

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – UFMG
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**PLANEJAMENTO FAMILIAR NA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA**

BELO HORIZONTE / MINAS GERAIS

2010

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – UFMG

SIDNEY MARQUES VIEIRA

**PLANEJAMENTO FAMILIAR NA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Professora Cibele Alves Chapadeiro

Belo Horizonte / Minas Gerais

2010

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – UFMG

SIDNEY MARQUES VIEIRA

**PLANEJAMENTO FAMILIAR NA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Professora Cibele Alves Chapadeiro De Castro Sales

Banca Examinadora

Aprovada em Belo Horizonte ____/____/____

RESUMO

Introdução: Planejar a família é antes de tudo um direito humano onde o casal deve escolher livremente sobre o momento de ter seus filhos. Almeja-se que esta escolha seja oportuna evitando o desgaste de uma gestação não planejada. **Objetivo:** Identificar os fatores relacionados ao não planejamento das gestações na Equipe de Saúde da Família 03 do Centro de Saúde Mantiqueira em Belo Horizonte. Ademais pretende quantificar o impacto do modelo de planejamento familiar modificado a partir de janeiro de 2009. **Metodologia:** Estudo quantitativo que analisou variáveis demográficas, socioeconômicas e clínicas das 73 gestantes acompanhadas no período de julho de 2008 a junho de 2010. O modelo de planejamento foi avaliado comparando o número de nascidos vivos e o fornecimento de métodos contraceptivos entre o primeiro e segundo anos do estudo. **Resultados:** Gravidez não planejada esteve associada à adolescência. A primeira gestação não foi planejada em 61,29% dos casos. 59,26% das gestações não planejadas iniciaram tardiamente o pré-natal. Mulheres ativas no mercado de trabalho planejaram melhor suas gestações. No segundo ano do estudo o alcance de usuários que receberam algum método contraceptivo foi 47% maior. O número de nascidos vivos reduziu em 9,57% entre os anos de 2008 e 2009 e uma projeção de 37,20% entre 2009 e 2010 é esperada. **Conclusão:** O papel da Equipe de Saúde da Família será o aconselhamento responsável e imparcial sobre os métodos contraceptivos e a facilitação de seus fornecimentos. Conhecer os fatores relacionados às gestações não planejadas torna-se fundamental no desenvolvimento de um programa de planejamento familiar adaptado às peculiaridades locais.

Palavras chaves: Planejamento Familiar, Gravidez não Planejada, Métodos Contraceptivos, Estratégia de Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde

ABSTRACT

Introduction: Planning a family is especially a human right which the couple must choose on the timing of having children. This choice should be appropriate to avoid the wear of an unplanned pregnancy. **Objective:** To identify factors related to not planning pregnancies in the Family Health Team 03 Health Center Mantiqueira in Belo Horizonte. Also intended to quantify the impact of model of family planning modified the unit since January 2009. **Methodology:** Quantitative study that analyzed demographic, socioeconomic and clinical characteristics of 73 pregnant women followed from July 2008 to June 2010. The family planning model was evaluated by comparing the number of live births and the provision of contraceptive methods between the first and second years of study. **Results:** Unplanned pregnancy was associated with adolescence. The first pregnancy was not planned in 61.29% of cases. 59.26% of unplanned pregnancy started late prenatal care. The exercise of any professional activity correlated with improved planning family. In the second year of the study the scope of users who received some contraceptive methods was 47% higher. The number of live births decreased by 9.57% between the years 2008 and 2009 and a projection of 37.20% between 2009 and 2010 is expected. **Conclusion:** The role of the Family Health Team will be responsible and impartial advice on the contraceptive methods and the facilitation of their supplies. Knowing the factors related to unplanned pregnancy becomes essential in developing a program family planning adapted to local peculiarities.

Keywords: Family Planning, Unplanned Pregnancy, Contraceptive Methods, Family Health Strategy, Primary Health Care

SUMÁRIO

| | |
|----------------------------------|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO | 6 |
| 2. METODOLOGIA | 8 |
| 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO | 9 |
| 4. CONCLUSÃO | 23 |
| 5. REFERÊNCIAS | 25 |

1. Introdução

A atuação em uma Equipe de Saúde da Família durante a realização do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família trouxe além de novos conhecimentos a necessidade de reflexão sobre a ação, desde seu planejamento até o seu monitoramento. Fundamental ainda foi a compreensão da importância do usuário como sujeito do seu processo de viver e adoecer e o determinismo social da saúde.

Neste período, surgiu o interesse sobre o tema Planejamento Familiar, a partir do diagnóstico situacional realizado ao final do ano de 2008, na área de abrangência da Equipe de Saúde 03 do Centro de Saúde Mantiqueira em Belo Horizonte, onde foram observados vários indicadores de saúde desfavoráveis em relação à Saúde da Mulher. Destaque para o elevado índice de gestações não planejadas que corresponderam a quase 80% do total de gestações acompanhadas naquele ano. Na ocasião, foi discutido na equipe e unidade uma reestruturação do planejamento familiar, e um novo protocolo interno foi implantado desde janeiro de 2009. O projeto contemplou ações que priorizaram o fornecimento de informações e métodos contraceptivos pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) e a desburocratização dos fluxos, até então existentes, para colocação de Dispositivo Intra-Uterino (DIU) e encaminhamento para contracepção cirúrgica.

Os direitos sexuais e reprodutivos devem ser entendidos como parte da garantia dos direitos humanos, conferindo ao casal a livre decisão de ter ou não filhos e em qual momento da vida. Com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, estabelecida no ano de 1948, a comunidade internacional, por meio da Organização das Nações Unidas (ONU), vem firmando uma série de Convenções Internacionais nas quais são estabelecidos estatutos comuns de cooperação mútua e mecanismos de controle que garantam um elenco de direitos considerados básicos à vida digna. Em 1994, a Conferência Internacional da ONU sobre População e Desenvolvimento (CIPD) realizada no Cairo e posteriormente a IV Conferência Mundial sobre a Mulher realizada em Pequim, em 1995, conferiram aos direitos sexuais e reprodutivos um papel primordial. Ultrapassaram os objetivos puramente demográficos, focalizando no desenvolvimento do ser humano, definindo os direitos sexuais como parte dos direitos humanos (BRASIL, 2005a).

No Brasil, o Ministério da Saúde (1984) elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), um marco da história das políticas públicas voltadas para a saúde da mulher. Pela primeira vez, havia um programa que contemplasse integralmente a saúde da

mulher em todos os ciclos da vida e não apenas no período gravídico-puerperal como ocorria desde o início do século XX. Os programas voltados ao Planejamento Familiar (PF) até então existentes, quase sempre financiados por agências internacionais, tinham caráter eminente de controle demográfico (BRASIL, 2005a). Em 12 de janeiro de 1996, foi sancionada a Lei n.º 9.263, que regulamenta o § 7º, do art. 226, da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar. Segundo esta lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal, sendo vedada qualquer ação com fins de controle demográfico (BRASIL, 1996).

Desde a década de 1980 observa-se um processo de redução das taxas de fecundidade no Brasil, passando de 4,4 em 1980 para 2,3 em 2000 e 2,0 em 2007 (BRASIL, 2000, 2007). Apesar do declínio da fecundidade em todas as classes sociais ainda são encontrados valores mais altos em famílias com condições socioeconômicas desfavoráveis. Como consequência, observaram-se taxas de fecundidade mais altas nas regiões Norte e Nordeste, respectivamente 2,3 e 2,2, regiões de menor desenvolvimento econômico do país. Em contrapartida, a taxa de fecundidade atual está em 1,7 no Sul e 1,8 no Sudeste, abaixo do nível de reposição natural da população (BRASIL, 2007). Entretanto, esta acentuada queda da fecundidade não se fez acompanhar de alterações significativas na situação de pobreza e desigualdades sociais existentes e são observadas variações importantes na fecundidade dentro de uma mesma região ou cidade, como ocorre nas principais regiões metropolitanas do país.

