com mais de cinco salários mínimos, têm em média 1,1 filho, entre as de menor renda, com menos de um salário mínimo, essa taxa é de 5,3 filhos. A diferença também é encontrada quando se analisa a taxa de fecundidade de acordo com os anos de estudo. As brasileiras com menor instrução ou que não completaram sequer a primeira série do ensino fundamental têm em média 4,2 filhos. Entre as que completaram o ensino médio, essa taxa cai para 1,4 (GOIS; SABRINA, 2003). Estes autores chamam a atenção de que a sociedade convive com dois padrões distintos de fecundidade.

Dados tabulados pelo IBGE, referentes à Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio em 2005, confirma o relato dos autores citados anteriormente quanto à escolaridade (tabela 1.6, anexo D) e mostram que o percentual (48,4%) de mulheres com mais de três filhos e rendimento mensal de metade do salário mínimo corresponde ao dobro do percentual (21,6%) daquelas que recebem dois salários mínimos ou mais (tabela 10.3, anexo E).

A Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS), levantamento domiciliar feito nacionalmente por amostragem, realizado pela BENFAM em 1996, e de particular interesse para a saúde reprodutiva, evidenciou que cerca de 55% de todas as mulheres entrevistadas estavam utilizando algum método anticoncepcional na época da pesquisa. Observando o grupo de mulheres unidas (em união formal ou consensual), a prevalência de uso de anticoncepcionais era mais alta, atingindo 77%. Embora seja elevada esta prevalência está restrita principalmente a dois métodos: esterilização feminina 40% e pílula 21%.

Estudo realizado em João Pessoa-PB, 1996, objetivando analisar a prática do planejamento familiar na rede pública, concluiu que o planejamento familiar era desenvolvido através da ação da BENFAM, a partir de uma ótica utilitarista, negando a regulação da fecundidade enquanto direito de cidadania (COELHO, 1996).

O método contraceptivo mais utilizado em nosso país, a esterilização feminina, é também utilizado nos países desenvolvidos. Nestes, entretanto, há equilíbrio entre as prevalências de esterilização feminina e masculina. No Brasil, a esterilização masculina é adotada por apenas 3% dos casais. A pílula segundo método mais utilizado, é obtida diretamente nas farmácias, pela maioria das usuárias sem a orientação de um profissional de saúde. Estes dados indicam que a mulher continua sendo a principal responsável pelo planejamento familiar (COSTA; FERRAZ; MORRIS, 2000).

Muitos profissionais políticos praticaram troca de votos por laqueadura tubária, embora alguns se defendam, afirmando que apenas davam uma resposta a uma demanda reprimida. (MOLINA, 1999). Mesmo para as mulheres de baixa renda o acesso à esterilização é feito mediante pagamento ao médico. Nesse contexto, a irreversibilidade do procedimento não foi adequadamente entendida por quase 40% das mulheres esterilizadas. A forma como a esterilização tem sido feita, portanto, quase sempre fere preceitos éticos. (VIEIRA, 1994).

A prevalência da laqueadura tubária é maior nas regiões onde as mulheres têm menor escolaridade e condições sócio-econômicas mais precárias. Observa-se que as mulheres submetem-se à cirurgia cada vez mais jovens e com menos filhos - dois ou três no máximo. A PNDS de 1996 revelou que a idade mediana à esterilização foi de 28,9 anos, o que significa que as mulheres estão recorrendo a esta prática cada vez mais cedo do que há dez anos, quando este indicador foi de 31,4 anos. As dificuldades que ainda enfrentam os serviços de saúde para oferecerem um conjunto variado de métodos contraceptivos acabam por colocar as mulheres diante de uma perigosa encruzilhada: ser esterilizada, provocar aborto, ou prosseguir com uma gravidez indesejada (BERQUÓ, 1999).

Estudo avaliando a oferta da esterilização feminina em Ribeirão Preto, São Paulo, evidenciou que mulheres de nível educacional e social mais baixo começaram a ter filhos e foram esterilizadas mais jovens do que as mulheres com nível educacional e social mais alto. As desigualdades em torno da reprodução encontram-se fortemente associadas com gravidez na adolescência e baixo nível de conhecimento sobre métodos anticoncepcionais. A utilização de métodos reversíveis é modificada com o aumento da paridade, chegando a esterilização feminina a atingir dois terços das mulheres em união com três filhos (VIEIRA; FORD, 2004).

Ao se avaliar a prevalência de métodos contraceptivos, em ambulatório de planejamento familiar, dividindo as usuárias do serviço de acordo com a paridade, observou-se que após a entrevista inicial com as pacientes, orientação e discussão quanto aos métodos contraceptivos disponíveis, houve um predomínio geral de opção pelo Dispositivo Intra-Uterino em pacientes que tiveram mais de dois filhos e com idade superior a 26 anos. Continua o predomínio de uso dos anticoncepcionais hormonais orais na faixa etária abaixo de 25 anos assim como nas nulíparas e primíparas (MANHÃES et al., 1998). Segundo Pandolfi e Hoepfer (2003), o que ocorre no Brasil é uma grande lacuna na divulgação de

métodos reversíveis de alta eficácia, de ação prolongada, fáceis de aplicar e que exigem poucos cuidados periódicos, como o DIU, os implantes e os injetáveis.

Pesquisadores ao investigarem as características do uso de métodos anticoncepcionais no estado de São Paulo em 2002, observaram o mesmo padrão de uso de métodos contraceptivos da PNDS de 1996: até a idade de 30 anos, o método mais utilizado foi a pílula; e, após os 30 anos, a esterilização feminina (VIEIRA; BADIANE; DAL FABRO, 2002).

De acordo com a avaliação do Ministério da Saúde, a pouca expressividade de outros métodos anticoncepcionais (métodos hormonais injetáveis 1,2%, condom 4,4%, DIU 1,1%, métodos naturais e outros 6,6% , esterilização masculina 2,6%) e a ausência de citação de métodos menos invasivos como o diafragma, nos dados revelados na PNDS-96, indicam a limitada percepção das mulheres, potencialmente usuárias, sobre o leque de opções para regular a fecundidade e a limitada oferta de métodos. Na realidade, apenas dois métodos têm sido amplamente disponibilizados e incentivados: a pílula e a laqueadura tubária. Reconhece que esse conjunto de dados reflete uma baixa qualidade da assistência em planejamento familiar, tanto para adultos quanto para adolescentes (BRASIL, 2002).

A reprodução parcimoniosa coincide, quase sempre, com o desejo das mulheres e da grande maioria de seus companheiros, mas nem sempre, é traduzido, por várias razões, em imprescindíveis condutas contraceptivas. Em nível mundial, este fenômeno é conhecido sob o nome de “demanda insatisfeita”, no que são incluídos todos aqueles que não querem mais ter filhos, mas não sabem, ou não podem evitar a concepção, e caem, mais cedo ou mais tarde, na gravidez indesejada com todas as suas nefastas conseqüências (TRIAS-FARGAS, 2000).

O acesso à contracepção é influenciado por muitos fatores, tais como serviços inadequados ou inaceitáveis, opção limitada de métodos, medo das conseqüências adversas para a saúde e dos efeitos colaterais e divergência de opiniões entre os casais (BROOK; SHERRIS, 1995).

A anticoncepção segura e efetiva está associada diretamente com o planejamento de gestações e possibilidade de redução das taxas de mortalidade materna. Estima-se que 38% de todas as gestações que ocorrem no mundo não são planejadas e que, de cada 10 destas gestações, 6 resultem em aborto induzido (ALAN GUTTMACHER INSTITUTE, 1994).

Ampliar as ações de planejamento familiar consta dentre os compromissos assumidos pelas três esferas de gestão do SUS para alcançar a meta de reduzir em 15% a mortalidade materna até o ano de 2007. No Brasil, morrem anualmente mais de duas mil mulheres e mais de oito mil recém nascidos por complicações da gravidez, do aborto, do parto ou no pós-parto. Quase todas essas mortes poderiam ser evitadas se os direitos das mulheres fossem garantidos. Para enfrentar essa tragédia evitável, o Ministério da saúde propôs, em 2004, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (BRASIL, 2004).

Pesquisa conduzida por Fonseca et al. (1996), em Fortaleza, indicou que, na população estudada, a indução do aborto é prática comum entre jovens solteiras (ou que vivem sem parceiro estável), de baixa paridade, com escolaridade incipiente e não usuária de método contraceptivo. Os resultados apóiam a hipótese de que a prática do aborto é utilizada como uma forma de controlar a fertilidade.

Os países que conseguiram reduzir o número de abortamentos disponibilizaram programas de amplo acesso aos métodos anticoncepcionais, associados à orientação sexual e reprodutiva. Do grande número de abortos que ocorrem no Brasil, uma significativa proporção deles é induzida e contribui para a manutenção de altas taxas de mortalidade materna. O abortamento, na maioria das vezes provocado, atinge quase metade do atendimento de maternidades no Brasil, rompendo significativamente a meta constatada entre as nações desenvolvidas (LEAL, 1999).

