

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

**Assistência em planejamento familiar em um programa de saúde da família  
no município de Ribeirão Preto-SP**

**LUZIA APARECIDA DOS SANTOS PIERRE**

**Ribeirão Preto**

**2008**

**LUZIA APARECIDA DOS SANTOS PIERRE**

**Assistência em planejamento familiar em um programa de saúde da família  
no município de Ribeirão Preto-SP**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.**

**Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública  
Inserida na linha de pesquisa: Assistência à saúde da mulher no ciclo vital.**

**Orientador: Maria José Clapis**

**Ribeirão Preto**

**2008**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

## FICHA CATALOGRÁFICA

Santos-Pierre, Luzia Aparecida.

Assistência em planejamento familiar em um programa de saúde da família no município de Ribeirão Preto-SP/Luzia Aparecida dos Santos Pierre, Ribeirão Preto, 2008.

154 f.; 30 cm

Dissertação (Mestrado Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Dra. Maria José Clapis.

1. Saúde da Mulher. 2. Serviços de Planejamento Familiar. 3. Programa de Saúde da Família. 4. Enfermagem

## FOLHA DE APROVAÇÃO

Luzia Aparecida dos Santos Pierre

Assistência em planejamento familiar em um programa de saúde da família no município de Ribeirão Preto-SP

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Banca Examinadora

Profa. Dra. Maria José Clapis

Instituição: EERP/USP

Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

## *DEDICATÓRIA*

*Dedico este trabalho...*

*A meus pais, Antonio e Regina,*

*pela educação, pelo exemplo, pela dedicação,*

*pelo amor, pela alegria.*

*À Sandrinha, Doni e Juju,*

*pelo carinho, pela amizade, pela estímulo,*

*pela alegria, pela esperança.*

*Ao Gustavo,*

*pelo amor, pela vida compartilhada,*

*pela paciência, pela alegria.*

*Amo vocês!*

## **AGRADECIMENTOS ESPECIAIS**

*À Professora Doutora **Maria José Clapis**, pela paciência, apoio, carinho, estímulo e pela preciosa orientação.*

*Aos Professores Doutor **Vanderlei José Haans** e **Fabiana Villela Mamede**, pelas contribuições que certamente ajudaram a qualificar este estudo.*

*À Professora Doutora **Cláudia Benetida dos Santos**, pela disponibilidade, paciência e auxílio em estatística.*

*À todos os **docentes do Departamento Materno-infantil e Saúde Pública**, pela colaboração na minha formação acadêmica.*

*À toda **equipe do Núcleo de Saúde da Família I**, por permitirem minha entrada no núcleo, tornando possível a realização deste estudo e a **todas as mulheres** que participaram do estudo, pela prontidão e disponibilidade com que aceitaram participar da pesquisa.*

*Aos amigos do Centro Universitário de Araraquara, **Creuza, Priscila, Ângela, Lúcia, Jurema, Érika, Sandra, Viviane, Cássia, Jorge**, pela amizade e estímulo para a realização deste trabalho.*

*Aos amigos do CORFEN-SP, **Beatriz, Eliane, Sandra, Juraci e Emerson** pelo carinho, estímulo e compreensão.*

*À **todos os meus amigos**, pela alegria que trazem para a minha vida quando temos a oportunidade de estarmos juntos.*

*Aos **alunos** pelo carinho, pela pureza das intenções e pelo reconhecimento....*

*À **Deus**, presente em todos os momentos de minha vida, força que me impulsiona e fortalece a cada dia.*

SANTOS-PIERRE, Luzia Aparecida. **Assistência em Planejamento Familiar em um Programa de Saúde da Família no município de Ribeirão Preto-SP.** Ribeirão Preto, 2008. 154 f. Dissertação (Mestrado Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. 2008.

## RESUMO

O planejamento familiar é uma ação de saúde que permite a regulação da fecundidade, faz parte da Atenção Básica, atualmente vem sendo oferecido através do Programas de Saúde da Família é um direito reprodutivo. A qualidade da assistência em planejamento familiar é imprescindível para os índices de saúde reprodutiva e sexual, sendo a oferta, a livre escolha por métodos contraceptivos e a informação dada aos clientes são elementos fundamentais para garantir a qualidade dessa assistência. Este estudo teve como objetivo descrever a assistência prestada em planejamento familiar segundo as mulheres em idade fértil e os profissionais de saúde do Núcleo de Saúde de Família I no município de Ribeirão Preto, São Paulo. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa. A amostra foi composta por 242 mulheres em idade fértil cadastradas no Núcleo de Saúde da Família I e por 11 profissionais de saúde que atuavam neste serviço. Os dados foram coletados através de entrevistas estruturadas em domicílio e no serviço de saúde. A estatística descritiva e os testes qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher foram utilizados para a análise dos dados. Os resultados revelam que a maioria das mulheres (69,8%) utiliza o Núcleo de Saúde da Família I para segmento de saúde, possuem em média 32,6 anos, são casadas (43%), possuem vida sexual ativa (65,7%), já engravidaram sem planejar utilizando métodos contraceptivos (46,2%), utilizam métodos contraceptivos para o controle da fecundidade (66,5%), sendo a pílula e o preservativo masculino os mais conhecidos e utilizados, já suspenderam o uso de métodos contraceptivos sem orientação médica (57,8%). O Núcleo de Saúde da Família I não se constituiu em local de orientação para 51,2% das mulheres sobre planejamento familiar, bem como para homens e adolescentes. As mulheres recebem orientações sobre planejamento familiar de forma individual (90,1%), há pouca utilização de material ilustrativo durante as orientações (38,7%), A mulheres utilizam os métodos contraceptivos mais orientados e oferecidos pelos profissionais de saúde, recebem acompanhamento clínico (75,6%). O conhecimento das mulheres, sobre as principais características dos métodos contraceptivos, está associado ao método em uso. Há orientação para o uso de preservativo masculino visando prevenir DST/HIV, porém este método é pouco utilizado. Os profissionais de saúde estão formados, em média, há 13 anos, atuam, em média, há quatro anos e nove meses no Núcleo de Saúde da Família I e atuam, em média, há sete anos em planejamento familiar e a maioria não recebeu capacitação em planejamento familiar. Atividades de orientação em grupo são desenvolvidas esporadicamente. Os métodos contraceptivos mais eficazes são os mais orientados e oferecidos para as mulheres pelos profissionais de saúde. Concluímos que a informação sobre os diversos métodos contraceptivos e a escolha livre não é realidade das mulheres do Núcleo de Saúde da Família I, já que utilizam os métodos contraceptivos mais orientados e oferecidos pelos profissionais de saúde. A falta de capacitação profissional, assim como as ações educativas descontinuas e pouco concretizadas, colocam em risco a saúde reprodutiva e sexual das mulheres. A assistência em planejamento familiar apresenta-se deficitária, necessitando de adequação com vistas a uma assistência de qualidade na perspectiva dos direitos reprodutivos e sexuais.

**Descritores:** Saúde da Mulher; Serviços de Planejamento Familiar; Programa de Saúde da Família, Enfermagem.

SANTOS-PIERRE, Luzia Aparecida. **Family Planning Care in a Family Health Program in Ribeirão Preto-SP**. Ribeirão Preto, 2008. 154 p. Master's Thesis in Nursing – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing. 2008.

### ABSTRACT

Family planning is a health action that permits regulating fecundity and is part of Basic Health Care services. The quality of family planning care is essential for reproductive and sexual health ratios, in which the offering and free choice of contraceptive methods and the information given to clients are fundamental elements to guarantee care quality. This study aimed to describe family planning care delivery according to women of fertile age and health professionals at Family Health Center I in Ribeirão Preto, São Paulo. This is a descriptive study with a quantitative approach. The sample was composed of 242 women of fertile age registered at Family Health Center I and 11 health professionals working at this service. Data were collected through structured interviews held at home and at the health service. Descriptive statistics and Pearson's Chi-Square or Fisher's Exact test were used for data analysis. The results reveal that most women (69.8%) use Family Health Center I for the health segment. Their average age is 32.6 years; they are married (43%); have an active sexual life (65.7%); have already been pregnant without planning to use contraceptive methods (46.2%); use contraceptive methods for fecundity control (66.5%), with the pill and the male condom as the most known and used methods; have already suspended the use of contraceptive methods without medical advice (57.8%). The Health Service under analysis did not represent a place of family planning advice for 51.2% of the women, nor for men and adolescents. The women receive individual advice about family planning (90.1%) and little illustration material is used during the advice sessions (38.7%). They use the contraceptive methods that are most indicated and offered by health professionals, and receive clinical follow-up (75.6%). The women's knowledge about the main characteristics of the contraceptive methods is associated with the method they are using. Advice is given about the use of the male condom with a view to preventing STD/HIV, although this method is little used. Average time since graduation for the health professionals is 13 years; they have been working at Family Health Centre I for four years and nine months on the average, have been active in family planning for seven years on the average and most of them did not receive any training on family planning. Group orientation activities occur sporadically. The most effective contraception methods are also those the health professionals indicate and offer most frequently. We conclude that information about the different contraceptive methods and free choice are not a reality for the women in this study, as they use the contraceptive methods that are most indicated and offered by the health professionals. The lack of professional training, as well as discontinued and not very concrete education actions put the reproductive and sexual health of these women at risk. Deficits in family planning care are found, demanding adaptation with a view to offering high-quality care from the perspective of reproductive and sexual rights.

**Descriptors: Women's Health; Family Planning Services; Family Health Program; Nursing.**



A SANTOS-PIERRE, Luzia Aparecida. **Asistencia en Planificación Familiar en un Programa de Salud de la Familia en el municipio de Ribeirao Preto-SP.** Ribeirao Preto, 2008. 154 f. Disertación (Maestría Enfermería) – Escuela de Enfermería de Ribeirao Preto de la Universidad de Sao Paulo. 2008.

## RESUMEN

La planificación familiar es una acción de salud que permite la regulación de la fecundidad, este es un servicio de Atención Básica en Salud. La calidad de asistencia en planificación familiar es imprescindible para mejorar los índices de salud reproductiva y sexual, siendo la oferta, el poder escoger los métodos anticonceptivos y la información dada a los clientes, elementos fundamentales para garantizar la calidad. Este estudio tuvo como objetivo describir la asistencia prestada en el servicio de planificación familiar según las mujeres en edad fértil y los profesionales de salud del Núcleo de Salud de la Familia I en el municipio de Ribeirao Preto, Sao Paulo. Se trata de un estudio descriptivo, con abordaje cuantitativo. La muestra fue compuesta por 242 mujeres en edad fértil registradas en el Núcleo de Salud de la Familia I y por 11 profesionales de salud que actuaban en este servicio. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas estructuradas, realizadas en el domicilio y en el servicio de salud. La estadística descriptiva y los testes qui-cuadrado de Pearson o Exacto de Fisher fueron utilizados para el análisis de los datos. Los resultados revelan que la mayoría de las mujeres (69,8%) utiliza el Núcleo de Salud de la Familia para la sección de salud, poseen en media 32,6 años, son casadas (43%), tienen una vida sexual activa (65,7%), ya estuvieron embarazadas sin planear utilizando métodos anticonceptivos (46,2%), utilizan métodos anticonceptivos para el control de la fecundidad (66,5%), siendo la píldora y el preservativo masculino los más conocidos y utilizados, ya suspendieron el uso de métodos anticoncepcionales sin orientación médica (57,8%). El Servicio de Salud en estudio no se constituyó en el local de orientación sobre planificación familiar para 51,2% de las mujeres, así como hombres y adolescentes. Las mujeres reciben orientaciones sobre planificación familiar de forma individual (90,1%) y hay poca utilización de material ilustrativo durante las orientaciones (38,7%). Las mujeres que utilizaron los métodos anticonceptivos más orientados y ofrecidos por los profesionales de salud, reciben acompañamiento clínico (75,6%). El conocimiento de las mujeres sobre las principales características de los métodos anticonceptivos, está asociado al método en uso. Hay orientación para el uso del preservativo masculino tratando de prevenir DST/HIV, pero este método es poco utilizado. Los profesionales de salud tienen formación universitaria, en media 13 años, actúan, en media, ha cuatro años y nueve meses en el Núcleo de Salud de la Familia I y actúan, en media, hace siete años en planificación y la mayoría no recibió capacitación en planificación familiar. Actividades de orientación en grupo son desarrolladas esporádicamente. Los métodos anticonceptivos de mayor eficacia anticonceptiva son los más orientados y ofrecidos para las mujeres por los profesionales de salud. Concluimos que la información sobre los diversos métodos anticonceptivos y el escoger libremente no es una realidad para las mujeres de este estudio, ya que utilizan los métodos anticonceptivos más orientados y ofrecidos por los profesionales de salud. La falta de capacitación profesional así como las acciones educativas discontinuadas es poco concretizado, coloca en riesgo la salud reproductiva y sexual de las mujeres. La asistencia en planificación familiar se presenta en déficit, necesitando de adecuación apuntando para una asistencia de calidad en la perspectiva de los derechos reproductivos y sexuales.

**Descriptor:** Salud de la Mujer; Servicios de planificación familiar; Programa de Salud de la Familia; Atención de Enfermería

## LISTAS

### LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 -** Distribuição das mulheres em idade fértil cadastradas no NSF I sorteadas para participar do estudo, Núcleo de Saúde da Família I, Ribeirão Preto, 2008. 49
- Tabela 2 -** Distribuição das mulheres em idade fértil cadastradas no Núcleo de Saúde da Família I e mulheres entrevistadas, segundo a microárea, Núcleo de Saúde da Família I, Ribeirão Preto, 2008. 61
- Tabela 3 -** Distribuição das mulheres em idade fértil cadastradas no Núcleo de Saúde da Família I, segundo tempo de cadastro e seguimento de saúde, Núcleo de Saúde da Família I, Ribeirão Preto, 2008. 62
- Tabela 4 -** Distribuição das mulheres em idade fértil cadastradas no Núcleo de Saúde da Família I, segundo a idade, cor, religião, escolaridade e estado civil, Núcleo de Saúde da Família I, Ribeirão Preto, 2008. 63
- Tabela 5 -** Distribuição das mulheres em idade fértil cadastradas no Núcleo de Saúde da Família I, segundo ocupação, renda e número de pessoas por residência, Núcleo de Saúde da Família I, Ribeirão Preto, 2008. 67
- Tabela 6 -** Distribuição das mulheres em idade fértil cadastradas no Núcleo de Saúde da Família I, segundo atividade sexual e frequência de relações sexuais, Núcleo de Saúde da Família I, Ribeirão Preto, 2008. 69
- Tabela 7 -** Distribuição das mulheres em idade fértil cadastradas no Núcleo de Saúde da Família I, segundo número de gestações, número de abortos, intervalo interpartal, idade na primeira gestação, idade na última gestação e gestação planejada, Núcleo de Saúde da Família I, Ribeirão Preto, 2008. 71
- Tabela 8 -** Distribuição das mulheres em idade fértil cadastradas no Núcleo de Saúde da Família I, segundo suspensão de uso do MAC, Núcleo de Saúde da Família I, Ribeirão Preto, 2008. 81
- Tabela 9 -** Distribuição das mulheres em idade fértil cadastradas no Núcleo de Saúde da Família I, segundo tempo de uso dos MAC, Núcleo de Saúde da Família I, Ribeirão Preto, 2008. 82
- Tabela 10 -** Distribuição das mulheres em idade fértil cadastradas no Núcleo de Saúde da Família I, segundo orientações sobre MAC, fonte de orientação, oferta de orientação sobre MAC para mulheres em idade fértil, para homens e adolescentes no NSF I, Núcleo de Saúde da Família I, Ribeirão Preto, 2008. 83

<b>Tabela 11</b> - Distribuição das mulheres em idade fértil cadastradas no Núcleo de Saúde da Família I, segundo forma de orientações e uso de material ilustrativo, Núcleo de Saúde da Família I, Ribeirão Preto, 2008.	90
<b>Tabela 12</b> - Distribuição das mulheres em idade fértil cadastradas no Núcleo de Saúde da Família I, segundo consideração do conhecimento prévio sobre MAC, intenção reprodutiva respeitada e consideração sobre MAC preferido, Núcleo de Saúde da Família I, Ribeirão Preto, 2008.	91
<b>Tabela 13</b> - Distribuição das mulheres em idade fértil cadastradas no Núcleo de Saúde da Família I, segundo realização de consulta antes de iniciar MAC e acompanhamento, Núcleo de Saúde da Família I, Ribeirão Preto, 2008.	93
<b>Tabela 14</b> - Distribuição das mulheres em idade fértil cadastradas no Núcleo de Saúde da Família I, segundo decisão e aquisição do MAC, Núcleo de Saúde da Família I, Ribeirão Preto, 2008.	95
<b>Tabela 15</b> - Distribuição das mulheres em idade fértil segundo uso de pílula e informações recebidas sobre os MAC. Núcleo de Saúde da Família I, Ribeirão Preto, 2008.	98
<b>Tabela 16</b> - Distribuição das mulheres em idade fértil segundo uso de injetável hormonal e informação recebida sobre MAC, Núcleo de Saúde da Família I, Ribeirão Preto, 2008.	99
<b>Tabela 17</b> - Distribuição das mulheres em idade fértil segundo uso do DIU e informações recebidas sobre os MAC, Núcleo de Saúde da Família I, 2008.	101
<b>Tabela 18</b> - Distribuição das mulheres em idade fértil segundo uso de preservativo masculino e informações recebidas sobre os MAC, Núcleo de Saúde da Família I, Ribeirão Preto, 2008.	102
<b>Tabela 19</b> - Distribuição das mulheres em idade fértil segundo uso da Tabela e informações recebidas sobre os MAC, Núcleo de Saúde da Família I, Ribeirão Preto, 2008.	103
<b>Tabela 20</b> - Distribuição das mulheres em idade fértil segundo uso de laqueadura e informações recebidas sobre os MAC, Núcleo de Saúde da Família I, Ribeirão Preto, 2008.	103
<b>Tabela 21</b> - Distribuição das mulheres em idade fértil segundo uso de pílula e decisão pelo MAC, Núcleo de Saúde da Família, Ribeirão Preto, 2008.	106
<b>Tabela 22</b> - Distribuição das mulheres em idade fértil segundo uso de coito interrompido e decisão pelo MAC, Núcleo de Saúde da Família I, Ribeirão Preto, 2008.	107
<b>Tabela 23</b> - Distribuição das mulheres em idade fértil segundo uso de laqueadura e decisão pelo MAC, Núcleo de Saúde da Família, Ribeirão Preto, 2008.	107

- Tabela 24** - Distribuição das mulheres em idade fértil segundo uso de preservativo masculino e aquisição de MAC, Núcleo de Saúde da Família I, Ribeirão Preto, 2008. 108
- Tabela 25** - Distribuição dos profissionais de saúde que atuam no Núcleo de Saúde da Família I, segundo sexo, idade, religião e escolaridade, Núcleo de Saúde da Família I, Ribeirão Preto, 2008. 110
- Tabela 26** - Distribuição dos profissionais de saúde que atuam no Núcleo de Saúde da Família I, segundo tempo de formação, tempo de atuação no NSF I e tempo de atuação em PF. Núcleo de Saúde da Família I, Ribeirão Preto, 2008. 111

## LISTA DE QUADROS

- Quadro 1 -** Distribuição das mulheres em idade fértil cadastradas no Núcleo de Saúde da Família I, segundo o conhecimento espontâneo e estimulado do MAC, MAC já utilizados e em uso, Núcleo de Saúde da Família I, Ribeirão Preto, 2008. 76
- Quadro 2 -** Distribuição das mulheres em idade fértil cadastradas no Núcleo de Saúde da Família I, segundo informações recebidas sobre MAC no Núcleo de Saúde da Família, Núcleo de Saúde da Família I, Ribeirão Preto, 2008. 88
- Quadro 3 -** Distribuição dos profissionais de saúde que atuam no Núcleo de Saúde da Família I, segundo formação em PF, capacitação em PF e fonte de capacitação, Núcleo de Saúde da Família I, Ribeirão Preto, 2008. 112
- Quadro 4 -** Distribuição dos profissionais de saúde que atuam no Núcleo de Saúde da Família I, segundo acesso a publicações sobre PF e leitura das publicações sobre PF, Núcleo de Saúde da Família I, Ribeirão Preto, 2008. 115
- Quadro 5 -** Distribuição das citações da orientação e oferta de MAC por profissionais de saúde no Núcleo de Saúde da Família I, segundo a diversidade de MAC, Núcleo de Saúde da Família I, Ribeirão Preto, 2008. 118
- Quadro 6 -** Distribuição das informações oferecidas por profissionais de saúde no Núcleo de Saúde da Família I aos clientes sobre as principais características dos MAC, implicações para a vida sexual e disponibilidade de MAC, segundo a diversidade de MAC, Núcleo de Saúde da Família, Ribeirão Preto, 2008. 121
- Quadro 7 -** Distribuição das citações de forma de acompanhamento e forma de orientação sobre MAC oferecida no Núcleo de Saúde da Família I, segundo os profissionais de saúde, Núcleo de Saúde da Família, Ribeirão Preto, 2008. 122

## Lista de Abreviaturas e Siglas

<b>AB</b>	Atenção Básica
<b>ACS</b>	Agente Comunitário de Saúde
<b>BEMFAM</b>	Sociedade Civil Bem-Estar no Brasil
<b>CEBRAP</b>	Centro Brasileiro de Análise e Planejamento
<b>ESF</b>	Equipes de Saúde da Família
<b>FMRP-USP</b>	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>IBOPE</b>	Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística
<b>MAC</b>	Método Anticoncepcional
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>NOAS</b>	Norma Operacional de Assistência à Saúde
<b>NSF</b>	Núcleo de Saúde de Família
<b>ONG</b>	Organizações Não Governamentais
<b>PF</b>	Planejamento Familiar
<b>PHPN</b>	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
<b>PITS</b>	Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
<b>PAISM</b>	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
<b>PNDS</b>	Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde
<b>PSF</b>	Programa de Saúde da Família
<b>SEADE</b>	Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
<b>SIAB</b>	Sistema de Informação da Atenção Básica
<b>SMS</b>	Secretaria Municipal de Saúde
<b>SPS</b>	Serviços Públicos de Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UBS</b>	Unidades Básicas de Saúde
<b>UBDS</b>	Unidades Básicas Distrital de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>17</b>
<b>2. OBJETIVOS</b>	<b>23</b>
2.1 Objetivos Específicos	23
<b>3. REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO</b>	<b>25</b>
3.1 Planejamento Familiar no Brasil	25
3.2 A estratégia da Saúde da Família	33
3.3. Qualidade da Assistência em Planejamento Familiar	36
<b>4. METODOLOGIA</b>	<b>43</b>
4.1 Local do Estudo	44
4.2 Amostra	47
4.2.1 Critérios de Inclusão e de Exclusão	47
4.2.2 Estimativa da Amostra	48
4.3 Variáveis do Estudo	50
4.3.1 Variáveis - Mulheres do estudo	50
4.3.2 Variáveis – Profissionais	52
4.4 Considerações Éticas	53
4.5 Coleta dos Dados	53
4.6 Análise e apresentação dos resultados	57
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÕES</b>	<b>60</b>
<b>5.1 Mulheres em idade fértil cadastradas no NSF I</b>	<b>61</b>
5.1.1 Caracterização Sócio-demográfica	61
5.1.2 Características Sexuais	69
5.1.3 Características Reprodutivas	70
5.1.4 Conhecimento e uso de Métodos Anticoncepcionais	76

5.1.5 Métodos Anticoncepcionais orientados e oferecidos no NSF I	88
<b>5.2 Associações entre uso de MAC e assistência em Planejamento Familiar</b>	<b>97</b>
5.2.1 Uso de MAC por mulheres em idade fértil e informação sobre MAC	97
5.2.2 Variáveis relacionadas à decisão pelo MAC em uso	106
5.2.3 Uso e forma de aquisição do MAC	108
5.2.4 Uso de MAC e existência de acompanhamento	109
<b>5.3 Profissionais que atuam em planejamento familiar no NSF I</b>	<b>110</b>
5.3.1 Características sócio-demográficas	110
5.3.2 Perfil profissional	111
5.3.3 Informações sobre PF oferecidas às mulheres cadastradas no NSF I	118
<b>6. CONCLUSÕES</b>	<b>126</b>
<b>7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>129</b>
<b>8. APÊNDICE</b>	<b>141</b>
8.1 Apêndice I	141
8.2 Apêndice II	142
8.3 Apêndice III	143
8.4 Apêndice IV	144
8.5 Apêndice V	149
<b>9. ANEXO</b>	<b>153</b>
9.1 Anexo I	153
9.2 Anexo	154



---

---

# *INTRODUÇÃO*

---

## 1. INTRODUÇÃO

O interesse pela temática assistência em Planejamento Familiar (PF) surgiu durante a experiência profissional como Enfermeira Obstetra e docente de Curso de Graduação em Enfermagem, em disciplinas na área de saúde da mulher e em orientação de Trabalho de Conclusão de Curso, quando ficou visível o desconhecimento das mulheres em idade fértil sobre aspectos fundamentais do PF, tais como, seu objetivo, os principais métodos para a regulação da fecundidade, formas de uso, efeitos colaterais, formas de aquisição de métodos, ou seja, as mulheres desconheciam seus direitos sexuais e reprodutivos.

Do mesmo modo, a experiência profissional permitiu identificar que os profissionais de saúde que atuam em contextos onde as ações de PF são passíveis de desenvolvimento, não reconhecem o mesmo como relevante para a saúde, já que atividades de PF são desenvolvidas esporadicamente, exceto nos casos de contracepção irreversível.

Esses fatos, somados a dados disponíveis na literatura científica, como o grande número de mulheres usando, basicamente, dois tipos de métodos anticoncepcionais (MAC), a pílula e a laqueadura tubária (BRASIL, 2008; ESPEJO et al., 2003; FERNANDES, 2003; MARCOLINO, 1994; OLINTO; GALVAO, 1999; PIROTTA, 1998; VIEIRA et al., 2001), assim como a grande proporção de mulheres que abandonam o MAC no primeiro ano de uso (BRASIL, 2004c; DÍAZ; DÍAZ, 1999; LA VALLEUR; WYSOCKI, 2001; LITTLE et al, 1998; ODDENS; LEHERT, 1997) e o número significativo de mulheres que engravidam sem ter planejado (BRASIL, 2004c; MORREIRA; ARAÚJO, 2004; VIEIRA et al, 2001), fez supor que, a assistência em PF está deficitária e que negligencia os direitos sexuais e reprodutivos das pessoas, portanto necessita de maior atenção.

Ávila (1999) refere que o PF não tem encontrado respaldo suficiente nos serviços públicos de saúde, visto que, o mesmo apesar de ser garantido pela Constituição Federal, de 1988, é alvo, no decorrer dos tempos, de outras ações políticas e sociais no campo da saúde.

Segundo Díaz e Díaz (1999), há escassez de programas de PF e quando estes existem o fornecimento de MAC é irregular, há deficiência de profissionais capacitados, assim como ausência de clareza nas ações programáticas do PF tendo como consequência agravos à saúde, ou seja, gravidez não planejada e indesejada que pode desencadear em abortos provocados, esterilização mal avaliada, bem como doenças sexualmente transmissíveis (DST) e problemas psico-sociais.

O Ministério da Saúde (MS) fundamentado na Lei do PF (Lei nº 9.263/96) determina que os profissionais de saúde devem desenvolver ações de PF pautadas nos direitos sexuais e reprodutivos de homens, mulheres e casais, contemplando tanto a concepção como a anticoncepção, e assim desenvolver ações de prevenção aos agravos à saúde (BRASIL, 2000). Duarte et al. (2003) referem que dentro da área médica o PF é uma das mais importantes atividades preventivas.

Neste contexto, a competência profissional torna-se indispensável para a qualidade da assistência em PF, já que, profissionais com conceitos e posturas equivocadas sobre PF podem comprometer a assistência, conseqüentemente influenciar decisões que podem ser para a vida inteira.

Assim, entendemos que a informação de qualidade em PF é de fundamental importância, já que sem ela não é possível exercer direitos, reconhecer métodos para regulação da fecundidade e escolher um método com autonomia. No entanto, apenas a informação de qualidade não é suficiente. Meios, métodos e técnicas para controle de fecundidade devem estar disponíveis.

A Norma Operacional de Assistência à Saúde elaborada pelo Sistema Único de Saúde (NOAS-SUS), em 2001, determina que o PF, inserido dentre as ações de saúde da mulher, é de responsabilidade da Atenção Básica (AB) e deve ser desenvolvido através de consultas médicas e de enfermagem, do fornecimento de medicamentos, de MAC e realização ou referência para exames laboratoriais.

Apesar de estar definido na NOAS-SUS (2001) que as ações de PF fazem parte da AB e que estão entre as responsabilidades mínimas da gestão municipal, em relação à saúde da mulher, muitos municípios não têm conseguido implantar e implementar estratégias adequadas de informação e fornecimento de MAC para a população (BRASIL, 2004c; OSIS et al., 2004, SOUZA et al., 2006). No entanto, as dificuldades na implantação de ações de PF devem ser reconhecidas e transpostas para o efetivo uso dos serviços de PF.