Mesmo com a redução das taxas de fecundidade no Brasil nas últimas três décadas e com os métodos contraceptivos (MC) disponíveis, inclusive de forma gratuita pelo Sistema Único de Saúde (SUS) ainda são observados altos índices de gestações indesejadas no país, sobretudo em regiões com condições socioculturais desfavoráveis. Não só no Brasil a incidência da gravidez indesejada ainda é muito elevada, particularmente em países em desenvolvimento. De fato, na América Latina, estudos revelam que as mulheres têm mais filhos do que desejariam ter. No Brasil, esse problema alcança quase oito milhões de pessoas. Cerca de 25% dessas gestações terminará em abortamento, muitas vezes inseguro, levando quase 67 mil mulheres à morte anualmente. Outra parte dessas gestações será levada a termo, com possibilidade de não aceitação da criança, levando a importantes repercussões individuais, familiares e sociais (BRASIL, 2005b).

Como todo processo de saúde ou doença, a gravidez desenvolve-se dentro de um contexto sociocultural, o qual determina sua evolução e ocorrência (GIGANTE, 2008). A falta

de planejamento e também a precocidade das gestações podem comprometer a trajetória social, educacional e econômica das famílias, frequentemente gerando um ciclo vicioso, onde baixos índices de desenvolvimento associam-se ao aumento inadvertido das famílias, que por sua vez, tende a agravar as condições socioeconômicas. Gestações não planejadas também estão associadas à depressão pós-parto, gravidez na adolescência (GA) e aumento da prática de aborto, mobilizando recursos consideráveis do estado (DUARTE, 2006; MORAES, 2006; VIEIRA, 2007).

Desta forma, o planejamento familiar deve ser compreendido como uma estratégia que, adequado às características socioculturais locais, promova a educação em saúde reprodutiva, disponibilize os métodos contraceptivos disponíveis e garanta a assistência profissional em momento oportuno, ou seja, pré-concepcional.

Este trabalho tem como objetivo identificar o planejamento familiar realizado pelas gestantes atendidas na ESF 03 do Centro de Saúde Mantiqueira situado no Distrito Sanitário de Venda Nova do município de Belo Horizonte, e identificar fatores que se relacionam ao planejamento ou não das gestações. Também, o trabalho pretende avaliar o modelo de planejamento familiar praticado na unidade desde janeiro de 2009, através da observação comparativa dos índices de natalidade, o número de gravidez na adolescência e da dispensação de métodos contraceptivos.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo quantitativo realizado na área de abrangência da Equipe de Saúde 03 do Centro de Saúde Mantiqueira situado no Distrito Sanitário de Venda Nova do município de Belo Horizonte.

Foram levantados dados de gestantes do período de junho de 2008 a julho de 2010, em seus prontuários, referente à: idade; paridade, planejamento da gravidez e orientação específica sobre planejamento familiar antes da gestação. Estes dados foram relacionados aos do Programa Fênix e Saúde em Rede da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, no que se refere à renda familiar, ao programa Bolsa Família, à vida profissional, ao nível de escolaridade.

Também da análise dos prontuários foram obtidos indicadores de acompanhamento do pré-natal e puerpério e relacionados ao planejamento familiar: início do pré-natal, número de consultas realizadas; exames complementares realizados; complicações no pré-natal e

puerpério; realização de consulta de puerpério.

As relações foram analisadas estatisticamente através de teste qui-quadrado, com a correção de Yates, quando frequências menores que dez foram encontradas. O nível de significância estatística foi estabelecido em cada relação.

O modelo de Planejamento Familiar implantado na unidade em janeiro de 2010 foi avaliado, através da comparação de dois períodos distintos: gestações finalizadas entre julho de 2008 a junho de 2009 e, o segundo de julho de 2009 a junho de 2010. Os critérios de comparação foram: número de nascidos vivos e fornecimento de métodos contraceptivos (MC) na unidade, relacionando-os ao planejamento familiar, a partir dos dados do Programa Fênix e Saúde em Rede que contém os dados da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA).

3. Resultados e Discussões

3.1 Planejamento familiar e perfil das gestantes

A equipe de saúde da família 03 (Equipe Rosa) possui 921 famílias cadastradas e 3571 usuários, com risco elevado de vulnerabilidade social em todo seu território. As mulheres correspondem a 51,2% da população geral somando um total de 1828. Destas, 1065 (58,3%) estão entre 15 e 49 anos de idade (Gestão Saúde em Rede, SMSA de Belo Horizonte, 2009). Durante os dois anos a que se refere o estudo, foram acompanhadas 73 gestantes na unidade, sendo que 54 (74%) não planejaram a gravidez.

A idade média ao início das gestações foi de 25,5 anos e a mediana de 26 anos. Não houve diferença significativa entre a média de idade das gestações planejadas e não planejadas sendo respectivamente de 25,3 e de 25,7 anos. Entretanto, observa-se que nos extremos das faixas etárias, acentua-se a desigualdade no planejamento da gestação. Apenas duas (18,2%) das adolescentes planejaram a gravidez ($p \approx 0,05$), Três (30%) daquelas entre 30 e 34 anos planejaram ($p < 0,05$) e nenhuma gestação das mulheres acima de 35 anos foi planejada ($p < 0,001$). Entre 20 e 24 anos de idade seis (28,3%) mulheres planejaram a gestação, porém sem associação estatística ($0,5 < p < 0,25$) - Figura 1.

Um estudo sobre indicadores materno-infantil realizado em Belo Horizonte em 2001 com 129 gestantes mostrou que 16% em média eram adolescentes (FRICHE, 2001) estando próximo ao encontrado neste estudo onde 11 (15%) da população estudada tinham até 20 anos

de idade. A gravidez na adolescência em si merece um tratamento diferenciado e o programa de PF desenhado na unidade não foi efetivo o bastante na redução da GA no período estudado.

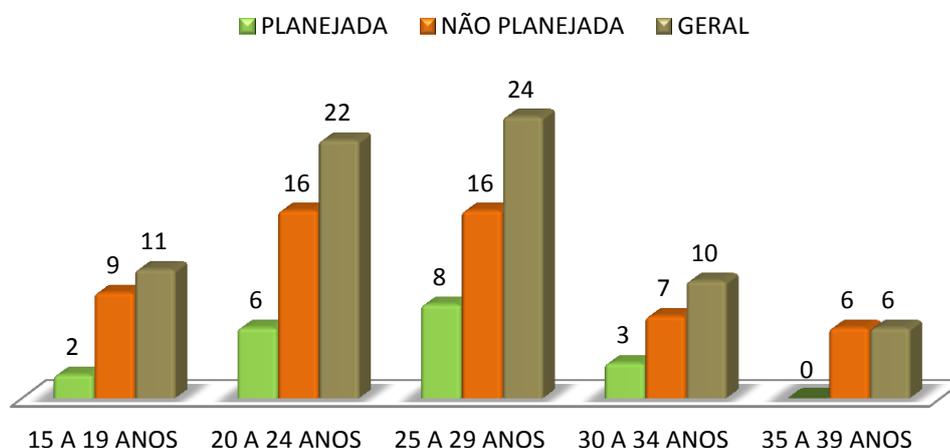


Figura 1 – Distribuição das gestações da ESF 03 segundo a faixa etária, de acordo com o registro dos prontuários da ESF 03 do CS Mantiqueira de julho de 2008 a junho de 2010.