O planejamento familiar proporciona às mulheres os meios para se protegerem contra gravidez não desejada. Desde os anos 60, os programas de planejamento familiar têm ajudado

às mulheres em todo o mundo a evitar aproximadamente 400 milhões de gestações não desejadas. Como consequência, muitas mulheres têm sido poupadas de gestações de alto risco e de abortamentos clandestinos (HATHER et al., 2001).

A programação da prole permite que a mulher deixe de ser apenas esposa e mãe e possa ter profissão e exercitá-la. Isso a propicia uma condição mais emparelhada à do homem, reduzindo significativamente a relação de subordinação que prevaleceu por muito tempo. A mulher se torna mais autônoma, divide com o homem os encargos financeiros de sustento, alterando profundamente a relação de dominação que prevaleceu por muito tempo. Os filhos deixam de ser produto da vontade divina e passam a ser frutos da vontade dos pais, reformulando as relações de responsabilidade (FEBRASGO, 1997).

Estudo de coorte realizado na cidade de Pelotas, RS, evidenciou que 60% das mulheres que engravidaram, após os quatro anos previstos pelo estudo, informaram que não desejaram a gravidez. A proporção das gravidezes indesejadas foi mais elevada em mulheres de maior paridade (HUTTLY et al., 1990).

A queda da fecundidade, nas últimas quatro décadas, foi acompanhada de uma mudança no padrão de formação de família, observando-se uma forte tendência à preferência por família de dois filhos, em média. Regionalmente, estas preferências são diferenciadas, chegando a atingir, nas regiões sul e sudeste, níveis próximos aos de reposição populacional. Na região sudeste, há indícios de que o tamanho de família preferido é a de um filho; na região sul, a de dois filhos; na nordeste é a de três filhos (CAMARANO; ARAÚJO; CARNEIRO, 1999).

Como pode ser visto na tabela A.5, em anexo C, que mostra a distribuição do número médio de filhos por mulher por ano, segundo Região e UF, Brasil, 1991 a 2002, no Ceará, a taxa de fecundidade total praticamente não diminuiu na última década, correspondendo a 3,0

filhos por mulher em 2002. Apresenta-se como a mais elevada dentre os estados nordestinos, equivalente aos valores dos estados da região norte do país (IBGE, 2004).

A Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, ao divulgar informa sobre o declínio da taxa de fecundidade no Estado, utilizou como exemplo apenas a taxa de fecundidade das mulheres de Fortaleza: 2,0 filhos por mulher. Portanto, uma realidade da capital e que não corresponde ao Estado como um todo. Informou ainda que o percentual de mulheres em idade reprodutiva e em união conjugal que não estavam usando métodos contraceptivos foi reduzido de forma expressiva, passando de 24% em 1994 para 11% em 2001. Reconheceu, entretanto, que a qualidade das ações voltadas à anticoncepção ainda não é satisfatória, na medida em que quase 40% das mulheres optaram pela laqueadura tubária (CEARÁ, 2002).

O planejamento familiar foi visto como um dos componentes fundamentais, dentre os programas materno-infantis, da Atenção Primária à Saúde, na Declaração de Alma-Ata, 1978 (STARFIELD, 2002).

A Atenção Básica, como o primeiro nível da atenção à saúde no SUS, compreende um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, que englobam a promoção da saúde, na qual se insere o planejamento familiar, a prevenção de agravos, o tratamento, a reabilitação e manutenção da saúde. Mantém coerência com os princípios organizativos do SUS: acessibilidade, resolutividade, regionalização, descentralização e hierarquização (BRASIL, 1998). Difere da secundária e da terciária por diversas características, como dedicar-se aos problemas mais frequentes (simples ou complexos), que se apresentam em fases iniciais e que são, portanto, menos definidos, atuando geralmente em unidades de saúde, consultórios comunitários, escolas, creches ou asilos. É entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais. (TAKEDA, 2004).

No Brasil, inaugurou-se uma nova fase de participação social nas políticas públicas de saúde a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, e regulamentação da Lei Orgânica da saúde em 1990. Ao lado de outras leis, compôs-se um arcabouço jurídico bastante avançado que respaldava as principais diretrizes do que seria a base legal do Sistema Único de Saúde do SUS (PUSTAI, 2004).

A Norma Operacional Básica 96 (NOB 96) e a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 2001), editadas pelo Ministério da Saúde, consolidam o processo de municipalização da gestão SUS, e estabelecem para os municípios a garantia das ações básicas mínimas, colocando a assistência em planejamento familiar no elenco dessas ações que devem ser implementadas em todos os municípios e realizadas pelas equipes do Programa de Saúde da Família – PSF (BRASIL, 1996; BRASIL, 2001).

A velocidade de expansão do PSF comprova a adesão dos gestores estaduais e municipais aos seus princípios. Iniciado em 1994, apresentou um crescimento expressivo nos últimos anos. No município de Barbalha, localizado na zona sul do estado do Ceará, no qual foi desenvolvido este estudo, o PSF foi implantado em 1998. Segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), em 1999, apresentava-se com 65,3% da população coberta pelo programa. Ao final de 2004, já apresentava 97,1% da população assistida pelo mesmo, com melhora expressiva dos indicadores de saúde, como cobertura vacinal de menores de 2 anos, de 92,6% para 98,2% e percentual de gestantes acompanhadas no pré-natal, de 93,6% para 97,2% no mesmo período (BRASIL, 2004), como mostra o anexo F.

Andrade (1998), ao avaliar a estrutura e funcionamento do PSF no Ceará, observou que existia por parte dos secretários municipais o reconhecimento da necessidade urgente de uma melhor atenção à população feminina. Observou que, segundo a opinião dos médicos e enfermeiros do PSF, havia necessidade de treinamento para os mesmos atuarem na área de

saúde da mulher, destacando o planejamento familiar, especificamente a inserção do DIU, entre outras áreas.

Estudo qualitativo objetivando investigar o conhecimento e a prática dos profissionais envolvidos na atenção à saúde da mulher, médicos e enfermeiros do PSF de Florianópolis, sobre a concepção de direitos reprodutivos tendo como foco o planejamento familiar, concluiu que há dissonância entre o que é colocado enquanto discurso e o que vem sendo desenvolvido nas unidades básicas de saúde pelos profissionais. Percebeu um desconhecimento por parte dos profissionais das normas preconizadas pelo Ministério da Saúde quanto aos direitos reprodutivos e a Lei do Planejamento Familiar. Enquanto isso, os mesmos orientam as usuárias individualmente e apenas sobre os métodos disponíveis (LINDNER, 2003).

A orientação é um elemento essencial para a qualidade de atenção em planejamento familiar. A orientação em anticoncepção significa interação face a face, através da qual uma pessoa (orientador) auxilia uma outra (usuária em potencial) a tomar uma decisão informada sobre a escolha do método anticoncepcional e colocá-la em prática. Os conceitos de educação e orientação diferenciam-se na medida em que a ação educativa, realizada em pequenos grupos e usando metodologia participativa, tem como objetivo preparar e dar elementos para que as pessoas tenham uma opinião formada sobre seus direitos sexuais e reprodutivos e principalmente, sobre as diferentes opções anticoncepcionais, de maneira que sejam capazes de realizar uma escolha livre e informada (ALDRIGHI; PETA, 2004).

Ajudar as mulheres a evitar uma gravidez indesejada como uma das tarefas mais importantes do médico de família, inclui providenciar orientação sobre planejamento familiar para, especialmente solteiras e adolescentes, e como rotina, para todas as mulheres durante o primeiro exame após o parto e os exames periódicos de rotina (McWHINNEY, 1994).

Impedir a concepção implica em significados e valores que vão muito além da lógica do planejamento consciente e racional. O significado mais comum que encontramos na

possibilidade de concepção para uma mulher é uma associação entre fertilidade, maternidade e ser mulher. Para o homem essa capacidade significa força, poder e virilidade. Para que um casal possa assimilar adequado e responsabilmente a contracepção, é preciso que o neocórtex esteja em harmonia com o córtex límbico e prevaleça a hierarquia. Essa harmonia, só é encontrada em indivíduos que durante sua vida puderam estruturar sua afetividade (emoções e sentimentos) e sua impulsividade sexual (instinto e agressividade). Ao contrário do que é visto em outras espécies, a sexualidade dos seres humanos transcende em muito o meramente biológico (LOPES, 1996).

Avanços na formulação de conceitos e políticas no campo da saúde reprodutiva e sexual ocorreram. O desafio é traduzir em ações concretas nos serviços de saúde os avanços já conquistados, colocando a assistência em planejamento familiar, para adultos e adolescentes, como parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher e ao homem, dentro de uma visão de atendimento integral à saúde (BRASIL, 2002).

O Ministério da saúde definiu como prioridade para o plano de ação 2004-2007 a Atenção Integral à Saúde da Mulher, bem como o incentivo a implementação de atividades educativas voltadas para usuários da rede de saúde do SUS, que enfoquem a questão dos direitos e da saúde sexual e reprodutiva, inclusive informações sobre meios e métodos disponíveis para a regulação da fecundidade, e esclarecimentos sobre a legislação federal existente em relação ao planejamento familiar (BRASIL, 2004). A integralidade da assistência prioriza as atividades de promoção e prevenção, sem prejuízo dos serviços assistenciais especializados (CEARÁ, 2004).