A estratégia de Saúde da Família adotada como política para o fortalecimento da AB deve ser entendida como um importante espaço para o desenvolvimento do PF, já que uma de suas diretrizes é a participação comunitária, considerada um fator que possibilita identificar e atender as necessidades das pessoas; pois, neste contexto, as usuárias têm voz nas decisões do serviço de saúde potencializando a reconstrução de práticas.

A participação comunitária permite aos usuários o controle das ações em saúde e estabelece a necessidade dos gestores avaliarem a qualidade da atenção oferecida. A avaliação dos serviços de PF pode subsidiar a melhoria do atendimento das expectativas e necessidades dos usuários.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b) estabelece que a qualidade da assistência e satisfação dos usuários são instrumentos que devem ser utilizados pelos gestores do SUS para o processo de avaliação das ações de saúde. Os processos de planejamento, programação e alocação de recursos em saúde devem ser coerentes com a avaliação das ações de saúde, de

modo a revisar prioridades, contribuindo assim para o alcance de melhores resultados em termos de impacto na saúde da população.

Na década de 1990, Judith Bruce, descreveu seis elementos que caracterizam a qualidade da assistência em PF: a oferta e a livre escolha dos MAC, as informações dadas aos usuários, a competência técnica dos profissionais, as relações interpessoais entre usuários e profissionais, o acompanhamento dos usuários e integração do PF ao atendimento em saúde reprodutiva (BRUCE, 1990). Estes seis elementos de qualidade representam o ponto de partida para descrever e avaliar serviços de PF.

Deter nosso olhar sobre esta temática é uma maneira que buscamos elementos que nos possibilitem trabalhar a qualidade do Programa de PF no município em estudo e identificar necessidades para fortalecimento das ações profissionais.

O PF, em Ribeirão Preto, foi regulamentado, em 1999, com objetivo de proporcionar aos casais e às mulheres, em especial, informações e meios para que possam decidir, de forma livre e consciente, sobre o número de filhos e o momento de tê-los (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO, 2005).

A Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto refere-se ao PF da seguinte forma:

O Planejamento Familiar é uma política de saúde que prevê ações médico-social com o objetivo de promover a saúde do binômio mãe-filho e a qualidade de vida familiar a partir da premissa de que o casal tem livre arbítrio para decidir sobre o número de filhos que deseja ter e o intervalo de tempo que deve haver entre uma concepção e outra. A paternidade responsável também denominada paternidade consciente, refere-se à conduta do casal quanto à sua reprodução, quando analisa e avalia sua situação quanto aos aspectos sócio-econômico-emocionais, de saúde e outros que possam interferir na sua decisão sobre o número de filhos desejados, pois é conveniente aos pais reconhecer o direito da criança em ter um lar digno e estável (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO, 2005)

Assim, para o alcance dos objetivos, é indispensável o esclarecimento à população, no sentido de educá-la, orientando os propósitos do PF através de ações educativas que vislumbrem a informação e orientação adequada e a oferta de serviços especializados (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO, 2005).

No entanto, não encontramos dados publicados que possibilitem uma análise da situação atual do desenvolvimento das ações do programa de PF no município de Ribeirão Preto.

Diante deste fato, questionamos como está organizada a assistência em PF no município de Ribeirão Preto, especificamente no Programa de Saúde da Família (PSF)? Quais ações de PF são desenvolvidas no PSF? Os profissionais de saúde que atuam em PSF recebem capacitação? Quais informações sobre PF são disponibilizadas as mulheres em idade fértil no PSF? Quais informações as mulheres em idade fértil cadastradas em PSF possuem sobre PF? Quais MAC são disponibilizados as mulheres em idade fértil no PSF? As mulheres em idade fértil têm acesso aos serviços de PF no PSF? As mulheres têm autonomia ao escolherem um MAC?

Assim, com intuito de conhecer a assistência prestada em PF em um Núcleo de Saúde da Família (NSF), do município de Ribeirão Preto, segundo as usuárias em idade fértil e os profissionais de saúde que atuam na assistência em PF, na perspectiva da qualidade de assistência, foi desenvolvido este estudo.

Nossa hipótese é que a assistência em PF não contempla as necessidades dos usuários dos serviços públicos de saúde, tendo em vista que as ações dos profissionais estão restritas ao oferecimento/orientação de alguns métodos contraceptivos.

Acreditamos que traçar o panorama da assistência em PF oferecido no NSF é uma maneira de contribuir para o planejamento, a programação das atividades de PF de modo a revisar prioridades, ou seja, pode subsidiar a tomada de decisões em PF no NSF direcionando-as para necessidades reais da população adstrita, contribuindo assim para o alcance de melhores resultados em termos de impacto na saúde sexual e reprodutiva desta população.

---

---

## *OBJETIVOS*

---

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Descrever a assistência prestada em planejamento familiar segundo as mulheres em idade fértil e os profissionais de saúde em um Núcleo de Saúde de Família no município de Ribeirão Preto – São Paulo.

### **2.2 Específicos**

- Identificar as características sócio-demográficas e reprodutivas das mulheres em idade fértil, cadastradas no Núcleo de Saúde da Família.
- Identificar as informações recebidas pelas mulheres em planejamento familiar.
- Verificar associações entre uso de método contraceptivo e informação recebida sobre métodos, decisão pelo uso do método, acompanhamento das mulheres que usam métodos e forma de aquisição de métodos.
- Caracterizar os profissionais que prestam assistência em planejamento familiar no Núcleo de Saúde da Família.
- Descrever a assistência prestada pelos profissionais que atuam em planejamento familiar no que diz respeito à oferta e a livre escolha dos métodos anticoncepcionais, assim como também descrever as informações oferecidas aos usuários.



---

*REFERENCIAL  
TEÓRICO-METODOLÓGICO*

---

### **3. REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO**

O referencial teórico foi construído de maneira a ampliar o olhar para o problema em estudo, contextualizando a origem do PF no Brasil, bem como as dúvidas ou discussões suscitadas sobre sua intenção; as políticas e movimentos voltados para a organização do PF; a inserção de suas ações no Programa de Saúde da Família (PSF) como estratégia para o desenvolvimento da Atenção Básica à Saúde; e os elementos que definem um serviço de PF de qualidade, de acordo com Judith Bruce (1990).

#### **3.1 Planejamento Familiar no Brasil**

A assistência em PF no Brasil sempre suscitou discussões sobre as reais intenções e sobre a qualidade da atenção.

Após a II Guerra Mundial, o Brasil, vivenciou o declínio das taxas de mortalidade e aumento da taxa de fecundidade apresentando, desta forma, taxas de crescimento populacional acima das encontradas em países desenvolvidos (CARVALHO; BRITO, 2005).

Segundo estes autores existia um entendimento de que a oferta ilimitada de mão-de-obra, no contexto de grande urbanização, poderia impulsionar o crescimento econômico do país. Porém, em contrapartida, o Brasil sofria influência de políticas nacionais e internacionais que aspiravam por políticas de controle de natalidade sob a justificativa de que o crescimento da economia, assim como a redução da pobreza seria possível se o ritmo do crescimento da população fosse reduzido.

Rocha (1993) recorda a falta de posicionamento do governo brasileiro em relação ao PF, onde existia uma posição de cautela em relação à política social de controle de fecundidade e ao mesmo tempo era permissiva à atuação de instituições privadas atuando em PF. Este momento foi marcado pela atuação de programas verticais de PF de autoria internacional, igualmente marcado pela fragilidade de políticas do setor saúde em relação ao tema PF (BRASIL, 2005a; COSTA; GUILHEM; SILVER, 2006; MOURA; SILVA, 2004; VIEIRA et al., 2001).

Costa, Guilhem e Silver (2006) referem que esta postura do governo favoreceu a ação das instituições de cunho controlista<sup>1</sup> que agiam de forma desordenada em todo território nacional.

A falta de posicionamento do governo em relação ao PF esteve arrolada a preocupação, por parte dos governistas, em ocupar o território brasileiro, assim como por influência da igreja católica e pela oposição de intelectuais e universitárias (VIEIRA, 2003).

Existia no Brasil uma política não legitimada, mas implícita de PF, já que estava disponível no mercado a pílula de baixo custo, o acesso à laqueadura tubária era facilitado, assim como ocorreu à ampliação do acesso à educação para mulheres, o aumento das mulheres como força de trabalho e propaganda na mídia estimulando o consumo (MERRICK, 1990 apud VIEIRA et al, 2001, p 264)<sup>2</sup>.

Deste modo, a partir da década de 70 o Brasil sofreu rápido e intenso declínio da fecundidade. Becker e Egler (2003) referem que o declínio da fecundidade no Brasil ocorreu de forma díspar do declínio da fecundidade que ocorreu na Europa, primeiro pela velocidade da diminuição da fecundidade, já que em 4 décadas o Brasil atingiu o nível de fecundidade

---

<sup>1</sup> Controlistas: indivíduos que se orientam pelo discurso neo-malthusiano, ou seja, que almejam o controle de natalidade através de políticas de controle populacional e adoção de metas demográficas que incluam o declínio da fecundidade através do uso de métodos contraceptivos (Vieira, 2003).

<sup>2</sup> Merrick TW. The evolution and impact of policies on fertility and family planning: Brazil, Colombia and Mexico. In: Roberts G. Population policy: contemporary issue. New York: Praeger; 1990. p. 147-65.

que a Europa demorou 2 séculos para alcançar, e segundo porque o declínio da fecundidade no Brasil ocorreu independente da melhoria de condições de vida da população.

Em meados da década de 1970 e durante a década de 1980, discussões sobre direitos sexuais e reprodutivos tornam-se públicos, principalmente através da atuação do movimento feminista brasileiro, recém-organizado e preocupado com a saúde reprodutiva e com as ações de agências internacionais consideradas controlistas.

A saúde reprodutiva é entendida como:

[...] um estado de completo bem estar físico, mental e social em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos, e não a simples ausência de doenças ou enfermidade [...] implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo [...] a assistência a saúde reprodutiva é definida como a constelação de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo os problemas de saúde reprodutiva. Isto inclui igualmente a saúde sexual, cuja finalidade é a melhoria da qualidade de vida e das relações pessoais, e não o mero aconselhamento e assistência relativos à reprodução e às doenças sexualmente transmissíveis. (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A POPULAÇÃO, 1994, p.57-58).

Vale destacar que os direitos sexuais e reprodutivos são considerados direitos humanos universais baseados na liberdade, na dignidade e na igualdade de todos os seres humanos. O conceito de direitos reprodutivos como direito humano desenvolveu-se no século passado.

O direito reprodutivo foi discutido, em vários momentos, por várias conferências internacionais, a saber: Conferência Internacional sobre Direitos Humanos, Teerã, em 1968; Conferência Mundial de População, Bucareste, em 1974; Conferência Internacional sobre População, México, em 1984; Conferência Internacional de População de Desenvolvimento, Cairo, em 1994 e IV Conferência Sobre a Mulher, realizado em Beijing, em 1995 (COOK, 1993; FREEDMAN, ISAAC, 1993; VIEIRA, 2003).

A evolução dos direitos reprodutivos nas diferentes Conferências Internacionais se opõe ao controle coercitivo da natalidade, não restringiram os direitos reprodutivos apenas às

mulheres, incluíram os homens, de forma a responsabilizá-los pelo processo da reprodução e regulação da fecundidade.

Sendo assim, o direito reprodutivo se configura como:

Direito das pessoas de decidirem, de forma livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas; direito a informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos e o direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência (BRASIL, 2006a, p. 4).

E direito sexual:

Direito de viver e expressar livremente a sexualidade sem violência, discriminação e imposições e com respeito pleno pelo corpo do (a) parceiro (a); direito de escolher o parceiro (a) sexual; direito de viver plenamente a sexualidade sem medo, vergonha, culpa e falsas crenças; direito de viver a sexualidade independente do estado civil, idade ou condição física; direito de escolher se quer ou não quer ter relação sexual; direito de expressar livremente sua orientação sexual [...] direito de ter relação sexual independente da reprodução; direito ao sexo seguro para prevenção de gravidez indesejada e de DST/HIV/AIDS; direito a serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e atendimento de qualidade sem discriminação e direito a informação e à educação sexual e reprodutiva (BRASIL, 2006a, p. 4)

Destacamos que, o conceito de direito sexual surge na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento. Segundo Vieira (2003), desta conferência originou-se a expressão “direitos sexuais e reprodutivos”.

Ainda na década de 70, apesar de iniciado a discussão sobre o conceito de direito reprodutivo, as mulheres não tinham autonomia para escolher um MAC, assim como também, não era levado em consideração às necessidades contraceptivas das mesmas.

Comumente as mulheres abandonavam o MAC por desconhecerem e não terem recebido informações acerca do modo de uso, dos efeitos colaterais; do mesmo modo, ocorria o uso inadequado gerando problemas como a gravidez não planejada. A maioria das mulheres fazia uso da pílula, principalmente por ser considerado altamente eficaz; no entanto, era comum a descontinuação de uso deste método por 50% das mulheres, criando-se, assim, a ilusão de que a laqueadura tubária era o método mais seguro (DÍAZ; DÍAZ, 1999).

Costa, Guilhem e Silver (2006) ressaltam que as mulheres, desde a década de 60, já vinham se libertando do clássico e exclusivo papel social que lhes era atribuído pela maternidade, através de sua inserção no mercado de trabalho e ampliação de suas aspirações por cidadania.

Na década de 80, Organizações Não Governamentais (ONG), estimuladas por grupo de mulheres (movimento feminista e grupo de mulheres locais), trouxeram para discussão o conceito de qualidade de atenção em PF mencionando a necessidade de mudança nos objetivos do PF, sugerindo a atenção integral (DÍAZ; DÍAZ, 1999), ou seja, requeriam uma atenção que reconhece a mulher como um sujeito social, levando em consideração que o bem estar e o adoecer estão vinculados a aspectos biológicos, condições sociais, econômicas, culturais e subjetivas que influenciam a vida cotidiana. Assim, a saúde não se restringe a oferta de assistência médica, mas abrange a ação de outras políticas sociais, como educação, emprego, habitação, entre outras e prega a integralidade dessas políticas (COSTA, 2004).

As feministas clamavam pela autonomia das mulheres para que pudessem escolher seus destinos em relação à procriação e lançaram a expressão “*nosso corpo nos pertence*”, reivindicando direitos sexuais, e não somente direitos reprodutivos. As mulheres queriam vivenciar a sexualidade desvinculando a maternidade do desejo e da vida sexual (BARSTED, 2003; COSTA; GUILHEM; SILVER, 2006).

Em 1983, o MS, auxiliado por representantes de grupos feministas, gestores estaduais e pesquisadores das universidades, elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), considerado um marco para a saúde da mulher no Brasil, pois pela primeira vez o PF foi contemplado como uma política pública (BRASIL, 2005a; OSIS et al, 2004).

De acordo com o PAISM, mulheres, homens ou casais têm autonomia para decidirem quantos filhos querem ter e quando querem tê-los; a autonomia na escolha dos métodos e do controle da fecundidade deve ser garantida através da educação em saúde e sexualidade,

assim como através da oferta dos MAC (naturais ou comportamentais; de barreira; hormonais; DIU e irreversíveis) e a atenção em PF deve ser realizada no contexto da atenção à saúde, sob as diretrizes do princípio de integralidade da saúde (COSTA; GUILHEM; SILVER, 2006; OSIS et al, 2004; VIEIRA et al., 2001).

Vale destacar que, o PAISM estabelece que a atenção aos casos de infertilidade deve fazer parte das ações de PF (COSTA; GUILHEM; SILVER, 2006).

Vieira et al. (2001) refere que até o ano de 1988, não existia legalmente regulamentação sobre PF, inclusive sobre esterilização cirúrgica. Porém, Barsted (2003) recorda que foi, a década de 1980, o momento onde se delineou o campo político sobre direitos a saúde, especialmente relacionadas à saúde reprodutiva.

O PF torna-se direito legal com a aprovação da Constituição de 1988. De acordo com o parágrafo 7º do artigo 226 desta constituição, o Estado é responsável em prover recursos educacionais e tecnológicos aos casais que, por sua vez, têm direito ao PF, assim como liberdade para decidirem sobre a prole.

Fundamentada nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas (BRASIL, 2001b, p. 129).

Em 1996, foi sancionada a Lei 9.263 que regulamentou o PF e “para fins desta Lei, entende-se PF 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” (BRASIL, 1996).

Osis et al. (2004) referem que a Lei do PF democratizou o acesso aos MAC nos serviços públicos de saúde e regulamentou a prática na rede privada, sob controle do SUS. Costa, Guilhem e Silver (2006) comentam que tal fato representou um avanço na implementação do PAISM pelo SUS.

Em 1997, o MS deixou de adquirir MAC para distribuir aos Estados e Municípios devido à decisão de descentralização de recursos federais. Estados ou Municípios deveriam incluir os MAC na lista básica de medicamentos/insumos para aquisição, porém poucos o fizeram. Em 2000, o MS objetivando a ampliação da oferta de MAC reversíveis no SUS, retomou a compra de MAC em nível federal, com distribuição para as Secretarias Estaduais de Saúde (SES), porém resultados de auditoria para avaliar a distribuição de MAC do nível Estadual para o nível Municipal, bem como para verificar as ações desenvolvidas em PF, apontou falhas nesta estratégia sendo necessária reestruturação (BRASIL, 2005a).

Assim, em 2001, o MS redefiniu a estratégia para ampliar a oferta de MAC reversíveis no SUS. A aquisição dos MAC continuou sendo realizada pelo MS, porém a distribuição dos MAC tornou-se descentralizada e trimestral para os Municípios que possuísem pelo menos 01 Equipes de Saúde da Família (ESF) habilitada; ou estivesse com termo de adesão ao Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) ou contasse com pelo menos 01 equipe do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) (BRASIL, 2005a; OSIS et al, 2006).

Em 2001, através da NOAS-SUS, o governo determinou que o PF é ação mínima e deve ser implementada em todos os municípios.

Em 2004, foi lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher que tem como objetivo específico e estratégico estimular a implementação da assistência em PF, para homens, mulheres, adultos, adolescentes através da ampliação e qualificação da atenção em PF, incluindo a assistência à infertilidade, garantia da oferta de MAC para a população em idade fértil, ampliação ao acesso das mulheres às informações sobre MAC e inclusão de homens e adolescentes nas ações de PF (BRASIL, 2004c).

Moura e Silva (2004) referem que as ações desenvolvidas no PF são fundamentais para a promoção da saúde, porém as mesmas, tão preconizadas e orientadas, garantidas por



Lei, sofreram descontinuidade ao longo do tempo, restando apenas o discurso, pouco concretizado e executado nos serviços de saúde.

Loureiro e Vieira (2004) referem que a oferta de MAC é inadequada no SUS, dificultando a autonomia para controle da fecundidade. Alguns autores apontam que, a falta de comprometimento das políticas de saúde com as necessidades da população geram o agravamento do quadro de saúde no país no que se refere à regulação da fecundidade (PIROTTA, 1998; SCHOR, 1995).

As Pesquisas Nacionais sobre Demografia e Saúde (PNDS), realizada pela Sociedade Civil Bem-Estar no Brasil (BEMFAM), em 1996, e pelo Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP), em 2006, sob orientação do Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística (IBOPE), revelaram a existência de alta prevalência de uso de MAC no Brasil, especialmente da laqueadura tubária e da pílula, ou seja, estes MAC são os mais usados pela população feminina brasileira para o controle da fecundidade. Outros estudos, também apontaram e confirmaram a concentração de uso destes dois métodos (FERNANDES, 2003; MARCOLINO, 1994; OLINTO; GALVAO, 1999; PIROTTA, 1998; VIEIRA et al., 2001).

Souza e Sampaio (2002) argumentam que, de acordo com o modelo de atenção à saúde adotado no Brasil, as ações de PF fazem parte da AB.

Destacamos que a AB caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde voltadas para o indivíduo ou para a coletividade, tem entre seus objetivos: a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. O trabalho neste modelo de atenção à saúde deve ser desenvolvido em equipe e dirigido para uma população de um território delimitado através de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas (BRASIL, 2007). Assim sendo, O PF deve ser desenvolvido pela estratégia do PSF e por suas ESF.

### **3.2 A Estratégia: Programa de Saúde da Família**

Nas últimas décadas, o modelo de assistência à saúde no Brasil sofreu alterações, visto que estava voltado para a atenção médico-hospitalar, centrado na doença, com atendimento individualizado, curativo, de alto custo e de baixo impacto, atualmente está orientado por um novo modelo: a AB, sem prejuízo dos serviços assistências.

Destacamos que a Constituição federal (1988), em seu Artigo 196, afirma que a “*saúde é direito de todos e dever do Estado*”, deste modo à saúde deve ser garantida através de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos. O acesso à saúde deve ser universal e igualitário, bem como as ações e serviços de saúde devem ter como finalidade a promoção, a proteção e a recuperação da saúde (BRASIL, 2001a).

A Constituição Federal (1988) cria o SUS que tem como princípios éticos: a universalidade, a integralidade e equidade; e como princípios organizacionais a descentralização, a hierarquização e participação social.

Em 1990, foi sancionada a Lei Orgânica 8080, que regulamentou o SUS em todo o território nacional, bem como suas ações e serviços de saúde (BRASIL, 1990).

Neste contexto, em 1991, surge o Programa de Agentes Comunitário de Saúde (PACS) como proposta de mudança do modelo de atenção à saúde médico-hospitalar, em conformidade com a legislação vigente. Na seqüência, em 1994, devido a avaliações positivas do PACS, o MS lança o PSF.

O PSF torna-se a principal estratégia da AB, sob a forma de trabalho em equipes. Esse novo modelo de atenção à saúde deve incorporar ações coletivas e abrangentes, por meio de parcerias intersetoriais com educação, ação social e trabalho de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e que têm efeitos determinantes sobre as

condições de vida e saúde dos indivíduos-famílias-comunidade. Seus princípios fundamentais são a integralidade, a qualidade, a equidade e participação social (BRASIL, 2000).

Segundo o MS (2000) o PSF busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis de assistência, caracterizando-se: como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde; por ter território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade; por intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; por realizar atividades de educação e promoção da saúde.

O trabalho está estruturado nas equipes multiprofissionais, ou seja, ESF compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde (ACS). Podem contar ainda com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental.

Cada equipe é responsável pelo acompanhamento de cerca de mil famílias de uma determinada área, e são co-responsáveis no cuidado à saúde dessas famílias, assim como devem estimular a organização das comunidades para exercer o controle social das ações e serviços de saúde. A atuação das equipes ocorre principalmente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), nas residências e na mobilização da comunidade.

O MS (2000) refere que o trabalho desenvolvido pelas ESF e pelos ACS busca resgatar o vínculo de co-responsabilidade entre os serviços de saúde e a população, promovendo não só a cura e a prevenção de doenças, mas a valorização do papel dos indivíduos no cuidado com sua saúde, de sua família e de sua comunidade.

Mandú (2002) refere que as orientações do PSF intencionam várias ações assistenciais aos grupos em suas diferentes necessidades, incluindo o cuidado com a reprodução e sexualidade nas diferentes fases etárias, visando a universalização do acesso e a garantia da integralidade da assistência.

Segundo dados do MS (2004a), esta estratégia tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas pelas ESF. O MS (Brasil, 2000) ressalta que o PSF é um modelo de política de saúde que, se posto em prática adequadamente, e conforme as diretrizes do SUS, de descentralização, atendimento integral e participação social, pode proporcionar melhoria nas condições de saúde das mulheres.

Moura (2003) relata que atualmente o PF no Brasil vem sendo oferecido basicamente pelas ESF. O MS (2000) considera que o número ou porcentagem de casais que fazem PF é um indicador mensurável da saúde comunitária.

O relatório de avaliação do PSF, elaborado pelo MS (2004a), referente aos anos 2001 – 2002 revelou que 70% das ESF desenvolvem ações educativas em PF, individuais ou em grupo, na sua rotina de trabalho. Porém, vale destacar que em alguns estados, e entre estes se incluem o estado de São Paulo, os percentuais de ações educativas relacionadas ao PF são inferiores a 60%.

Quase 70% das ESF oferecem MAC, o Estado de São Paulo encontra-se acima da média percentual do Brasil em oferta de MAC (São Paulo: 74,6%). Quando analisado a capacitação profissional de médicos e enfermeiros que atuam em ESF sobre saúde da mulher, a pesquisa revela que menos da metade está capacitado, ou seja, 45,65% de enfermeiros e 41,4% médicos.

Estes dados sugerem que a qualidade de atenção em PF pode estar comprometida e entendendo que a assistência não adequada em PF pode representar riscos para a saúde da mulher, analisar a assistência prestada em PF no PSF é uma maneira de estar contribuindo para a melhoria da qualidade de assistência à saúde reprodutiva do município.

### **3.3. Qualidade da Assistência em Planejamento Familiar**

A qualidade da assistência em saúde é um objetivo que vem sendo perseguido por gestores e profissionais de saúde, bem como pelos usuários dos serviços de saúde.

O entendimento do que venha a ser qualidade de assistência em saúde pode ser subjetivo, pois depende do sujeito da saúde que irá avaliar a qualidade de assistência. Geralmente, os gestores de saúde analisam como qualidade, o rendimento, os custos e a eficácia do serviço; já os profissionais de saúde se preocupam com a satisfação pessoal, o reconhecimento profissional, a excelência técnica, o acesso à tecnologia, o aprimoramento dos processos individuais e coletivos do cuidado a saúde e um bom ambiente de trabalho; enquanto os usuários dos serviços de saúde percebem como qualidade de atenção à saúde a obtenção dos benefícios esperados diante de demandas, expectativas e necessidades de saúde e outras (CAMPOS, 2005).

Os nortes da assistência em saúde foram elaborados, em sua maioria das vezes, pelas áreas técnicas, responsáveis por diversos programas de saúde, ou seja, os parâmetros construídos para caracterizar a qualidade de assistência foram construídos por segmentos envolvidos na gestão e assistência (CAMPOS, 2005).

Deste modo, a satisfação dos usuários dos serviços de saúde vem sendo cada vez mais enfocada como um indicador da qualidade da atenção (FRANCO; CAMPOS, 1998).

Goldstein, Elliot e Guccione (2000) ressaltam que embora a qualidade da assistência continue sendo uma grande preocupação na saúde, o principal foco das pesquisas ainda tem sido, principalmente, a qualidade técnica das especialidades clínicas; assim aspectos como a satisfação e opinião dos usuários são pouco estudadas.

Matamala e Osório (1996) referem que a atenção de qualidade em saúde é a que oferece o máximo de bem-estar ao cliente, de ponto de vista de suas necessidades, dos seus direitos humanos, de suas expectativas e do seu *empowerment*<sup>3</sup>

Atualmente, encontramos poucos estudos sobre qualidade de atenção em PF. E os estudos disponíveis nem sempre conceituam apropriadamente a qualidade, já que possuem como parâmetro da qualidade a disponibilidade e acessibilidade aos MAC, questões clínicas, assim como a proporção de mulheres usando MAC por longo tempo.

No final da década de 80, Judith Bruce, descreveu seis elementos para caracterizar a qualidade de atenção em PF na perspectiva do cliente e que se constituem nos seis elementos que caracterizam a qualidade de atenção em PF: A oferta e livre escolha de métodos; a informação aos usuários; a competência técnica dos provedores; as relações interpessoais usuários-provedores; a continuidade e seguimento e a integração do PF ao atendimento em saúde reprodutiva.

A oferta e livre escolha de métodos implica que os serviços de PF devem dispor de uma ampla gama de métodos, para que os usuários possam escolher livremente, de forma segura e confiável o método mais adequado para os diferentes momentos de sua vida reprodutiva, assim como também de acordo com a história de saúde do usuário e adaptação do usuário a um método (BRUCE, 1990; DÍAZ; DÍAZ, 1999; MOURA, 2003).

Bruce (1990) argumenta que a oferta e livre escolha do MAC contribui para a satisfação do usuário, o que pode influenciar na utilização do mesmo em longo prazo.

A informação aos usuários refere-se tanto às informações de saúde e vida obtidas sobre eles, assim como às informações oferecidas sobre os MAC. Os antecedentes, atitudes,

---

<sup>3</sup> *empowerment* - meio pelo qual as pessoas adquirem maior controle sobre as decisões que afetam suas vidas; ou como mudanças em direção a uma maior igualdade nas relações sociais de poder (LAVERACK; LABONTE, 2000). Conceito fundamental do movimento de promoção da saúde – Carta de Ottawa. Aumento do poder e da autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relação de opressão, discriminação e dominação social (VASCONCELOS, 2004).

preferências, história contraceptiva, saúde reprodutiva e metas pessoais devem ser compreendidas, assim sendo possível determinar as alternativas contraceptivas disponíveis e apropriadas para cada cliente com segurança, desta forma auxiliando o usuário na escolha por um método adequado (BRUCE, 1990; DÍAZ; DÍAZ, 1999; MOURA, 2003).

É importante mostrar a variedade de métodos disponíveis (no programa ou em outro local recomendado por referência) que atenda às necessidades e metas reprodutivas dos usuários. Informações sobre modo de uso dos MAC, eficácia, efeitos colaterais, critérios de elegibilidade, possíveis impactos na prática sexual e também, como prevenir uma gravidez não planejada (BRUCE, 1990; DÍAZ; DÍAZ, 1999; MOURA, 2003).