Foi observada uma relação inversa entre a paridade e o número de gestações. Das usuárias 31 (42%) eram primigestas, 25 (34%) secundigestas e oito (11%) estavam na terceira gestação. Embora seja cada vez mais raro, famílias com número elevado de filhos ainda são encontradas, comparadas aos padrões de fecundidade da década de 1960. Quatro (6%) das usuárias estavam na quarta gravidez e cinco (7%) tinham cinco ou mais gestações anteriores quatro vezes (Figura 2). Ainda segundo o estudo de Friche o percentual médio de primíparas foi de 41,9% e naquelas com quatro ou mais gestações foi de 5,1%, variando de 2 a 11 %.

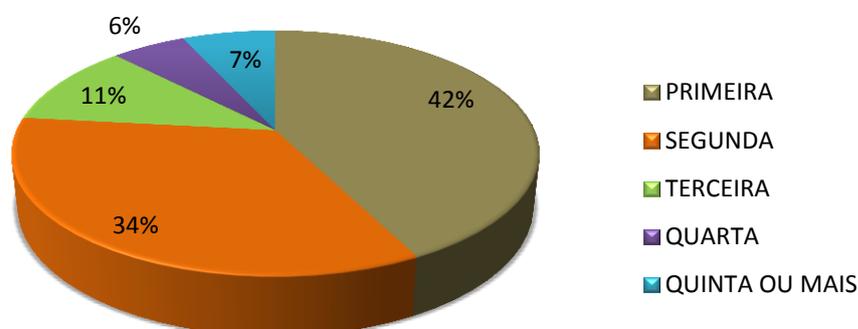


Figura 2 – Frequência das gestações da ESF 03 segundo a paridade, de acordo com o registro dos prontuários da ESF 03 do CS Mantiqueira de julho de 2008 a junho de 2010.

Observa-se que o fato de ter tido um filho não necessariamente capacita o casal suficientemente para planejar futuras gestações. Nota-se um aumento percentual de gestações não planejadas entre as múltíparas. Apesar das baixas frequências, houve associação entre ter três ou mais filhos e gestação não planejada ($p < 0,05$). Entretanto, também naquelas primigestas houve significância estatística para GNP ($p < 0,001$) - Figura 3.

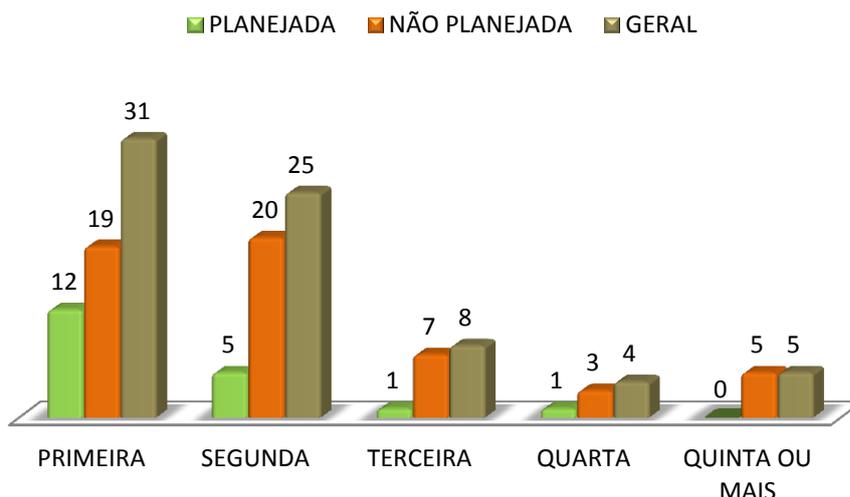


Figura 3 – Associação entre GNP e Paridade da ESF 03, de acordo com o registro dos prontuários da ESF 03 do CS Mantiqueira de julho de 2008 a junho de 2010.

Das 73 pacientes do estudo, 57 (78,1%) têm renda familiar de até dois salários mínimos, 14 (19,2%) possuem renda entre dois e três salários mínimos e apenas duas (2,7%) com renda superior a três salários mínimos (Figura 4).

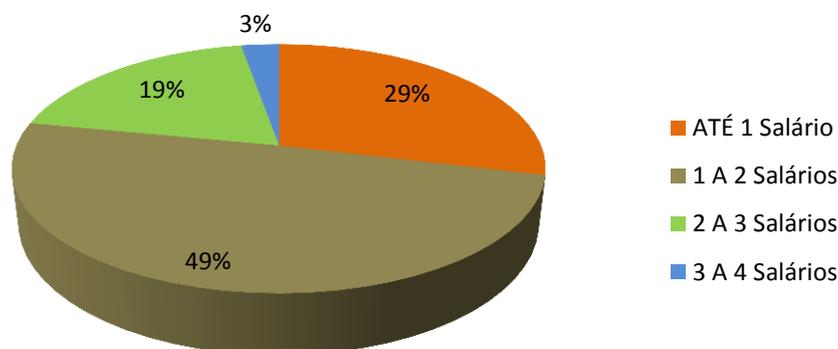


Figura 4 – Frequência geral das gestações conforme a renda familiar, segundo dados do Programa Fênix e Saúde em Rede – SMSA/PBH de julho de 2008 a junho de 2010.

Não houve correlação direta entre o aumento da renda familiar e a diminuição das taxas de GNP. Cabe considerar que a faixa de renda da população em estudo é homogeneamente muito baixa, não podendo extrapolar este resultado para populações com rendas familiares mais altas. Entre aquelas que planejaram a gravidez, o percentual com renda familiar de até um salário mínimo foi de 21% em relação a 31% daquelas que não planejaram (Tabela 1).

Tabela 1 – Frequência das gestações conforme o planejamento familiar e a renda familiar, segundo dados do Programa Fênix e Saúde em Rede – SMSA/PBH de julho de 2008 a junho de 2010.

| GESTAÇÕES | RENDA EM SALÁRIOS MÍNIMOS | | | | TOTAL |
|---------------|---------------------------|-----------|-----------|----------|-----------|
| | ATÉ 1 | 1 A 2 | 2 A 3 | 3 A 4 | |
| PLANEJADA | 4(21,1%) | 11(57,9%) | 4 (21%) | 0 | 19 (100%) |
| NÃO PLANEJADA | 17(31,5%) | 25(46,3%) | 10(18,5%) | 2(0,04%) | 54 (100%) |

Uma associação mais clara, embora estatisticamente não significante, entre baixa renda e GNP, pode ser obtida da análise das usuárias pertencentes ao Programa da Bolsa Família (BF). A incidência de gravidez não planejada na população geral foi de 74%, enquanto no grupo pertencente ao programa foi de 89%. Em mulheres não cadastradas no programa, o percentual foi de 69% dos casos ($0,25 < p < 0,1$) - Figura 5.

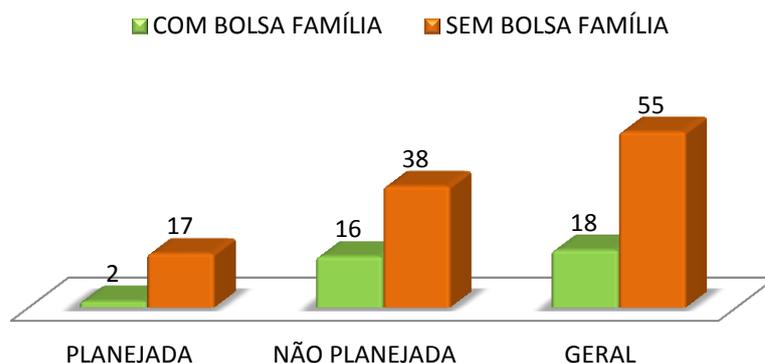


Figura 5 - Frequência das gestações conforme o planejamento familiar e o Bolsa Família, segundo dados do Programa Fênix e Saúde em Rede – SMSA/PBH-Jun/10.

Quanto à relação entre Planejamento Familiar e ter um plano de saúde, não foi possível estabelecer relação devido ao pequeno número de pacientes com plano de saúde. Não sendo possível estabelecer um paralelo entre esta assistência e PF. Apenas cinco gestantes (6,9%) tinham plano de saúde, das quais três não planejaram a gestação.