Segundo Costa et al. (2006), o tema do planejamento familiar no Brasil ainda não está superado como objetivo de políticas públicas. As restrições do acesso e da oferta aos serviços de planejamento familiar mostram carência de garantias elementares na sua prática. A autonomia decisória das mulheres é refém da oferta de serviços de atenção e métodos. Os

autores questionam se o Brasil está conseguindo cumprir a agenda definida em sua política demográfica não-controlista, que deveria promover a livre escolha em relação à reprodução, ou está implementando, de forma disciplinada e dissimulada, a política e os interesses internacionais de redução da população brasileira.

Moran et al, em 2002, ao avaliar o efeito da paridade sobre a resultante materno-neonatal entre dois grupos de diferente paridade, considerou o termo múltipara para 2 a 4 filhos e grande múltipara para 5 ou mais filhos.

Segundo Rezende ou Montenegro, 2006, o termo multigesta ou multigrávida aplica-se a que gestou muitas vezes, independente da duração da prenhez. Secundi, terci ou quartigesta, quando se deseja fugir da imprecisão.

Constatando que, no Ceará, a natalidade é maior do que a média do país, o presente estudo busca entendimento sobre por que mulheres do interior do estado, usuárias das unidades básicas de saúde que já têm 2,0 filhos vivos, média de filhos vivos esperada para as brasileiras e para as cearenses da capital, engravidam. Seriam estas gestações planejadas? Por quais motivos estas mulheres engravidam quando a gravidez não foi planejada? Quantos filhos na realidade desejariam ter?

O acesso aos métodos contraceptivos é algo relativamente novo para essas mulheres e ocorreu com a implantação do Programa Saúde da Família nos municípios cearenses, nos últimos dez anos. A Estratégia Saúde da Família, implantada no Ceará em 1994, objetivando a organização do nível primário de assistência à saúde, tem disponibilizado meios para a prática do planejamento familiar, porém restrita, na maioria das vezes, à consulta individual em planejamento familiar e a distribuição de métodos contraceptivos.

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Identificar variáveis que possam favorecer a multigestação em mulheres cadastradas no serviço de pré-natal da atenção básica à saúde, no município de Barbalha, durante o período de estudo.

2.2 Objetivos específicos

Conhecer as características sócio-demográficas e a história reprodutiva das multigestas que demandam ao pré-natal das Unidades Básicas de Saúde.

Identificar os métodos contraceptivos utilizados previamente à gravidez, os métodos preferidos, a forma de acesso aos mesmos e os métodos que desejam utilizar após o parto.

Identificar se a gravidez atual foi planejada e evidenciar os motivos alegados para gravidez não desejada.

Determinar o número de filhos que as multigestas, na realidade, desejariam ter.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

3 CASUÍSTICA E MÉTODO

3.1 Desenho do estudo

Estudo Observacional Descritivo do tipo Transversal.

3.2 Local de Estudo

Serviço de assistência pré-natal da Atenção Básica à Saúde, área de atuação das equipes do Programa de Saúde da Família, no município de Barbalha.

3.3 População do estudo

Multigestas que tinham dois filhos vivos (tercigestas ou mais) e que estavam em acompanhamento pré-natal pelas equipes do Programa de Saúde da Família (PSF), durante o período do estudo.

3.4 Aspectos Éticos

O estudo obteve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola Assis Chateaubriand - CEP / MEAC / UFC na reunião de 5 de outubro de 2005 (Anexo A).

As pacientes convidadas a participar do estudo foram informadas com detalhes e em seu nível de entendimento, a respeito da natureza da pesquisa, dos dados a serem coletados e de que, independente de sua aceitação em participar do estudo, seu atendimento no serviço era garantido.

As entrevistas, utilizando o instrumento de coleta de dados (apêndice A) aconteceram na UBS ou no próprio domicílio, sempre em caráter confidencial, precedidas da leitura e

Esclarecido (TCLE) que estava impresso em duas vias, tendo sido uma delas entregue à entrevistada.

Os dados do estudo foram armazenados de modo a se manter o sigilo quanto à identidade das entrevistadas.

3.5 Período de Estudo

A coleta de dados do estudo foi realizada no último trimestre de 2005.

3.6 Descrição da Amostra

Foram selecionadas todas as gestantes assistidas na rede básica de saúde do município que já possuíam dois ou mais filhos vivos e que concordaram em participar do estudo, correspondendo a 81 multigestas, do total de 430 gestantes cadastradas no município, segundo dados do SIAB em agosto de 2005(anexo G). 265 destas procediam da zona urbana e 165 da zona rural, como mostra a distribuição das multigestas por equipe em apêndice B.

Nenhuma multigesta se recusou a participar do estudo.

3.7 Critérios de Inclusão

Estar grávida

Ter no mínimo dois filhos vivos

Estar em acompanhamento pré-natal na Unidade Básica de Saúde

3.8 Critérios de Exclusão

Primigestas

Secundigestas

Tercigestas que não tenham dois filhos vivos

3.9 Coleta de dados

O instrumento de coleta de dados, questionário estruturado com 21 questões objetivas, apêndice A, foi testado previamente através de estudo piloto. Obteve correções quanto o nível de compreensão das perguntas, à medida que foi sendo aplicado em entrevistas com multigestas, três procedentes da zona urbana e duas da zona rural.

As multigestas foram localizadas em cada equipe do PSF do município e, portanto, estavam distribuídas nas 15 equipes do município (9 equipes na zona urbana e 6 na zona rural) relacionadas na tabela 1, apêndice B.

Os dados foram coletados por meio de entrevista individual, realizada por dois dos autores do projeto, nas unidades básicas de saúde, conforme o agendamento mensal das consultas pré-natais e nas residências das gestantes, nos casos em que as mesmas não compareceram à consulta.

3.10 Variáveis e conceitos do estudo

As variáveis foram sistematizadas em quatro grupos, relacionados abaixo, e numeradas de acordo com a distribuição das questões no instrumento de coleta de dados (questionário estruturado, apêndice A).

Características sócio-demográficas

1. Procedência
2. Idade
3. Condição marital
4. Escolaridade
5. Ocupação
6. Renda familiar

História reprodutiva

7. Idade do primeiro parto
8. N° de gestações
9. N° de filhos vivos
10. Média de Intervalo gestacional

Práticas contraceptivas

11. Uso do serviço de planejamento familiar
12. Uso de métodos contraceptivos
13. Meio de aquisição do método
14. Métodos contraceptivos utilizados
15. Método contraceptivo preferido
16. Uso do método preferido
17. Aquisição do método preferido
18. Método pretendido para uso após o parto

Motivação para gravidez atual

19. Desejo pela gravidez atual
20. Motivo pelo qual engravidou
21. N° de filhos desejados

3.11 Processamento e Análise dos Dados

Após a construção do banco de dados com as informações coletadas sobre as características sócio-demográficas, características reprodutivas, práticas anticonceptivas e motivação para gravidez atual, com o uso do programa Epi-info versão 6.0, foi realizada a checagem e consistência dos dados.

A Análise estatística dispôs os resultados de frequências simples e cruzadas.

A significância estatística foi verificada com base no teste exato de Fischer, considerando um nível de significância $p < 0,05$.

3.12 Limitações do estudo

A preferência contraceptiva referida durante uma gestação, principalmente se não planejada ou desejada, pode diferir daquela fora do período gestacional. Os resultados das preferências anticonceptivas das mulheres do estudo, poderiam ser diferentes se as mesmas tivessem sido entrevistadas também fora do período gestacional.

RESULTADOS

4 RESULTADOS

Das 81 multigestas selecionadas, 51 delas (63%) procediam da zona urbana e 30 (37%) da zona rural (Tabela1).

A média de idade correspondeu à 28,3 anos com desvio padrão de 6,2. A faixa etária menor de 25 anos representou 30,9% da amostra (25 gestantes), 8 das quais eram menor de 21 anos e 3 eram ainda adolescentes (idade menor do que 20 anos).

92,6% mantinham um relacionamento estável com o companheiro (Tabela1).

Tabela 1 - Descrição dos aspectos sócio-demográficos da amostra

<i>Variáveis</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
Procedência		
Urbana	51	63,0
Rural	30	37,0
Total	81	100,0
Faixa etária		
Menos de 25 anos	25	30,9
De 25 a 30 anos	30	37,0
Mais de 30 anos	26	32,1
Total	81	100,0
Estado civil		
Solteira	5	6,2
União estável	42	51,9
Concubinada	33	40,7
Separada	1	1,2
Total	81	100,0

O nível de escolaridade foi considerado insatisfatório, uma vez que 50,6% referiu menos de 5 anos de estudo e o percentual de analfabetismo foi de 7,4% (Tabela 2).

O padrão de renda familiar mostrou-se muito baixo, pois 66,7% referiu ganhar menos de um salário e 30,9% até um salário mínimo. A maioria destas mulheres (77,8%) tinha como ocupação prendas do lar (Tabela 2).