Moura (2003) refere que um elemento negligenciado, e que deve ser abordado, é o apoio que os usuários podem esperar do serviço e dos profissionais em relação ao acompanhamento (retorno voluntário, agendado ou visita domiciliar), orientação sobre o uso do método, como lidar com os efeitos colaterais, da entrega do método e/ou referência de outros métodos ou serviços, quando necessário.

A falta de treinamento, assim como a falta de material ilustrativo de boa qualidade pode prejudicar a qualidade da informação (BRUCE, 1990; DÍAZ; DÍAZ, 1999). Os autores ainda citam que em muitos serviços mesmo existindo material de boa qualidade a informação é repassada de forma vertical, sendo comum, a oferta de enorme quantidade de informação, com detalhe, sobre coisas que os usuários não precisam saber ou não querem saber, não se considera o que a usuária já sabe ou quer saber. Não oportunizam aos usuários o questionamento que aspectos que realmente lhes são importante, assim como pouco se discute sobre mitos, crendices ou informações equivocadas sobre os MAC (DÍAZ; DÍAZ, 1999).

A competência técnica profissional, de acordo com Moura (2003), envolve a competência clínica, a observação de protocolos e a assepsia em alguns procedimentos clínicos, como a inserção do DIU e realização de laqueadura tubária e vasectomia. Moura

(2003) citando Bruce (1990) refere que a competência técnica é pouco avaliada pelos usuários, já que estes avaliam a quantidade de tempo gasto com eles e as atitudes dos profissionais.

É extremamente importante que as pessoas que desenvolvem as atividades de PF tenham competência técnica adequada, e para tanto é necessário que recebam capacitação nessa área, já que profissionais inseguros de suas habilidades podem relutam ou aplicar mal as tecnologias contraceptivas. Assim não contribuem para promover a saúde dos clientes ou aumentar a prevalência contraceptiva podendo gerar rumores negativos em relação aos MAC e programas (MOURA, 2003).

O elemento relações interpessoais usuários-provedores também se refere à comunicação entre o serviço e o usuário. Moura (2003, p.31) refere que “as relações entre profissionais e clientes são fortemente influenciadas pela missão e ideologia de um programa, pelo estilo da gerência, pela alocação de recursos, pelo fluxo do cliente e pela estrutura de supervisão”.

A atitude de empatia da equipe de saúde, a privacidade dos usuários, a atenção que eles recebem e a compreensão ajuda os usuários a compreender seus sentimentos sobre o PF e traduzir essa informação em ação, em satisfação (BRUCE, 1990; MOURA, 2003). Visivelmente o processo de comunicação interpessoal é o veículo por meio do qual é proporcionada a atenção aos usuários e da qual depende seu sucesso.

Díaz e Díaz (1999) referem que, de modo geral, as relações entre clientes e provedores “não contribuem para melhorar ao nível de satisfação dos clientes e nem a qualidade de atenção”, já que os provedores não cumprem o papel educador. Os autores apontam múltiplas causas como motivo deste fato, mas acreditam que todas têm em comum o desequilíbrio de poder traduzido pela relação unilateral, onde o provedor dono do conhecimento e da decisão: decide, explica e prescreve, e os clientes considerados pessoas socialmente e culturalmente



desfavorecidos não podem exercer seus direitos, já que as informações recebidas, por vezes, não são adequadas, pois não existe tempo para perguntas, então, resta aos clientes acatar as decisões e obedecer a elas, mesmo não as entendendo.

A continuidade e acompanhamento referem-se ao interesse e habilidade do serviço para promover consultas e visitas de acompanhamento aos usuários. Ressaltando que o acompanhamento clínico das mulheres traz benefícios para os clientes, pois é possível detectar complicações pelo uso do MAC no início do tratamento, assim como pode contribuir para reduzir o número de consultas por intercorrências, ou seja, também oferece benefícios para o serviço (BRUCE, 1990; DÍAZ; DÍAZ, 1999; MOURA, 2003).

É importante explicar aos clientes o objetivo do acompanhamento clínico, assim como definir o que será feito em cada consulta de acompanhamento. Díaz e Díaz (1999) referem que as consultas de acompanhamento são demoradas e de baixa qualidade, assim contribuem para que os usuários não compareçam as consultas. Tal fato tem como consequência a descontinuação do uso do MAC.

A integração do PF ao atendimento em saúde reprodutiva significa que o serviço deve estar preparado para atender a outras necessidades dos usuários no campo da saúde sexual e reprodutiva. O serviço de PF deve atender também a essas necessidades e/ou ter um serviço de referência (BRUCE, 1990; DÍAZ; DÍAZ, 1999; MOURA, 2003).

Díaz e Díaz (1999) referem que existe uma preocupação internacional que objetiva estimular os serviços de PF para incorporarem outros serviços como o de prevenção de câncer de colo-uterino e de mama, assim como atenção em DST/HIV-Aids. Argumentam que freqüentemente mulheres apresentam problemas (câncer de mama e colo) que poderiam ter sido detectados em consultas de acompanhamento de PF.

Segundo Bruce (1990) os seis elementos para caracterizar a qualidade de atenção em PF, discutidos acima, não estão separados, porém a escolha do MAC pelo cliente é um elemento fundamental para conseguir a qualidade do cuidado em PF.

Moura (2003) refere que pesquisas de avaliação são relevantes na atualidade, visto que as responsabilidades dos profissionais tendem a ser mais bem acompanhada pelos usuários através da participação social, porém destacamos que, muitas vezes, esta avaliação é percebida como forma de julgamento, porém deve ser vista como oportunidade de transformação.

O MS (BRASIL, 2005b, p.7) refere que a avaliação em saúde tem como propósito:

[...] dar suporte a todo processo decisório no âmbito do Sistema de Saúde...devendo subsidiar a identificação de problemas e a reorientação de ações de serviços desenvolvidos...e mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população.

Deste modo entendemos que a avaliação da assistência em PF se constitui em um importante instrumento para tomada de decisão.

---

---

## *METODOLOGIA*

---

#### 4. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo exploratório com corte transversal e abordagem quantitativa.

Segundo Polit e Hangler (1998, p.175) este tipo de estudo “*possibilita ao investigador observar, descrever e classificar aspectos de um fenômeno (uma situação), explorando as dimensões, a maneira pela qual é manifestado e outros fatores com os quais se relaciona*”.

A pesquisa exploratória visa uma maior aproximação com o problema em estudo, para torná-lo mais claro ou possibilitar o desenvolvimento de hipóteses, mas visa principalmente aprimorar idéias ou descobrir intuições, enquanto o estudo descritivo tem por finalidade descrever as características de determinada população, fenômenos ou estabelecer relações entre variáveis.

O estudo é transversal, pois analisamos o fenômeno de interesse medindo cada variável apenas uma vez, ou seja, em um único instante de tempo.

A abordagem quantitativa, segundo Oliveira (2000, p.115), “significa quantificar opiniões, dados, nas formas de coleta de informações, assim como também o emprego de recursos e técnicas estatísticas”.

#### **4.1 Local do Estudo**

Este estudo foi realizado em uma Unidade de Saúde da Família, denominado Núcleo de Saúde da Família I (NSF I), no município de Ribeirão Preto, vinculado à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP).

Ribeirão Preto, município do Estado de São Paulo, possui uma área total de 627 Km<sup>2</sup> de extensão e população equivalente 543.885 habitantes, sendo que quase 100% corresponde à população da zona urbana (SEADE, 2005).

Dados demográficos do município de Ribeirão Preto, de acordo com a SMS de Ribeirão Preto, Fundação SEADE e Censo IBGE (2005), revelam que no ano 2000 a população feminina estava constituída por 261.992 habitantes, representando 51,9% da população total do município. Revelou, também, que 146.371 habitantes encontravam-se entre a faixa etária de 15 a 49 anos, ou seja, 55,9% da população feminina estava em período fértil (SEADE, 2005; SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO, 2005).

O município de Ribeirão Preto é considerado um importante pólo científico, tecnológico e de formação em diversas áreas. Na área da saúde, é referência para regiões adjacentes e para outros estados do país, com atendimento que abrange as atenções primárias, secundárias e terciárias (SEADE, 2005).

A assistência primária do município está dividida em áreas geográficas de saúde, as quais estão distribuídas em cinco distritos. Estes distritos estão localizados na região central (Distrito Central), na região norte (Distrito do Simioni), na região sul (Distrito da Vila Virginia), na região leste (Distrito do Castelo Branco) e região oeste (Distrito do Sumarezinho).

Os Distritos de Saúde são regiões com áreas e populações definidas a partir de aspectos geográficos, econômicos e sociais, que agrupam várias Unidades de Saúde e outros equipamentos sociais. Cada distrito possui uma Unidade Básica Distrital de Saúde (UBDS) e várias UBS (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO, 2005).

De acordo com Aguiar (2005) o município de Ribeirão Preto ainda conta com 05 NSF vinculados a FMRP-USP e 09 Unidades de Saúde da Família (USF) vinculadas à SMS de Ribeirão Preto.

As UBDS prestam atendimento 24 horas por dia a população de sua área de abrangência, é responsável pelo atendimento básico e referência para algumas especialidades, assim como para o atendimento de urgências e emergências. As UBS e os NSF prestam atendimento básico nas áreas: médica, de enfermagem e odontologia (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO, 2005).

O primeiro PSF implantado no município, em fevereiro de 1999, foi o NSF I, pela FMRP-USP, no Distrito Oeste objetivando a formação de profissionais para atuação neste modelo de atenção. Nos anos seguintes, foram criados mais 04 NSF (II, III, IV e V) ligados a FMRP-USP e a partir do ano 2000 a SMS de Ribeirão Preto implantou os demais Núcleos.

O NSF I é dividido em 05 microáreas; está localizado na região oeste do município (Distrito Sumarezinho).

O Planejamento Familiar no município de Ribeirão Preto compõe o Programa de Saúde da Mulher, que segundo o Plano Municipal de Saúde de Ribeirão Preto – 2005/2008. tem com a meta “ampliar a cobertura das atividades de planejamento familiar” propondo as seguintes ações: implantar e implementar a assistência em PF em 100% das Unidades de Saúde para homens e mulheres, adolescentes e adultos no âmbito da atenção integral em saúde; ampliar o treinamento e a reciclagem de profissionais para o exercício de orientação adequada no processo decisório das mulheres e casais; diminuir a exposição à gravidez

indesejada (seja por uso inadequado de método anticoncepcional ou por falta de conhecimento e/ou acesso aos mesmos); manter supervisão do fluxo, através do aconselhamento e orientação para métodos definitivos de anticoncepção.

Para alcance das metas propõe que o profissional da saúde realize o aconselhamento cuidadoso no PF, com base nas diretrizes:

- Aconselhar adequadamente o casal para que possa escolher o tipo de planejamento mais adequado às suas necessidades;
- Fornecer ao casal informações úteis e precisas, ajudando a entender o significado para elas;
- Baseada nestas informações, ajudar o casal a tomar suas próprias decisões, levando em conta a situação, seus sentimentos e suas necessidades;
- Ao oferecer um aconselhamento adequado, o casal fará escolhas saudáveis, usará métodos de planejamento familiar mais efetivos e apropriados. Ficará mais satisfeito com os serviços prestados, garantindo um retorno ao serviço de saúde;
- Compreender a necessidade e os sentimentos do casal, permitindo adaptar a orientação, aconselhamento a cada um;
- As pessoas são capazes de tomar suas próprias decisões, por isso um bom profissional não toma decisões, ao contrário, ajuda o casal a fazê-lo.

Compreendemos que SMS de Ribeirão Preto, responsável pela assistência à saúde na Atenção Básica, tem uma política de PF definida. Assim torna-se importante deter nosso olhar sobre os sujeitos que compõem este processo - mulheres em idade fértil e profissionais de saúde - com a intenção de contribuir com sua implementação.

## **4.2 Amostra**

Amostra foi composta por mulheres em idade fértil, ou seja, que no momento da entrevista possuíam idade entre 10 e 49 anos.

Destacamos que, a idade fértil, segundo definição internacional, está na faixa etária entre 15 e 49 anos, porém no Brasil considera-se a idade fértil a faixa etária entre 10 e 49 anos. Esta definição tem como embasamento a experiência dos Comitês de Morte Materna, as estatísticas de registros vitais e de procedimentos médicos realizados, que expõem a ocorrência de gravidez em mulheres com idade inferior a 15 anos (BRASIL, 2002).

### **4.2.1 Critérios de Inclusão e de Exclusão**

Participaram deste estudo mulheres em idade fértil, cadastradas no NSF I e que aceitaram participar da pesquisa.

As mulheres entre 10 e 18 anos só puderam participar da pesquisa após a permissão de um representante legal, maior de 18 anos, que assinou o termo de consentimento livre e esclarecido.

Excluimos as mulheres com idade abaixo de 10 anos e acima de 49 anos, as que não estavam cadastradas no NSF I, as que não aceitaram participar da pesquisa e as que não estavam acompanhadas por um representante legal para assinar o termo de consentimento livre e esclarecido na ocasião da pesquisa.

Também, excluimos as mulheres que após a terceira tentativa de contato, durante os dias úteis da semana, e em mais uma tentativa de contato aos sábados não foi encontrada.



#### **4.2.2 Estimativa da Amostra**

Inicialmente realizamos um levantamento de todas as famílias cadastradas no NSF I através do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), identificando-se 951 famílias, em 06/07/2007. Em seguida, iniciamos a busca no SIAB pelas mulheres que se enquadravam nos critérios de seleção, ou seja, levantamos o número total de mulheres em período fértil cadastradas no NSF I sendo: 959 mulheres. Deste total de mulheres 205 encontravam-se na microárea 01; 205 na microárea 02; 179 na microárea 03; 168 na microárea 04 e 202 na microárea 05.

Para o cálculo da amostra levou-se em consideração que para uma prevalência de 70% de seu desfecho em uma população finita de 959, com uma precisão de 5% e um intervalo de confiança de 95%, o tamanho da amostra requerida é de 242. No entanto, considerando uma perda ou não-resposta de 15%, seu  $n$  requerido é de 285 mulheres. O aplicativo utilizado foi o PASS (Power Analysis and Sample Size), versão 2002 (CONOVER, 1999).

Na seqüência, através da seleção aleatória estratificada, selecionamos o número de mulheres que deveriam ser entrevistadas em cada microárea, ou seja, numeramos de um a um número finito às mulheres, de acordo com o número de mulheres de cada microárea, assim sendo possível selecionar proporcionalmente o número de mulheres a ser entrevistada em cada microárea.

Após determinar as mulheres que comporiam a amostra iniciamos o levantamento dos endereços, de forma manual, nos prontuários arquivados no NSF I. O levantamento dos endereços das mulheres ocorreu no mês de agosto e setembro de 2007. Na seqüência organizamos as mulheres por endereços residenciais, ou seja, por ruas para facilitar a coleta de dados.

No transcorrer da coleta de dados, foi necessária a realização de mais um sorteio aleatório estratificado, proporcional ao número de mulheres de cada microárea, para substituir às mulheres que se recusaram participar da pesquisa e as que não foram encontradas em seu endereço residencial após todas as tentativas de contato pré-estabelecidas. Desta forma, foram sorteadas mais 78 mulheres totalizando 363 mulheres (Tabela 1)

Tabela 1 - Distribuição das mulheres em idade fértil cadastradas no NSF I sorteadas para participar do estudo, Núcleo de Saúde da Família I, Ribeirão Preto, 2008.

<b>MULHERES CADASTRADAS NO NSF</b>	<b>nº</b>	<b>%</b>
<b>Entrevistadas</b>	<b>242</b>	<b>66,6</b>
<i>1ª Visita</i>	37	-
<i>2ª Visita</i>	45	-
<i>3ª Visita</i>	90	-
<i>Visita Sábado</i>	70	-
<b>Quatro tentativas sem sucesso</b>	<b>86</b>	<b>23,7</b>
<b>Recusa ser entrevistada</b>	<b>09</b>	<b>2,5</b>
<b>Fora da cidade</b>	<b>04</b>	<b>1,1</b>
<b>Mudança de endereço</b>	<b>22</b>	<b>6,1</b>
<b>Total</b>	<b>363</b>	<b>100</b>

Também selecionamos todos os profissionais que atuam em PF no NSF I. A equipe de saúde do NSF estava constituída por um médico generalista, cinco médicos residentes, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde e um dentista, em um total de 15 profissionais.

Participaram deste estudo 11 profissionais do NSF I. Quatro profissionais não participaram da pesquisa, pois dois médicos residentes haviam concluído o período de residência médica, um médico residente havia mudado de campo de estágio e o dentista que estava em fase de aposentadoria, sendo substituído por outro profissional esporadicamente. Destacamos ainda a dificuldade de disponibilidade de horário para as entrevistas devido à carga horária e agenda de trabalho.

## 4.3 Variáveis do Estudo

### 4.3.1 Variáveis - Mulheres do estudo

- **Idade:** idade referida pela usuária no momento da entrevista, em anos completos.
- **Cor:** cor referida pela entrevistada, considerando a classificação do IBGE (branca, parda, preta, oriental e indígena).
- **Religião:** religião declarada pela entrevistada (católica, evangélica, espírita, protestante, sem religião).
- **Escolaridade:** escolaridade referida pela usuária de acordo com as etapas de escolaridade (ensino fundamental, ensino médio, ensino superior, analfabeta) e em anos completos de estudo, conforme referido pela entrevistada.
- **Estado Marital:** estado marital referido pela usuária (casada, amasiada, solteira, separada, viúva).
- **Ocupação:** ocupação referida pela usuária (trabalha, trabalha e estuda, desempregada, dona de casa, estuda).
- **Renda familiar:** renda referida pela usuária referente a soma de todos os salários de todos os membros da casa (valor de referência salário mínimo de R\$ 380,00).
- **Número de Gestações:** número de gestações referidas pela usuária considerando gestações passadas (já esteve gestante) e atual (está gestante).
- **Número de Partos:** número de partos referidos pela usuária.
- **Número de Abortos:** número de abortos sofridos pela usuária.
- **Gravidez Planejada:** se a gravidez foi planejada ou não e se fazia uso de MAC.
- **Intervalo interpartal:** intervalo em anos e meses entre um parto e outro.
- **Idade da mulher no primeiro parto:** idade da usuária em anos completos do primeiro parto.

- **Idade da mulher no último parto:** idade da usuária em anos completos do último parto.
- **Frequência de atividade sexual:** número de relações sexuais por semana referido pela usuária.
- **Atividade sexual:** se a entrevistada esta mantendo relação sexual no momento ou se relacionou sexualmente nos últimos 12 meses.
- **MAC conhecidos:** MAC referido pela entrevistada como conhecidos espontaneamente; MAC apontados após estímulo verbal - estimulado; MAC que já foi utilizado pela entrevistada e MAC em uso.
- **Decisão pelo uso do MAC:** a decisão pelo uso do método foi própria (autônoma), do casal, do parceiro sexual, da familiar, do profissional de saúde.
- **Informações oferecidas sobre os MAC:** se receberam informações e quais informações foram oferecidas (modo de uso, eficácia dos MAC, critérios de elegibilidade, efeitos colaterais, impacto na prática sexual e disponibilidade ou pactuação do MAC).
- **Forma de orientação sobre MAC:** as orientações sobre os MAC foram individuais ou em grupo. Quem ofereceu a orientação: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, ACS e outros.
- **Forma de aquisição do MAC:** se a entrevistada compra o método ou adquire o método no serviço público de saúde.
- **Intenção Reprodutiva:** intenção reprodutiva da usuária foi levada em consideração pelo profissional de saúde que ofereceu orientação.
- **Consideração sobre conhecimento da entrevistada:** conhecimento prévio de usuária foi considerado pelo profissional de saúde que ofereceu orientação.
- **Utilização de material explicativo e ilustrativo durante orientação sobre MAC:** se a entrevistada durante a orientação sobre o MAC visualizou ou recebeu material explicativo ou ilustrativo sobre MAC.

- **Apoio aos usuários – acompanhamento:** existe acompanhamento para as mulheres após início do uso do método, o tipo de acompanhamento (consulta agendada, visita domiciliar)
- **Suspensão do uso de MAC:** se a entrevistada já suspendeu ou não o uso de algum método, se a suspensão do método foi orientada ou não por um profissional de saúde.

#### 4.3.2 Variáveis - Profissionais

- **Idade:** idade referida pelo profissional no momento da entrevista, em anos completos.
- **Sexo:** classificação de acordo com o sexo biológico em Feminino ou Masculino.
- **Religião:** religião declarada pelo (a) entrevistado (a) (católica, evangélica, espírita, protestante, sem religião).
- **Escolaridade:** escolaridade referida pelo (a) profissional de saúde de acordo com as etapas de escolaridade (ensino fundamental, ensino médio, ensino superior, pós-graduação) e em anos completos de estudo, conforme referido pelo (a) entrevistado (a).
- **Tempo de formação:** tempo transcorrido entre a formatura ou conclusão do curso até o dia atual, em anos completos, conforme referido pelo (a) entrevistado (a).
- **Tempo de atuação em Planejamento Familiar:** tempo de atuação em PF, em anos completos, conforme referido pelo (a) entrevistado (a).
- **Planejamento Familiar abordado durante formação:** tema PF foi abordado durante formação/capacitação Profissional.
- **Capacitação profissional em PF:** se o profissional participa ou não de cursos na área de PF e se tem ou não acesso a publicações ou manuais de normas técnicas sobre PF.

#### **4.4 Considerações Éticas**

Antes do início do estudo o projeto de pesquisa foi enviado para apreciação da Equipe do NSF I vinculado à FMRP-USP. Posteriormente à aprovação (ANEXO I). para a realização da pesquisa no referido serviço, o projeto foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - EERP-USP, e recebeu parecer favorável (Protocolo nº 0806/2007) (ANEXO II).

Previamente à coleta de dados, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi apresentado para cada participante (Apêndice I e II), solicitamos assinatura do mesmo e afirmamos o anonimato a todos os participantes da pesquisa de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

#### **4.5 Coleta dos Dados**

Os dados foram coletados através de entrevista estruturada. Segundo Polit, Beck e Hangler (2004, p. 253) a entrevista estruturada “é apropriada quando os pesquisadores sabem, com antecipação, exatamente o que necessitam saber e podem, portanto estruturar questões apropriadas para obter a informação necessária”. Segundo os mesmos autores “os dados são coletados por meio de um documento formal, escrito, denominado instrumento” ou roteiro de entrevista.

Para o levantamento de dados elaboramos dois instrumentos de coleta, intitulados Instrumento I e II. Os instrumentos de coleta foram elaborados com base na revisão da literatura e em dois elementos descritos por Judith Bruce (1990) para caracterizar de atenção em PF - oferta e livre escolha de métodos e informação ao usuário.

O **Instrumento I** contém questões para o levantamento de dados das mulheres cadastradas no NSF I e consta de duas partes: a primeira caracteriza as mulheres e a segunda identifica a assistência prestada em PF (Apêndice III).

A caracterização das mulheres foi feita segundo a idade, cor, religião, escolaridade, situação conjugal, ocupação, renda familiar, paridade, ocorrência de gravidez não planejada, idade na primeira e última gestação, intervalo interpartal, atividade sexual, frequência de atividade sexual.

Para identificação da assistência prestada em PF foi abordado: o conhecimento espontâneo sobre os MAC (considerados conhecidos sob a condição de que a mulher tenha ouvido falar, tenha tido contato ou o tenha utilizado em algum momento de sua vida) e o induzido (a indução foi realizada após a mulher citar os MAC conhecidos, e consistiu na verbalização pelo entrevistador dos MAC não mencionados anteriormente pela entrevistada e que por acaso foi recordado pela entrevistada), os MAC já utilizados e o utilizado no momento da entrevista; MAC disponíveis no Serviço; a forma de decisão pelo MAC; o recebimento de informações sobre os MAC, assim como o que foi abordado sobre os mesmos; tipo de orientação (em grupo, individual ou ambos), consideração do conhecimento prévio da entrevistada e intenção reprodutiva; utilização de material informativo e ilustrativo sobre MAC; existência de acompanhamento das mulheres que utilizam MAC e descontinuação de uso de MAC pelas mulheres.

O **Instrumento II** foi composto questões para o levantamento de dados dos profissionais que atuam em PF no NSF I e possui duas partes: a primeira caracteriza os profissionais e a segunda identifica a assistência prestada em PF (Apêndice IV).

A caracterização dos profissionais de saúde que atuam no NSF I foi feita segundo a idade, sexo, religião, escolaridade, tempo de formado, tempo de atuação em PSF e em PF e

recebimento de informações durante formação sobre PF (graduação, pós-graduação, curso de nível médio, treinamento para atuação como ACS).

Para identificação da assistência prestada em PF foi abordado: atualização em PF; acesso a publicações ou manuais de normas técnicas de PF; MAC orientados e oferecidos no NSF I; Informações oferecidas sobre os MAC aos usuários; oferta de apoio aos usuários – acompanhamento; atividades desenvolvidas pelos profissionais em PF.

Os instrumentos de coleta de dados foram submetidos à validade de conteúdo e aparente. Segundo Polit e Hungler (1998), a validade é o grau que um instrumento tem para medir aquilo que foi concebido para medir.

A validade de conteúdo refere-se ao grau no qual os itens do instrumento representam adequadamente o conteúdo e é baseado no julgamento de um grupo de perito com experiência na área do conteúdo, assunto, analisam os itens e verificam se eles representam o universo hipotético em proporções corretas, ou seja, devem julgar se o conjunto dos itens do instrumento de coleta de dados é abrangente e representativo do conteúdo em foco, ou ainda, se o conteúdo de cada item se relaciona com aquilo que se deseja medir (CASSIANI, 1989).

Polit e Hungler (1998) referem que a validade de conteúdo é de grande relevância, já que a questão a ser verificada é: o quanto às perguntas que compõem o instrumento são representativas do universo de todas as questões que poderiam ser feitas sobre o assunto, contudo a validade de conteúdo não é uma avaliação tudo ou nada, mas, sim, uma “questão gradual”, uma vez que nenhum instrumento é válido em sua totalidade.

A validade aparente também é uma forma subjetiva de validar instrumentos de coleta de dados, pois consiste no julgamento de peritos quanto à clareza dos itens, facilidade na leitura e compreensão e forma de apresentação do instrumento. Segundo Cassiani (1989), também conhecida como de face, refere-se à extensão que o instrumento aparenta medir e o que se pretende medir. Ela relaciona julgamentos após a elaboração dos instrumentos, sendo



também considerada como um aspecto da validade de conteúdo que engloba a inspeção do produto final, assegurando que nada aconteceu de errado ao se transformar os planos em instruções.

Através de contato por e-mail, convidamos quatro profissionais da área da saúde: duas enfermeiras, um médico e uma médica com experiência na área do conteúdo (referencial teórico) para validação dos instrumentos de coleta de dados, os quais aceitaram prontamente o convite. Encaminhamos por e-mail os instrumentos para validação de conteúdo e aparente, como também as orientações para a validação.

Todos os profissionais convidados para validar o instrumento de coleta retornaram o e-mail com sugestões para a validação do instrumento de coleta de dados. As sugestões foram acatadas.

Posteriormente, realizamos um estudo piloto com o objetivo de averiguar incoerências, pertinência das questões, adequações da linguagem e formato do questionário.

Segundo Polit e Hungler (1998), o estudo piloto é aquele que se faz previamente à realização da pesquisa e tem como objetivo testar o método de trabalho e os processos técnicos envolvidos na execução da pesquisa. Segue o plano geral de trabalho que orienta a investigação como um todo, porém difere dele no número de repetições.

O estudo piloto ocorreu no mês de outubro de 2007. Foram entrevistadas 10 mulheres em idade reprodutiva, em seus domicílios e que não estavam cadastradas do NSF I.

Após o estudo piloto realizamos algumas alterações como inclusão da questão - tempo que está cadastrada no NSF em anos; inclusão de associações de serviços de seguimento de saúde; reformulação de linguagem e alteração da ordem de algumas questões.

Após esta fase iniciamos a coleta de dados nas 05 microáreas de abrangência do NSF I. A coleta de dados teve início em 27 de novembro de 2007 e término em 02 de agosto de 2008. As entrevistas foram realizadas de segunda-feira a sábado das 08:30 horas às 19:30

horas. Entrevistamos as mulheres em seus domicílios, sendo feita até três vezes tentativas em dias da semana e horários alternados, bem como em um sábado. Quando as mulheres não foram encontradas após todas as tentativas, consideramos as mesmas perdidas, sendo necessário substituí-las.

Os profissionais que atuam no NSF I foram entrevistados no próprio local de trabalho sendo agendado previamente, junto ao profissional, dia e horário para a entrevista.

O instrumento de coleta de dados foi aplicado pela própria pesquisadora até o mês de fevereiro de 2008. De março até abril de 2008 foi necessário à introdução de um entrevistador auxiliar para a coleta de dados, pois a pesquisadora deparou-se com dificuldade para encontrar as mulheres selecionadas em seus domicílios, já que a maior parte das mulheres cadastradas no NSF I desenvolve atividade laboral fora do lar. O pesquisador auxiliar foi treinado previamente pra iniciar a coleta de dados em domicílio.

As entrevistas em domicílio duravam, em média, 35 minutos e eram realizadas em local privativo e sem a presença de familiares ou outras pessoas que pudessem influenciar nas respostas.