Quanto à inserção no mercado de trabalho, 41 (56,2%) mulheres tinham alguma atividade profissional, formal ou não excluindo as estudantes. Das demais mulheres, quatro (5,5%) ainda eram estudantes e 28 (38,4%) eram do lar. Entre aquelas com atividade profissional, 36 (49,4%) estavam trabalhando regularmente, quatro (9,8%) estavam desempregadas e uma trabalhava informalmente em períodos intermitentes. Das 36 usuárias com trabalho regular 15 (41,7%) não contribuíam regularmente para o sistema previdenciário. Esta situação pode levar a um retorno precoce ao trabalho após a concepção, aumentando o risco de desmame precoce e suas possíveis complicações (Figura 6).

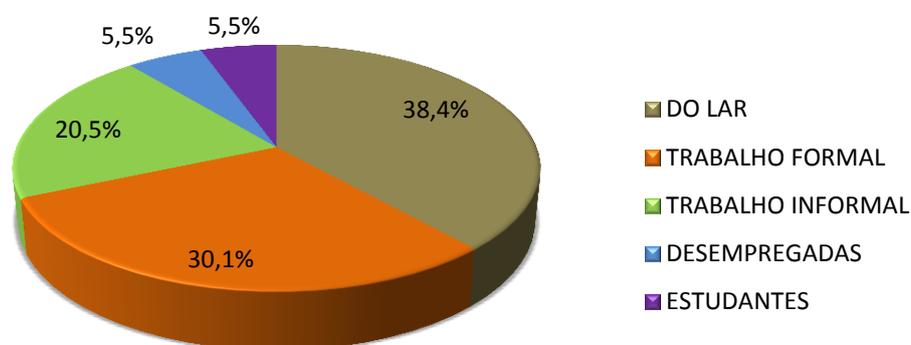


Figura 6 – Distribuição das Gestantes Conforme Situação no Mercado de Trabalho, segundo dados do Programa Fênix e Saúde em Rede – SMSA/PBH de julho de 2008 a junho de 2010.

Quando comparamos o PF quanto às categorias profissionais das mulheres, conforme a Classificação Brasileira de Ocupações de 2002 observa-se que as atividades profissionais que exigem um nível de escolaridade maior estão associadas à maior número de gestações planejadas. Um maior número de trabalhadoras com nível de escolaridade médio planejou a gravidez (5 em 8). Já as trabalhadoras com nível de escolaridade Fundamental, apenas sete em 33 planejaram sua gravidez. Apenas 37,5% das gestações entre as pacientes cuja atividade profissional exige o nível médio de escolaridade não foram inoportunas, bem abaixo do índice geral de gestações não planejadas de 74%. Nas demais categorias profissionais o índice foi de 78,8% ($p < 0,001$), Tabela 2.

Tabela 2 – Associação entre planejamento da gravidez e nível de escolaridade das mulheres pelas classes profissionais, segundo dados do Programa Fênix e Saúde em Rede – SMSA/PBH de julho de 2008 a junho de 2010.

| SUBGRUPO PROFISSIONAL | NÍVEL ESCOLARIDADE | PLANEJAMENTO DA GESTAÇÃO | | TOTAL |
|--|--------------------|--------------------------|-----------|-----------|
| | | SIM | NÃO | |
| TRABALHADORES DOS SERVIÇOS DOMÉSTICOS EM GERAL | FUNDAMENTAL | 2 | 9 | 11 |
| VENDEDORES E DEMONSTRADORES | FUNDAMENTAL | 3 | 5 | 8 |
| TRABALHADORES NOS SERVIÇOS DE EMBELEZAMENTO E CUIDADOS PESSOAIS | FUNDAMENTAL | 1 | 5 | 6 |
| TRABALHADORES DE INFORMAÇÃO AO PÚBLICO | MÉDIO | 2 | 3 | 5 |
| TRABALHADORES DOS SERVIÇOS DE HOTELARIA E ALIMENTAÇÃO | FUNDAMENTAL | 1 | 3 | 4 |
| TÉCNICOS DA CIÊNCIA DE SAÚDE HUMANA | MÉDIO | 1 | 0 | 1 |
| ESCRITURÁRIOS EM GERAL, AGENTES, ASSISTENTES E AUXILIARES ADMINISTRATIVOS | MÉDIO | 1 | 0 | 1 |
| TRABALHADORES DO SERVIÇO DE SAÚDE | MÉDIO | 1 | 0 | 1 |
| OUTROS TRABALHADORES DE SERVIÇOS DIVERSOS | FUNDAMENTAL | 0 | 1 | 1 |
| TRABALHADORES ARTESANAIS DAS ATIVIDADES TÊXTEIS, DO VESTUÁRIO E DAS ARTES GRÁFICAS | FUNDAMENTAL | 0 | 1 | 1 |
| CAIXAS, BILHETEIRO E AFINS | FUNDAMENTAL | 0 | 1 | 1 |
| TRABALHADORES NAS INDÚSTRIAS TÊXTEIS, DO VESTUÁRIO E DAS ARTES GRÁFICAS | FUNDAMENTAL | 0 | 1 | 1 |
| GERAL | | 12 | 29 | 41 |

Independente da categoria profissional houve associação entre atividade profissional e menor número de GNP. Entre as gestantes que apresentam atividade profissional, 41 (70,7%) tiveram GNP, enquanto que entre as gestantes do lar e estudantes, 32 (78,1%) tiveram GNP, ($p < 0,001$). Todas as quatro estudantes não planejaram a gestação, e duas delas eram adolescentes (Figura 7).

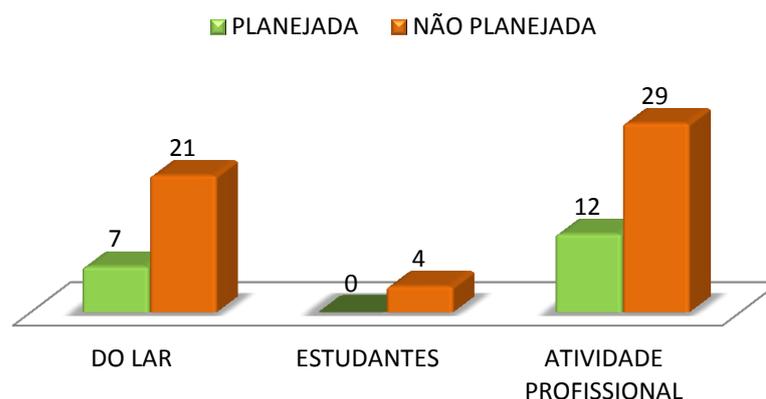


Figura 7 – Associação entre GNP, Atividade Profissional, Do Lar E Estudantes, segundo dados Do Programa Fênix E Saúde Em Rede – SMSA/PBH de julho de 2008 a junho de 2010.

Destaca-se o pobre envolvimento do grupo estudado em atividades esportivas, culturais, de lazer e comunitárias. Nenhuma das pacientes praticava atividade esportiva ou desenvolvia atividades culturais. Das 73 mulheres, apenas sete participavam de grupos comunitários, todos de cunho religioso. Esta participação não se relacionou com o número de gestações planejadas.

De forma inesperada, a maior escolaridade também não se relacionou ao planejamento da gravidez (Figura 8).