Tabela 2 - Descrição dos aspectos sócio-econômicos da amostra

<i>Variáveis</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
Escolaridade		
Sem escolaridade	6	7,4
Menos de 5 anos	41	50,6
Entre 5 e 10 anos	27	33,3
Mais de 10 anos	7	8,6
Total	81	100,0
Renda familiar		
Menos de 1 SM	54	66,7
1 SM	25	30,9
Entre 1 e 2 SM	2	2,5
Total	81	100,0
Ocupação		
Prendas do lar	63	77,8
Empregada doméstica	8	9,9
Agricultora	8	9,9
Outras	2	2,4
Total	81	100,0

O número médio de gestações foi de 4,0 filhos por mulher, mas 58% das mulheres já havia gestado mais de três vezes e 24,7% mais de cinco vezes (Tabela 3).

O intervalo gestacional médio foi de 3,2 anos, porém 54,3% teve um intervalo médio inferior a 2 anos e 8,6% não completou sequer 1 ano de intervalo (Tabela 3).

Tabela 3 - Discriminação do histórico reprodutivo das multigestas da amostra

Variáveis	Média	Desvio padrão	Mín – Max
Gestações (n°)	4,1	1,5	3 – 10
Partos (n°)	3,0	1,4	2 – 08
Filhos vivos (n°)	2,9	1,5	2 – 08
Intervalo gestacional	3,2	1,5	1,3 – 10
Idade no 1° parto	19,3	3,8	12 – 30

A idade média no 1° parto foi de 19,3 anos. Analisando-a por faixa etária, 65,4% das mulheres teve seu primeiro parto ainda adolescente (antes dos 20 anos de idade), como mostra a soma dos dois primeiros intervalos na tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição por faixa etária das multigestas do estudo, de acordo com a idade no 1° parto

Variável	N°	%
Idade do 1° parto		
12-15	9	11,1
16-19	44	54,3
20-24	18	22,3
25-30	10	12,3
Total	81	100,0

Considerando o uso de método contraceptivo, evidenciou-se que 96% havia utilizado algum método, adquirido na própria Unidade Básica de Saúde (UBS) por 79,5% das entrevistadas. Somente 56,8% das multigestas referiu ter frequentado o serviço de planejamento familiar, enquanto 96,3% afirmou ter utilizado métodos contraceptivos.

O método mais utilizado foi a pílula tendo sido referida por 91% das usuárias e, em segundo lugar, o preservativo que foi referido por 60,2%. O hormonal injetável foi utilizado por 24% da amostra. O DIU não foi usado por qualquer uma delas (tabela 5).

Tabela 5 - Discriminação do uso de métodos contraceptivos pelas multigestas da amostra e acesso ao Serviço de Planejamento Familiar

Variáveis	N^o	%
Frequentou serviço de Planejamento Familiar		
Sim	35	43,2
Não	46	56,8
Total	81	100,0
Usou métodos contraceptivos		
Sim	78	96,3
Não	3	3,7
Total	81	100,0
Métodos contraceptivos utilizados		
Pílula	71	91,0%
Injeção	19	24,3%
Preservativo	47	60,2%
DIU	0	0%
Coito interrompido	25	32,5%
Tabela	12	15,3%
Como adquiriu o contraceptivo		
UBS	62	79,5
Comércio	3	3,8
Ambos	10	12,8
Não informou	6	7,2
Total	81	100,0

45,7% das multigestas referiu como o método preferido, antes da gravidez atual, a pílula. Somente 3,7% das mulheres gostariam de ter utilizado o DIU. Quanto à utilização do método preferido, 32,1% referiu não ter utilizado o método de sua preferência (tabela 6).

Tabela 6 - Discriminação de métodos contraceptivos preferidos antes da gravidez atual pelas multigestas da amostra

Variáveis	Nº	%
Método preferido antes da gravidez atual		
Pílula	37	45,7
Injeção	17	21,0
Preservativo	11	13,6
Ligadura de trompas	11	13,6
DIU	3	3,7
Coito interrompido	1	1,2
Outros	1	1,2
Total	81	100,0
Usou o método preferido		
Sim	55	67,9
Não	26	32,1
Total	81	100,0

Ao se perguntar qual o método que essas pretendiam utilizar após o parto, 76,5% respondeu que pretendia realizar a laqueadura tubária, enquanto somente 7,4% pretendia usar a pílula e 4,9% o DIU (tabela7).

Tabela 7 - Discriminação de métodos contraceptivos preferidos para serem utilizados após o parto pelas multigestas da amostra

<i>Variável</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
Método desejado para ser usado após o parto		
Ligadura de trompas	62	76,5
Pílula	6	7,4
Injeção	5	6,2
DIU	4	4,9
Preservativo	2	2,5
Tabela	1	1,2
Coito interrompido	1	1,2
Total	81	100,0

Investigando a motivação para a gravidez atual, foi evidenciado que apenas 22 multigestas (27,2%) haviam planejado ou desejado aquela gestação. Um percentual bem maior de mulheres (72,8%) não havia planejado a gravidez e informou como motivo: descuido (33,3%), falha do método (16,1%), bem como a suspensão do uso do método por intolerância (16,1%) ou falta do mesmo (8,6%). O número de filhos desejado pela maioria das mulheres (70,4%) foi de dois ou três filhos no máximo. Algumas dessas mulheres informaram preferir não ter tido filhos (3,7%) ou ter apenas um filho (8,6%), enquanto 16% respondeu estar satisfeita com até 4 filhos (Tabela 8).

Tabela 8 - Especificação de motivos para a gravidez e determinação do número de filhos desejados pelas multigestas da amostra

<i>Variáveis</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
Planejou a gravidez		
Sim	22	27,2
Não	59	72,8
Total	81	100,0
Motivo da gravidez		
1- Desejo	19	23,5
2- Descuido	27	33,3
3- Falta do método	7	8,6
4- Intolerância ao método	13	16,1
5- Falha do método	13	16,1
6- Não sabe	2	2,5
Total	81	100,0
Número de filhos desejados		
0	3	3,7
1	7	8,6
2	28	34,6
3	29	35,8
4	13	16,1
5	1	1,2
Total	81	100,0

Objetivando estudar melhor se a dificuldade de acesso aos métodos anticoncepcionais pelas mulheres estudadas, constituiu-se em explicação para uma possível gravidez indesejada, foram feitos cruzamentos das variáveis envolvidas.

Ao se analisar o uso do método contraceptivo preferido, 100% das gestantes que preferiram o preservativo e 89,2% das que preferiram a pílula havia feito uso do método de sua preferência. Entretanto, 47% das que preferiram o método hormonal injetável não tiveram oportunidade de usá-lo e das 3 que preferiam o DIU, nenhuma havia utilizado o método preferido (Tabela 9).

Uma das pacientes que preferiu a laqueadura referiu já ter realizado o método previamente, caracterizando falha do método anticonceptivo que utilizava.

Tabela 9 - Relação entre o método preferido pelas multigestas para uso antes da gravidez atual e a freqüência de uso pela amostra

Método preferido	<i>Usou método preferido</i>				<i>Valor p</i> (Fisher)
	<i>Sim</i>		<i>Não</i>		
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
Pílula	33	89,2	4	10,8	0,000
Injeção	9	52,9	8	47,1	
Preservativo	11	100,0	0	0,0	
Coito int/Tabela	1	50,0	1	50,0	
DIU	0	0,0	3	100,0	
Laqueadura	1	9,1	10	90,9	
Total	55	67,9	26	32,1	

Ao se comparar o método preferido antes da gravidez atual com o método que pretendem utilizar após o parto, observou-se que das 37 mulheres que preferiam a pílula, 81% mudaram de opinião para preferirem a laqueadura. Um percentual alto (81%, 70,6% e 63,6%) daquelas que preferiam pílula, injetável e preservativo, respectivamente, escolheu também a laqueadura de trompas como método a ser utilizado após o parto. Por outro lado, 66,7% das multigestas que haviam indicado o DIU como o seu método preferido, permaneceu com o desejo de utilizá-lo após o parto (Tabela 10).

Todas as mulheres (11) que já preferiam a laqueadura tubária como método contraceptivo, antes da gravidez atual, continuam com o desejo de utilizá-la após o parto.