#### **4.6 Análise e apresentação dos resultados**

Antes de iniciarmos a análise dos dados cada entrevista recebeu uma codificação a partir de uma numeração crescente, desta forma as entrevistas realizadas com as mulheres cadastradas no NSF I receberam a codificação E1, E2... enquanto as entrevistas realizadas com os profissionais de saúde receberam a codificação P1, P2... e assim sucessivamente.

Codificamos e elaboramos um dicionário para cada variável do estudo. Os dados foram duplamente digitados no programa Microsoft Excel, assim como foram validados com

o objetivo de resolver inconsistências. Após foram submetidos à análise de frequência e análise inferencial.

Para a análise dos dados, utilizamos o pacote estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Science) versão 10.0. Os testes Qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher foram utilizados para avaliar associações entre variáveis do estudo. O nível de significância utilizado foi  $\alpha = 0,05$ , ou seja, foi considerada associação estatística significativa quando p-valor for menor que 5.

Os resultados foram sumarizados e apresentados em distribuições de frequência simples e relativa sendo que somente as associações estatísticas significativas foram destacadas e discutidas.

---

*RESULTADOS E  
DISCUSSÕES*

---

## **5. RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Os resultados e discussões apresentados, a seguir, referem-se às mulheres em idade fértil cadastradas no NSF I, assim como aos profissionais de saúde que atuam neste serviço.

Em relação às mulheres em idade fértil cadastradas no NSF I apresentamos as características sócio-demográficas, reprodutivas, sexuais; identificamos as informações recebidas por elas referentes ao PF e apresentamos associações entre o uso de MAC e informação recebida sobre MAC, decisão pelo uso do MAC, acompanhamento das mulheres que usam MAC e a forma de aquisição de MAC.

Em relação aos profissionais de saúde apresentamos as características sócio-demográficas; identificamos a assistência prestada por eles no que diz respeito às informações oferecidas às mulheres em idade fértil cadastradas no NSF I sobre PF e à oferta e livre escolha de MAC.

## 5.1 Mulheres em idade fértil cadastradas no NSF I

### 5.1.1 Caracterização Sócio-demográfica

Apresentamos as características sócio-demográficas das mulheres em idade fértil cadastradas no NSF I, segundo a distribuição e número de entrevistadas por microárea (Tabela 2); o tempo de cadastro e seguimento de saúde na Unidade (Tabela 3); a distribuição das mulheres em idade fértil cadastradas no NSF I, segundo a idade, cor, religião, escolaridade e estado civil (Tabela 4) e a ocupação, renda e número de pessoas por residência (Tabela 5).

Estavam cadastradas no NSF I, no período de coleta de dados, 959 mulheres em idade fértil. Deste total foram entrevistadas 242 mulheres, distribuídas nas cinco microáreas, conforme apresentado na tabela 2. É importante ressaltar que a amostra do estudo representa 25,2% das mulheres em idade fértil cadastradas no do NSF I.

Tabela 2 - Distribuição das mulheres em idade fértil cadastradas no Núcleo de Saúde da Família I e mulheres entrevistadas, segundo a microárea, Núcleo de Saúde da Família I, Ribeirão Preto, 2008.

Microárea	Total Mulheres*		Mulheres Entrevistadas**	
	nº	%	nº	%
01	205	21,4	52	21,4
02	205	21,4	52	21,4
03	179	18,7	45	18,7
04	168	17,5	42	17,5
05	202	21,0	51	21,0
<b>TOTAL</b>	<b>959</b>	<b>100</b>	<b>242</b>	<b>100</b>

\* Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), 2007.

\*\* Este número de mulheres representa 25,2% das mulheres em idade fértil cadastradas no do NSF I.

Dentre as mulheres entrevistadas 38,8% estavam cadastradas no NSF I desde a sua fundação, ou seja, de sete a oito anos e 75,6% das mulheres estavam cadastradas há mais de três anos (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição das mulheres em idade fértil cadastradas no Núcleo de Saúde da Família I, segundo tempo de cadastro e seguimento de saúde, Núcleo de Saúde da Família I, Ribeirão Preto, 2008.

Variáveis	nº	%
<b>Tempo de cadastro NSF (anos)</b>		
De 0 a 2	47	19,4
De 3 a 4	42	17,4
De 5 a 6	47	19,4
De 7 a 8	94	38,8
Não Informa*	12	5,0
<b>Total</b>	<b>242</b>	<b>100</b>
<b>Seguimento de Saúde</b>		
PSF	169	69,8
PSF/Convênio Médico/Médico Particular	54	22,4
Convênio Médico e Médico Particular	19	7,8
<b>Total</b>	<b>242</b>	<b>100</b>

\* Mulheres que não se recordaram há quanto tempo estavam cadastradas no NSF I, ou não sabiam que estavam cadastradas neste serviço.

A maioria das mulheres (69,8%) utiliza exclusivamente o NSF I como local de seguimento de saúde; uma parcela menor de mulheres (22,4%) utiliza o NSF I e convênio de saúde e/ou médico particular como local de seguimento de saúde e apenas uma pequena parcela de mulheres (7,8%) possuem como local de seguimento de saúde convênios de saúde e/ou médico particular (Tabela 3).

Dados da PNDS, de 2006, revelam que uma grande parcela das mulheres da região sudeste possui planos e/ou convênios de saúde, sendo que 40,8% das mulheres são titulares e 57,7% são dependentes de planos e/ou convênios de saúde (BRASIL, 2008).

Os dados de nosso estudo revelam que a maioria das mulheres em idade fértil cadastradas no NSF I, diferentemente, da realidade do sudeste brasileiro verificado pela PNDS, de 2006, utiliza mais o serviço público de saúde como local de seguimento de saúde.

Acreditamos que a grande maioria as mulheres em idade fértil do estudo por freqüentarem exclusivamente o NSF I há considerável tempo encontram-se mais expostas à oportunidade de serem avaliadas, bem como de receberem informações/orientações em saúde neste serviço.

Na tabela 4 apresentamos a distribuição das mulheres em idade fértil cadastradas no NSF I, segundo a idade, cor, religião, escolaridade e estado civil.

Tabela 4 - Distribuição das mulheres em idade fértil cadastradas no Núcleo de Saúde da Família I, segundo a idade, cor, religião, escolaridade e estado civil, Núcleo de Saúde da Família I, Ribeirão Preto, 2008.

<b>Variáveis</b>	<b>nº</b>	<b>%</b>
<b>Idade (anos)</b>		
De 10 a 14	05	2,1
De 15 a 19	22	9,1
De 20 a 34	106	43,8
De 35 a 49	109	45,0
<b>Total</b>	<b>242</b>	<b>100</b>
<b>Cor</b>		
Branca	159	65,7
Parda	58	24,0
Preta	18	7,4
Oriental	05	2,1
Indígena	02	0,8
<b>Total</b>	<b>242</b>	<b>100</b>
<b>Religião</b>		
Católica	123	50,8
Evangélica	67	27,7
Sem religião	23	9,5
Espírita	20	8,3
Outra	09	3,7
<b>Total</b>	<b>242</b>	<b>100</b>
<b>Escolaridade</b>		
Fundamental Incompleto	49	20,2
Fundamental Completo	12	5,0
Médio Incompleto	42	17,3
Médio Completo	96	39,7
Superior Incompleto	19	7,9
Superior Completo	20	8,3
Analfabeta	04	1,6
<b>Total</b>	<b>242</b>	<b>100</b>
<b>Estado Civil</b>		
Casada	104	42,9
Solteira	98	40,5
Amasiada	19	7,9
Separada	19	7,9
Viúva	02	0,8
<b>Total</b>	<b>242</b>	<b>100</b>

Participaram do estudo mulheres com idade 10 a 49 anos, com maior incidência nas faixas etárias de 35 a 49 anos (45%) e de 20 a 34 anos (43,8%). A média de idade foi de 32,6 anos (Tabela 4).



Mulheres com idade de 20 a 34 anos estavam em período considerado apropriado para gestar, enquanto as com idade de 35 a 49 anos estavam em período de risco reprodutivo. Destacamos que 11,2% das entrevistadas encontravam-se no período da adolescência, ou seja, com idade de 10 a 19 anos, também considerado como de risco para gestar. Desta forma, podemos dizer que a maior parte (56,2%) das mulheres do estudo encontra-se em período de risco reprodutivo.

Segundo Neme (2000), a gravidez na adolescência e também em idades mais avançadas, especialmente após os 35 anos pode representar risco reprodutivo. A gravidez nos dois extremos da idade fértil pode implicar em maior adoecimento, ou seja, em resultados maternos e perinatais desfavoráveis, tais como: aumento dos índices de partos operatórios, prematuridade, baixo peso ao nascer dos recém-nascidos e aumento da morbimortalidade materna e neonatal.

Enfatizamos que o tema anticoncepção é de extrema relevância na adolescência, devido aos riscos físicos e as características desta faixa etária, tanto emocional como comportamental, que expõem os adolescentes à gravidez não planejada e ao contágio de DST/HIV.

O conhecimento sobre anticoncepção e riscos advindos de relações sexuais desprotegidas é fundamental para que os adolescentes vivenciem sua sexualidade desprovida de riscos, de maneira saudável e desvinculando o exercício da sexualidade da reprodução (VIEIRA et al., 2006).

Moura (2003) argumenta que mulheres nestas faixas etárias merecem seguimento mais rigoroso em PF, devido aos riscos de agravos à saúde nas correspondentes fases do ciclo vital.

Entendemos que para alcançarmos a qualidade no PF, a maioria das mulheres cadastradas no NSF I deve receber orientação para regulação da fecundidade, bem como deve ser conscientizada sobre riscos reprodutivos inerentes à idade. Bruce (1990) ressalta que a

informação aos usuários refere-se tanto às informações de saúde e vida obtidas sobre eles, assim como às informações oferecidas sobre os MAC. Os antecedentes, atitudes, preferências, história contraceptiva, saúde reprodutiva e metas pessoais devem ser compreendidas, sendo possível assim determinar as alternativas contraceptivas disponíveis e apropriadas para cada cliente com segurança, desta forma auxiliando o usuário na escolha por um método adequado.

Conforme apresentado na tabela 4, a maioria das mulheres do estudo era branca (65,7%). Pesquisas revelam que a população branca tem mais facilidade de inclusão no sistema formal de educação, mercado de trabalho e acesso aos serviços de saúde (OLINTO; OLINTO, 2000; MARTINS, 2006); isto é, podem viver em condições socioeconômicas mais adequadas.

A maioria das mulheres do estudo era católica (50,8%) (Tabela 4). A informação sobre a religião das mulheres cadastradas em serviços de saúde é um dado importante, já que a religião pode influenciar nas práticas, crenças e orientações das pessoas e estas podem ter impacto nas decisões e/ou atitudes das mesmas em relação ao modo de vida, assim como também em relação à saúde sexual e reprodutiva (BRASIL, 2008).

Konje et al. (1998) relatam que o temor às crenças religiosas associado ao desconhecimento sobre MAC pode ser prejudicial na escolha por um método.

Quanto à escolaridade identificamos que 55,9% das mulheres apresentavam tempo de estudo superior a 11 anos, com 39,7% tendo concluído o ensino médio, 16,2% com acesso ao ensino superior (7,9% incompleto e 8,3% completo). 20,2% não concluíram o ensino fundamental e 1,6% das mulheres eram analfabetas (Tabela 4).

Espejo et al. (2003) observaram, em pesquisa realizada no interior do Estado de São Paulo para avaliar a adequação do conhecimento sobre os MAC entre mulheres, que a maior escolaridade e o melhor estado socioeconômico associa-se a um maior conhecimento sobre os MAC.

O conhecimento do nível de escolaridade das mulheres também é um dado importante, pois este pode contribuir para a escolha das intervenções de educação e promoção da saúde (OLINTO; GALVÃO, 1999). Desta forma, quanto maior é o nível de escolaridade de um indivíduo espera-se que o mesmo terá maior facilidade de entendimento e aprendizagem em relação às orientações oferecidas.

De acordo com dados do MS, existe diferencial de comportamento significativo em relação à reprodução, contracepção, saúde e hábitos higiênicos quando da conclusão do ensino fundamental (BRASIL, 2008).

Quanto ao estado civil das mulheres do estudo observamos um contingente similar entre mulheres casadas (42,9%) e solteiras (40,5%) (Tabela 4).

Independente do estado civil das mulheres lembramos da importância de orientação sobre o uso de dupla proteção, pois existe uma concepção de que na parceria sexual fixa, o contágio por DST/HIV é remoto, agravos estes que vem apresentando crescimento entre mulheres casadas e jovens (MAGALHÃES; ROSSI; AMARAL, 2003; PANIZ; FASSA; SILVA, 2006).

Desta forma, devemos fornecer informações sobre comportamentos sexuais e orientar a necessidade de uso de preservativo masculino ou feminino nas relações sexuais associado a outros MAC independente do tipo de parceria sexual (parceiro único ou não) com vistas à prevenção de DST/HIV.

A maior parte das mulheres do estudo trabalha fora do lar (55,4%), conforme apresentado na tabela 5. Este dado nos faz supor que as mulheres cadastradas no NSF I podem ter maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde oferecidos, visto que o NSF I oferece atendimento de segunda a sexta-feira das 07:00 às 17:00 horas. A esta suposição acrescentamos a nossa dificuldade real de localizar as mulheres, durante os dias e horário de

atendimento do NSF I, para a coleta de dados sendo necessário realizar entrevistas aos sábados.

Tabela 5 - Distribuição das mulheres em idade fértil cadastradas no Núcleo de Saúde da Família I, segundo ocupação, renda e número de pessoas por residência, Núcleo de Saúde da Família I, Ribeirão Preto, 2008.

<b>Variáveis</b>	<b>n<sup>o</sup></b>	<b>%</b>
<b>Ocupação</b>		
Trabalha	134	55,4
Dona de Casa	54	22,3
Desempregada	26	10,7
Estuda	21	8,7
Trabalha e Estuda	07	2,9
<b>Total</b>	<b>242</b>	<b>100</b>
<b>Renda * (salário mínimo)</b>		
Até 01	13	5,4
Acima 01 até 02	28	11,6
Acima 02 até 04	98	40,5
Acima 04 até 06	41	16,9
Acima de 06	39	16,1
Não Informa	23	9,5
<b>Total</b>	<b>242</b>	<b>100</b>
<b>Pessoas por Residência</b>		
De 01 a 02	24	9,9
De 03 a 05	187	77,3
De 06 a 08	31	12,8
<b>Total</b>	<b>242</b>	<b>100</b>

\* Valor de referência - salário mínimo de R\$ 380,00.

A renda familiar de 40,5% das mulheres esteve concentrada na faixa de valores acima de dois até quatro salários mínimos, ou seja, variou de R\$ 761,00 a R\$ 1520,00 e média de três virgula nove salários mínimos, valor equivalente a R\$ 1480,00 (Tabela 5).

Estes valores de renda revelam que as mulheres de nosso estudo possuem renda familiar média superior à das famílias da região sudeste que segundo estimativas do IBGE é de R\$ 1396,40 (IBGE, 2008).

Destacamos que a renda é fator importante na qualidade de vida, acesso a bens de consumo, educação, saúde e possivelmente pode influenciar na escolha por um MAC (COSTA; D'ELIA; MOREIRA, 1996).

A maior parte das famílias (77,3%) é constituída de três a cinco membros, com média de quatro pessoas por família (Tabela 5). Estes dados são similares aos dados encontrados na PNDS, de 2006, onde se verificou que as famílias brasileiras são constituídas em média por 3,4 pessoas (BRASIL, 2008).

Segundo MS, nos últimos 40 anos aconteceram mudanças no tamanho e na composição das famílias brasileiras. Este evento é reflexo da redução total da fecundidade no Brasil, das modificações nas formas de organização das famílias que outrora era constituída pela família nuclear e atualmente por famílias monoparentais, assim como pela oferta e disponibilização de domicílios (BRASIL, 2008).

De modo geral, as famílias das mulheres de nosso estudo são compostas por poucos membros, ou seja, por casal com filhos, um dos pais morando com os filhos ou por mulheres que moram sozinhas.

### 5.1.2 Características Sexuais

As características sexuais das mulheres em idade fértil cadastradas no NSF I foram trabalhadas em relação à presença de atividade sexual e frequência da atividade sexual, conforme apresentado na tabela 6.

Tabela 6 - Distribuição das mulheres em idade fértil cadastradas no Núcleo de Saúde da Família I, segundo atividade sexual e frequência de relações sexuais, Núcleo de Saúde da Família I, Ribeirão Preto, 2008.

Variáveis	nº	%
<b>Atividade Sexual</b>		
Sim	159	65,7
Não	50	20,7
Sim no último ano	33	13,6
<b>Total</b>	<b>242</b>	<b>100</b>
<b>Frequência de relações sexuais (semana)</b>		
De 01 a 02	72	29,7
De 03 a 04	67	27,7
Acima de 05	07	2,9
A cada 15 dias	12	5,0
Não informa	01	0,4
Não se aplica	83	34,3
<b>Total</b>	<b>242</b>	<b>100</b>

Dentre as mulheres do estudo 159 (65,7%) referiram manter atividade sexual, 20,7% nunca tiveram relações sexuais e 13,6% não estavam se relacionando sexualmente, porém haviam se relacionado nos último ano (Tabela 6).

Em relação à frequência de relação sexual por semana 29,7% das mulheres referiram que se relacionam sexualmente de uma a duas vezes por semana e 27,7% referiram que se relacionam sexualmente de três a quatro vezes por semana (Tabela 6).

Desta forma, entendemos que as mulheres do estudo necessitam de orientação/informação sobre MAC, devido às características sexuais, objetivando o controle da fecundidade e sexo seguro, pois estas mulheres podem estar mais expostas à gravidez não planejada e ao contágio de DST/HIV; assim devem conhecer e usar métodos de dupla proteção que lhes garantam a vivencia da sexualidade saudável, já que segundo Galvão,

Cerqueira e Marcondes-Machado (2004), a relação sexual desprotegida configura-se na forma de transmissão que mais favorece a feminização da epidemia de HIV/Aids no Brasil.

### **5.1.3 Características Reprodutivas**

As características reprodutivas das mulheres em idade fértil cadastradas no NSF I foram trabalhadas segundo o número de gestações, de abortos, do intervalo interpartal, a idade materna nas gestações e ao planejamento das gestações pelas mulheres (Tabela 7).

Dentre as mulheres do estudo 146 (60,3%) já estiveram gestantes, sendo que 37,6% estiveram gestantes de uma a duas vezes; 21,5% mulheres ficaram gestantes de três a cinco vezes e 1,7% mulheres ficaram gestantes de seis e oito vezes, o número médio de gestações por mulheres foi de 1,5 gestações (Tabela 7).

Os dados evidenciam que as mulheres do estudo possuem taxa de fecundidade inferior às encontradas na PNDS de 2006, ou seja, inferior a taxa de fecundidade da população Brasileira que é de 1,8 filhos por mulher (BRASIL, 2008).

Yazaki (2003), em estudo realizado para detectar a fecundidade das mulheres, no Estado de São Paulo e suas regiões, verificou que de modo geral a taxa de fecundidade é inferior ao nível de reposição, sendo que na região de Ribeirão Preto a taxa de fecundidade, em 2000, era de 1,81 filhos por mulher.

A taxa de fecundidade no Brasil vem sofrendo redução desde os anos 70 e parece ser reflexo da urbanização; da modernização; da entrada da mulher no mercado de trabalho; da disponibilidade, acesso e uso dos MAC (BRASIL, 2008); foi influenciada por valores difundidos sobre os benefícios do menor número de filhos, ou seja, “menos filhos, melhores cuidados” (p.79), maior acesso aos bens de consumo e serviços assistenciais (COSTA;

GUILHEM; SILVER, 2006) e pode ser resultado de ações efetivas de PF (ALVES; LOPES, 2007).

Tabela 7 - Distribuição das mulheres em idade fértil cadastradas no Núcleo de Saúde da Família I, segundo número de gestações, número de abortos, intervalo interpartal, idade na primeira gestação, idade na última gestação e gestação planejada, Núcleo de Saúde da Família I, Ribeirão Preto, 2008.

<b>Variáveis</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
<b>Número de Gestações</b>		
0	96	39,6
De 01 a 02	91	37,6
De 03 a 05	51	21,1
De 06 a 08	04	1,7
<b>Total</b>	<b>242</b>	<b>100</b>
<b>Número de Abortos</b>		
Sim	118	48,7
Não	28	11,6
Não se aplica *	96	39,7
<b>Total</b>	<b>242</b>	<b>100</b>
<b>Intervalo Entre Partos (em anos)</b>		
< 01	04	1,7
De 01 até 02	28	11,6
> de 02 até 10	76	31,4
> de 10	01	0,4
Não soube informar	01	0,4
Não se aplica **	132	54,5
<b>Total</b>	<b>242</b>	<b>100</b>
<b>Idade na 1ª Gestação (em anos)</b>		
De 10 a 14	02	0,8
De 15 a 19	52	21,5
De 20 a 34	91	37,6
De 35 a 49	01	0,4
Não se aplica *	96	39,7
<b>Total</b>	<b>242</b>	<b>100</b>
<b>Idade na Última Gestação (em anos)</b>		
De 15 a 19	06	2,5
De 20 a 34	94	38,8
De 35 a 49	10	4,1
Não se aplica**	132	54,5
<b>Total</b>	<b>242</b>	<b>100</b>
<b>Gestação não Planejada</b>		
Sim	49	20,2
Não	55	22,7
<i>Sim usando MAC</i>	42	17,4
Não se aplica *	96	39,7
<b>Total</b>	<b>242</b>	<b>100</b>

\* mulheres em idade fértil que nunca se relacionaram sexualmente e/ou nunca estiveram gestantes.

\*\* mulheres em idade fértil que nunca se relacionaram sexualmente, e/ou nunca estiveram gestantes e/ou ficaram gestantes apenas 01 vez.



Yazaki (2003) refere que o declínio da taxa de fecundidade acometeu mulheres de camadas sociais mais favorecidas, mas depois se estendeu para as demais camadas sociais da população brasileira.

Entre as mulheres 11,6% referiram ter tido pelo menos um aborto (Tabela 7). A incidência de aborto encontrada foi inferior a de outros estudos, como o realizado no município de Campinas no Estado de São Paulo, com mulheres de um serviço de PF em que foi verificado uma incidência de 28,7% de aborto (ALVES; LOPES, 2007).

O aborto pode levar à morte, ou ter conseqüências graves, como: hemorragia, septicemia, peritonite, choque, seqüelas físicas, como problemas ginecológicos, infertilidade e aumentar as chances de agravos ou problemas em gestações futuras (NEME, 2000). É considerado uma das quatro causas de morte materna evitável no Brasil (BRASIL, 2003; BRASIL, 2004; TANAKA, 1998) e relaciona-se a gravidez não planejada.

Muitas mulheres, ao se depararem com uma gravidez não planejada, acabam por recorrer ao aborto voluntário e ilegal (MORREIRA; ARAÚJO, 2004).

Loureiro e Vieira (2004) referem que, apesar dos dados sobre aborto provocado não serem muito confiáveis, devido à falta de anotação no prontuário médico, trata-se de uma das principais causas de internação hospitalar e se constitui em uma questão grave de saúde pública.

De acordo com os dados de uma pesquisa desenvolvida no município de Ribeirão Preto, nos anos 1997 e 1998, o número de internações por aborto provocado foram de 1.326 e 1.443, respectivamente. A pesquisa revelou que todas as mulheres conheciam a pílula e o preservativo masculino, sendo que 52% delas obtiveram o MAC na farmácia, 50% das mulheres referiram ter recebido orientação sobre o uso de MAC, porém apenas 15% faziam uso correto e 45,8% não estava usando MAC (NORA et al., 2001).

Apesar de entendermos que a ausência de dados confiáveis sobre o aborto compromete planejamento e o desenvolvimento de ações preventivas acreditamos que o uso eficiente de MAC, ou seja, orientado e avaliado por um profissional capacitado, assim como a sua oferta adequada, pode contribuir para a redução de risco aborto provocado.

A maior parte das mulheres (31,4%) que já estiveram gestantes apresentou intervalo interpartal de dois até 10 anos, com média de dois anos e nove meses (Tabela 7). Desta forma podemos dizer que o intervalo interpartal entre as mulheres do estudo está adequado.

Existem evidências científicas de que a morbimortalidade entre mulheres e recém-nascidos se reduz quando o intervalo interpartal é superior a dois anos (YAZLLE et al., 2006, NEME, 2000).

Yazlle et al. (2006) recordam que após o parto o organismo materno está se recuperando das modificações físicas impostas pela gestação, assim não é momento adequado para gestar. Deste modo o PF é uma estratégia importante de promoção à saúde que deve ser discutida desde a gravidez com as mulheres.

Dentre as mulheres do estudo, 37,6% ficaram grávidas pela primeira vez na faixa etária de 20 a 34 anos, assim como 38,8% tiveram a última gestação nesta mesma faixa etária. Os dados revelam ainda que 22,3% das mulheres ficaram gestantes pela primeira vez na faixa etária de 10 a 19 anos, ou seja, na adolescência (Tabela 7).

Estudos sobre gravidez na adolescência na faixa etária de 10 a 14 anos é escassa; a grande maioria refere-se à faixa etária de 15 a 19 anos. Porém uma pesquisa com adolescentes em Montes Claros, no Estado de Minas Gerais, realizado por Goldenberg; Figueiredo; Silva (2005) revelou uma incidência de 0,6% de gestação na faixa etária de 10 a 14 anos. Em nosso estudo 0,8% das mulheres em idade fértil ficaram gestantes pela primeira vez nesta faixa etária.

Goldenberg, Figueiredo e Silva (2005) encontraram freqüência de 20,9% de gestações na faixa etária de 15 a 19 anos e a PNDS, de 2006, verificou que 16,1% das adolescentes de 15 a 19 anos já tiveram pelo menos um filho (BRASIL, 2008).

Ressaltamos que o número de mulheres em nossa pesquisa que tiveram pelo menos um filho na adolescência está acima da média nacional.

A gravidez na adolescência é considerada um problema de saúde pública e tem como causas fatores sociais, o início da vida sexual precocemente, a ausência de serviços para esta clientela e o uso inadequado de MAC, porém não se relaciona ao conhecimento ou acesso aos MAC e pode ser recorrente.

Vieira et al.(2006) referem que as maiores causas de internação na faixa etária de 15 a 19 anos estão relacionadas à gestação e a complicações decorrentes dela.

Berlofi et al. (2006) referem que a reincidência de gravidez na adolescência é de 4,9%. Estes dados reforçam a necessidade de segmento mais rigoroso em PF proposto por Moura (2003) uma vez que, além do risco reprodutivo, a gestação na adolescência pode trazer conseqüências prejudiciais para a sociedade.

Alguns fatores como o abandono da escola e baixa escolaridade, o suporte familiar não adequado, a saída da casa dos pais, a idade inferior a 16 anos na primeira gravidez e o uso de drogas estão relacionados gravidez recorrente entre adolescentes, porém o uso método hormonal de longa duração, relacionamentos estáveis e melhores perspectivas de vida são apontados como fatores de proteção (CUNHA; BRUNO, 2007).

Em 1989, foi criado o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD) que enfoca a atenção integral à sexualidade e saúde reprodutiva dos adolescentes embasados no paradigma biológico e centrados do conceito de risco, porém os índices de gestação na adolescência continuam aumentando, sendo necessário, desta forma, oferecer acompanhamento e

atendimento integral aos adolescentes antes do início da vida sexual (BELO; SILVA, 2004; LIMA et al., 2004).

Outro dado que deve ser levado em consideração é que, de acordo com a literatura, existem políticas voltadas para a adolescente gestante, mas não existe para a adolescente que tem vida sexual ativa (FERRARI; THOMSON; MELCHIOR, 2008; OLINTO; GALVÃO, 1999). Este dado se torna preocupante se considerarmos a alta incidência de DST/HIV que acometem adolescentes. A Organização Mundial de Saúde revelou que 50% dos novos casos de infecção pelo HIV acometem adolescentes (JEOLÁS; FERRARI, 2003).

Guimarães, Vieira e Palmeira (2003) argumentam que as adolescentes deveriam receber informações sobre sexualidade, inclusive sobre MAC, anteriormente à menarca, assim como os adolescentes antes da iniciação sexual.

Dentre as mulheres do estudo 20,2% referiram gestações não planejadas e relataram que não faziam uso de MAC para prevenir gestação e 17,4% das mulheres do estudo faziam uso de algum MAC quando ficaram gestantes (Tabela 7). Desta forma podemos dizer que 37,6% das mulheres do estudo ficaram gestantes sem planejar. Dentre o universo das mulheres que ficaram gestantes sem planejar 46,2% faziam uso de MAC.

De acordo com dados da PNDS de 1996, nos cinco anos que antecederam a pesquisa 50% dos nascimentos não foram planejados (BRASIL, 2004c).

Olinto e Galvão (1999), ao analisarem as características reprodutivas de mulheres de 15 a 49 anos, no sul do Brasil, detectaram que quase a metade das mulheres adolescentes já havia ficado grávidas sem ter planejado e, à medida que houve aumento da idade este valor decresceu, porém após os 40 anos houve um aumento discreto de gravidez não planejada entre as mulheres.