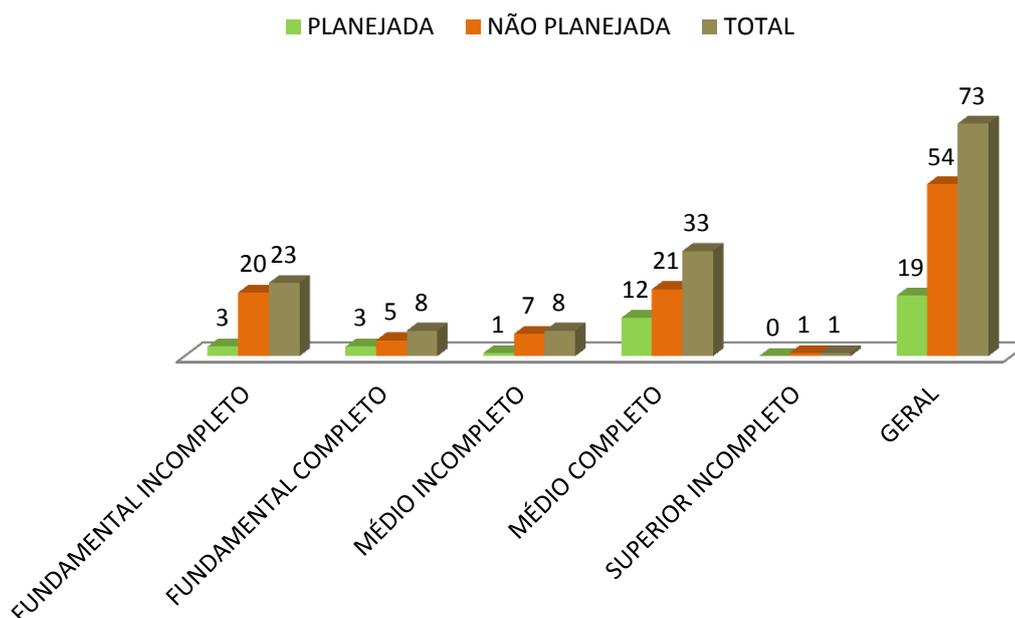


Figura 8 – Distribuição das gestações segundo a escolaridade, segundo dados do Programa Fênix e Saúde em Rede – SMSA/PBH de julho de 2008 a junho de 2010.

Foi considerada a orientação prévia sobre contracepção através do registro no prontuário e/ou fornecimento de algum método contraceptivo, como ações de Planejamento Familiar. Observou-se que a maioria das pacientes, 52 (71,2%) já tinha recebido algum tipo de orientação. Ações de planejamento familiar estão associadas à diminuição de GNP. No grupo das gestantes que planejaram suas gestações, apenas duas (10,5%) não receberam orientação formal na unidade, enquanto aquelas com GNP o percentual foi de 35,2%, correspondendo a 19 de 54 gestantes ($p < 0,001$) – Figura 9.

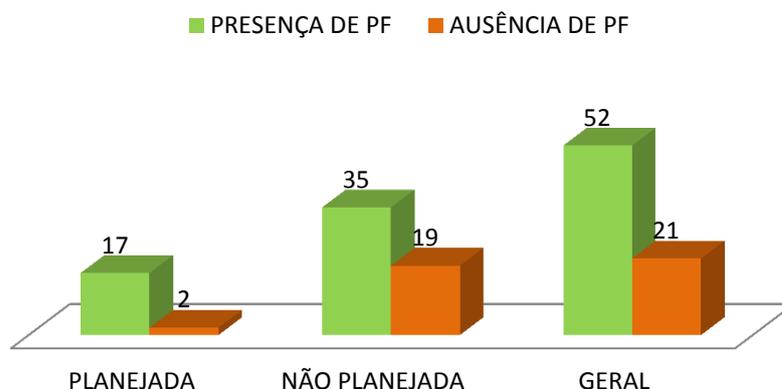


Figura 9 – Planejamento Familiar (PF) e da gravidez, de acordo com o registro dos prontuários da ESF 03 do CS Mantiqueira de julho de 2008 a junho de 2010.

3.2 Planejamento familiar e acompanhamento pré-natal

Foram analisados alguns parâmetros a fim de verificar a repercussão do não planejamento da gestação no acompanhamento pré-natal: início precoce do pré-natal, número de consultas, exames complementares realizados, ocorrência de complicações como a depressão pós-parto e realização de consulta de puerpério.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005c), o número mínimo de consultas de pré-natal que uma gestante deve realizar é de seis consultas, e idealmente, a primeira deve ocorrer no primeiro trimestre, ou seja, antes de 13 semanas de gestação. A maioria das gestantes, 44 (60,3%), iniciou o pré-natal no primeiro trimestre de gestação. Entretanto, das 54 mulheres com GNP, apenas 32 (59,3%) iniciaram precocemente e, desta forma, GNP esteve associada ao início tardio do pré-natal ($p < 0,025$) - Figura 10.

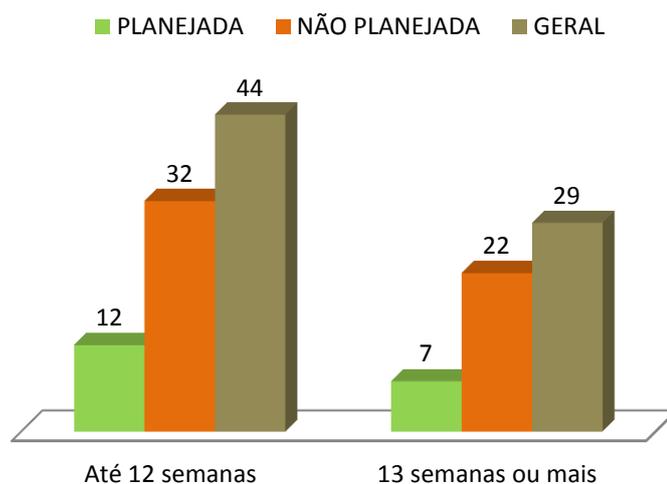


Figura 10 – Gestações planejadas e não planejadas e início do pré-natal, segundo os prontuários da ESF 03 do CS Mantiqueira de julho de 2008 a junho de 2010.

Da mesma forma, o não planejamento da gestação esteve associado ao baixo número de consultas de pré-natal. A grande maioria das gestantes, 63 (86,3%), realizou o mínimo de consultas recomendadas pelo MS. Das 10 mulheres restantes com baixo número de consultas, oito (80%) não planejaram a gestação ($p < 0,05$), (Figura 11).

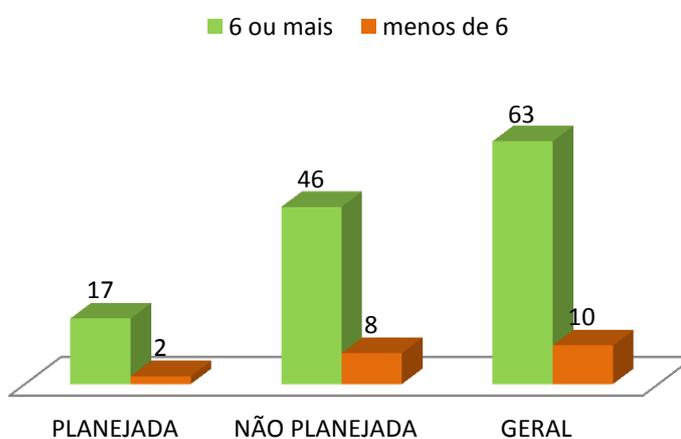


Figura 11 – Gestações planejadas e não planejadas e número de consultas de pré-natal, segundo o registro dos prontuários da ESF 03 do CS Mantiqueira de julho de 2008 a junho de 2010.

Todas as gestantes realizaram os exames preconizados, uma vez que são realizados pelo menos na primeira consulta.

Até 25% de complicações são esperadas nas gestações (COELHO, 2009). Neste estudo, 15 gestantes (20,6%) apresentaram complicações e nenhum desfecho fatal materno ou infantil foi observado. As doenças hipertensivas e infecciosas foram as mais prevalentes. Cinco pacientes apresentaram doenças hipertensivas, sendo duas com pré-eclâmpsia e um caso de HELLP Síndrome. Quatro tiveram intercorrências infecciosas, três pielonefrites e um caso de Hepatite B. A depressão pós-parto foi observada em três pacientes. Não há uma correlação clara entre as complicações observadas e o planejamento das gestações.