Tabela 10 - Relação entre o método preferido para uso antes da gravidez atual e método desejado para uso após o parto pelas multigestas da amostra

<i>Método Preferido</i>	<i>Método desejado após a gravidez</i>						<i>Total</i>
	<i>Pílula</i>	<i>Injeção</i>	<i>Preservat.</i>	<i>Coito/Tab.</i>	<i>DIU</i>	<i>Laquead.</i>	
Pílula	5 (13,5%)	0	1 (2,7%)	0	1 (2,7%)	30 (81,1%)	37
Injeção	0	5 (29,4%)	0	0	0	12 (70,6%)	17
Preservativo	1 (9,1%)	0	1 (9,1%)	1 (9,1%)	1 (9,1%)	7 (63,6%)	11
Coito/Tabela	0	0	0	1 (50,0%)	0	1 (50,0%)	2
DIU	0	0	0	0	2 (66,7%)	1 (33,3%)	3
Laqueadura	0	0	0	0	0	11 (100%)	11
Total	6 (7,4%)	5 (6,2%)	2 (2,5%)	2 (2,5%)	4 (4,9%)	62 (76,5%)	81

A laqueadura tubária foi o método escolhido para ser utilizado após o parto por 76,5% das multigestas. Analisando a relação entre preferência por laqueadura e variáveis sócio-demográficas, verificou-se que 83,3% encontravam-se na faixa etária de 25 a 30 anos e que 100% das mulheres solteiras desejavam realizar este método após o parto. Quanto à escolaridade, a grande maioria (85%) das mulheres que possuíam entre 5 e 10 anos de estudo, desejavam terminar com a sua capacidade reprodutiva. As que possuíam menos de 1 salário mínimo preferiram a laqueadura em 79,6%; enquanto metade das gestantes que possuíam melhor renda (entre 1 e 2 salários mínimos) preferiram usar outros métodos (tabela 11).

Tabela 11 - Relação entre o método contraceptivo preferido pelas multigestas para ser usado após o parto e variáveis sócio-demográficas da amostra

	<i>Método desejado</i>				
	<i>Laqueadura</i>		<i>Outros</i>		<i>Valor p</i> <i>(Fisher)</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
Faixa etária					
Menos de 25 anos	18	72,0	7	28,0	0,577
De 25 a 30 anos	25	83,3	5	16,7	
Mais de 30 anos	19	73,1	7	26,9	
Total	62	76,5	19	23,5	
Estado civil					
Solteira/separada	6	100,0	0	0,0	0,471
União estável	31	73,8	11	26,2	
Concubinada	25	75,8	8	24,4	
Total	62	76,5	19	23,5	
Escolaridade					
Sem escolaridade	2	33,3	4	66,7	0,061
Menos de 5 anos	32	78,1	9	21,9	
Entre 5 e 10 anos	23	85,2	4	14,8	
Mais de 10 anos	5	71,4	2	28,6	
Total	62	76,5	19	23,5	
Renda familiar					
Menos de 1 SM	43	79,6	11	20,4	0,349
1 SM	18	72,0	7	28,0	
Entre 1 e 2 SM	1	50,0	1	50,0	
Total	62	76,5	19	23,5	

Ficou evidenciado que a falta do método anticonceptivo foi um dos principais motivos alegados para a gravidez atual. Todas as multigestas que referiram ter engravidado por falta do método contraceptivo referiram fazer uso do serviço de planejamento familiar da UBS, o que se mostrou como uma relação estatisticamente significativa ($p=0,012$), como mostra a tabela 12.

Tabela 12 - Relação entre o uso do serviço de planejamento familiar e o motivo referido para gravidez atual pelas multigestas da amostra

	<i>Uso do serviço de Planejamento Familiar</i>				<i>Valor p (Fisher)</i>
	<i>Sim</i>		<i>Não</i>		
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
Motivo da gravidez					
Descuido	8	29,6	19	70,4	0,012
Desejo de engravidar	7	36,8	12	63,2	
Falta de método	7	100,0	0	0,0	
Falha no método	7	53,8	6	46,1	
Intolerância ao método	6	46,2	7	53,8	
Não sabe	0	0,0	2	100,0	
Total	35	43,2	46	56,8	

Quando comparamos a negação do desejo pela gravidez com os motivos alegados para gravidez atual, observamos que 100% das gestantes que alegou falha do método contraceptivo que utilizava e 92,6% daquelas que alegou descuido no uso de métodos contraceptivos não, desejavam a gravidez atual (tabela 13).

Observamos, portanto, significância estatística quanto ao descuido no uso ($p = 0,003$) e falha do método contraceptivo ($p = 0,011$).

Tabela 13 - Relação entre o desejo pela gravidez e o motivo alegado para a mesma pelas multigestas da amostra

<i>Motivos da gravidez</i>	<i>Desejou esta gravidez</i>				<i>Valor p (Fisher)</i>
	<i>Sim</i>		<i>Não</i>		
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
Descuido					
Sim	2	7,4	25	92,6	0,003
Não (todos os outros)	20	37,0	34	63,0	
Falha do método					
Sim	0	0,0	13	100,0	0,011
Não (todos os outros)	22	32,4	46	67,6	
Intolerância ao método					
Sim	2	15,4	11	84,6	0,249
Não (todos os outros)	20	29,4	48	70,6	
Falta do método					
Sim	1	14,3	6	85,7	0,189
Não (todos os outros)	21	34,6	53	65,4	

DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

Verificou-se na população em estudo, a relação existente entre condições sócio-econômicas desfavoráveis e baixa escolaridade com alta taxa de fecundidade, como referido na literatura (GOIS; SABRINA, 2003). 66,7% da amostra possuía renda familiar menor que um salário mínimo e 58% tinha no máximo cinco anos de estudo, incluindo analfabetas.

Por outro lado, observa-se que a elevada fecundidade do município, provavelmente, não se deve à falta de acesso aos serviços de saúde que inclui o Planejamento Familiar. O município de Barbalha foi escolhido para a realização do estudo por apresentar praticamente 100% de cobertura na Assistência Básica à Saúde, oferecida à população através das equipes do PSF, e cobertura de consultas de pré-natal pelo programa de 97,8% (anexo F).

Localizado na região sul do estado do Ceará, com população estimada de 52.420 habitantes para 2005, o município respondia satisfatoriamente ao que é preconizado pelo Ministério da Saúde, à medida que disponibilizava 15 equipes do Programa Saúde da Família (1 equipe para cada grupo de 3600 habitantes) distribuídas tanto na zona urbana (9) como na zona rural (6) do município. O levantamento realizado pelos pesquisadores do número total de gestantes (430) cadastradas na assistência pré-natal do PSF (apêndice B), correspondeu ao que foi informado pelo município ao SIAB/MS no período do estudo (anexo G).

O que ficou evidente foi a dificuldade das mulheres de encontrarem o método contraceptivo de sua preferência no serviço de planejamento familiar do PSF (um terço das entrevistadas referiu não estar utilizando o método desejado) e uma frequente falta do método contraceptivo em uso (todas as mulheres que referiram como motivo da gravidez a falta do método contraceptivo em uso, afirmaram serem usuárias do serviço de planejamento familiar do PSF). Esses dois fatores, por dificultarem a adesão ao uso do método anticoncepcional, podem ser apontados como os mais significativos quanto à incidência de multigestação e de gravidez não planejada.

Analisando a condição de uso do método anticoncepcional preferido, verificou-se que as gestantes que mostraram preferência pela pílula e preservativo masculino antes da gravidez atual, utilizaram este método em 100% e 89,2% das vezes, respectivamente. Entretanto, a alta prevalência de uso do método preferido verificada com a pílula e o preservativo masculino não ocorreu no caso do DIU nem do anticoncepcional injetável (100% das mulheres que referiram uma preferência para o uso do DIU não haviam tido oportunidade de usá-lo e o mesmo aconteceu com 47% das que solicitaram o método anticonceptivo injetável). Estes resultados sugerem que o DIU não deve ser disponibilizado facilmente nas UBSs e que o método hormonal injetável nem sempre é um método acessível para essas mulheres.

Não obstante todas as mulheres terem afirmado sobre o uso de algum método anticonceptivo, obtido com frequência nas Unidades Básicas de Saúde (USB), mais da metade dessas mulheres negou freqüentar o serviço de planejamento familiar. Dessa maneira, ou desconhecaram o termo Planejamento Familiar utilizado na pergunta da entrevista, ou o serviço funcionaria apenas para distribuição dos métodos, sem uma orientação adequada.

O uso inadequado de métodos contraceptivos verificado na pesquisa e, conseqüentemente, a falha anticonceptiva dos mesmos (um terço das mulheres referiu ter engravidado em uso de método anticonceptivo), apontam para uma provável ausência de processo educativo inerente ao Planejamento Familiar.

O mesmo número de gestantes (66,7%) que havia mencionado o DIU como o método preferido antes da gravidez, continuou optando por este método para ser utilizado após o parto, indicando que o DIU pode ser uma alternativa anticonceptiva para mulheres jovens que desejam limitar o número de filhos, mas não querem um método cirúrgico irreversível. O mesmo não ocorreu com a pílula (7,4%) e o preservativo (2,4%). Chamaram a atenção para que se a pílula e o preservativo masculino permanecerem como os métodos mais freqüentemente encontrados, ou mesmo, os únicos oferecidos na assistência em planejamento

familiar do PSF, as multigestas permanecerão insatisfeitas quanto aos meios para um controle mais efetivo da fecundidade e permanecerão vulneráveis à gravidez não planejada.

O elevado percentual de mulheres que optariam pela laqueadura tubária (76,5%), demonstrado pelo estudo, apresenta-se bem acima dos 40% publicado pela Secretaria de Saúde do Estado. Estes índices refletem que as ações voltadas à anticoncepção ainda não são satisfatórias, como já foram consideradas por esta secretaria (CEARÁ, 2002).