### 5.1.4 Conhecimento e uso de Métodos Anticoncepcionais

O conhecimento das mulheres em idade fértil cadastradas no NSF I sobre MAC de forma espontânea e estimulada; MAC utilizados e os em uso; a suspensão de uso de algum MAC; o tempo de uso dos MAC; o recebimento de orientações sobre MAC; a fonte de orientação; a oferta de orientação sobre MAC para mulheres, para homens e adolescentes no NSF I são discutidos a seguir.

O quadro 1 apresenta a distribuição das mulheres em idade fértil cadastradas no NSF I, segundo o conhecimento de MAC espontâneo e estimulado, utilizados e em uso.

Quadro 1 – Distribuição das mulheres em idade fértil cadastradas no Núcleo de Saúde da Família I, segundo o conhecimento espontâneo e estimulado do MAC, MAC já utilizados e em uso, Núcleo de Saúde da Família I, Ribeirão Preto, 2008.

MAC	Resposta Espontânea		Resposta Estimulada		Já usou		Em Uso *	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
<b>Pílula</b>	233	96,3	240	99,2	185	76,5	66	27,3
<b>Minipílula</b>	04	1,7	50	20,7	10	4,1	02	0,8
<b>Injeção Hormonal</b>	95	39,3	230	95,0	78	32,2	20	8,3
<b>Pílula do dia seguinte</b>	23	9,5	206	85,1	20	8,3	-	-
<b>DIU</b>	102	42,2	222	91,7	09	3,7	02	0,8
<b>Diafragma</b>	20	8,3	119	49,2	01	0,4	-	-
<b>Preservativo Masculino</b>	223	92,2	241	99,6	163	67,4	41	16,9
<b>Preservativo Feminino</b>	97	40,1	231	95,5	07	2,9	01	0,4
<b>AME (aleitamento)</b>	03	1,2	74	30,6	01	0,4	-	-
<b>Coito Interrompido</b>	17	7,0	196	81	39	16,1	08	3,3
<b>Tabelinha</b>	44	18,2	218	90,1	36	14,9	10	4,1
<b>Muco Cervical</b>	01	0,4	129	53,3	03	1,2	01	0,4
<b>Temperatura</b>	03	1,2	85	35,1	04	1,7	-	-
<b>Laqueadura</b>	67	27,7	233	96,3	33	13,6	33	13,6
<b>Vasectomia</b>	28	11,6	233	96,3	08	3,3	08	3,3

\* As mulheres do estudo citaram mais de 01 tipo de MAC em uso.

Todas as mulheres em idade fértil que compuseram a amostra do estudo referiam conhecer algum MAC. Outros estudos, também, evidenciaram o conhecimento da variedade de MAC entre mulheres em idade fértil (BRASIL, 2008; BEMFAM, 1997, ESPEJO et al., 2003; OLINTO; GALVÃO, 1999; OSIS et al., 2004).

Destacamos que o conhecimento espontâneo e estimulado sobre os MAC não se refere necessariamente ao conhecimento que as mulheres possuem sobre forma de uso, eficácia, efeitos colaterais, critérios de elegibilidade, implicações para a vida sexual e disponibilidade dos MAC nos serviço de saúde.

Pesquisas realizadas para verificar o conhecimento das mulheres acerca de MAC evidenciaram uma discrepância entre conhecer os diferentes MAC e o conteúdo desse conhecimento (ESPEJO et al., 2003; OLINTO; GALVÃO, 1999; OSIS et al., 2004).

Estudos apontam que as mulheres conhecem boa parcela de MAC, principalmente os considerados muito eficazes, porém sabem pouco dos MAC que informam conhecer, já que quando indagadas sobre modo de uso, eficácia e efeitos colaterais, acabam por verbalizar conceitos equivocados, desconhecimento total ou parcial, ou seja, apenas já ouviram falar deles (BEMFAM, 1997; FERNANDES, 2003; MORAES; ALBUQUERQUE; HARDY et al., 1997; VIEIRA, 1998).

Em nosso estudo os MAC que as mulheres mais ouviram falar foram a pílula (96,3%) e o preservativo masculino (92,2%), ou seja, foram os MAC mais citados espontaneamente como conhecidos pelas mulheres do estudo, bem como após estímulo verbal (99,2% e 99,6%, respectivamente). Verifica-se que as respostas em relação ao conhecimento espontâneo e estimulado destes dois MAC não sofreram alterações, porém o conhecimento espontâneo em relação aos demais métodos foi menor do que o conhecimento estimulado, ou seja, quando indagamos, lembramos particularmente e diretamente cada método, houve um incremento de respostas sobre conhecimento dos mesmos.

Destacamos que o questionamento sobre MAC conhecidos de forma espontânea ou estimulada caracteriza-se por ser retrospectivo, portanto sujeito a erro de memória.

A minipílula (1,7%), o aleitamento materno exclusivo - AME (1,2%), o coito interrompido (7,0%), o muco cervical (0,4%) e a temperatura (1,2%) foram os MAC menos

conhecidos espontaneamente. Após estímulo percebemos um incremento de respostas em relação a minipílula (20,7%), ao AME (30,6%), ao coito interrompido (81%), ao muco cervical (53,3%) e a temperatura (35,1%). A minipílula, o AME e a temperatura continuaram sendo os menos conhecidos entre as mulheres do estudo (Quadro 1).

Os maiores incrementos de respostas em relação ao conhecimento espontâneo e estimulado de MAC foram observados na vasectomia (84,6%), na pílula do dia seguinte (75,6%), no coito interrompido (74%), na tabelinha (71,9%) e na laqueadura tubária (68,6%).

O conhecimento das mulheres do estudo sobre MAC descritos acima é similar ao encontrado na PNDS de 2006, entre mulheres em idade fértil, ou seja, entre mulheres de 15 a 49 anos (BRASIL, 2008).

A pílula (76,5%) e o preservativo masculino (67,4%) são citados pelas mulheres como os MAC que mais foram utilizados por elas para controle da fecundidade. Por outro lado, somente 27,3% das mulheres mantém o uso da pílula e 16,9% o preservativo masculino, evidenciando a descontinuidade do uso dos MAC, de modo geral (Quadro 1). Estes dados, são similares ao encontrado na PNDS de 2006 (BRASIL, 2008).

Dentre as mulheres do estudo 161 (66,5%) estavam utilizando algum tipo de MAC e 35 (14,5%) nunca utilizaram MAC (valores não apresentados na Tabela).

Os MAC citados como utilizados no momento da pesquisa pelas mulheres são a pílula (27,3%), o preservativo masculino (16,9%), a laqueadura tubária (13,6%), o injetável hormonal (8,3%) e a tabelinha (4,1%); e os menos utilizados são o preservativo feminino (0,4%), muco cervical (0,4%), o DIU (0,8%) e a minipílula (0,8%). A pílula do dia seguinte, o diafragma, o AME e a temperatura são MAC que não foram citados como utilizados pelas mulheres em idade fértil, no momento.

Vários estudos revelam que os MAC mais utilizados pelas mulheres são a laqueadura tubária, a pílula e o preservativo masculino (BRASIL, 2008, DIAS-DA-COSTA; GIGANTE;

MENEZES, 2002), divergindo dos achados de nosso estudo, já que a laqueadura tubária é o terceiro método mais usado entre as mulheres.

A porcentagem de uso da pílula e do preservativo masculino revelam-se maiores que os encontrados na PNDS de 2006, onde 22,1% das mulheres usam a pílula e 12,9% usam o preservativo masculino (BRASIL, 2008).

Vieira et al. (2001) referem que o uso do preservativo masculino, no Estado de São Paulo, apresentou aumento de uso pelos parceiros sexuais das mulheres em idade fértil e este fato pode estar relacionado às campanhas de prevenção a DST/HIV-Aids.

Destacamos que apesar dos achados desta pesquisa evidenciarem o aumento de uso de preservativo masculino, ainda existe pequena porcentagem de uso deste método pelos parceiros sexuais das mulheres em idade fértil cadastradas no NSF I. Acreditamos que há necessidade do desenvolvimento de intervenções educativas para aumentar o seu uso, já que ele oferece uma vantagem única de proteger contra a gravidez e as DST/HIV.

Nossos dados divergem da PNDS de 2006, em relação ao uso do injetável hormonal, do preservativo feminino, da tabelinha e do coito interrompido (BRASIL, 2008), visto que em nosso estudo observamos maiores concentrações de uso destes MAC pelas mulheres. A laqueadura tubária e o DIU apresentaram concentrações inferiores de uso pelas mulheres de nosso estudo.

Em uma pesquisa realizada em Campinas, Osis et al. (2004) verificaram que o DIU e a laqueadura tubária são os métodos mais pretendidos pelas mulheres e a pílula o menos pretendido.

Espejo et al. (2003), referem que os índices de uso do DIU podem estar relacionados à presença de serviço de PF que disponibilize o método, assim como ofereça informações sobre o mesmo.



Vieira et al. (2001) destacam maior concentração de uso de métodos reversíveis no Estado de São Paulo, quando comparado a resultados no Brasil. As autoras acreditam que este resultado está relacionado ao maior acesso e informações sobre os MAC, bem como a dificuldade de acesso à laqueadura tubária, que demanda um processo longo e detalhado para ser realizada de acordo com a legislação vigente, ou ser realizada por meio de pagamento do procedimento.

Apesar dos resultados da pesquisa de Vieira et al. (2001) revelarem que existe maior acesso e informação sobre MAC, acreditamos que as mulheres do NSF I, assim como as mulheres da PNDS, de 2006, não dispõem de muitas alternativas para a regulação da fecundidade. De modo geral, encontramos concentração de uso de alguns MAC, o que pode representar uma limitação de escolha anticoncepcional.

Acreditamos que os MAC mais citados e utilizados pelas mulheres representam os que foram orientados e oferecidos pelo serviço de saúde. Identificamos limitação no uso de outros métodos; pois, apenas duas mulheres usam minipílula, duas usam DIU; uma o preservativo feminino; uma usa muco cervical e nenhuma mulher usa o AME, o diafragma e a temperatura. Outros estudos, de cunho qualitativo, devem ser desenvolvidos a fim de identificar o motivo da baixa prevalência de uso destes MAC, bem como evidenciar o motivo da sua não utilização.

Na tabela a seguir (Tabela 8) apresentamos a distribuição das mulheres em idade fértil cadastradas no NSF I, segundo suspensão de uso do MAC.

Tabela 8 – Distribuição das mulheres em idade fértil cadastradas no Núcleo de Saúde da Família I, segundo suspensão de uso do MAC, Núcleo de Saúde da Família I, Ribeirão Preto, 2008.

Variáveis	n <sup>o</sup>	%
<b>Suspensão do uso MAC</b>		
Sim	128	52,9
<i>Com Orientação Médica*</i>	54	42,2
<i>Sem Orientação Médica*</i>	74	57,8
Não	71	29,3
Não se aplica	43	17,8

\* Valores referentes à frequência absoluta das mulheres que suspenderam uso de MAC.

Dentre as mulheres do estudo 52,9% suspenderam o uso de algum MAC, sendo que dentre as que suspenderam o uso, 42,2 % receberam orientação médica e 57,8% não receberam orientação médica (Tabela 8).

Os dados de suspensão de MAC com orientação médica, são inferiores ao encontrado no estudo de Alves e Lopes (2007), pois eles detectaram que 59,2% das mulheres usuárias de serviço de PF de Campinas, Estado de São Paulo, suspenderam uso de MAC com orientação médica.

A PNDS, de 1996, revelou que 43% das mulheres que usavam MAC interrompem o uso durante os 12 meses após sua adoção, ou seja, suspenderam o uso do MAC (BEMFAM, 1997; BRASIL, 2004c). Dados disponíveis na literatura atribuem a suspensão do MAC à falta de conhecimento sobre o MAC, a escolha não esclarecida por um MAC (LA VALLEUR; WYSOCKI, 2001; LITTLE et al., 1998; ODDENS; LEHERT, 1997), bem como a ausência de avaliação do bem-estar das mulheres que usam MAC (SCHOR et al., 2000).

Osis et al. (2006) referem que a continuidade do uso do MAC está associada à satisfação das mulheres com o mesmo e à própria percepção quanto da suficiência das informações recebidas no momento da opção pelo MAC, assim como da disponibilidade do MAC.

A suspensão de uso do método representa um problema para a saúde pública, uma vez que a sua interrupção pode ter como conseqüência, principalmente quando não orientado por um profissional de saúde, a gravidez não planejada, abortos provocados, refletindo no aumento dos índices de mortalidade materna e outros agravos relacionados a morbimortalidade reprodutiva (BRASIL, 2004c; VIEIRA et al., 2001) e, conseqüentemente, a realização de laqueaduras tubárias mal avaliadas (GONÇALVES, 2003).

Da mesma forma que, as mulheres suspendem um MAC sem orientação profissional elas também iniciam o uso de outro sem prescrição médica, ou seja, sem orientação e supervisão de um profissional de saúde. Este fato é prática comum e permitida no Brasil, relacionando-se à problemática da regulação da fecundidade.

Diante destes fatos e dados de nosso estudo supomos que as mulheres, em idade reprodutiva, e cadastradas no NSF I podem estar expostas a riscos reprodutivos.

O tempo de uso dos MAC está apresentado na tabela 9. Dentre as mulheres do estudo 18,2% utilizavam algum MAC entre dois a cinco anos, assim como também porcentagem igual de mulheres (18,2%) utilizavam algum MAC há oito anos ou mais tempo. Destacamos que as mulheres que utilizam MAC há oito ou mais anos iniciou o uso do mesmo antes do início das atividades do NSF I.

Tabela 9 – Distribuição das mulheres em idade fértil cadastradas no Núcleo de Saúde da Família I, segundo tempo de uso dos MAC, Núcleo de Saúde da Família I, Ribeirão Preto, 2008.

Variáveis	nº	%
<b>Tempo de Uso MAC (anos)</b>		
Até ½	19	7,8
Acima de 1/2 até 02	38	15,7
Acima de 02 até 05	44	18,2
Acima de 05 até 08	15	6,2
Acima de 08	44	18,2
Não informa	01	0,4
Não se aplica	81	33,5
<b>Total</b>	<b>242</b>	<b>100</b>

Leite (2003) refere que muitas mulheres deixam de usar MAC nos primeiros 12 meses de uso devido aos efeitos colaterais e a falha no uso do método. O desejo de ficar grávida também é um fator para a suspensão do uso de MAC.

A distribuição das mulheres em idade fértil cadastradas no NSF I, segundo recebimento de orientações sobre MAC, fonte de orientação, oferta de orientação sobre MAC para mulheres em idade fértil, para homens e adolescentes no NSF I está apresentada na tabela 10.

Tabela 10 – Distribuição das mulheres em idade fértil cadastradas no Núcleo de Saúde da Família I, segundo orientações sobre MAC, fonte de orientação, oferta de orientação sobre MAC para mulheres em idade fértil, para homens e adolescentes no NSF I, Núcleo de Saúde da Família I, Ribeirão Preto, 2008.

Variáveis	n <sup>o</sup>	%
<b>Recebeu Orientação MAC</b>		
Sim	220	90,9
Não	22	9,1
<b>Total</b>	<b>242</b>	<b>100</b>
<b>Fonte de Orientação de MAC *</b>		
Médico	195	80,6
Outros **	136	56,2
Enfermeiro	22	9,1
ACS	05	2,1
Técnico/Auxiliar Enfermagem	02	0,8
<b>NSF Oferece Orientação sobre MAC</b>		
Sim***	118	48,8
Não sabe	78	32,2
Não	46	19,0
<b>Total</b>	<b>242</b>	<b>100</b>
<b>Orientação para Homens e adolescentes</b>		
Sim	57	23,6
Não sabem	185	76,4
<b>Total</b>	<b>242</b>	<b>100</b>

\* As mulheres do estudo citaram mais de 01 tipo de fonte de orientação de MAC.

\*\* Outros: orientação sobre MAC oferecida por professor, família, amiga vizinha e mídia.

\*\*\* Apesar de informarem que o NSF oferece orientação sobre MAC sete mulheres não receberam orientação no NSF, pois ou já eram laqueadas, ou o parceiro sexual já havia realizado vasectomia, ou tinham idade inferior a 15 anos ou já haviam entrado na menopausa (idade próxima a 49 anos).

A maioria das mulheres do estudo (90,9%) referiu ter recebido orientação sobre MAC. O médico foi o profissional mais citado (80,6%) pelas mulheres como fonte de informação de MAC. Outras fontes de informação sobre MAC (o professor, a família, a amiga, a vizinha e a mídia) foram citadas por 56,2% das mulheres, sendo que 9,1% das mulheres citaram o

profissional enfermeiro como fonte de informação. Os ACS e técnicos/auxiliares de enfermagem foram muito pouco citados como fonte de orientação sobre MAC (Tabela 10).

Pesquisas revelam que a principal forma de atuação do profissional médico em PF é a consulta clínica (MOURA; SILVA, 2004; MOURA; SILVA; GALVÃO, 2007; OSIS et al. 2006). Schimith e Lima (2004) destacam que o médico, no processo de trabalho em saúde no PSF, configura-se como principal profissional que realiza o atendimento clínico, confirmando o modelo hegemônico. Constitui-se em fonte de informação confiável e segura para os usuários.

Em relação a outras fontes de informação sobre MAC, ou seja, as informações citadas como oferecidas por professor, família, amiga vizinha e mídia, não temos elementos para avaliar como confiáveis ou seguras.

A abordagem em PF nas escolas compõe o tema orientação sexual, porém não é abordado de forma transversal, é abordado de forma biologicista e sumária (ALTMANN, 2003), além do que alguns professores demonstram desconhecimento e vergonha ao abordar o assunto (ALTMANN, 2003; BORUCHOVITCH; FELIX-SOUSA; SCHALL, 1999).

Em pesquisa realizada por Guimarães, Vieira e Palmeira (2003) como o objetivo de identificar as informações dos adolescentes na escola sobre MAC, os autores verificaram que mais da metade dos adolescentes não recebem orientação na escola; eles recorrem às revistas, livros, jornal, televisão e grupo de amigos para esclarecer dúvidas sobre sexualidade e contracepção, por falta de oportunidade para discutirem este assunto junto à família. Neste mesmo estudo, os adolescentes (61,7%) afirmam que a família não dispõe de conhecimento para realizar orientação, além do que a orientação não ocorre de forma igualitária entre meninos e meninas, pois a sociedade, ainda, aceita melhor a vida sexual ativa dos homens.

A família, os amigos podem ter conceitos equivocados, informações distorcidas sobre o tema, além de apresentar dificuldades em lidar com sua própria sexualidade não sendo,

portanto considerados como fontes confiáveis, do mesmo modo a mídia, considerada um importante veículo na divulgação de assuntos relacionados a sexualidade e contracepção, pode trazer conceitos banalizados da sexualidade (ESPIRITO-SANTO; TAVARES-NETO, 2004; GUIMARÃES; VIEIRA; PALMEIRA, 2003).

A informação da pouca participação do enfermeiro como fonte de orientação sobre MAC diverge de algumas pesquisas que dentre os profissionais da equipe de saúde, o enfermeiro é o que mais participa de grupos de PF, assim como realiza consulta clínica de enfermagem (MOURA; SILVA, 2004; MOURA; SILVA; GALVÃO, 2007; OSIS et al. 2006).

Moura e Silva (2005) revelam que as consultas de enfermagem em PF acontecem quando, por algum motivo, não há consulta médica, ou seja, pela ausência do profissional médico na instituição ou pelo pouco envolvimento dos médicos com o PF.

Schimith e Lima (2004), referem que o profissional enfermeiro, inserido no processo de trabalho em saúde no PSF, desenvolve prioritariamente atividades administrativas e educativas de forma coletiva; assim como Nascimento e Nascimento (2005) referem que as atividades administrativas no PSF estão sob responsabilidade do enfermeiro enquanto a prática educativa engloba outros profissionais de saúde, sendo necessário que os enfermeiros dêem mais ênfase à atuação profissional nas ações educativas.

Moura, Silva e Galvão (2007) estudando a dinâmica do atendimento em PF no PSF constataram que o profissional auxiliar de enfermagem, geralmente, recepciona os clientes e realiza a pré-consulta (verificam peso e pressão arterial); ou seja, os autores não identificaram quais ações em PF são desenvolvidas por estes profissionais. Já os ACS são interlocutores entre a equipe e clientes, atuam informando a clientela sobre o dia e horário do atendimento em PF, sobre quais os MAC estão disponíveis nos serviços de saúde, assim como realizam algumas orientações básicas em PF e MAC.

Diante da literatura e dos nossos resultados, entendemos que a maioria das mulheres de nosso estudo recebe orientações durante as consultas clínicas médicas, que os profissionais enfermeiros nos serviços de saúde assumem mais funções administrativas do que assistenciais, assim são pouco visíveis aos olhos dos clientes. Supomos que os enfermeiros quando desenvolvem consultas clínicas e até mesmo durante a orientação em grupo podem ser confundidos pelos clientes com outros profissionais da saúde, no caso o médico.

Os auxiliares de enfermagem foram pouco citados em nosso estudo como fonte de orientação em PF, pois provavelmente desenvolvem as mesmas atividades detectadas na pesquisa de Moura, Silva e Galvão (2007); e que os ACS pouco assumem a postura de interlocutores, bem como realizam atividades de orientação em PF.

Dentre as mulheres do estudo 48,8% referiram que o NSF I oferece orientação sobre MAC, 32,2% das mulheres não souberam informar e 19% das mulheres afirmaram que o NSF não oferece orientação sobre MAC (Tabela 10).

Os dados evidenciam que mais da metade das mulheres (51,2%) cadastradas no NSF I não dispõem de informações em PF; do mesmo modo que o acesso aos meios, aos métodos para a regulação da fecundidade são restritos. Esta situação denota precariedade da atenção em PF, de acordo com os elementos de qualidade da atenção segundo Bruce (1990).

Quando indagamos as mulheres do estudo sobre a oferta de orientação sobre MAC para homens e adolescentes 76,4% informaram não saber, enquanto 23,6% das mulheres informaram que o NSF I oferece orientação sobre MAC para homens e adolescentes (Tabela 10).

Osis et al. (2006) em um estudo onde avaliou a disponibilidade de MAC anticoncepcionais nas UBS de vários municípios brasileiros, características da atenção em PF e a articulação com a estratégia da saúde da família, detectou que nenhum dos municípios pesquisados possuíam programas específicos para a saúde sexual e reprodutiva dos homens

sob a alegação de questões culturais, como “coisa para mulher” e horário de funcionamento dos serviços de saúde não adequado aos homens. Moreira e Araújo (2004) confirmam que a prevalência de mulheres em grupos de PF se relaciona a atitudes e valores culturais, assim como as condições de funcionamento do serviço de saúde.

Destacamos que Duarte et al. (2003) referem que no Brasil está ocorrendo mudança de conduta em relação à responsabilidade reprodutiva, uma vez que o percentual de homens utilizado MAC se alterou. Essas mudanças são questionadas pelos próprios autores, trata-se de mudança nas relações de gênero? ou conscientização sobre necessidade de proteção contra DST/HIV?

Acreditamos que independente da motivação, faz-se necessário a criação de espaços nos serviços de saúde para a discussão de PF para homens e casais na perspectiva de direitos sexuais e reprodutivos.

Os dados de nosso estudo sugerem que tanto os adolescentes como os homens são negligenciados em relação a ações de PF, merecendo maior atenção no que se refere à saúde sexual e reprodutiva.

Em relação aos adolescentes, Osis et al. (2006), informam que uma pequena parcela de adolescentes procura espontaneamente pelos serviços de saúde, exceto quando existe suspeita de gravidez ou de DST/HIV.



### 5.1.5 Métodos Anticoncepcionais orientados e oferecidos no NSF I

O quadro 2 apresenta a distribuição das mulheres em idade fértil cadastradas no NSF I, segundo informações recebidas sobre MAC neste serviço.

De acordo com os dados do estudo, os MAC mais orientados e oferecidos são: a pílula e preservativo masculino.

Quadro 2 – Distribuição das mulheres em idade fértil cadastradas no Núcleo de Saúde da Família I, segundo informações recebidas sobre MAC no Núcleo de Saúde da Família, Núcleo de Saúde da Família I, Ribeirão Preto, 2008.

MAC	Como Usar	Eficácia	Quem pode usar	Efeitos Colaterais	Implicações vida sexual	Disponível ou pactuado
	nº	nº	nº	nº	nº	nº
Pílula	103	94	41	79	87	96
Minipílula	04	04	02	03	02	04
Injeção Hormonal	53	51	23	37	44	49
Pílula do dia seguinte	06	06	06	06	04	05
DIU	28	26	17	19	22	26
Diafragma	06	06	05	06	04	05
Preservativo Masculino	76	76	32	34	72	79
Preservativo Feminino	13	14	11	11	13	11
AME (aleitamento)	04	04	03	03	04	04
Coito interrompido	04	04	04	04	03	03
Tabelinha	11	11	09	08	08	06
Muco Cervical	05	05	05	05	04	05
Temperatura	04	04	04	04	03	04
Laqueadura	18	19	10	06	14	18
Vasectomia	14	13	08	07	10	14

Os MAC mais orientados em relação ao modo de uso são: a pílula, o preservativo masculino, o injetável hormonal, o DIU e a laqueadura, enquanto que os menos orientados em relação ao modo de uso foram: a minipílula, o AME, o coito interrompido, a temperatura e o muco cervical (Quadro 2).

Os MAC mais orientados em relação à forma de uso são os MAC cientificamente mais seguros em relação à regulação da fecundidade, enquanto os menos orientados foram os MAC menos seguros e que necessitam de rigor comportamental.

Díaz e Díaz (1999) referem que a falta de acesso dos clientes aos MAC comportamentais se relaciona ao despreparo profissional para o seu manejo.

A orientação sobre a eficácia e a disponibilidade dos MAC foi proporcional à orientação de modo de uso dos MAC.

A orientação sobre quem pode usar a pílula, a minipílula, o injetável hormonal, o DIU, o preservativo masculino, a laqueadura tubária e a vasectomia, não foi proporcional às orientações de modo de uso, ou seja, este aspecto, foi menos informado às mulheres do estudo.

Da mesma forma, a orientação dos efeitos colaterais da minipílula, do injetável hormonal, do DIU, do preservativo masculino, da laqueadura tubária e da vasectomia não foram proporcionais à orientação de modo de uso (Quadro 2).

Questionamos como as mulheres podem fazer a escolha dos métodos de forma livre e esclarecida, se as informações sobre os efeitos colaterais e os critérios de elegibilidade são menos disponíveis?

Bruce (1990) e Moura (2003) argumentam que os serviços de PF que visam à qualidade da assistência não necessariamente devem dispor de todos os MAC, mas dos que os clientes mais utilizam, ou seja, para que possa atender as necessidades em uma base geográfica, de modo que os clientes tenham igual acesso a uma variedade razoável de MAC.

Considerando os elementos de qualidade da assistência em PF oferta, livre escolha de MAC e informação dada aos clientes, descrito por Bruce (1990), podemos dizer que a assistência em PF oferecida no NSF I diverge da preconizada por este referencial, pois não possibilita as mulheres, aos homens ou casais o conhecimento e acesso à diversidade de MAC de forma igualitária e do mesmo modo não viabilizam a escolha livre e informada por MAC.

Lembramos que, a oferta e escolha livre por métodos é um direito, ou seja, a informação sobre a diversidade de MAC, bem como a sua disponibilidade para controle da fecundidade é um direito reprodutivo e é elemento fundamental para a continuidade de uso do MAC.

Outro elemento trabalhado em relação à qualidade em PF foi a forma de orientação e uso de material ilustrativo nas ações educativas disponibilizadas às mulheres em idade fértil cadastradas no NSF I, conforme apresentado na tabela 11.

Tabela 11 – Distribuição das mulheres em idade fértil cadastradas no Núcleo de Saúde da Família I, segundo forma de orientações e uso de material ilustrativo, Núcleo de Saúde da Família I, Ribeirão Preto, 2008.

<b>Variáveis</b>	<b>nº</b>	<b>%</b>
<b>Forma de Orientação</b>		
Individual	100	90,1
Grupo	08	7,2
Grupo + Individual	03	2,7
<b>Total</b>	<b>111</b>	<b>100</b>
<b>Uso de Material Ilustrativo</b>		
Sim	43	38,7
Não	68	61,3
<b>Total</b>	<b>111</b>	<b>100</b>

A principal forma de orientação sobre MAC citada pelas mulheres foi à orientação individual (90,1%) (Tabela 11).

Este dado sugere que atividades em grupo são pouco desenvolvidas no NSF I, não oportunizando a troca de experiência entre pessoas; assim como pode dificultar o acesso ao PF, se a oferta estiver condicionada à consulta, dependendo de vagas nas agendas dos profissionais.

Pereira et al. (2007), referem que a modalidade de grupo em PF, que permite a participação dos sujeitos, “permite a troca, o crescimento, a educação para a cidadania, o respeito pela autonomia e a possibilidade da construção de novos saberes, tanto para as mulheres como para a equipe de saúde” (p. 325).

A utilização de material ilustrativo durante orientações sobre MAC foi citado por 38,7% das mulheres enquanto 61,3% referiram que as orientações sobre MAC não são providas por material ilustrativo (Tabela 11).

Segundo Osis et al. (2006), profissionais que atuam em PF reclamam pela falta de material ilustrativo para utilizarem durante orientação, bem como disponibilizá-los aos clientes.