Além da associação de GNP com início tardio do pré-natal e baixo número de consultas, houve associação também entre GNP e ausência de consulta de puerpério. A grande maioria das pacientes realizou consulta no pós-parto (89%). Todas as oito que não compareceram à consulta de puerpério também não planejaram a gestação ($p < 0,005$) - **Figura 12.**

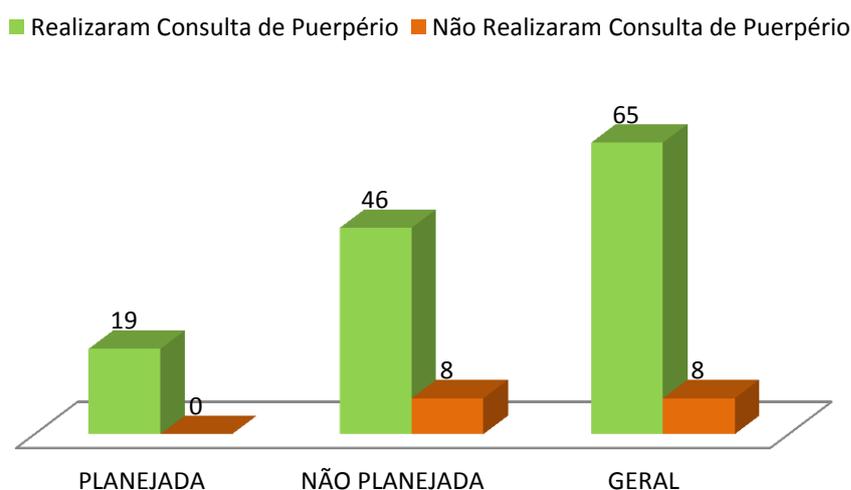
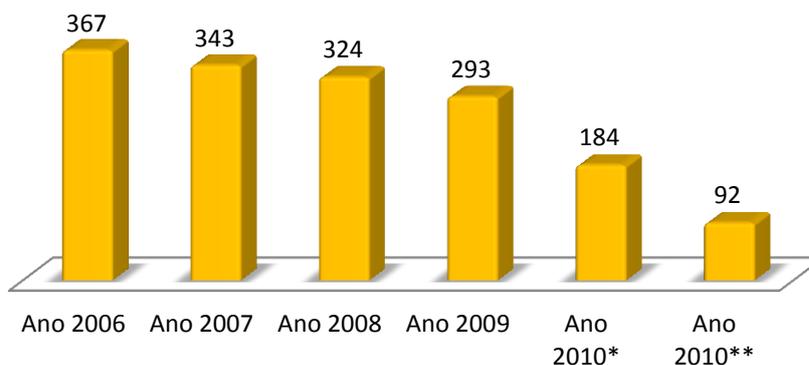


Gráfico 12 – Realização de Consulta de Puerpério e GP e GNP segundo os registros dos prontuários da ESF 03 do CS Mantiqueira de julho de 2008 a junho de 2010.

3.3 Avaliação do modelo de planejamento familiar do Centro de Saúde Mantiqueira

Nesta seção, será avaliado o modelo de planejamento familiar realizado na unidade. Conforme mencionado na introdução, novas estratégias foram redefinidas a partir de janeiro de 2009 e o recorte temporal deste estudo visa observar os produtos desta mudança. Foram comparadas as mudanças na distribuição de MC e na incidência de gravidez entre o período de julho de 2008 a junho de 2009 (08-09), anterior às mudanças do novo programa de planejamento familiar, com o período de julho de 2009 a junho de 2010 (09-10).

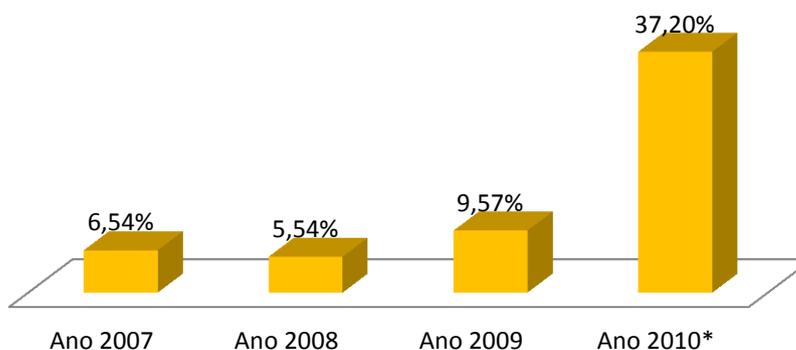
No Centro de Saúde observa-se um declínio nas taxas de nascidos vivos nos últimos cinco anos, indicado pela queda percentual de nascidos vivos com destaque mais acentuado para a projeção de 2010, podendo estar relacionado à melhoria do programa de planejamento familiar da unidade (Figura 13 e 14).



*Projeção para o ano conforme números do primeiro semestre de 2010.

**Número de nascidos vivos até 30/06/10.

Figura 13 – Número absoluto de nascidos vivos na área de abrangência do CS Mantiqueira, segundo dados do DATASUS, 31 de julho de 2010.



*Projeção para o ano conforme números do primeiro semestre de 2010.

Figura 14 – Queda percentual do número de nascidos vivos na área de abrangência do CS Mantiqueira nos últimos cinco anos, segundo dados do DATASUS, 31 de julho de 2010.

Comparando especificamente os períodos do estudo o número de nascidos vivos foi de 290 no período de julho de 2008 a junho de 2009 contra 238 no segundo ano do estudo, uma redução de 18% (DATASUS, 2010).

Na ESF 03 também houve uma diminuição no número de nascidos vivos de 17,5%, próximo à média da unidade. Já em relação às gestações não planejadas no período de 2008-2009, a taxa foi de 31 das 40 gestações (77,5%) e entre 2009-2010, caiu para 72,7%, sendo 24 das 33 gestações. Embora tenha reduzido esta taxa ainda é elevada (Figura 15).

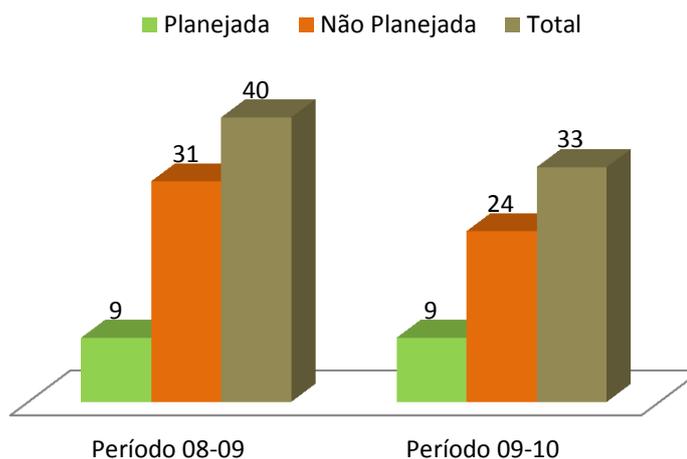


Figura 15 – Frequência de gestações de julho/08 a junho/09 e de junho/09 a julho/10 na ESF 03, segundo o registro dos prontuários da ESF 03 do CS Mantiqueira.

O alcance das ações de PF também foi superior. Entre 2008-2009, 67,5% das gestantes (27 entre 40 gestantes) havia recebido orientação formal na equipe. Entre 2009-2010, este percentual aumentou para 75,8% (25 entre 33 gestantes). Um número maior de gestações na adolescência foi observado no segundo período. Dez gestações em adolescentes que correspondem a 30,3% do total, nove das quais sem planejamento. No período anterior foi quatro o número de gestantes adolescentes (10% do total), o que indica a necessidade de desenvolver ações específicas de PF nesta faixa etária.