O número de nascidos vivos no Ceará, em 2005, foi de mais de 170.000 nascimentos, dos quais 1.103 no município de Barbalha. Utilizando-se como referência a elevada prevalência de gravidez não planejada desse estudo, 72,8% (tabela 5), infere-se que a promoção de ações mais efetivas em Planejamento Familiar pode reduzir, de forma significativa, o número de nascimentos, como também todos os problemas advindos de uma gravidez não planejada.

A média de idade da amostra (28,3 anos) e o percentual de anseio pela laqueadura tubária (76,5%), confirmam a tendência de redução da idade à época da esterilização (28,9 anos) observada pela Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (BEMFAM, 1996).

Ao atingirem a condição de multigestação em idade precoce (dois terços das entrevistadas engravidaram pela primeira vez, ainda adolescentes), as mulheres tendem a optar pela esterilização cirúrgica ainda muito jovens, o que pode se tornar um grave problema psicossocial no futuro, mediante um possível arrependimento dessa decisão (do total de multigestas que possuía menos de 25 anos, 72% gostariam de realizar a laqueadura tubária durante o parto).

Uma vez que mais da metade das mulheres entrevistadas havia engravidado acima de quatro vezes, e cerca de um quarto delas tiveram cinco ou mais gestações, constatou-se que o quadro reprodutivo deste município apresenta-se discordante quanto à taxa de fecundidade das brasileiras que é de 2,1 filhos por mulher (IBGE, 2002).

A maioria das multigestas (53,1%) informou que o tamanho de família almejado seria de três filhos, como já especificado na literatura por Camarano et al. (1999) em referência às mulheres da região nordeste do Brasil. Entretanto, os dados analisados neste estudo, apontam que mulheres grávidas, com dois ou mais filhos vivos, usuárias do pré-natal das Unidades Básicas de Saúde, na maioria das vezes (72,8%), negaram desejar ter mais um filho e justificaram, principalmente, o descuido no uso de métodos contraceptivos como motivo para gravidez que não havia sido planejada (tabela 8).

CONCLUSÃO

6 CONCLUSÃO

- As multigestas que demandam ao pré-natal das UBS apresentavam idade média de 28 anos, a quase totalidade coabitava com seus companheiros, tinham escolaridade incipiente e renda familiar muito baixa. A média de filhos por mulher correspondeu a 4 filhos e o intervalo gestacional foi menor do que 2 anos.
- Um expressivo número de mulheres (53), o que corresponde a 65,4% da amostra, teve seu primeiro filho ainda adolescente. Por esta razão, mesmo que menores de 25 anos, afirmaram que o método anticonceptivo de escolha após essa gestação seria a laqueadura tubária; diferentemente da preferência anterior à gravidez, quando optariam pela pílula ou outros métodos anticonceptivos.
- A maior parte das multigestas não havia planejado a gravidez atual e justificaram-na como consequência do descuido no uso ou falha do método contraceptivo utilizado ($p=0,003$ e $p=0,001$, respectivamente).
- O número de filhos desejados corresponde a 2 ou 3 filhos, no máximo, entretanto, a maioria (58%) já estava com quatro gestações ou mais.

REFERÊNCIAS

Reg-1400018610

REFERÊNCIAS

- AGUINAGA, H. Histórico do planejamento familiar no Brasil. In: ANDRADE, R. P.; POLI, A. E. H.; PETRACCO, A.; MORAIS, K. M. E.; CAMARGOS, A. F. (Ed.). **Contracepção: promoção da saúde sexual e reprodutiva**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.
- ALAN GUTTMACHER INSTITUTE. **Aborto clandestino uma realidade latino-mericana**. Nova Iorque, 1994. Disponível em: <<http://www.guttmacher.org>>. Acesso em: 3 jun. 2007.
- ALDRIGHI, J. M.; PETTA, C. A. **Anticoncepção: manual de orientação**. São Paulo: Ponto, 2004. 308 p.
- ANDRADE, F. M. O. **O Programa Saúde da Família no Ceará: uma análise de sua estrutura e funcionamento**. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 1998.
- BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL (BEMFAM). **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS)**. Rio de Janeiro, 1996.
- BERQUÓ, E. Ainda a questão da esterilização feminina no Brasil. In: GIFFIN, K.; COSTA, H. **Questões de saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o parágrafo 7º da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 jan. 1996.
- _____. **Normas de atenção básica à saúde**. Brasília, 1996.
- _____. **Norma operacional de assistência à saúde**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Planejamento familiar: manual para o gestor**. Brasília, 2002.

_____. **Indicadores de atenção básica**. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/tabfusion/tabfusion.cfm>>. Acesso em: 17 mar. 2006.

_____. **Atenção básica e a Saúde da Família**. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencao_basica.php>. Acesso em: 3 jan. 2007.

_____. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: plano de ação 2004-2007**. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher2.pdf>. Acesso em: 3 an. 2007.

_____. Portaria nº 3.925, de 13 de novembro de 1998. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 17 nov. 1998.

BROOK, M. G.; SHERRIS, J. Melhorando o acesso dos anticoncepcionais: a OMS revê os critérios para prescrição de anticoncepcionais. **Outlook**, v. 13, n. 4, p. 1, 1995.

CAMARANO, A. A.; ARAÚJO, H. E.; CARNEIRO, J. G. Tendências da fecundidade brasileira no século XX. Uma visão regional. In: GIFFIN, K.; COSTA, S. H. **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 95-111.

CEARÁ. Secretaria Estadual de Saúde. **A saúde do Ceará em grandes números: uma avaliação de saúde e das ações implementadas pelo Sistema Público Estadual 1995-2002**. Fortaleza, 2002.

_____. **O jeito cearense de fazer o SUS: um guia para gestores municipais**. Fortaleza, 2004.

CEARÁ. Secretaria Estadual de Saúde. **Informação em Saúde: Sistema de Informação de Atenção Básica: Situação de Saúde**. Ceará. TABNET. Tecnologia DATASUS. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/internet/pagina2>>. Acesso em: 3 abr. 2006.

COELHO, E. A. C. **Política de planejamento familiar em João Pessoa, PB: análise de contradições existentes entre o discurso oficial e a prática**. Dissertação (Mestrado) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 1996.

COSTA, A. M.; GUILHEM, D.; SILVER, L. D. Planejamento familiar: a autonomia das mulheres sob questão. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 61, n. 1, p. 75-84, jan./mar. 2006.

COSTA, N.; FERRAZ, E.; MORRIS, L. Uso da anticoncepção no Brasil segundo a pesquisa nacional sobre demografia e saúde. In: CAMARGOS, A. F. **Contracepção: promoção de saúde sexual e reprodutiva**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **Anticoncepção: manual de orientação**. São Paulo, 1997.

FONSECA, W.; MISAGO, C.; CORREIA, L. L.; PARENTE, J. A. M.; OLIVEIRA, F. C. Determinantes do aborto provocado entre mulheres admitidas em hospitais em localidade da região Nordeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 30 n. 1, p. 13-18, 1996.

FORMIGA, J. F. N. Anticoncepção de emergência. In: DONADIO, N.; LOPES, J. R. C.; DE MELO, N. R. **Reprodução humana II: infertilidade, anticoncepção e reprodução assistida**. São Paulo: Organon, 1997. p.187.

GOIS, A.; SABRINA, P. Pobres têm taxa de fecundidade “africana”. In: THEDIM, M.; FATORELLI, A. **Desigualdade: olhe de frente, lute contra as diversas formas de desigualdade**. Disponível em: <http://www.desigualdade.inf.br/midia/des_natalidade.htm>. Acesso em: 13 nov. 2003.

HATCHER, P. A.; RINEHART, W.; BLACKBURN, R.; GELLER, J. S.; SHELTON, J. D. **Pontos essenciais da tecnologia de anticoncepção**. Baltimore: Escola de Saúde Pública John Hopkins, 2001.

HUTTLY, S. R. A.; BARROS, F. C.; VICTORA, C. G.; LOMBARDI, C.; VAUGMAN, P. Subsequent pregnancies: who has them and who wants them? Observations from one urban center in southeast Brazil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 24, n. 3, June 1990. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v24n3/07.pdf>>. Acesso em: 15 Dec. 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Taxas de fecundidade total segundo as grandes regiões-1940/2000**: Tabela 1: Censo demográfico 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 13 nov. 2003.

_____. **Taxa de fecundidade total, número médio anual de filhos por mulher por ano, segundo Região e UF Brasil, 1991 a 2002**: Projeções demográficas preliminares. Tabela A.5. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2004/a05.htm>>. Acesso em: 13 nov. 2003

_____. **Pesquisa Nacional por amostra de Domicílios 2005**. Síntese de indicadores sociais 2006. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 13 mar. 2007.

LEAL, J. W. B. **Concepção e anticoncepção**. Rio de Janeiro: Revinter, 1999.

LINDNER, S. R.; COELHO, E. B. S.; CARRARO, T. E. **Direitos reprodutivos: entre o discurso e a prática na atenção à saúde da mulher com foco no planejamento familiar**. Florianópolis, 2003. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/artigos/artigo_dissertacao_Sheila.doc>. Acesso em: 13 nov. 2003.