A ausência de material ilustrativo atualizado e de boa qualidade pode influenciar negativamente no entendimento das mulheres em PF, não contribuindo para a liberdade de escolha, já que o recurso visual é de fundamental importância para a assimilação da informação (DIAZ; DIAZ, 1999).

Independente do nível de escolaridade acreditamos que as mulheres podem encontrar dificuldades para o entendimento das orientações sobre MAC, visto que mais da metade das mulheres referiram a não utilização de material ilustrativo durante a orientação.

Segundo Díaz e Díaz (1999), a informação não adequada afeta a escolha por um MAC, assim como a continuidade de uso do mesmo.

A tabela seguinte (Tabela 12) apresenta a distribuição das mulheres em idade fértil cadastradas no NSF I, segundo consideração do conhecimento prévio sobre MAC, intenção reprodutiva respeitada e consideração sobre MAC preferido.

Tabela 12 – Distribuição das mulheres em idade fértil cadastradas no Núcleo de Saúde da Família I, segundo consideração do conhecimento prévio sobre MAC, intenção reprodutiva respeitada e consideração sobre MAC preferido, Núcleo de Saúde da Família I, Ribeirão Preto, 2008.

<b>Variáveis</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
<b>Considerado conhecimento Prévio sobre MAC</b>		
Sim	87	78,4
Não	24	21,6
<b>Total</b>	<b>111</b>	<b>100</b>
<b>Intenção Reprodutiva Respeitada</b>		
Sim	100	90,1
Não	11	9,9
<b>Total</b>	<b>111</b>	<b>100</b>
<b>Considerado MAC preferido</b>		
Sim	100	90,1
Não	11	9,9
<b>Total</b>	<b>111</b>	<b>100</b>

Dentre as mulheres do estudo 78,4% relataram que o conhecimento prévio que elas tinham sobre MAC foi considerado pelos profissionais de saúde e 90,1% das mulheres relataram que tiveram suas intenções reprodutivas respeitadas, assim como 90,1% das mulheres relataram que foi respeitado o método escolhido (Tabela 12).

Bruce (1990) e Díaz; Díaz (1999) referem que o conhecimento prévio que as mulheres têm em PF deve ser levado em consideração, objetivando o atendimento das necessidades das mesmas, assim como a oferta adequada da informação aos clientes, sem mais delongas.

Osis et al. (2004) em pesquisa realizada em serviço de PF verificou que o conhecimento prévio das mulheres em idade fértil foi levado em consideração, sendo este posicionamento um ponto positivo para a adesão ao uso do MAC, assim como a consideração em relação à intenção reprodutiva e método preferido.

Nossos dados revelam que a maioria das mulheres em idade fértil cadastradas no NSF I têm o seu conhecimento prévio em PF e intenção reprodutiva respeitadas, porém 21,6% das mulheres em idade fértil não tiveram seu conhecimento prévio em PF respeitados, assim como 9,9% destas mulheres também não tiveram suas intenções reprodutivas respeitadas, fatos estes que podem comprometer a continuação de uso de MAC.

Na tabela 13 verificamos a distribuição das mulheres em idade fértil cadastradas no NSF I, segundo realização de consulta antes de iniciar MAC e acompanhamento.

Tabela 13 – Distribuição das mulheres em idade fértil cadastradas no Núcleo de Saúde da Família I, segundo realização de consulta antes de iniciar MAC e acompanhamento, Núcleo de Saúde da Família I, Ribeirão Preto, 2008.

Variáveis	nº	%
<b>Consulta no NSF antes de iniciar MAC *</b>		
Sim	78	80,4
Não	19	19,6
	<b>97</b>	<b>100</b>
<b>Acompanhamento*</b>		
Sim	59	75,6
Retorno Voluntário **	18	20,4
Consultas Agendadas **	55	62,5
Visita domiciliar**	10	11,4
Telefonemas**	05	5,7
Não	19	24,4

\* Foram excluídas todas as mulheres que iniciaram o uso do MAC há mais de oito anos e as que faziam acompanhamento de saúde em outros serviços.

\*\* Valores referentes a citações das mulheres como forma de acompanhamento, sendo que uma mulher poderia referir mais de uma opção.

Do total de mulheres que fazem uso exclusivamente do NSF 1 como serviço para seguimento da saúde, 80,4% realizaram consulta clínica antes do início do uso do MAC (Tabela 13).

O acompanhamento do PF foi referido por 75,6% destas mulheres, sendo a consulta agendada a principal forma, seguida de retornos voluntários, visita domiciliar e telefonemas; porém 24,4% das mulheres referiram não receber acompanhamento depois de iniciado o uso do MAC (Tabela 13).

A porcentagem de mulheres que realizaram consultas antes de iniciar o uso do MAC em nosso estudo foi superior à encontrada por Souza et al. (2006), onde apenas 35,9% das mulheres que iniciaram a pílula realizaram consulta prévia.

Uma consulta clínica que aborde a variedade de MAC, suas principais características e sua disponibilidade, antes do início de uso do mesmo, permite a mulher conhecer a diversidade de métodos e escolher um método de acordo com suas necessidades de forma livre e esclarecida. Segundo Moura (2003) este contato permite ao cliente escolher e usar um MAC com satisfação e conhecimento.

O acompanhamento das mulheres que fazem uso de MAC é fundamental para a avaliação do seu bem-estar, da adaptação ao método (TAVARES; LEITE; TELLES, 2007) e a sua ausência, como já foi referida anteriormente, pode contribuir para a descontinuação de uso do MAC (SCHOR et al., 2000).

Há consenso entre gestores e pesquisadores do PF de que o acompanhamento clínico adequado traz benefícios tanto para os clientes como para o próprio serviço de saúde; para os clientes porque permite a detecção precoce de complicações e para os serviços porque reduz o número de consultas por intercorrências (DÍAZ; DÍAZ, 1999).

O relacionamento profissional-cliente é um mote que pode influenciar os indivíduos e/ou casais a retornarem ou não ao serviço de PF (MOURA, 2003), ou seja, o retorno ao serviço de PF depende da forma como os indivíduos e/ou casais são recebidos, tratados e orientados.

Os dados de nosso estudo revelam que um grande número de mulheres em idade fértil são avaliadas antes do início de uso do MAC, porém destacamos que 19,6% mulheres em idade fértil iniciam métodos sem orientação profissional, assim estão expostas a riscos de gravidez não planejada e a DST/HIV.

Outro dado que merece destaque é que 24,4% das mulheres em idade fértil que realizam consulta no NSF I antes de iniciar o MAC não receberam acompanhamento, assim supomos que a possibilidade de descontinuação de uso do método se eleva. Novos estudos devem ser desenvolvidos com intuito de identificar os motivos envolvidos ao não acompanhamento destas mulheres.

A distribuição das mulheres em idade fértil cadastradas no NSF I, segundo decisão e aquisição do MAC está descrita na tabela 14.

Tabela 14 – Distribuição das mulheres em idade fértil cadastradas no Núcleo de Saúde da Família I, segundo decisão e aquisição do MAC, Núcleo de Saúde da Família I, Ribeirão Preto, 2008.

Variáveis	nº	%
<b>Decisão pelo MAC*</b>		
Própria	71	67,0
Profissional	22	20,8
Casal	12	11,3
Parceiro Sexual	01	0,9
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100</b>
<b>Aquisição do MAC*</b>		
Compra	55	51,9
Serviço Público de Saúde	51	48,1
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

\* Não fazem parte desta amostra mulheres que utilizam o MAC há mais de 8 anos e mulheres que não fazem acompanhamento no NSF I.

A maior parcela de mulheres do estudo, ou seja, 67,0% referiram que a decisão pelo MAC foi delas mesmas, porém 20,8% referiram que o profissional de saúde influenciou na decisão por um MAC (Tabela 14).

Fernandes (2003), em uma pesquisa sobre PF em serviços públicos de saúde (SPS), ao avaliar a satisfação das mulheres com a pílula e com a laqueadura tubária, observou que as opções por estes métodos não se constituíam em preferências pessoais, nem em livre escolha; as opções se referiam às únicas alternativas propostas e a opção por estes métodos relacionava-se ao posicionamento de atender as recomendações médicas, estas inquestionáveis e indiscutíveis.

Em contra-partida, Espejo et al. (2003) observou em sua prática assistencial que as mulheres, quando desejam usar um MAC específico, procuram os serviços de saúde, determinadas para tal uso e não se mostram abertas à orientação sobre outros MAC disponíveis. A escolha está relacionada a um conhecimento prévio que as mulheres julgam ter e é influenciada por experiência de pessoas significativas e/ou por informações que elas "ouviram falar". O conhecimento, muitas vezes inadequado influencia o não uso ou opção por outro método.



Osis et al. (2004) referem que a decisão por um MAC é influenciada por pessoas significativas, principalmente os familiares, assim o papel dos profissionais de saúde na decisão fica restrito. Outros estudos ainda revelam uma forte influência dos parceiros sexuais na escolha por MAC (ALVES, LOPES, 2004). Em nosso estudo a influência dos parceiros sexuais demonstrou-se insignificante, já que apenas uma mulher em idade fértil informou que a decisão pelo MAC foi do parceiro sexual.

Um dado que nos chamou atenção foi que maioria das mulheres (51,9%) do estudo compravam o MAC utilizado, enquanto a outra parcela (48,1%) os adquiria nos serviços públicos de saúde (Tabela 14).

A PNDS, de 2006, revelou que a maior parte das mulheres que freqüentam serviços de PF público compram os MAC (BRASIL, 2008). Osis et al. (2006) verificaram que alguns serviços de PF público, ou seja, oferecidos nas UBS e/ou ESF, possuem dificuldade de manter suprimentos adequados de MAC, assim como não sabem para onde referenciar os clientes na falta do MAC, desta forma restam-lhes fornecer a receita para a aquisição do MAC na farmácia particular.

## **5.2 Associações entre uso de MAC e assistência em Planejamento Familiar**

Os dados apresentados a seguir referem-se às associações entre as informações sobre MAC, decisão pelo uso do MAC, forma de aquisição do MAC, existência de acompanhamento das mulheres que utilizam MAC e o uso de MAC.

Desta forma, para cada de tipo de MAC considerado, realizamos associações de seu uso por mulheres em idade fértil com as variáveis: modo de uso do MAC, eficácia do MAC, quem pode usar o MAC, efeitos colaterais do MAC, MAC e implicações na vida sexual, MAC disponível ou pactuado no serviço; decisão pelo MAC (do casal, própria, do marido, da família, do profissional de saúde); forma de aquisição do MAC e acompanhamento das mulheres em uso de MAC.

Destacamos que em nosso estudo 111 mulheres em idade fértil referiram ter recebido informação sobre MAC no NSF I.

Conforme descrito na Metodologia, para avaliar a associação entre as variáveis do estudo foram utilizados os testes Qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher. O nível de significância adotado foi de  $\alpha = 0,05$ . Apresentamos, a seguir, em tabelas os valores significativos das associações.

### **5.2.1 Uso de MAC por mulheres em idade fértil e informação sobre MAC**

Na tabela 15 apresentamos a distribuição de mulheres em idade fértil segundo o uso de pílula e informação recebidas sobre MAC, e os respectivos valores de significância p,

associados aos resultados dos testes estatísticos de associação, Qui-quadrado ou exato de Fisher.

Tabela 15 - Distribuição das mulheres em idade fértil segundo uso de pílula e informações recebidas sobre os MAC. Núcleo de Saúde da Família I, Ribeirão Preto, 2008.

Informação	Usa pílula		Não usa pílula		p
	n <sup>o</sup>	%	n <sup>o</sup>	%	
<b>Como usar a pílula #</b>					
Sim	34	35,5	62	64,6	0,034* <sup>(a)</sup>
Não	01	7,1	13	92,9	
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>31,8</b>	<b>75</b>	<b>68,2</b>	
<b>Implicações do uso da pílula na vida sexual #</b>					
Sim	30	37,5	50	62,5	0,037* <sup>(a)</sup>
Não	05	16,7	25	83,3	
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>31,8</b>	<b>75</b>	<b>68,2</b>	
<b>Efeitos colaterais do injetável</b>					
Sim	07	17,6	28	82,4	0,044* <sup>(a)</sup>
Não	29	38,2	47	61,8	
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>31,8</b>	<b>75</b>	<b>68,2</b>	

<sup>(a)</sup> Teste qui-quadrado de Pearson.

<sup>(b)</sup> Teste Exato de Fisher.

\*  $0,01 < p < 0,05$ : associação estatisticamente significativa.

# Excluída 01 mulher que não soube informar se recebeu ou não recebeu orientação sobre como usar a pílula e sobre as implicações do uso da pílula na vida sexual.

Os resultados apresentados na tabela 15 mostram que houve associação estatisticamente significativa entre a utilização da pílula e sobre como utilizá-la ( $p=0,034$ ), e implicações de sua utilização na vida sexual ( $p=0,037$ ). Por outro lado, houve associação estatisticamente significativa entre a utilização da pílula e a ausência de conhecimento em relação aos efeitos colaterais dos injetáveis hormonais ( $p=0,044$ ).

Desta forma, os resultados mostram que as mulheres em idade fértil cadastradas no NSF I que usam a pílula recebem informações de como usá-la, recebem informações sobre a necessidade de uso do preservativo masculino ou feminino objetivando a prevenção de DST/HIV, porém não recebem orientações sobre efeitos colaterais do injetável hormonal supostamente porque não fazem uso deste último método, desta forma acreditamos que as orientações sobre MAC se restringem ao MAC em uso.

A distribuição das mulheres em idade fértil segundo o uso de injetável hormonal e informações recebidas sobre os MAC estão descritas na tabela 16.

Tabela 16 - Distribuição das mulheres em idade fértil segundo uso de injetável hormonal e informação recebida sobre MAC, Núcleo de Saúde da Família I, Ribeirão Preto, 2008.

Informação	Usa Inj. hormonal		Não usa Inj. hormonal		p
	nº	%	nº	%	
<b>Como usar a pílula #</b>					
Sim	09	9,4	87	90,6	0,038*
Não	04	28,6	10	71,4	
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>11,8</b>	<b>97</b>	<b>82,2</b>	
<b>Como usar o injetável hormonal</b>					
Sim	12	23,5	39	76,5	0,000**
Não	01	1,7	59	98,3	
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>11,7</b>	<b>98</b>	<b>88,3</b>	
<b>Eficácia do injetável hormonal</b>					
Sim	12	24,5	37	75,5	0,000**
Não	01	1,6	61	98,4	
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>11,7</b>	<b>98</b>	<b>88,3</b>	
<b>Efeitos Colaterais do Injetável hormonal</b>					
Sim	10	24,5	25	71,4	0,000**
Não	03	3,9	73	96,1	
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>11,7</b>	<b>98</b>	<b>88,3</b>	
<b>Implicação vida sexual – injetável hormonal</b>					
Sim	11	26,2	31	73,8	0,000**
Não	02	2,9	67	97,1	
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>11,7</b>	<b>98</b>	<b>88,3</b>	
<b>Injetável hormonal – disponível ou pactuado</b>					
Sim	12	25,5	35	74,5	0,000**
Não	01	1,6	62	98,4	
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>11,7</b>	<b>98</b>	<b>88,3</b>	
<b>Como usar o preservativo masculino</b>					
Sim	12	17,4	57	82,6	0,017*
Não	01	2,4	41	97,6	
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>11,7</b>	<b>98</b>	<b>88,3</b>	
<b>Eficácia do preservativo masculino</b>					
Sim	12	17,4	57	82,6	0,017*
Não	01	2,4	41	97,6	
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>11,7</b>	<b>98</b>	<b>88,3</b>	
<b>Implicação vida sexual – preservativo masculino</b>					
Sim	11	16,9	54	83,1	0,042*
Não	02	4,3	44	95,7	
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>11,7</b>	<b>98</b>	<b>88,3</b>	
<b>Preservativo masculino – disponível ou pactuado</b>					
Sim	12	16,7	60	83,3	0,027*
Não	01	2,6	38	97,4	
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>11,7</b>	<b>98</b>	<b>88,3</b>	
<b>Como usar o AME</b>					
Sim	02	50,0	02	50,0	0,015*
Não	11	10,3	96	89,7	
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>11,7</b>	<b>98</b>	<b>88,3</b>	

continuação

Informação	Usa Inj. hormonal		Não usa Inj. hormonal		p
	nº	%	nº	%	
<b>Eficácia do AME</b>					
Sim	02	50,0	02	50,0	0,015*
Não	11	10,3	96	89,7	
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>11,7</b>	<b>98</b>	<b>88,3</b>	
<b>Implicação vida sexual – AME</b>					
Sim	02	50,0	02	50,0	0,015*
Não	11	10,3	96	89,7	
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>11,7</b>	<b>98</b>	<b>88,3</b>	
<b>AME – disponível ou pactuado</b>					
Sim	02	50,0	02	50,0	0,015*
Não	11	10,3	96	89,7	
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>11,7</b>	<b>98</b>	<b>88,3</b>	

Teste qui-quadrado de Pearson.

\* 0,01 < p < 0,05: associação estatisticamente significativa.

\*\* p < 0,01: associação estatisticamente significativa.

# Excluída 01 mulher que não soube informar se recebeu ou não recebeu orientação sobre como usar a pílula .

Os resultados da tabela 16 mostram que houve associação estatisticamente significativa entre a utilização da injetável hormonal e a informação sobre como usar o injetável hormonal (p=0,000), eficácia do injetável hormonal (p=0,000), efeitos colaterais do injetável hormonal (p=0,000), implicação para a vida sexual do injetável hormonal (p=0,000), disponibilidade ou pactuação do injetável hormonal (p=0,001), sobre como usar o preservativo masculino (p=0,017), eficácia do preservativo masculino (p=0,017), implicação para a vida sexual do preservativo masculino (p=0,042), disponibilidade ou pactuação do preservativo masculino (p=0,027), sobre como usar o AME (p=0,015), eficácia do AME (p=0,015), implicação vida sexual do AME (p=0,015) e disponibilidade ou pactuação do AME (p=0,015).

Por outro lado, a utilização da injetável hormonal associou-se a não orientação sobre como utilizar a pílula (p=0,038), ou seja, as mulheres que usam o injetável hormonal receberam menos informação, do que o esperado, sobre como usar a pílula.

Desta forma, as orientações sobre injetável hormonal em relação ao seu modo de uso, a sua eficácia, aos seus efeitos colaterais, a sua implicação para a vida sexual e a sua disponibilidade associou-se ao seu uso.

Os dados apresentados anteriormente revelam que as mulheres, em idade fértil, cadastradas no NSF I que utilizam injetável hormonal recebem orientações sobre o mesmo, assim como recebem orientação sobre preservativo masculino, ou seja, informações sobre a necessidade de uso do preservativo masculino objetivando a prevenção de DST/HIV e também recebem orientação sobre AME, mas não recebem orientação de como usar a pílula, provavelmente por não usá-las.

Na tabela 17 apresentamos a distribuição das mulheres em idade fértil segundo uso do DIU e informações recebidas sobre os MAC.

Tabela 17 - Distribuição das mulheres em idade fértil segundo uso do DIU e informações recebidas sobre os MAC, Núcleo de Saúde da Família I, 2008.

Informação	Usa DIU		Não usa DIU	
	nº	%	nº	%
<b>Quem pode usar o injetável hormonal</b>				
Sim	02	9,1	20	90,9
Não	0	0	89	100
<b>Total</b>	<b>02</b>	<b>1,8</b>	<b>109</b>	<b>98,2</b>
<b>Quem pode usar o DIU</b>				
Sim	02	12,5	14	87,5
Não	0	0	95	100
<b>Total</b>	<b>02</b>	<b>1,8</b>	<b>109</b>	<b>98,2</b>
<b>Efeitos colaterais do DIU</b>				
Sim	02	11,1	16	88,9
Não	0	0	93	100
<b>Total</b>	<b>02</b>	<b>1,8</b>	<b>109</b>	<b>98,2</b>
<b>Implicação vida sexual – DIU</b>				
Sim	02	10	18	90
Não	0	0	91	100
<b>Total</b>	<b>02</b>	<b>1,8</b>	<b>109</b>	<b>98,2</b>

Quando relacionamos o uso do DIU por mulheres em idade fértil e informações recebidas sobre os diferentes MAC, encontramos um percentual muito pequeno de mulheres utilizando este MAC para realizarmos associações estatísticas, mas nossos dados revelam que, em relação às informações afirmativas a respeito do conhecimento de quem pode usar o injetável hormonal, a porcentagem do uso do DIU (9,1%) aumentou em relação ao grupo todo (1,8%), assim como para as informações afirmativas em relação aos efeitos colaterais do DIU (11,1%) e sobre as implicações para a vida sexual (10,0%), ou seja, as mulheres em

idade fértil que não usam o DIU receberam menos informação, do que o esperado, sobre o DIU (Tabela 17).

Estes dados apontam que as mulheres em idade fértil usuárias do DIU podem receber mais informação do método em uso do que dos outros MAC.

A distribuição das mulheres em idade fértil segundo uso de preservativo masculino e informações recebidas sobre os MAC está descrita na tabela 18.

Tabela 18 - Distribuição das mulheres em idade fértil segundo uso de preservativo masculino e informações recebidas sobre os MAC, Núcleo de Saúde da Família I, Ribeirão Preto, 2008.

Informação	Usa preservativo masculino		Não usa preservativo masculino		p
	n <sup>o</sup>	%	n <sup>o</sup>	%	
<b>Como usar a pílula #</b>					
Sim	23	24,0	73	76,0	0,041*
Não	07	50,0	07	50,0	
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>27,3</b>	<b>80</b>	<b>72,7</b>	

Teste Qui-quadrado de Pearson.

\* 0,01 < p < 0,05: associação estatisticamente significativa.

# Excluída 01 mulher que não soube informar se recebeu ou não recebeu orientação sobre como usar a pílula.

Quando relacionamos o uso de preservativo masculino por mulheres em idade fértil e informações recebidas sobre os diferentes MAC, houve associação significativa em relação a não utilização do preservativo masculino e receber informação de como usar a pílula (p=0,041) (Tabela 18).

Assim supomos que as mulheres em idade fértil que recebem mais informação sobre como usar a pílula pode estar fazendo uso deste método.

Na tabela 19 apresentamos a distribuição das mulheres em idade fértil segundo uso da Tabelinha e informações recebidas sobre os MAC.

Tabela 19- Distribuição das mulheres em idade fértil segundo uso da Tabelinha e informações recebidas sobre os MAC, Núcleo de Saúde da Família I, Ribeirão Preto, 2008.

Informação	Usam Tabelinha		Não usam Tabelinha	
	n <sup>o</sup>	%	n <sup>o</sup>	%
<b>Implicação vida sexual – pílula</b>				
Sim	01	1,3	79	98,8
Não	03	10,0	27	90,0
<b>Total</b>	<b>04</b>	<b>3,6</b>	<b>106</b>	<b>96,4</b>

Quando relacionamos o uso da tabelinha por mulheres em idade fértil e informações recebidas sobre os diferentes MAC, encontramos um percentual muito pequeno de mulheres utilizando este MAC para realizarmos associações estatísticas; mas nossos dados sugerem que a não orientação sobre implicações na vida sexual quando do uso da pílula pode estar relacionado ao uso da tabelinha, ou seja, as mulheres que utilizam a tabelinha como MAC podem estar recebendo menos informação, do que o esperado, sobre as implicações para a vida sexual quando em uso da pílula (Tabela 19).

A distribuição das mulheres em idade fértil segundo uso de laqueadura e informações recebidas sobre os MAC encontram-se descritas na tabela 20.

Tabela 20- Distribuição das mulheres em idade fértil segundo uso de laqueadura e informações recebidas sobre os MAC, Núcleo de Saúde da Família I, Ribeirão Preto, 2008.

Informação	Laqueadas		Não laqueadas		p
	n <sup>o</sup>	%	n <sup>o</sup>	%	
<b>Como usar o preservativo masculino</b>					
Sim	04	5,8	65	94,2	0,029*
Não	08	19,0	34	81,0	
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>10,8</b>	<b>99</b>	<b>89,2</b>	
<b>Eficácia do preservativo masculino</b>					
Sim	04	5,8	65	94,2	0,029*
Não	08	19,0	34	81,0	
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>10,8</b>	<b>99</b>	<b>89,2</b>	
<b>Implicação vida sexual – preservativo masculino</b>					
Sim	02	3,1	63	96,9	0,002**
Não	10	21,7	36	78,3	
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>10,8</b>	<b>99</b>	<b>89,2</b>	
<b>Preservativo masculino – disponível ou pactuado</b>					
Sim	04	5,6	68	94,4	0,015*
Não	08	20,5	31	79,5	
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>10,8</b>	<b>99</b>	<b>89,2</b>	



continuação

Informação	Laqueadas		Não laqueadas		p
	n <sup>o</sup>	%	n <sup>o</sup>	%	
<b>Como usar a laqueadura</b>	n <sup>o</sup>	%	n <sup>o</sup>	%	
Sim	07	43,8	09	56,3	0,000**
Não	05	5,3	90	94,7	
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>10,8</b>	<b>99</b>	<b>89,2</b>	
<b>Eficácia da laqueadura</b>					
Sim	07	41,2	10	58,8	0,000**
Não	05	5,3	89	94,7	
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>10,8</b>	<b>99</b>	<b>89,2</b>	
<b>Quem pode usar a laqueadura</b>					
Sim	03	37,5	05	62,5	0,012*
Não	09	8,7	94	91,3	
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>10,8</b>	<b>99</b>	<b>89,2</b>	
<b>Laqueadura – disponível ou pactuada</b>					
Sim	05	31,3	11	68,8	0,004**
Não	11	7,4	88	92,6	
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>10,8</b>	<b>99</b>	<b>89,2</b>	

Teste Qui-quadrado de Pearson.

\* 0,01 < p < 0,05: associação estatisticamente significativa.

\*\* p < 0,01: associação estatisticamente significativa.

Quando relacionamos mulheres em idade fértil em uso da laqueadura e informações recebidas sobre os diferentes MAC, houve associação estatisticamente significativa entre a utilização da laqueadura e a não informação sobre como usar o preservativo masculino (p=0,029), sobre a eficácia do preservativo masculino (p=0,029), sobre as implicações na vida sexual e uso de preservativo masculino (p=0,002), sobre a disponibilidade e pactuação do preservativo masculino (p=0,015). Por outro lado, houve associação estatisticamente significativa entre a utilização de laqueadura e a existência de informação sobre como usar a laqueadura (p=0,000), sobre a eficácia da laqueadura (p=0,000), sobre quem pode usá-la (p=0,012) e sobre a disponibilidade e pactuação da laqueadura (p=0,004) (Tabela 20).

Estes dados sugerem que as mulheres laqueadas recebem informações sobre a laqueadura, porém recebem menos informações sobre MAC que visam à prevenção de DST/HIV enquanto as mulheres que não são laqueadas recebem mais informação sobre métodos que visam à prevenção de DST/HIV.

Diante destes dados, acreditamos que as mulheres em idade fértil cadastradas no NSF I, recebem mais orientações sobre os métodos que utilizam em relação aos que não são

utilizados por elas, apesar de recebem informação sobre necessidade de uso de dupla proteção, ou seja, que o preservativo masculino e/ou feminino deve ser utilizado conjuntamente com outro MAC objetivando além do controle da fecundidade a prevenção de DST/HIV, com exceção das mulheres laqueadas.

As respostas sobre o conhecimento de MAC associadas seu uso do método também foram identificadas em um estudo de Olinto e Galvão (1999).

Desta forma, considerando o elemento oferta e livre escolha por um MAC para a qualidade de atenção em PF proposta por Bruce (1990), entendemos que a assistência oferecida para as mulheres em idade fértil cadastradas no NSF I em PF está a desejar, visto que os clientes do PF devem conhecer todos os MAC, assim como suas principais características para que possam escolher o MAC que será utilizado, ou seja, o mais adequado as suas necessidades contraceptivas.

Do mesmo modo, não podemos esquecer que a escolha por um MAC de forma livre e esclarecida pressupõe a orientação e acesso a todos os MAC.

### 5.2.2 Variáveis relacionadas à decisão pelo MAC em uso

A tabela 21 apresenta a distribuição das mulheres em idade fértil segundo uso de pílula e decisão pelo MAC.

Tabela 21 - Distribuição das mulheres em idade fértil segundo uso de pílula e decisão pelo MAC, Núcleo de Saúde da Família, Ribeirão Preto, 2008.

Escolha do MAC	Usam pílula		Não usam pílula		p
	nº	%	nº	%	
<b>Casal</b>					
Sim	01	7,1	13	92,9	0,003**
Não	45	50,0	45	50,0	
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>44,2</b>	<b>58</b>	<b>55,8</b>	
<b>Própria</b>					
Sim	40	58,3	31	43,7	0,000**
Não	06	18,2	27	81,8	
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>44,2</b>	<b>58</b>	<b>55,8</b>	

Teste Qui-quadrado de Pearson.

\*  $0,01 < p < 0,05$ : associação estatisticamente significativa.

\*\*  $p < 0,01$ : associação estatisticamente significativa.

Os resultados da tabela 21 mostram que houve associação estatisticamente significativa entre a utilização ou não da pílula e a decisão do casal ( $p=0,003$ ) e a própria decisão ( $p=0,000$ ) da mulher pelo MAC.