Os métodos contraceptivos mais utilizados na unidade são os anticoncepcionais orais combinados e os injetáveis. Comparando-se os dois períodos analisados, observou-se um aumento no fornecimento de injetáveis, bem como de Vasectomia e colocação de DIU e uma queda percentual nos AOC (Figuras 16 e 17).

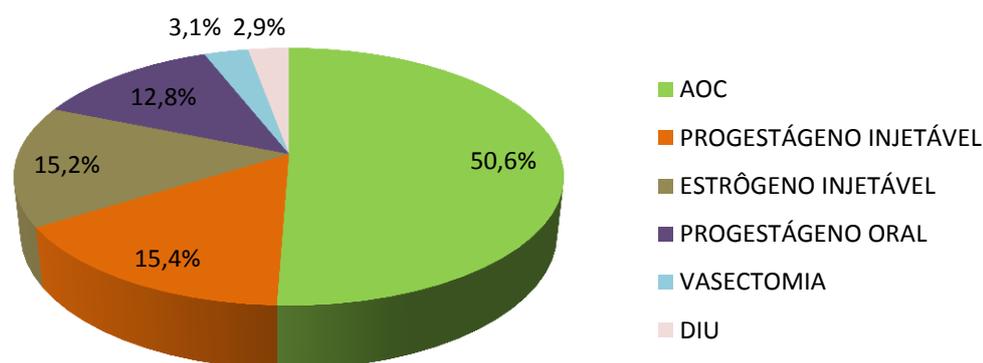


Figura 16 – Distribuição percentual dos métodos contraceptivos dispensados pelo CS Mantiqueira no Período de Julho/08 a Junho/09, segundo dados do Programa Fênix e Saúde em Rede – SMSA/PBH.

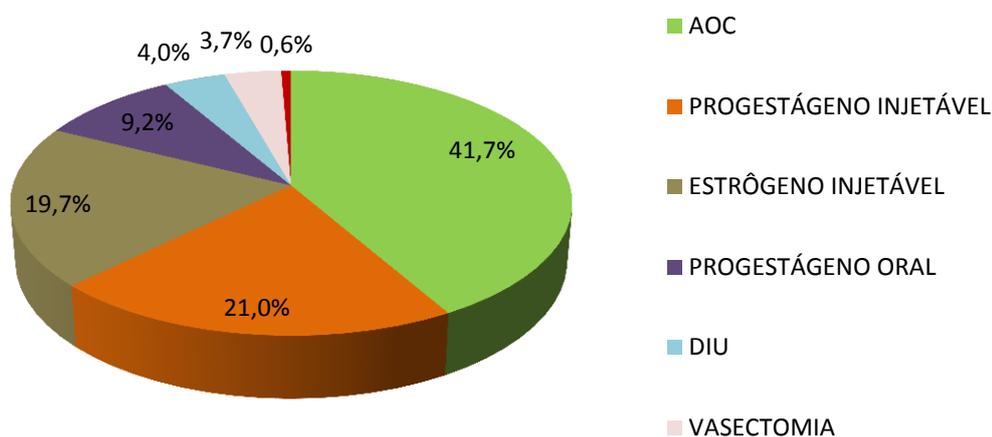


Figura 17 – Distribuição Percentual dos Métodos Contraceptivos Dispensados pelo CS Mantiqueira no Período de Julho/09 a Junho/10, segundo dados do Programa Fênix e Saúde em Rede – SMSA/PBH.

A importância da mudança do modelo de planejamento familiar na unidade, na diminuição da natalidade no CS é reforçada através do aumento considerável de dispensação da maioria dos métodos contraceptivos pela farmácia da unidade (Figura 18).

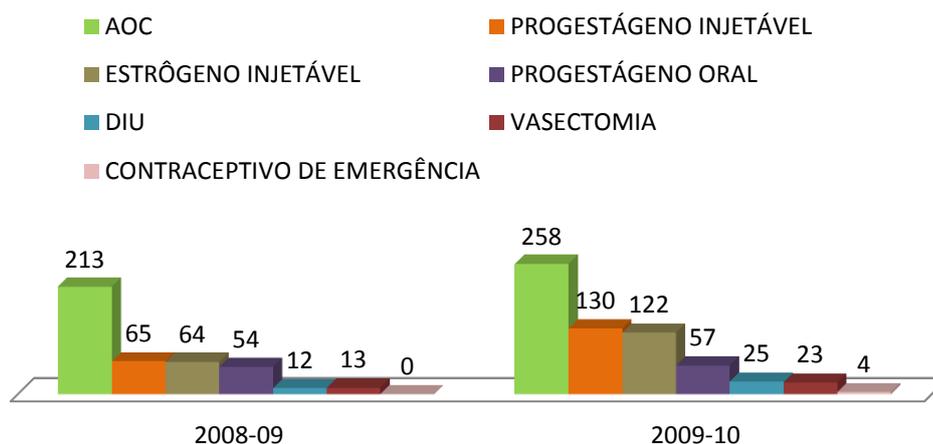


Figura 18 – Distribuição de métodos contraceptivos no CS Mantiqueira entre os períodos de julho/08 a junho/09 e de julho/09 a junho/10, segundo dados do Programa Fênix e Saúde em Rede – SMSA/PBH.

Durante o estudo, o fornecimento de contraceptivos permaneceu estável, e a equipe de profissionais da unidade se manteve, não caracterizando possíveis fatores de confusão na associação entre a mudança do modelo de planejamento e aumento do uso dos MC. Comparando-se os dois períodos, observou-se um aumento de 21% no fornecimento de Anticoncepcionais Orais Combinados (AOC), de 77% no número de Vasectomias realizadas, 91% no uso de Estrógenos Injetáveis, 100% para Progestágenos Injetáveis e 108% na colocação de Dispositivo Intra-Uterino (DIU). O aumento mais discreto observado foi de 6% para os Progestágenos Orais. Em termos gerais, 198 novos fornecimentos foram acrescentados no período de 09-10, correspondendo ao aumento de 47%.

Na ESF 03, também foi observado um aumento do acesso aos métodos contraceptivos no período de 2009-2010. Houve uma pequena diminuição na realização de Vasectomias de oito para sete (12,5%) e no fornecimento de Progestágenos Orais de 14 para 12 (14,3%). O fornecimento de AOC subiu 38,5% (de 39 para 54); inserções de DIU aumentaram em 25% (de 4 para 5); 87% mais usuárias utilizaram Progestágenos Injetáveis (de 23 para 43) e houve um aumento de 192% (de 12 para 35) no fornecimento de Estrógenos Injetáveis (Figura 19).