LOPES, G. Anticoncepção e sexualidade. **Femina**, v. 24, p. 395-401, 1996.
McWHINNEY, I. R. A medicina preventiva em medicina familiar. In: _____. **Manual de medicina familiar**. Lisboa: Inforsalus, 1994.

MANHÃES, C. M. de O.; RESENDE, L.; RODRIGUES, M. A. S.; GARCIA, R. B.; PEREIRA FILHO, A. S.; SOARES, A. Incidência dos métodos anticoncepcionais no

ambulatório de anticoncepção da 28ª enfermagem da Santa casa e Misericórdia do Rio de Janeiro. **Femina**, v. 26, n. 3, p. 231-238, abr. 1998.

MOLINA, A. Laqueadura tubária: situação nacional, internacional e efeitos colaterais. In: GIFFIN, K.; COSTA, S. H. **Questões de saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 127-141.

MORÁN, A.; HIDALGO GUERRERO, L.; ALVAREZ, P. C. Effect of the parity on perinatal maternal resultant. **Rev. Ecuat. Ginecolol. Obstet.**, v. 9, n. 2, p. 193-196, Aug. 2002.

MOREIRA, M. de M. A transição demográfica no nordeste do Brasil. In. CONFERÊNCIA LATINOAMERICANA DE POBLACIÓN, 4., 1993, Ciudad de México. **Anais...** Ciudad de México: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 1993. p. 315-360.

MJEDA-CASTRO, G. Planejamento familiar: origem, desenvolvimento e impacto. In: A PÍLULA anticoncepcional: 40 anos de impacto social. [S.l.]: Schering, 2000. p. 51-72.

MANDOLFI, V. P.; HOEPER, D. A evolução do planejamento familiar no Brasil In: REITAS, F.; CUNHA-FILHO, J. S. L. **Rotinas em infertilidade e contracepção**. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 239-243.

MATARRA, N. Transição demográfica: novas evidências, velhos desafios. **Rev. Bras. Estudos Pop.**, v. 11, n.1, p. 27-40, 1994.

MUSTAI, O. J. O sistema de saúde no Brasil. In: DUCAN, B. D. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 69-75.

MENZE, J. de; MONTENEGRO, C. A. B. Propedêutica da gravidez. In: _____. **Obstetrícia fundamental**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 89.

MARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde serviços e tecnologia**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. 725 p.

TAKEDA, S. A organização de serviços de atenção primária à saúde. In: DUCAN, B. D. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 76-87.

TRIAS-FARGAS, M. O planejamento familiar no limiar do século XXI. In: A PÍLULA anticoncepcional: 40 anos de impacto social. [S.l.]: Schering, 2000. p. 121-128.

VIEIRA, E. M. A esterilização de mulheres de baixa renda em região metropolitana do sudeste do Brasil e fatores ligados à sua prevalência. **Rev. Saúde Pública**, v. 28, n. 6, p. 440-448, dez. 1994.

VIEIRA, E. M.; BADIANE, R.; DAL FABRO, A. L.; RODRIGUES JUNIOR, A. L. Características do uso de métodos anticoncepcionais no estado de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, v. 36, n. 3, p. 263-270, jun. 2002.

VIEIRA, E. M.; FORD, N. J. Oferta de esterilização feminina em Ribeirão Preto, São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1201-1210, set./out. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/13.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2006.

APÊNDICES

Apêndice

Instrumento de coleta de dados:

1. Procedência: rural (1) urbana (2)
2. Idade:
3. Estado civil: solteira (1) união estável (2) concubinada (3) separada (4)
4. Escolaridade: sem (1) <5 anos de estudo(2) entre 5 e 10 anos(3) >10anos (4)
5. Ocupação:
6. Renda familiar (salário mínimo): <1(1) 1salário (2) entre1e2(3) entre2e3 (4)
7. Idade do 1ª parto:
8. Nº de gestações () partos () abortamentos ()
9. Nº de filhos vivos:
10. Média de Intervalo gestacional (Calculável: Idade atual – idade do 1º parto = X / nº de filhos): Em média, 1 ano (1) entre 1 e 1,5 (2) entre 1,5 e 2 (3) >2 anos (4)
11. Quanto tempo em média amamentava? <6m (1) 6 a12 (2) >12 (3) >24m (4)
12. Já usou algum método para evitar gravidez? Sim (1) Não(2)
13. Quais? Pílula (1) Injeção(2) Preservativo (3) Tabela (4) Coito interrompido(5)
4. Como você adquiria este método? UBS (1) Comércio (2)
5. Qual dos métodos você prefere?
6. Você já utilizou o método de sua preferência? Sim (1) Não (2)
7. Como você adquire o método de sua preferência? UBS (1) SUS (2) Comércio(3)
8. Que método você gostaria de usar ao final dessa gravidez? Pílula (1) Injeção(2)
Preservativo(3) Tabela (4) Coito interrompido(5) DIU (6) Ligação das trompas(7)
Vasectomia(8)
9. Você desejou essa gravidez? Sim (1) Não (2)
0. Que motivo levou você a engravidar? Desejo (1) Descuido (2) Falta do método (3)
Intolerância ao método (4) falha do método (5)
1. Você gostaria de ter quantos filhos?

Apêndice B

Tabela 1- Distribuição do número de famílias, gestantes e multigestas por equipes do PSF nas zonas urbana e rural do município de Barbalha, segundo dados levantados por Unidade Básica de Saúde em agosto de 2005.

<i>Equipes do PSF</i>	<i>Famílias Assistidas</i>	<i>Gestantes Assistidas</i>	<i>Multigestas Assistidas</i>
ZONA URBANA			
1. Alto da Alegria	1.074	25	04
2. Rosário	1.052	35	11
3. Centro	1.012	12	00
4. Bela Vista	947	49	12
5. Vila Sto. Antônio	921	21	01
6. Cirolândia	815	31	07
7. Malvinas	812	49	08
8. Santa Teresinha	694	26	02
9. Parque Burlandeira	590	17	06
TOTAL	7.917	265	51
ZONA RURAL			
0. Barro Vermelho	1.038	12	02
1. Arajara	859	39	10
2. Estrela	832	41	10
3. Caldas	732	15	00
4. Santana	692	33	05
5. Riacho do Meio	395	25	03
TOTAL	4.548	165	30
TOTAL GERAL	12.465	430	82

ANEXOS

Anexo A



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
MATERNIDADE-ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND
Rua Coronel Nunes de Melo, S/Nº - Rodolfo Teófilo - C.G.C. 07.206.048/0001-08
GERAL: (0XX85) 4009.8500 - Fax: (0XX85) 4009.8521 - E-mail: meac@meac.ufc.br
CEP: 60.430-270 - Fortaleza - Ceará - Brasil

Fortaleza, 10 de novembro de 2005.

Protocolo nº 05/05

Pesquisador responsável: Profa. Maria das Dores Rolim de Oliveira

Deptº/Serviço: Mestrado de Tocoginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará

Título do Projeto: “Fatores que influenciam a multigestação em mulheres assistidas nas Unidades Básicas de Saúde do município de Barbalha”

Levamos ao conhecimento de V. S^a. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola Assis Chateaubriand – CEP/MEAC/UFC, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional da Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996, publicada no Diário Oficial, em 16 de outubro de 1996, aprovou o projeto supracitado, depois de atendidas as recomendações do parecerista, na reunião de 05 de outubro de 2005.

Atenciosamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Sergio Augusto Ruesato'.

Sérgio Augusto Ruesato
Coordenador do Comitê
de Ética em Pesquisa
CEP/MEAC/UFC

Anexo B**Tabela 1 – Taxa de fecundidade total, segundo as Grandes Regiões – 1940 / 2000**

Grandes Regiões	Taxas de Fecundidade Total						
	1940	1950	1960	1970	1980	1990	2000
Brasil	6,2	6,2	6,3	5,8	4,4	2,9	2,3
Norte	7,2	8,0	8,6	8,2	6,4	4,2	3,2
Nordeste	7,2	7,5	7,4	7,5	6,2	3,7	2,6
Sudeste	5,7	5,5	6,3	4,6	3,5	2,4	2,1
Sul	5,7	5,7	5,9	5,4	3,6	2,5	2,2
Centro-Oeste	6,4	6,9	6,7	6,4	4,5	2,7	2,2

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1940-2000.

a A.5 - Taxa de fecundidade total

Índice médio anual de filhos por mulher por ano, segundo Região e UF
Ano, 1991 a 2002