Entre as mulheres que usam pílula a decisão por este método esteve associada à própria decisão, enquanto as mulheres que não usam pílula a decisão por um MAC esteve associada ao casal.

A distribuição das mulheres em idade fértil segundo uso de coito interrompido e decisão pelo MAC está descrita na tabela 23.

Tabela 22 - Distribuição das mulheres em idade fértil segundo uso de coito interrompido e decisão pelo MAC, Núcleo de Saúde da Família I, Ribeirão Preto, 2008.

Escolha do MAC	Usa coito		Não usa coito		p
	nº	%	nº	%	
<b>Casal</b>					
Sim	04	28,6	10	71,4	0,000**
Não	03	3,3	87	96,7	
<b>Total</b>	<b>07</b>	<b>6,7</b>	<b>97</b>	<b>93,3</b>	

Teste Qui-quadrado de Pearson.

\* 0,01 < p < 0,05: associação estatisticamente significativa.

\*\* p < 0,01: associação estatisticamente significativa.

Os resultados apresentados na tabela 22 mostram que, houve associação estatisticamente significativa entre a utilização ou não do coito interrompido e a decisão do casal (p=0,000).

A decisão entre as mulheres em idade fértil pela utilização do coito interrompido associou-se ao casal.

Na tabela 23 apresentamos a distribuição das mulheres em idade fértil segundo uso de laqueadura e decisão pelo MAC.

Tabela 23- Distribuição das mulheres em idade fértil segundo uso de laqueadura e decisão pelo MAC, Núcleo de Saúde da Família, Ribeirão Preto, 2008.

Escolha do MAC	Laqueadas		Não laqueadas		p
	nº	%	nº	%	
<b>Casal</b>					
Sim	04	28,6	10	71,4	0,019*
Não	07	7,8	83	92,2	
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>10,6</b>	<b>93</b>	<b>89,4</b>	
<b>Própria</b>					
Sim	03	4,2	68	95,8	0,002**
Não	08	24,2	25	75,8	
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>10,6</b>	<b>93</b>	<b>89,4</b>	
<b>Profissional de saúde</b>					
Sim	06	25,0	18	75,0	0,009**
Não	05	6,3	75	93,8	
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>10,6</b>	<b>93</b>	<b>89,4</b>	

Teste Qui-quadrado de Pearson.

\* 0,01 < p < 0,05: associação estatisticamente significativa.

\*\* p < 0,01: associação estatisticamente significativa.

Houve associação estatisticamente significativa entre a decisão ou não pela laqueadura e a decisão do casal ( $p=0,019$ ), decisão própria ( $p=0,002$ ) e decisão do profissional de saúde ( $p=0,009$ ) (Tabela 23).

A decisão pela laqueadura associou-se a decisão do casal e a decisão do profissional de saúde e não se associou a própria decisão da mulher.

Apesar da maioria das mulheres em idade fértil cadastradas no NSF I mencionarem que a decisão por um MAC é própria, nossos dados revelam que quando associamos o uso de um método específico e decisão pelo método esta decisão é discutida pelo casal, como no caso do coito interrompido e laqueadura tubária, sendo que o uso deste último método também é influenciado pelo profissional da saúde.

### 5.2.3 Uso e forma de aquisição do MAC

A tabela 24 apresenta Distribuição das mulheres em idade fértil segundo uso de preservativo masculino e aquisição de MAC.

Tabela 24 - Distribuição das mulheres em idade fértil segundo uso de preservativo masculino e aquisição de MAC, Núcleo de Saúde da Família I, Ribeirão Preto, 2008.

Aquisição do MAC #	Usam preservativo masculino		Não usam preservativo masculino		p
	nº	%	nº	%	
Serviço Público de Saúde	09	17,6	42	82,4	0,002**
Compra	25	45,5	30	54,5	
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>32,1</b>	<b>72</b>	<b>67,9</b>	

Teste Qui-quadrado de Pearson.

\*  $0,01 < p < 0,05$ : associação estatisticamente significativa.

\*\*  $p < 0,01$ : associação estatisticamente significativa.

# A frequência está relacionada ao uso do preservativo masculino como principal método em uso, portanto excluimos as mulheres que utilizam o preservativo masculino associado a outros MAC e as mulheres que utilizam o método a mais de oito anos.

Os valores apresentados na tabela 30 mostram que houve associação estatisticamente significativa entre a utilização ou não do preservativo masculino e a forma de aquisição do MAC ( $p = 0,002$ ).

As mulheres que não usam preservativo masculino, ou seja, usam outros MAC os adquirem os métodos no serviço público de saúde, enquanto as mulheres que usam preservativo masculino os adquirem através da compra no comércio.

De acordo com dados da PNDS, de 2006, a pílula (75,7%), o injetável hormonal (74,9%) e o preservativo masculino (66%) são adquiridos nas farmácias particulares, sendo que este serviço representa a fonte mais importante para a obtenção dos métodos descritos anteriormente, e enquanto o serviço público de saúde é responsável pela oferta da esterilização tubária (63,6%) e o DIU (59,4%), os serviços privados de saúde são os responsáveis pela vasectomia (44,7%) (BRASIL, 2008).

Estes dados nos fazem supor que o preservativo masculino é de acesso restrito no NSF I para as mulheres.

#### **5.2.4 Uso de MAC e existência de acompanhamento**

Nas comparações entre as variáveis: uso de MAC e existência de acompanhamento das mulheres em idade fértil em uso de MAC não foram encontradas associações, estatisticamente significativas.

### 5.3 Profissionais que atuam em planejamento familiar no NSF I

#### 5.3.1 Características sócio-demográficas

As características sócio-demográficas dos profissionais de saúde que atuam no NSF I referem-se aos dados de sexo, idade, religião e escolaridade, conforme apresentadas na tabela 25.

Tabela 25 - Distribuição dos profissionais de saúde que atuam no Núcleo de Saúde da Família I, segundo sexo, idade, religião e escolaridade, Núcleo de Saúde da Família I, Ribeirão Preto, 2008.

Variáveis	nº	%	Média
<b>Sexo</b>			
Feminino	10	90,9	-
Masculino	01	9,1	-
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	-
<b>Idade (anos)</b>			
27 a 32	05	45,4	37 anos
33 a 38	02	18,2	
39 a 44	-	-	
45 a 50	04	36,4	
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	
<b>Religião</b>			
Católica	08	72,7	-
Evangélica	01	9,1	-
Espírita	01	9,1	-
Sem Religião	01	9,1	-
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	
<b>Escolaridade</b>			
Ensino Fundamental	-	-	-
Ensino Médio Completo	05	45,4	-
Ensino Médio Incompleto	-	-	-
Ensino Superior Completo	05	45,4	-
Ensino superior Incompleto	01	9,1	-
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	

Dentre os 11 profissionais de saúde que participaram do estudo, 10 eram do sexo feminino e um do sexo masculino. A idade dos profissionais de saúde entrevistados variou de 27 a 50 anos, a idade média foi de 37 anos. Oito profissionais de saúde referiram ser católicos, um evangélico, um espírita e um referiu não ter religião. Cinco profissionais de saúde

concluíram o ensino superior completo, um profissional possui ensino superior incompleto e cinco profissionais possuem ensino médio completo (Tabela 25).

### 5. 3.2 Perfil profissional

O perfil profissional segundo tempo de formação, tempo de atuação dos profissionais de saúde no NSF I e tempo de atuação em PF estão apresentadas na tabela 26.

Tabela 26 - Distribuição dos profissionais de saúde que atuam no Núcleo de Saúde da Família I, segundo tempo de formação, tempo de atuação no NSF I e tempo de atuação em PF. Núcleo de Saúde da Família I, Ribeirão Preto, 2008.

Variável	nº	%	Média
<b>Tempo de Formação (anos)</b>			
0 a 5	01	9,1	13 anos
6 a 10	03	27,3	
11 a 20	-	-	
21 a 25	02	18,2	
Sem Formação na área da saúde	05	45,4	
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	
<b>Tempo de Atuação no NSF (anos)</b>			
0 a 3	04	36,4	4 anos e 8 meses
04 a 6	03	27,3	
07 a 8	04	36,3	
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	
<b>Tempo de Atuação em PF (anos)</b>			
0 a 5	05	45,4	7 anos
6 a 10	04	36,4	
11 a 15	01	9,1	
16 a 20	01	9,1	
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	

O tempo de formação dos profissionais de nível superior e nível médio, ou seja, o tempo transcorrido entre a conclusão do curso até o momento atual, variou de quatro a 25 anos, com média de 13 anos. Cinco profissionais não possuem formação na área da saúde (Tabela 26).



O tempo de atuação no NSF I variou de um a oito anos, com média, de quatro anos e oito meses, enquanto o tempo de atuação dos profissionais do NSF I em atividades relacionadas ao PF variou de um a 20 anos, com média de sete anos (Tabela 26).

O tempo médio de atuação em PF (sete anos) foi maior que o tempo médio de atuação no NSF I (quatro anos e oito meses); desta forma, podemos dizer que os profissionais que atuam núcleo já tinham experiência anterior em PF.

O quadro 3 apresenta a distribuição dos profissionais de saúde que atuam no NSF I, segundo formação em PF, capacitação em PF e fonte de capacitação.

Quadro 3 - Distribuição dos profissionais de saúde que atuam no Núcleo de Saúde da Família I, segundo formação em PF, capacitação em PF e fonte de capacitação, Núcleo de Saúde da Família I, Ribeirão Preto, 2008.

Variáveis	n <sup>o</sup>	%
<b>Formação em PF</b>		
Sim	05	45,4
Não	05	45,4
Não recorda	01	9,1
<b>Capacitação em PF</b>		
Sim	02	18,2
Não	08	72,7
<i>Médico</i>	02	66,7*
<i>Enfermeiro</i>	-	-
<i>Auxiliares de Enfermagem</i>	02	100*
<i>ACS</i>	04	80*
Não recorda	01	9,1
<b>Fonte de Capacitação **</b>		
Secretaria Municipal de Saúde	02	100
Secretaria Estadual de Saúde	02	100
Núcleo da Saúde da Família	-	-
Eventos Científicos	01	50

\* Dados referentes ao total dos profissionais em cada classe.

\*\* Dados referentes a citações de dois profissionais que informaram ter recebido capacitação em PF.

O tema PF foi discutido durante a formação profissional dos quatro profissionais de nível superior e um profissional de nível médio (Quadro 3).

Oito profissionais entrevistados relataram não ter recebido capacitação em PF, em momento algum da atuação profissional, dois referiram ter recebido capacitação e um não se recordou. Dentre os profissionais que não receberam capacitação quatro eram ACS, dois eram auxiliares de enfermagem e os outros dois eram médicos residentes (Quadro 3).

Dentre os dois profissionais que relataram ter recebido capacitação em PF, um referiu ter recebido capacitação há seis anos e o outro não recorda o tempo que recebeu capacitação. A fonte de capacitação citada pelos dois profissionais de saúde foi a SMS e Secretaria Estadual de Saúde (SES). Nenhum dos dois profissionais de saúde referiu ter recebido capacitação interna no NSF I sobre o tema. Um profissional informou que também busca capacitação através de Eventos Científicos (Quadro 3).

A maior parte dos profissionais de saúde que possuem formação específica, ou seja, fizeram graduação (três médicos e um enfermeiro) ou possuem formação profissionalizante na área da saúde (um auxiliar de enfermagem) informaram que o tema PF foi contemplado pela grade curricular de seus cursos, representando 45,4% dos entrevistados. Porém profissionais de saúde que não possuem formação específica (cinco ACS) não tiveram a oportunidade de discussão do tema pela inexistência do ensino formal em saúde, representando 45,5% dos entrevistados.

Destacamos que quatro ACS (80%), além de não terem tido a oportunidade de discussão sobre a temática PF relataram que não foram capacitados para atuar em PF, porém a eles são atribuídas funções educativas em PF junto à comunidade que acompanham (BRASIL, 2005a; BRASIL, 2005c, BRASIL, 1999).

Outro dado que deve ser destacado refere-se à ausência de capacitação de dois médicos (66,7%) e dois auxiliares de enfermagem (100%) que atuam neste contexto.

O Ministério da Saúde (Brasil, 2004a) revelou em seu relatório de avaliação sobre PSF que menos da metade dos profissionais médicos e enfermeiros que atuam em ESF com saúde da mulher estão capacitados.

Segundo o MS (2005a), a capacitação dos profissionais de saúde que atuam na AB em PF é prioridade de governo, assim como a implementação da capacitação em PF pelos profissionais de saúde, através de atividades educativas com os usuários (homens e mulheres)

do SUS, que abordem aspectos dos direitos sexuais e reprodutivos, informação sobre MAC e sua disponibilidade, incluindo-se os métodos naturais, dupla proteção e esclarecimentos sobre a Lei do PF.

Osis et al. (2004) e Osis et al. (2006) referem que a capacitação dos profissionais de saúde que atuam em PF, objetivando a qualidade da atenção, foi uma das proposições do PAISM, porém ao longo dos anos esta proposição sofreu descontinuidade, assim como também apresentou baixa efetividade.

A Política do PF do MS (2005b) tem entre suas propostas e diretrizes a capacitação dos profissionais de saúde da AB para assistência em PF e educadores, para formação de multiplicadores, por meio de pólos de educação permanente, e para tal formalizou parcerias com entidades de classe (FEBRASGO) e SMS.

Osis et al. (2006), evidenciou que a capacitação em PF para profissionais que atuam em PSF e UBS enfatiza o ciclo grávido-puerperal, especificamente o pré-natal, assim como também os profissionais que atuam em PSF não percebem o PF como parte da AB, de caráter preventivo para a saúde da mulher e da criança, o PF fica em segundo plano.

Moura e Silva (2005) referem que a capacitação profissional é uma forma de desenvolver competência técnica, apesar de não assegurar a qualidade da atenção, já que esta não depende somente da competência profissional. Porém entendemos que a capacitação dos profissionais deveria ocorrer de forma continuada, através de incentivo dos gestores, mas percebemos que ela ocorre de forma insuficiente.

No quadro 4 apresentamos a distribuição dos profissionais de saúde que atuam no NSF I, segundo acesso a publicações sobre PF e leitura das publicações sobre PF.

Quadro 4 - Distribuição dos profissionais de saúde que atuam no Núcleo de Saúde da Família I, segundo acesso a publicações sobre PF e leitura das publicações sobre PF, Núcleo de Saúde da Família I, Ribeirão Preto, 2008.

Variáveis	nº	%
<b>Acesso a publicações sobre PF</b>		
Sim	10	90,9
Principais Fontes *		
<i>Manual MS</i>	07	58,3
<i>Manual OMS/OPAS</i>	01	8,3
<i>Manual ONG</i>	01	8,3
<i>Revistas e Livros Didáticos</i>	03	25,0
Não	01	9,1
<b>Leitura das publicações sobre PF**</b>		
Sim	08	80,0
Não	02	20,0

\* Os profissionais do NSF I citaram mais de 01 tipo de publicação de acesso sobre PF.

\*\* Valor percentual referente aos profissionais que tiveram acesso as publicações sobre PF.

Em nosso estudo 10 profissionais referiram ter acesso a publicações sobre PF e apenas um nunca teve acesso a publicações sobre PF. As principais publicações das quais os profissionais tiveram acesso foram: Manual do MS, Manuais Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), Manuais de ONG e publicações de revistas e livros didáticos (Quadro 4).

A principal fonte de informação foram os manuais do MS (7); um profissional citou o manual OMS/OPAS; três profissionais citaram manuais de ONG e três profissionais citaram as publicações de revistas e livros didáticos. Oito (08) profissionais leram as publicações sobre PF (Quadro 4).

Destacamos que dentre os profissionais de saúde da ESF que tiveram acesso a materiais sobre PF dois (20%) não se interaram do conteúdo do material, ou seja, não realizaram leitura dos mesmos. Desta forma, parece-nos que oportunidades para ampliação do conhecimento sobre a temática são perdidas, assim como também, alguns profissionais demonstram estar pouco envolvidos com o tema podendo repercutir negativamente na saúde sexual e reprodutiva dos indivíduos.

Por outro lado, estes dados nos fazem supor que a falta de capacitação em PF, evidenciada em nosso estudo, faz com que a grande maioria dos profissionais (90,9%) da ESF busque o conhecimento através da leitura particular (solitária) de manuais e normas técnicas sobre PF.

Moura e Silva (2005) também detectaram que os profissionais enfermeiros que atuam com PF em ESF têm acesso a materiais sobre PF; porém o acesso não é universal, assim argumentam que há necessidade do estímulo de grupos locais de estudos.

Diferentemente do estudo de Moura e Silva (2005) o local onde foi desenvolvido nosso estudo deveria oferecer e não apenas estimular grupos locais de estudos, pois o mesmo constitui-se em campo de estágio para a formação de profissionais de saúde.

Desta forma, os dados deste estudo sugerem que a qualidade da assistência em PF oferecida aos clientes pode estar prejudicada, assim como implicar em menor competência em PF.

A competência em PF refere-se ao conhecimento técnico, científico e cultural em PF dos profissionais de saúde que nele atuam e incluem habilidades de orientação, informação e comunicação adequada. Desta forma os profissionais de saúde que atuam neste contexto devem atualizar seus conhecimentos, de maneira a atender as necessidades dos clientes no que se refere à saúde sexual e reprodutiva (MOURA; SILVA, 2005; SANTANA, 2002).

Díaz e Díaz (1999) argumentam que a falta de competência em PF pode ser devido a várias causas: à ausência do ensino em PF nos currículos de graduação de Medicina e Enfermagem (*que não foi evidenciado nos resultados de nosso estudo*) ou quando há oferta deste tema nos currículos estes focam os MAC, deixando de lado aspectos da sexualidade humana e técnicas de comunicação; à falta de atualização por parte dos profissionais de saúde, assim como pelo não oferecimento de treinamento por parte dos gestores; a concentração das

ações do PF sobre a figura do médico e desta forma, a negligência com o pessoal não médico que pode interferir na qualidade do serviço.

A Constituição Federal (1988) determina que o SUS deva ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde em consonância às necessidades das pessoas (BRASIL, 2001). Entendemos que as necessidades dos usuários por ações de saúde representam um direito, já que o objetivo da saúde é garantir plena atenção às necessidades das pessoas. Assim, considerando o PF um direito, este deve fazer parte da formação/capacitação de todos os profissionais de saúde.

A diretriz curricular nacional para cursos na área da saúde recomenda que a formação dos profissionais deva contemplar o SUS, portanto suas políticas de saúde (BRASIL, 2006b).

A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/1990) em seu Capítulo IV Dos Recursos Humanos, artigo nº 27 menciona que a política de recursos humanos para a saúde é de responsabilidade das várias esferas do governo (saúde, educação, etc) e tem como objetivo “organizar um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento profissional” (BRASIL, 2001).

### 5.3.3 Informações sobre PF oferecidas às mulheres cadastradas no NSF I

Os dados apresentados nesta seção buscam descrever as informações em PF oferecidas às mulheres em idade fértil cadastradas no NSF I, bem como as formas de orientação, oferta de MAC e acompanhamento dos clientes descritos no quadro 5.

Quadro 5 - Distribuição das citações da orientação e oferta de MAC por profissionais de saúde no Núcleo de Saúde da Família I, segundo a diversidade de MAC, Núcleo de Saúde da Família I, Ribeirão Preto, 2008.

MAC	Orientação MAC		Oferta MAC	
	nº	%	nº	%
Pílula	10	90,9	11	100
Minipílula	08	72,7	09	81,8
Injeção Hormonal	09	81,8	11	100
Pílula do dia seguinte	06	54,5	04	36,4
DIU	10	90,9	11	100
Diafragma	07	63,6	01	9,1
Preservativo Masculino	11	100	11	100
Preservativo Feminino	10	90,9	05	45,4
AME (aleitamento)	05	45,4	04	36,4
Coito interrompido	02	18,2	01	9,1
Tabelinha	03	27,3	02	18,2
Muco Cervical	01	9,1	-	-
Temperatura	-	-	-	-
Laqueadura	11	100	11	100
Vasectomia	11	100	11	100

Os profissionais de saúde do NSF I referem que oferecem orientação às mulheres em idade fértil cadastradas no núcleo, da grande variedade de MAC, exceto o método temperatura que não foi citado por nenhum profissional (Quadro 5).

A grande variedade de MAC também é oferecida às mulheres do NSF I, porém os métodos muco cervical e temperatura não são oferecidos às mulheres (Quadro 5).

O preservativo masculino, a laqueadura tubária e a vasectomia são MAC referidos por todos os profissionais como orientados no NSF I, enquanto a pílula, o injetável hormonal, o DIU, o preservativo masculino, a laqueadura tubária e a vasectomia são MAC referidos por todos os profissionais como oferecidos no NSF I (Quadro 5).

Os MAC comportamentais, ou seja, os MAC que oferecem maior risco para gravidez, são os menos orientados, bem como são os menos oferecidos no NSF I (Quadro 5). Estes dados confirmam que o conhecimento referido pelas mulheres em idade fértil cadastradas no NSF I.

Podemos verificar também que, alguns MAC são menos orientados, porém mais oferecidos: a pílula, a minipílula, o injetável hormonal e o DIU enquanto a pílula do dia seguinte, diafragma, preservativo feminina, AME, coito interrompido, tabelinha, muco cervical são MAC menos orientados, porém mais oferecidos (Quadro 5).

O preservativo masculino, a laqueadura tubária e a vasectomia são MAC referidos como orientados e oferecidos no NSF I na mesma proporção (Tabela 5).

Destacamos que, os profissionais de saúde do NSF I informaram que, raramente há falta de MAC para oferta aos clientes.

Os dados de nosso estudo revelam que a maioria dos profissionais de saúde do NSF I orienta e oferece a diversidade de MAC, porém maior número de profissionais orienta e oferece os MAC considerados mais seguros. Estes resultados vêm de encontro com o conhecimento e uso de MAC entre mulheres em idade fértil cadastradas no NSF I, como já verificados anteriormente, onde uma grande parcela das mulheres em idade fértil utiliza basicamente a pílula e o preservativo masculino.

Os MAC naturais ou comportamentais são os menos usados pelas mulheres do estudo, da mesma forma são menos orientados e oferecidos pelos profissionais de saúde, acreditamos que a orientação e a oferta dos MAC influenciam no uso dos mesmos pelas mulheres.

Outro resultado que merece destaque é que os profissionais de saúde informam orientar e oferecer o DIU, porém apenas duas mulheres informam fazer uso deste método. Acreditamos que este tema demanda maior investimento para desmistificar seu uso, tendo em vista a boa eficácia do mesmo e novas pesquisas devem ser realizadas para evidenciar os



motivos do não uso deste MAC pelas mulheres, bem como a resistência dos profissionais quanto à sua indicação.

Uma pesquisa desenvolvida por Moura (2003), que investigou a assistência ao PF na perspectiva de usuários e enfermeiros do PSF, constatou falhas na oferta de MAC e na livre escolha, sendo as causas estruturais indicadas como responsáveis pelas falhas da atenção em PF, ou seja, a falta de MAC, problemas com a distribuição, reduzida variedade de MAC, escassez de profissionais capacitados para oferecer o DIU, questões sociais e de gênero também foram apontadas.

Identificamos que a oferta inadequada e a ausência de informações relacionadas à variedade dos MAC observadas em nosso estudo não se relacionam à falta de MAC nos serviços de saúde, visto que os profissionais informaram que raramente há falta dos mesmos.

Deste modo, supomos que a oferta de MAC é influenciada pela postura profissional, já que em alguns estudos foi verificado que os profissionais possuem preconceitos e desconhecem alguns MAC, principalmente os considerados menos eficazes (ALVES; LOPES, 2004; KALCKMAM, 1997, MOURA, 2003; OLINTO; GALVÃO, 1999).

Díaz e Díaz (1999) ressaltam que a maioria dos profissionais possui atitudes paternalistas e/ou autoritária, prescrevendo ou oferecendo o MAC de sua preferência, ou seja, decidem pelos usuários, desconsiderando as reais necessidades, direitos e capacidade de decidir. Esta postura pode estar atrelada à deficiência de capacitação dos profissionais de saúde que atuam em PF em relação aos aspectos de educação/orientação no que tange a maneira como devem oferecer ou disponibilizar MAC.

No quadro 6 apresentamos a distribuição das informações oferecidas por profissionais de saúde no NSF I aos clientes sobre as principais características dos MAC, implicações para a vida sexual e disponibilidade de MAC, segundo a diversidade de MAC.

Quadro 6 - Distribuição das informações oferecidas por profissionais de saúde no Núcleo de Saúde da Família I aos clientes sobre as principais características dos MAC, implicações para a vida sexual e disponibilidade de MAC, segundo a diversidade de MAC, Núcleo de Saúde da Família, Ribeirão Preto, 2008.

MAC	Como Usar	Eficácia	Quem pode usar	Efeitos Colaterais	Implicações vida sexual	Disponível ou pactuado
	nº	nº	nº	nº	nº	nº
Pílula/ comprimido	10	09	08	09	10	11
Minipílula	08	07	06	07	08	09
Injeção Hormonal	09	08	07	08	09	11
Pílula do dia seguinte	06	06	05	06	06	04
DIU	10	09	08	09	10	11
Diafragma	07	06	05	06	07	01
Preservativo Masculino	11	10	08	09	11	11
Preservativo Feminino	10	09	08	09	10	05
AME (aleitamento)	05	05	04	05	05	04
Coito interrompido	02	02	02	02	02	01
Tabelinha	03	03	02	03	03	02
Muco Cervical	01	01	01	01	01	-
Temperatura	-	-	-	-	-	-
Laqueadura	11	10	08	09	11	11
Vasectomia	11	10	08	09	11	11

A maioria dos profissionais de saúde que atuam no NSF I referem que orientam os clientes que buscam pelo PF as principais características dos MAC, as implicações para vida sexual específicas de cada método e a disponibilidade dos seguintes métodos: pílula, minipílula, injetável hormonal, DIU, preservativo masculino e feminino, laqueadura tubária e vasectomia, porém destacamos que a orientação de quem pode usar a minipílula (06) e a orientação sobre a disponibilidade ou pactuação do preservativo feminino (05) são orientados por menor número de profissionais (Quadro 6).

As principais características dos métodos: pílula do dia seguinte, diafragma, AME, coito interrompido, tabelinha e muco cervical, assim como as implicações para vida sexual e disponibilidade específicas de cada método são orientadas pela metade e até menos da metade dos profissionais de saúde do NSF I. Nenhum profissional orienta o método de temperatura (Quadro 6)

Estes dados confirmam os achados em análise anterior (Quadro 5), onde verificamos que os profissionais de saúde oferecem a diversidade de MAC, porém maior número de profissionais do NSF I orientam e oferecem os MAC considerados mais seguros aos clientes,

assim comprometendo a qualidade da assistência oferecida em PF neste serviço no que se refere a oferta e livre escolha de MAC.

De acordo com o elemento de qualidade da assistência em PF, informação aos usuários, descrito por Bruce (1990), podemos dizer que há divergência entre o preconizado e a prática em PF oferecida no NSF I, pois a assistência em PF não possibilita as mulheres, aos homens ou casais o conhecimento das principais características da variedade de MAC, suas implicações para a vida sexual e a sua disponibilidade no serviço de saúde, assim não viabilizam a escolha livre e informada por MAC.

No quadro 7 apresentamos a distribuição das citações de forma de acompanhamento e forma de orientação sobre MAC oferecida no NSF I, segundo os profissionais de saúde.

Quadro 7 - Distribuição das citações de forma de acompanhamento e forma de orientação sobre MAC oferecida no Núcleo de Saúde da Família I, segundo os profissionais de saúde, Núcleo de Saúde da Família, Ribeirão Preto, 2008.

Variáveis	nº	%
<b>Formas de Acompanhamento</b>		
Consultas Agendadas	10	90,9
Retorno Voluntário	08	72,7
Visita domiciliar	04	42,4
Telefonemas	01	9,1
<b>Formas de Orientação</b>		
Visita Domiciliar	06	54,5
Grupo no NSF	05	45,4
Individual no NSF	05	45,4
Escola	05	45,4
Quarteirão	01	9,1

Os profissionais do NSF I relataram que o serviço oferece acompanhamento aos usuários que usam MAC principalmente através de consultas agendadas (90,9%), seguido do retorno voluntário (72,7%), visita domiciliar (42,4%) e telefonemas (9,1%) (Quadro 7).

As orientações em PF no NSF I são realizadas principalmente através de vistas domiciliares (54,4%), seguidas da informação oferecida em grupo (45,4%) e individual (45,5%), nas dependências do NSF I e orientações extramuros, ou seja, orientações em PF em

escolas (45,4%) e na rua (18,2%), nesta última forma de orientação podem participar pessoas de qualquer idade (Quadro 7).

O acompanhamento clínico das mulheres em uso de MAC é importante por que permite a verificação da adaptação ao método e pode contribuir para a continuação de uso do mesmo (BRUCE, 1990; DÍAZ; DÍAZ, 1999; MOURA, 2003).

A elevada taxa de descontinuação de uso de MAC pode estar relacionada à oferta de atendimento momentâneo em PF que não oportuniza o acompanhamento do cliente (serviço recrutamento), assim o acesso facilitado à consulta de retorno ou o retorno voluntário é elemento importante no acompanhamento dos clientes, destaca-se também o tempo de espera por uma consulta, ou seja, o tempo esperado para ser atendido é crucial para a continuidade do uso de MAC (BRUCE, 1990).