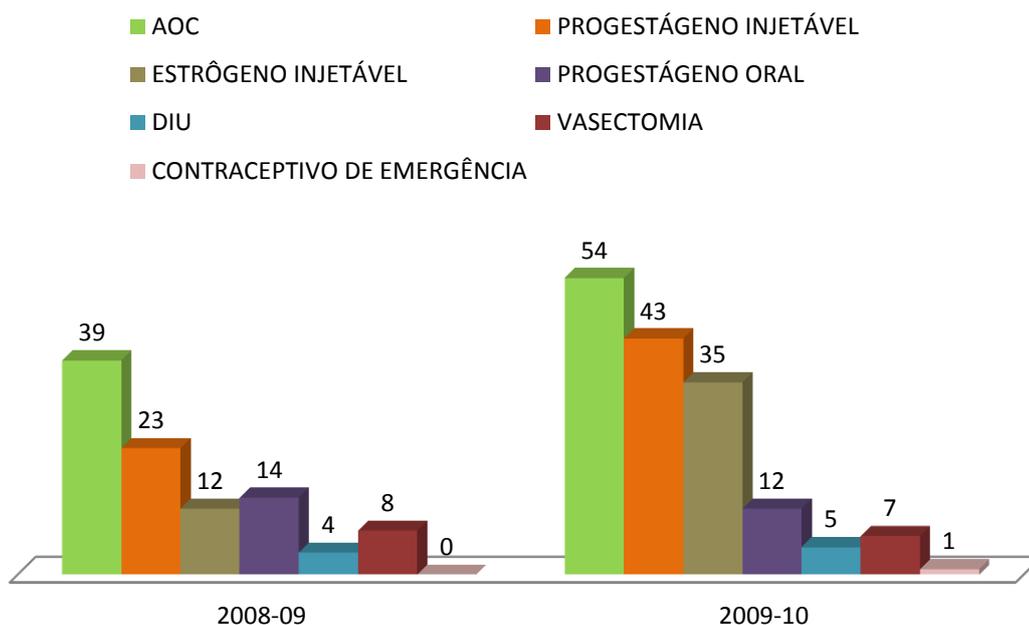


Gráfico 19 – Distribuição de métodos contraceptivos na ESF 03 entre os períodos de julho/08 a junho/09 e de julho/09 a junho/10, segundo dados do Programa Fênix e Saúde em Rede – SMSA/PBH-Jun/10

Os métodos contraceptivos mais utilizados na unidade são os AOC e os injetáveis. Nos dois períodos analisados, observou-se um aumento no fornecimento de injetáveis bem como do aumento da participação da Vasectomia e colocação de DIU no rol de possibilidades embora pequeno em números absolutos.

4. Conclusão

Planejar a família é antes de tudo um direito humano onde o casal deve escolher livremente sobre o momento de ter filhos ou não. Almeja-se que esta escolha seja consciente e oportuna, evitando o desgaste de uma gestação não planejada ou até mesmo indesejada. O trabalho primordial da equipe de saúde será então o aconselhamento responsável e imparcial sobre todos os MC e a facilitação de seus fornecimentos quando requeridos pelo paciente.

Conhecer o perfil da população adscrita e os fatores relacionados às GNP torna-se fundamental no desenvolvimento de um programa de planejamento familiar adaptado as peculiaridades locais. Neste estudo, diversos parâmetros estiveram relacionados ao não planejamento das gestações exigindo um programa de planejamento abrangente o bastante para contemplar a maioria das situações.

O índice de gestações não planejadas foi maior nos extremos das idades, ou seja, entre

adolescentes e nas pacientes acima de 30 anos de idade. A gravidez na adolescência em si merece um tratamento diferenciado e o programa de PF desenhado na unidade não foi efetivo o bastante na redução da GA no período estudado. O primeiro filho não foi planejado em 61,29% dos casos. Da mesma forma houve associação entre multiparidade e GNP, em especial naquelas com três ou mais gestações anteriores.

Não houve associação direta entre a renda familiar e as GNP. Todavia o grupo estudado tinha uma renda homogeneamente baixa, 78% das gestantes tinham renda familiar de até dois salários mínimos e apenas 3% das usuárias tinham renda superior a três salários. Entretanto nas pacientes pertencentes ao Programa Bolsa Família, a incidência de GNP foi maior que na população geral, 88,89% contra 75,34%.

Independente da categoria profissional, houve associação entre exercer atividade profissional e menor número de GNP. Quando classificadas segundo a escolaridade exigida pela profissão, o índice de GNP foi menor ainda, apenas 37,5% das gestações entre as pacientes cuja atividade profissional exige o nível médio de escolaridade foram inoportunas. Inesperadamente o nível de escolaridade isoladamente não se relacionou à GNP.

O acesso a informação sobre planejamento familiar está relacionado com menores índices de GNP. Das gestantes que planejaram suas gestações, apenas 10,53% não receberam orientação formal na unidade, enquanto aquelas com GNP, o percentual foi de 35,18%.

Foi constatada a correlação entre GNP e início tardio do pré-natal, baixo número de consultas de pré-natal ou ausência na consulta de puerpério, que são fatores de risco potencial de morbimortalidade materno-fetal. Entretanto, nenhuma das complicações observadas durante a gestação, parto ou puerpério possam ser atribuídas diretamente ao não planejamento da gravidez.

Quanto à avaliação do planejamento familiar desenvolvido na unidade, pode ser dito que houve um aumento significativo na distribuição de MC como resultado do acesso a informação e facilitação do fornecimento destes métodos desde a reestruturação do programa em janeiro de 2009. Comparando os períodos de julho de 2008 a junho de 2009 e de julho de 2009 e junho de 2010 observa-se um alcance de usuários 47% maior no segundo período. Também houve um aumento de 21% no fornecimento de AOC; de 77% no número de Vasectomias realizadas; 91% no uso de Estrógenos Injetáveis; 100% para Progestágenos Injetáveis e 108% na colocação de DIU. Soma-se a esta constatação o decréscimo do número de nascidos vivos nos anos do estudo, segundo dados do SINASC obtidos em julho de 2010. Houve uma diminuição percentual de 9,57% do número de nascidos vivos entre o ano de

2008 e 2009 e, uma projeção de diminuição de 37,20% entre 2009 e 2010, segundo dados do primeiro semestre deste ano.

Na equipe ESF 03, também se observou um maior acesso aos métodos contraceptivos de forma semelhante à unidade de saúde, e uma diminuição de 17,5% no número de gestantes acompanhadas nos períodos comparados. Embora discreto, houve também redução do número de GNP, embora esta redução seja avaliada também indiretamente, pela diminuição de nascidos vivos e das gestantes acompanhadas. No período de 2008-2009, somavam 77,5% das gestantes e entre 2009-2010, caiu para 72,7%. O alcance das ações de PF também foi superior. Entre 2008-2009, 67,5% das gestantes haviam recebido orientação formal na equipe. Entre 2009-2010, este percentual aumentou para 75,76%.

Os resultados forneceram elementos para o desenvolvimento de novas estratégias que garantam à população adscrita o acesso ao planejamento familiar e indicam que a priorização deste planejamento contribuiu para a redução de gestações não planejadas mesmo em curto intervalo de tempo.

5. Referências

- BRASIL. Lei n° 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º, do art. 226, da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece prioridades e dá outras providências. Brasília: 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9263.htm>. Acesso em 12 dez. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Direitos sexuais e direitos reprodutivos: uma prioridade do governo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Anticoncepção de emergências: Perguntas e respostas para profissionais de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005c.
- BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2000. Brasília, 2000. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br/cd/defaultcd2000.asp?o=2&i=P>>. Acesso em 12 dez. 2009.
- BRASIL, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Síntese de indicadores sociais - 2007*. Brasília 2007. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao>>. Acesso em 12 dez. 2009.
- COELHO, S. Saúde da Mulher. Belo Horizonte: Nescom/UFMG, Coopmed, 2009.
- DUARTE, C. M.; NASCIMENTO, V. B.; AKERMAN, M. Gravidez na adolescência e exclusão social: análise de disparidades intra-urbanas. *Rev Panam Salud Publica* [online], vol.19, n.4, pp. 236-243, 2006.
- FRICHE, A. A. D. L *et al.* Indicadores de saúde materno infantil em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2001: análise dos diferenciais intra-urbanos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(9):1955-1965, set, 2006.
- GIGANTE, D. P. *et al.* Maternidade e paternidade na coorte de nascimentos de 1982 a 2004-5, Pelotas, RS. *Rev. saúde pública*; 42(supl.2): 42-50, dez. 2008.
- MORAES, I.G.S. *et al.* Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Rev. Saúde Pública* [online], vol.40, n.1, pp. 65-70, 2006.
- VIEIRA, L. M. *et al.* Abortamento na adolescência: um estudo epidemiológico. *Ciênc. saúde coletiva* [online], vol.12, n.5, pp. 1201-1208, 2007.