Região e UF	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Região Norte	2,73	2,66	2,60	2,54	2,49	2,44	2,40	2,36	2,33	2,30	2,18	2,15
Acre	3,99	3,84	3,70	3,58	3,47	3,37	3,28	3,21	3,14	3,09	2,98	2,94
Amapá	3,33	3,22	3,13	3,04	2,97	2,91	2,85	2,80	2,76	2,72	2,66	2,43
Paraná	4,46	4,29	4,13	3,98	3,84	3,70	3,58	3,46	3,36	3,26	2,73	2,93
Paraná	4,07	3,93	3,81	3,71	3,61	3,54	3,47	3,41	3,36	3,32	3,25	3,12
Paraná	4,54	4,34	4,14	3,96	3,79	3,64	3,50	3,39	3,29	3,20	3,39	2,64
Paraná	3,99	3,85	3,73	3,61	3,50	3,39	3,30	3,21	3,13	3,06	2,94	2,94
Paraná	4,79	4,51	4,25	4,01	3,80	3,62	3,46	3,32	3,20	3,10	2,92	3,09
Paraná	4,13	3,83	3,57	3,37	3,23	3,14	3,08	3,05	3,03	3,02	3,02	3,28
Paraná	3,38	3,24	3,11	3,00	2,90	2,81	2,72	2,65	2,59	2,54	2,40	2,54
Região Sudeste	4,10	3,91	3,73	3,56	3,40	3,26	3,12	2,99	2,88	2,78	2,60	2,75
São Paulo	3,37	3,22	3,09	2,96	2,85	2,75	2,66	2,58	2,51	2,45	2,38	2,61
Rio de Janeiro	3,57	3,47	3,38	3,30	3,23	3,17	3,12	3,07	3,03	3,00	2,95	3,06
Rio de Janeiro	3,11	3,01	2,92	2,83	2,76	2,69	2,63	2,58	2,53	2,49	1,98	2,57
Rio de Janeiro	3,38	3,23	3,09	2,97	2,86	2,76	2,68	2,60	2,53	2,48	2,38	2,66
Rio de Janeiro	2,80	2,70	2,61	2,53	2,46	2,39	2,34	2,29	2,25	2,22	2,09	2,08
Rio de Janeiro	3,78	3,66	3,54	3,44	3,34	3,25	3,17	3,10	3,03	2,98	2,88	3,08
Rio de Janeiro	3,41	3,28	3,17	3,07	2,99	2,91	2,85	2,80	2,75	2,71	2,25	2,15
Rio de Janeiro	3,33	3,16	3,00	2,85	2,73	2,62	2,52	2,43	2,36	2,30	2,20	2,34
Rio de Janeiro	2,28	2,25	2,22	2,19	2,17	2,15	2,13	2,11	2,10	2,09	1,98	1,88
Região Sudeste	2,53	2,47	2,41	2,36	2,31	2,27	2,24	2,21	2,18	2,16	2,12	2,14
Rio de Janeiro	2,57	2,48	2,41	2,34	2,29	2,24	2,20	2,17	2,14	2,12	1,93	1,85
Rio de Janeiro	2,09	2,06	2,03	2,01	1,99	1,97	1,95	1,94	1,93	1,91	2,01	1,81
Rio de Janeiro	2,22	2,20	2,19	2,17	2,16	2,15	2,14	2,13	2,13	2,12	1,91	1,79
Rio de Janeiro	2,45	2,40	2,36	2,32	2,28	2,25	2,21	2,19	2,16	2,14	1,90	1,84
Rio de Janeiro	2,54	2,48	2,43	2,38	2,34	2,30	2,26	2,23	2,20	2,18	1,93	1,90
Rio de Janeiro	2,53	2,47	2,41	2,36	2,31	2,27	2,23	2,19	2,16	2,13	1,86	1,77
Região Sul	2,32	2,29	2,25	2,23	2,20	2,18	2,16	2,14	2,12	2,11	1,90	1,82
Rio de Janeiro	2,60	2,51	2,44	2,38	2,33	2,27	2,23	2,19	2,15	2,13	2,00	1,99
Rio de Janeiro	2,76	2,68	2,61	2,55	2,49	2,44	2,40	2,36	2,33	2,30	2,01	2,02
Rio de Janeiro	3,00	2,91	2,83	2,76	2,69	2,62	2,57	2,51	2,46	2,42	2,34	2,28
Rio de Janeiro	2,47	2,38	2,30	2,24	2,18	2,12	2,08	2,04	2,00	1,98	1,87	1,84
Rio de Janeiro	2,29	2,22	2,18	2,14	2,12	2,09	2,06	2,04	2,02	2,01	1,94	1,98

Fontes: IBGE/Projeções demográficas preliminares

Fontes: MS/SVS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

Anexo D

Tabela 1.6 – Taxa de fecundidade total, por grupos de anos de estudos das mulheres segundo as Grandes Regiões – 2005

Grandes Regiões	Taxa de fecundidade total, por grupos de anos de estudo das mulheres			
	Total (1)	Até 3 anos	4 a 7 anos	8 anos ou mais
Brasil	2,1	4,0	3,1	1,5
Norte	2,5	4,5	3,4	1,8
Nordeste	2,3	4,1	3,0	1,5
Sudeste	1,9	3,7	3,1	1,5
Sul	2,0	3,7	3,1	1,6
Centro-Oeste	2,0	3,4	3,1	1,5

Fontes: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2005.

(1) Inclusive as mulheres sem declaração de anos de estudo.

Anexo E

Tabela 10.3 - Mulheres de 15 a 49 anos de idade, com rendimento mensal familiar per capita de até 1/2 salário mínimo e de 2 salários mínimos ou mais, total e que tiveram filhos nascidos vivos e respectiva distribuição percentual, por número de filhos tidos, segundo as Grandes Regiões – 2005

Grandes Regiões	Mulheres de 15 a 49 anos de idade, com rendimento mensal familiar per capita de até ½ salário mínimo				
	Total	Que tiveram filhos nascidos vivos			
		Total	Distribuição percentual, por número de filhos tidos (%)		
			1 filho	2 filhos	3 filhos ou mais
	16.823.549	12.400.010	17,3	28,1	48,4
te	1.603.207	1.247.927	16,4	26,2	52,7
deste	7.778.015	5.512.250	16,8	26,9	49,4
este	4.757.351	3.572.665	18,5	29,2	46,2
	1.498.176	1.155.207	18,0	30,3	46,4
tro-Oeste	1.038.960	802.772	17,2	32,1	45,7

Grandes Regiões	Mulheres de 15 a 49 anos de idade, com rendimento mensal familiar per capita de até 2 salários mínimos ou mais				
	Total	Que tiveram filhos nascidos vivos			
		Total	Distribuição percentual, por número de filhos tidos (%)		
			1 filho	2 filhos	3 filhos ou mais
	9.016.648	4.434.906	18,3	41,2	21,6
e	386.565	207.675	17,3	38,7	29,0
este	1.063.716	495.332	16,8	39,8	24,2
ste	4.919.743	2.361.182	18,4	41,7	20,0
	1.827.218	932.320	20,2	40,5	19,9
ro-Oeste	776.378	415.463	16,7	42,2	26,5

Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2005.

Anexo F

Município: Barbalha/CE

Indicadores de Atenção Básica							
io	Modelo de Atenção	População coberta (1)	% população coberta pelo programa	Média mensal de visitas por família (2)	% de crianças c/ esq. vacinal básico em dia (2)	% de crianças c/aleit. materno exclusivo (2)	% de cobertura de consultas de pré-natal (2)
99	PACS	-	-	-	-	-	-
	PSF	30.503	65,3	0,09	92,6	83,7	93,6
	Outros	-	-	-	-	-	-
	Total	30.503	65,3	0,09	92,6	83,7	93,6
00	PACS	-	-	-	-	-	-
	PSF	43.115	91,7	0,08	97,8	85,0	96,5
	Outros	-	-	-	-	-	-
	Total	43.115	91,7	0,08	97,8	85,0	96,5
01	PACS	-	-	-	-	-	-
	PSF	47.883	99,6	0,08	97,5	85,6	96,1
	Outros	-	-	-	-	-	-
	Total	47.883	99,6	0,08	97,5	85,6	96,1
02	PACS	-	-	-	-	-	-
	PSF	48.130	98,5	0,08	95,3	85,1	96,5
	Outros	-	-	-	-	-	-
	Total	48.130	98,5	0,08	95,3	85,1	96,5
03	PACS	-	-	-	-	-	-
	PSF	48.787	98,2	0,09	98,1	83,4	98,0
	Outros	-	-	-	-	-	-
	Total	48.787	98,2	0,09	98,1	83,4	98,0
04	PACS	-	-	-	-	-	-
	PSF	49.041	97,1	0,08	98,2	85,0	97,2
	Outros	-	-	-	-	-	-
	Total	49.041	97,1	0,08	98,2	85,0	97,2
05	PACS	-	-	-	-	-	-
	PSF	48.849	93,2	0,08	98,2	86,1	97,9
	Outros	-	-	-	-	-	-
	Total	48.849	93,2	0,08	98,2	86,1	97,9

Fonte: SIAB

Notas:

(1): Situação no final do ano

(2): Como numeradores e denominadores, foi utilizada a média mensal dos mesmos.

(3): por 1.000 nascidos vivos

Anexo G

Sistema de Informação de Atenção Básica

Situação de Saúde – Ceará

Nº Gestantes acompanhadas segundo município

Município: Barbalha

Microrregião: Cariri

Regional de Saúde: 2321 Juazeiro do Norte

Macrorregião de Saúde: Cariri

Período: Ago/2005 município nº gestantes acompanhadas

Município	Nº Gestantes Acompanhadas
TOTAL	430
230190 Barbalha	430

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABSCE.def>