O acompanhamento das mulheres em idade fértil em uso de MAC permite outras avaliações em saúde, principalmente no que se refere à saúde reprodutiva e sexual, assim viabilizando o encaminhamento precoce para serviços competentes (BRUCE, 1990).

Os dados de nosso estudo, de acordo com as informações dos profissionais de saúde, revelam que as mulheres em idade fértil cadastradas no NSF I dispõem de oportunidade para acompanhamento, já que 10 profissionais de saúde referiram que são agendados consultas para acompanhamento e 08 profissionais informaram que é possível o retorno voluntário caso os clientes se deparem com algum problema relacionada a contracepção.

Uma pesquisa realizada por Osis et al. (2006) para verificar a disponibilidade de MAC nas UBS, características da atenção em PF e a articulação com a estratégia de Saúde da Família, evidenciou que atividades educativas são realizadas tanto na forma de grupo ou de forma individual e tem como público-alvo as mulheres, sendo que há participação eventual de homens quando acompanham suas parceiras, porém poucas atividades educativas são desenvolvidas para os adolescentes, alguns profissionais de saúde alegam que o não

desenvolvimento de ações educativas aos clientes se relaciona à vergonha dos próprios clientes em relação ao assunto PF, assim os profissionais de saúde abordam o tema PF em outros grupos.

Os mesmos autores citados anteriormente referem que o enfermeiro é o profissional de saúde que oferece informação sobre MAC em grupo e de forma individual nos serviços de saúde, enquanto o médico orienta os clientes durante a consulta clínica de forma individual.

Em nosso estudo, de acordo com as informações dos profissionais de saúde, verificamos que vários tipos de ações educativas são desenvolvidos, mas nem todos os profissionais participam efetivamente das ações educativas citadas.

Destacamos que os médicos e enfermeiro não participam de orientações em PF em domicílio; os médicos residentes não participam de orientações na escola; o enfermeiro não atua em orientações de grupo no NSF e o médico atua em orientações de grupo no NSF, sendo a atuação do enfermeiro e médico no NSF I diferente da encontrado na pesquisa de Osis et al. (2006).

Mandú et al. (2008) referem que a visita domiciliar dentro das diretrizes o PSF deve ser realizada por todos os profissionais da equipe, já que cabe a ESF realizar cuidados em saúde à população adstrita tanto nos serviços de saúde como no domicílio.

Vale destacar que os profissionais de saúde informaram que as ações educativas realizadas na forma de grupo no NSF I, na escola e nas reuniões de quarteirão são realizadas esporadicamente.

Acreditamos que há necessidade de maior investimento no desenvolvimento de ações educativas no NSF I de modo a aproveitar melhor o potencial da ESF, ou seja, devem desenvolver ações educativas de forma contínua e envolver o maior número possível de profissionais da equipe em todas as atividades para que o trabalho de orientação em PF não seja alienante e contribuía para a promoção do uso de MAC de forma adequada

---

---

## *CONCLUSÕES*

---

## 6. CONCLUSÕES

Os resultados apresentados e discutidos anteriormente nos permitiu concluir que:

- As mulheres do estudo utilizam o NSF I como principal local para seguimento de saúde (69,8%); encontram-se em idade de risco reprodutivo; vivem em união estável (50,9%), ou seja, estão casadas ou amasiadas; trabalham fora do lar (55,4%); possuem vida sexual ativa (65,7%); apresentam pequena média de gestações (1,5%); já ficaram gestantes sem planejar (37,6%), sendo que 17,4% usavam algum MAC; usam MAC (66,5%), já suspenderam MAC sem orientação profissional (52,9%).
- Os profissionais, em média, possuem 37 anos de idade, estão formados há 13 anos; têm maior tempo de experiência em ações de PF do que em NSF; não receberam capacitação em PF (08), têm acesso as publicações sobre PF (10).
- A pílula e o preservativo masculino são os MAC mais conhecidos e utilizados entre as mulheres do estudo , sendo que 51,9% das mulheres do estudo compram o MAC utilizado;
- As ações educativas em PF no NSF I demonstrou ter limitado poder de alcance, visto que uma porcentagem considerável de mulheres referiu que o NSF I não se constituiu em local de orientação em PF (51,2%), além do que as ações pouco incluem os adolescentes e homens(76,4%);
- Os grupos de orientações no NSF I em PF são descontínuos, sendo a orientação individual a forma de orientação predominante (90,1%);
- Oferecem e orientam a diversidade de MAC, porém em menor proporção os métodos comportamentais;

- As mulheres possuem maior conhecimento sobre o MAC em uso do que em relação aos demais MAC, exceto em relação ao preservativo masculino.
- A informação sobre os diversos MAC e a escolha livre não é realidade das mulheres cadastradas no NSF I, já que as mesmas utilizam os MAC mais orientados e oferecidos pelos profissionais de saúde; assim como boa parte das mulheres não tem acesso à informação sobre a diversidade dos MAC, de suas principais características, implicações para a vida sexual e disponibilidade.
- Apesar das limitações da assistência em PF apontadas, a maioria das mulheres em idade fértil cadastradas no NSF I têm conseguido regular a fecundidade, informam que as suas intenções reprodutivas são respeitadas e que a decisão pelo uso de MAC é própria. Deste modo outras pesquisas de cunho qualitativo devem ser realizadas para evidenciar em que circunstâncias ocorre a escolha por um MAC? os motivos pessoais que levam as mulheres a optarem pelos métodos em uso? se realmente a escolha é autônoma? ou se a escolha pelos MAC em uso representam as únicas possibilidades oferecidas pelo serviço de saúde?
- A capacitação contínua dos profissionais que atuam em PF, o *empowerment* das mulheres no sentido de decisão autônomas em PF, a participação ativa do homem em PF e a participação dos clientes como protagonistas no processo de tomada de decisões em PF nos serviços de saúde constituem em algumas estratégias que podem contribuir para a melhoria da qualidade de atenção em PF.
- A assistência em PF oferecida no NSF I diverge da almejada, necessitando de adequação com vistas a uma assistência de qualidade na perspectiva dos direitos reprodutivos e sexuais.



---

*REFERÊNCIAS  
BIBLIOGRÁFICAS*

---

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, R.G. **Conhecimento e atitudes sobre a atuação profissional do fisioterapeuta entre os profissionais da equipe mínima de Saúde da Família de Ribeirão Preto**. 2005. 128 f. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

ALTMANN, H. Orientação sexual em uma escola: recortes de corpos e de gênero. **Cadernos pagu**, Campinas, v. 21, p.281-315, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cpa/n21/n21a12.pdf>>. Acesso Em: 20 out. 2008.

ALVES, A.S.; LOPES, M.H.B.M. Locus de controle e escolha de método anticoncepcional. **Rev. Bras. Enf.** Brasília, v. 60, n.3, p.273-8, maio/jun., 2007.

ÁVILA, M.B., CORREA, S. O movimento de saúde e direitos reprodutivos no Brasil; revisando percursos. In: GALVÃO, L.; DÍAZ, J. (organizadores). **Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec-Population Council. 1999, Cap 2 , p.70-103.

BARSTED, L.L. O campo político-legislativo dos direitos sexuais e reprodutivos no Brasil. In: BERQUÓ, E. **Sexo & Vida: Panorama da Saúde Reprodutiva no Brasil**. Campinas: Editora Unicamp, 2003, p: 79-94.

BECKER, B.K.; EGLER, C.A.G. **Brasil: Uma Nova Potência Regional na Economia-Mundo**. 4a ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003. p.157.

BELO, M.A.V., SILVA, J.L.P. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 4, p.479-487. ago. 2004.

BEMFAM. Sociedade Civil Bem Estar Familiar no Brasil. **Pesquisa nacional sobre demografia e saúde - 1996**. Rio de Janeiro: BEMFAM/MACRO, 1997. 181 p.

BERLOFI, L. M. et al. Prevenção da reincidência de gravidez em adolescentes: efeitos de um Programa de Planejamento Familiar. **Acta Paul Enferm.** São Paulo, v 19, n 2, p.196-200, abr./jun. 2006.

BORUCHOVITCH, E.; FELIX-SOUSA, I.C.; SCHALL, V.T. Conceito de doença e preservação da saúde em uma população de professores e escolares de Primeiro grau. **Rev. Saúde Pública**. v. 25, n. 6, p. 418-425, 1991.

BRASIL, Lei nº 8080, de 19 de setembro 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1990, p. 18055

\_\_\_\_\_, Lei nº 9.263, de 12 de janeiro 1996. Regula Planejamento Familiar. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1996, Parágrafo 7º, art. 226.

BRASIL, MINISTERIO DA SAÚDE, Secretária de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. A implantação da Unidade Básica de Saúde da Família. Brasília, Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, Da Saúde, Art. 196, Título VIII, Cap II, Seção II, 24a ed, 2001a.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, Da Saúde, Art. 226, Título VIII, Cap VII, 24a ed, 2001b.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Manual dos Comitês de Morte Materna. Brasília: Ministério da Saúde, 2a ed, 2002, 75 p.

\_\_\_\_\_, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação normativa do Programa de Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a, 140 p.

\_\_\_\_\_, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. Regionalização da Assistência à Saúde: Brasília: Ministério da Saúde, 2004b, 140 p.

\_\_\_\_\_, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c, 82 p.

\_\_\_\_\_, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade de governo. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a, 25 p.

\_\_\_\_\_, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação da avaliação e Acompanhamento a Atenção Básica. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b, 110 p.

\_\_\_\_\_, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005c, 163 p.

\_\_\_\_\_, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a, 51 p.

\_\_\_\_\_, MINISTÉRIO DA SAÚDE, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. A aderência dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia às diretrizes curriculares nacionais. Ministério da Educação. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b, 162 p.

\_\_\_\_\_, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 4a ed, 2007, 68 p.

\_\_\_\_\_, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – relatório. Brasília: Ministério da Saúde, 2008, 308 p.

BRUCE, J. Fundamental elements of the quality of care: a simple framework. **Stud Fam Plann**, New York, v 21, n 2, p. 61-91, 1990.

CAMPOS, C.E.A. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto de atenção primária a saúde. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** Recife, v.5, supl. 1, p. 563-69, dez. 2005.

CARVALHO, J.B.; BRITO, F. A demografia brasileira e o declínio da fecundidade no Brasil: contribuições, equívocos e silêncios. **Rev. bras. estud. popul.** São Paulo, v. 22, n. 2, p. 351-369, jul./dez. 2005.

CASSIANI, S.H.B. **A coleta de dados nas pesquisas em enfermagem: estratégias, validade e confiabilidade.** 1987. 156 f. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

CONOVER, W. J. **Practical Nonparametric Statistics**. 3a ed. Wiley, 1999.

COOK, R.J. International Human Rights and Women's Reproductive Health. **Stud Fam Plann**, New York, v 24, n 2, p. 73-86. 1993.

COSTA, A. M. . Integralidade na Atenção e no Cuidado a Saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 13, n. 3, p. 05-15, set./dez. 2004.

COSTA, J.S.D.; D'ELIA, P.B., MOREIRA, M.R.. Prevalência de uso de métodos contraceptivos e adequação do uso de anticoncepcionais orais na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.12, n.3, p.339-344, jul./set. 1996.

COSTA, A.M.; GUILHEM, D.;SILVER, L.D. Planejamento Familiar: a autonomia das mulheres sob questão. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** Recife, v.6, n 1, p. 75-84, jan./mar. 2006.

CUNHA, A.C.R.; WANDERLEY, M.S.; GARRAFA, V. Fatores associados ao futuro reprodutivo de mulheres desejosas de gestação após ligadura tubária. **Rev Bras Ginecol Obstet.** Rio de Janeiro v. 29, n.5, p.231-234, maio. 2007.

CUNHA, S.M.; BRUNO, Z.V. Reincidência de gravidez na adolescência. **Femina**, Rio de Janeiro, v.35, n.11, p. 719-722, nov. 2007.

DIAS-DA-COSTA, J.S. et al. Uso de métodos anticoncepcionais e adequação de contraceptivos hormonais orais na cidade de Pelotas, Ri Grande do Sul, Brasil: 1992 e 1999. **Cad. Saúde Publica**, Rio de Janeiro, v. 18, n 1, p. 93-99, 2002.

DÍAZ, M.; DÍAZ, J. Qualidade de atenção em saúde sexual e reprodutiva: estratégias para mudança. In: GALVÃO, L.; DÍAZ, J. (organizadores). **Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec-Population Council. 1999, Cap 8, p.209-236.

DUARTE, G.A. et al. Participação masculina no uso de métodos contraceptivos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p.207-216, jan./fev. 2003.

ESPEJO, X. et al. Adequação do conhecimento sobre métodos anticoncepcionais entre mulheres de Campinas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 5, p. 583-590, out. 2003.

ESPIRITO-SANTO, D.C. TAVARES-NETO, J. A visão masculina sobre métodos contraceptivos em uma comunidade rural da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 562-569.mar./abr. 2004.

FERNANDES, M.F.M. Mulher, família e reprodução: um estudo de caso sobre o planejamento familiar em periferia do Recife, Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 2, p. 253-261, 2003.

FERRARI, R.A.P.; THOMSON, Z., MELCHIOR, R. Adolescência: ações e percepção dos médicos e enfermeiros do programa de Saúde da Família. **Interface**. Botucatu, v 12, n 25, p. 387-400, 2008.

FRANCO, S.C., CAMPOS, G.W.S. Avaliação da qualidade de atendimento ambulatorial em pediatria em um hospital universitário. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v 14, p 61-70, 1998.

FREEDMAN, L.P.; ISAAC, S.L. Human Rights and Reproductive Choice. **Stud Fam Plann**, New York, v 24, n 1, p 18-30, 1993.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A POPULAÇÃO. Relatório da Conferência internacional sobre população e desenvolvimento. **Direitos reprodutivos e saúde reprodutiva**. Cap VII, FNUAP, p.57-58, 1994.

GALVAO, M.T.G.; CERQUEIRA, A.T.A.R., MARCONDES-MACHADO, J. Medidas contraceptivas e de proteção da transmissão do HIV por mulheres com HIV/Aids. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 38, n. 2, p. 194-2000, apr. 2004.

GOLDENBERG, P.; FIGUEIREDO, M.C.T.; SILVA, R.S. Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 1077-1086, jul./ago. 2005.

GOLDSTEIN, M.S.; ELLIOT, S.D.; GUCCIONE, A.A. The development of an instrument to measure satisfaction with physical therapy. **Phys Ther**, New York, v 80, p. 853-63, 2000.

GONÇALVES, G.H.T. **Laqueadura ou vasectomia: aspectos a considerar antes e após a opção**. 2003. 146 f. Tese (doutorado) faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

GUIMARAES, A.M.D.N.; VIEIRA, M.J.; PALMEIRA, J.A. Informações dos adolescentes sobre métodos anticoncepcionais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 293-298, maio-jun. 2003.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico: 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/homr/estatistica/população/censo2000/default.shtm>> Acesso em: 20 jun. 2005.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais. Disponível em: <[www.ibge.gov.br/.../condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicais2004/indic\\_sociais2004.pdf](http://www.ibge.gov.br/.../condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicais2004/indic_sociais2004.pdf) - 2005-02-24 > Acesso em: 18 nov. 2008.

KALCKMANN, S. et al. O diafragma como método contraceptivo: a experiência de usuárias de serviços públicos de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 679-688, mai./jun. 2004.

KONJE, J.C. et al. Factors determining the choice of contraceptive methods at the family planning clinic, University College Hospital, Ibadan, Nigeria. **Br J Fam Plann**, Chichester, v. 24, n. 3, p. 107-110, oct. 1998.

JEOLÁS, L. S.; FERRARI, R.A.P. Oficinas de prevenção em um serviço de saúde para adolescentes: espaço de reflexão e conhecimento compartilhado. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.611-620, 2003.

LAVERACK, G.; LABONTE, R. A planning framework for community empowerment goals within health promotion. **Health Policy Plan**, New York, v 15, n 3, p. 255-62, 2000

LA VALLEUR, J.; WY SOCKI, S. Selection of oral contraceptives or hormone replacement therapy: patient communication and counseling issues. **Am J Obstet Gynecol**, St. Louis, n. 185, Suppl. 2, p. S57-64, 2001.

LEITE, I.C. Descontinuação de métodos anticoncepcionais no Nordeste do Brasil, 1986-1991. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p.1005-1016, jul./ago. 2003.

LIMA, C.T.B. et al. Percepções e práticas de adolescentes grávidas e de familiares em relação à gestação. **Rev. Bras. Saúde Matern. Inf.** Recife, v. 4, p. 71-83, jan.-mar .2004.

LITTLE, P. et al. Contraceptive Knowledge: development of a valid measure and survey of pill users and general practitioners. **Br J Fam Plann**, Chichester, v. 24, n. 3, p. 98-100, oct. 1998.

LOUREIRO, D.C.; VIEIRA, E.M. Aborto: conhecimento e opinião de médicos dos serviços de emergência de RP, Sp, Br, sobre aspectos éticos e legais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 679-688, mai./jun. 2004.

MAGALHÃES, J., ROSSI, A.S., AMARAL, E. Uso de condom feminino por mulheres infectadas pelo HIV. **Rev Bras Ginecol Obstet**. Rio de Janeiro, v. 25, n.3, p.389-95, jul. 2003.

MANDU, E.N.T. Trajetória assistencial no âmbito da saúde reprodutiva e sexual: Brasil, século XX. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, p. 358-371, maio/jun. 2002.

MANDU, E.N.T. et al. Visita domiciliária sob o olhar de usuários do Programa Saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.17, n. 1, p. 131-40, jan./mar. 2008.

MARCOLINO, C. **Trajetória da Mulher em Direção à Esterilização Cirúrgica Feminina: Um Estudo Fenomenológico**. 1994. 114 f. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

MARTINS, A.L. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2473-2479, nov. 2006.

MATAMALA, V.; OSÓRIO, M.I.P..M. Salud de la Mujer, calidad de la atención y género. **Manual Guia para la realización del Curso-Taller Salud de la Mujer**. Colectivo Mujer, salud y Medicina Social. Santiago, Chile, 1996.

MORAES, F.O.B.; ALBUQUERQUE, R.M.; HARDY, E. Conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais por mulheres com aborto provocado ou espontâneo. **Rev IMIP**, Recife, v.11, n. 1, p.32-40. jun. 1997.

MOREIRA, M.H.C.; ARRAÚJO, J.N.G. Planejamento Familiar: autonomia ou encargo feminino? **Psicol. Estud.** Maringá v. 9, n.3, p. 389-398, set./dez. 2004.

MOURA, E.R.F. **Assistência ao Planejamento Familiar na perspectiva de usuários e enfermeiros do programa de saúde da família**. 2003. 136 f. Tese (Doutorado) Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Ceará.



MOURA, E.R.F.; SILVA, R.M. Informação e planejamento familiar como medidas de promoção da saúde. **Cienc saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n.4, p. 1023-1032, out. 2004.

MOURA, E.R.F.; SILVA, R.M. Competência profissional e assistência em anticoncepção. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 5, p. 795-801, out. 2005.

MOURA, E.R.F.; SILVA, R.M.; GALVÃO, M.T.G. Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 961-970, abr. 2007.

NASCIMENTO, M.S.;NASCIMENTO, M.A.A. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. **Cienc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, pp. 333-345. abr./jun. 2005

NEME, B. **Obstetrícia Básica**. 2a ed, São Paulo: Sarvier, 2000. p.1210-1231.

NORA, J.E.P.; MONTEIRO, R.A.; VIEIRA, E.M. Algumas características das internações por aborto no município de Ribeirão Preto nos anos de 1997 e 1998. In: CONGRESSO MÉDICO-ACADÊMICO, IV, 2001, Ribeirão Preto. **Anais**. Ribeirão Preto: FMRP/USP, 2001. p. 24.

ODDENS, B.J.; LEHERT, P. Determinants of contraceptive use among women of reproductive age in Great Britain and Germany. I: Demographic factors. **J Biosoc Sci**, Cambridge, n. 29, p.415-435, 1997.

OLINTO, M.T.A.;GALVAO, L.W. Características reprodutivas de mulheres de 15 a 49 anos: estudos comparativos e planejamento de ações. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 64-72, fev. 1999.

OLINTO, M.T.A.; OLINTO, B.A. Raça e desigualdade entre as mulheres: um exemplo no sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 1137-1142, out./dez. 2000.

OLIVEIRA, S.L. **Tratado de Metodologia Científica: Projetos de Pesquisas, TGI, TCC, Monografias, Dissertações e Teses**. 2a ed. São Paulo: Pioneira, 2000. 320p.

OSIS, M.J.D. et al. Escolha de métodos contraceptivos entre usuárias de um serviço público de saúde. **Cad. Saúde Publica**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1586-94, nov./dez. 2004.

OSIS, M.J.D. et al. Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2481-90, nov. 2006.

PANIZ, V.W.V., FASSA, A.G., SILVA, M.C. Conhecimento sobre anticoncepcionais em uma população de 15 anos ou mais de uma cidade do Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1747-60, jun. 2006.

PEREIRA, Q.L.C. et al. Processo de (re)construção de um grupo de planejamento familiar: uma proposta de educação popular. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 16, n.2, p. 320-25, abr./jun, 2007.

PIROTTA, K. M. **A Mulher e a Esterilização: do mito da emancipação ao desvelamento da subalternidade**. 1998. 174 f. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

POLIT, D.F.; HUNGLER,B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**, 3a ed, Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER,B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

SANTANA, J.P. A formação profissional e a educação permanente em saúde. *Bol Inf Assoc Bras enferm*, Brasília, v. 44, n. 2, p. 5, jul./set. 2002.

SEADE, Fundação Estadual de Análise de Dados. Anuário Estatístico do Estado de São Paulo Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/cgi-bin/wxis?IsisScript=anuario/anuario.xis>> Acesso em: 20 jul. 2005.

ROCHA, M.I.B. Políticas demográficas e parlamento. Debates e decisões sobre o controle de natalidade.1993. Tese (Livre Doutorado) Núcleo de Estudos da População da Universidade Estadual de Campinas. Universidade Estadual de Campinas. Campinas.

SCHIMITH, M.D.; LIMA, M.A.D.S. Acolhimento e vinculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, nov./dez. 2004.

SCHOR, N. et al. Mulher e anticoncepção: conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 377-384, abr./jun. 2000.

SCHOR, N. **Adolescência e Anticoncepção: Conhecimento e Uso**. 1995. 214 f. Tese (Livre Docência) Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO. Dados demográficos. Planejamento familiar. Disponível em: <<http://www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br/crp/i71principal.asp?pagina=/CRP/I71saude.htm>> Acesso em: 20 jul. 2003.

SOUZA H.M., SAMPAIO L.F.R. **Atenção básica: políticas e diretrizes no Brasil atual**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

SOUZA, J.M.M. et al. Utilização de métodos contraceptivos entre as usuárias da rede pública de saúde do município de Maringá – PR. **Rev Bras Ginecol Obstet**. Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 271-7, maio. 2006.

VASCONCELOS, E. **O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias**. Ed. Paulus. Rio de Janeiro, 2004.

VIEIRA, E.M. Políticas Públicas e Contracepção no Brasil. In: BERQUÓ, E. org. **Sexo e vida, panorama reprodutivo no Brasil**. Campinas: UNICAMP, p. 151-196, 2003.

VIEIRA, E.M. et al.. Características do uso de métodos anticoncepcionais no estado de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 263-270, jun. 2001.

VIEIRA, E.M. O arrependimento após a esterilização feminina. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14 Supl. 1, p. 59-68, 1998.

VIEIRA, L.M. et al. Reflexões sobre a anticoncepção na adolescência no Brasil. **Rev. Bras. Matern. Inf.**, Recife, v. 6, n.1, p.135-40, jan./mar., 2006.

TANAKA, A.C.A. Saúde da Mulher brasileira. In: CINCIARULLO, T.I., GUALDA, D.M.R., MELLEIRO, M.M. **Indicadores de qualidade: uma abordagem perinatal**. São Paulo: Ícone, 1998. p. 15-31.

YAZAKI, L..M. Fecundidade da mulher paulista abaixo do nível de reposição. **Estud. av**, vol.17, no.49, p.65-86 set./dez. 2003.

YAZLLE, M.E.H.D et al. Anticoncepção no puerpério. **Femina**, Rio de Janeiro, v 34, n.1, 13-20, jan. 2006.

TAVARES, L. S.; LEITE, I.C.; TELLES, F.S.P. Necessidade insatisfeita por métodos anticoncepcionais no Brasil. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 139-148. jun. 2007.

---

---

*APÉNDICE*

---

## 8. APÊNDICE

### 8.1 Apêndice I:

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Usuária maior de 18 anos**

Meu nome é Luzia Aparecida dos Santos, sou aluna de Pós-graduação – Mestrado, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – EERP/USP. Estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada: *Assistência em Planejamento Familiar em um Programa de Saúde da Família no município de Ribeirão Preto-SP* para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Este estudo tem por finalidade saber a opinião das mulheres cadastradas no Núcleo de Saúde da Família I sobre a assistência que recebem em relação ao uso de métodos anticoncepcionais, e também a opinião dos profissionais de saúde que trabalham neste serviço, sobre essa assistência. Para isto, gostaria de entrevistá-la. Você não será identificada em momento algum da pesquisa e poderá a qualquer momento deixar de participar da pesquisa, sem prejuízo para seu atendimento no Núcleo de Saúde da Família I. Não haverá nenhum custo para você participar desta pesquisa.

Esclareço que sua participação nesta pesquisa será muito importante para que possamos identificar como a assistência em Planejamento Familiar esta sendo desenvolvida neste Núcleo de Saúde da Família.

Você receberá uma cópia deste termo e poderá solicitar esclarecimentos de dúvidas sobre a pesquisa ou sobre sua participação, agora ou a qualquer momento.

Agradeço a colaboração e coloco-me a disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários pelo endereço: Escola de Enfermagem, Avenida Bandeirantes, nº 3900, Campus Universitário – USP, Ribeirão Preto-SP, pelos telefones (16) 3602-3412 e 3623-3556 ou e-mail luzan77@bol.com.br.

Obrigada,

---

Luzia Aparecida dos Santos

Após ter lido e compreendido as instruções acima, concordo em participar desta pesquisa e autorizo a utilização dos dados para o presente estudo que poderá ser publicado e apresentado em eventos científicos.

---

Usuária do Serviço de Saúde

## 8.2 Apêndice II:

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Usuária menor de 18 anos

Meu nome é Luzia Aparecida dos Santos, sou aluna de Pós-graduação – Mestrado, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – EERP/USP. Estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada: *Assistência em Planejamento Familiar em um Programa de Saúde da Família no município de Ribeirão Preto-SP* para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Este estudo tem por finalidade saber a opinião das mulheres cadastradas no Núcleo de Saúde da Família I sobre a assistência que recebem em relação ao uso de métodos anticoncepcionais, e também a opinião dos profissionais de saúde que trabalham neste serviço, sobre essa assistência. Para isto, gostaria de entrevistá-la. Você não será identificada em momento algum da pesquisa e poderá a qualquer momento deixar de participar da pesquisa, sem prejuízo para seu atendimento no Núcleo de Saúde da Família I. Não haverá nenhum custo para você participar desta pesquisa.

Esclareço que sua participação nesta pesquisa será muito importante para que possamos identificar como a assistência em Planejamento Familiar esta sendo desenvolvida neste Núcleo de Saúde da Família.

Você receberá uma cópia deste termo e poderá solicitar esclarecimentos de dúvidas sobre a pesquisa ou sobre sua participação, agora ou a qualquer momento.

Agradeço a colaboração e coloco-me a disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários pelo endereço: Escola de Enfermagem, Avenida Bandeirantes, nº 3900, Campus Universitário – USP, Ribeirão Preto-SP, pelos telefones (16) 3602-3412 e 3623-3556 ou e-mail luzan77@bol.com.br.

Obrigada,

---

Luzia Aparecida dos Santos

Após ter lido e compreendido as instruções acima, concordo em participar desta pesquisa e autorizo a utilização dos dados para o presente estudo que poderá ser publicado e apresentado em eventos científicos.

---

Usuária do Serviço de Saúde menor de 18 anos

Eu, \_\_\_\_\_, responsável legal por

\_\_\_\_\_, após ter lido e compreendido as instruções acima, concordo com a sua participação nesta pesquisa, na qualidade de voluntária e autorizo a utilização dos dados para o presente estudo que poderá ser publicado e apresentado em eventos científicos.

### 8.3 Apêndice III:

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Profissional de Saúde

Meu nome é Luzia Aparecida dos Santos, sou aluna de Pós-graduação – Mestrado, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – EERP/USP. Estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada: *Assistência em Planejamento Familiar em um Programa de Saúde da Família no município de Ribeirão Preto-SP* para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Este estudo tem por finalidade Identificar a assistência prestada em Planejamento Familiar, na perspectiva dos usuários e profissionais de saúde em um Núcleo de Saúde de Família (NSF) no município de Ribeirão Preto – São Paulo. Para isto, gostaria de entrevistá-lo (a). Você não será identificada em momento algum da pesquisa e poderá a qualquer momento deixar de participar da pesquisa. Não haverá ônus para nenhuma das partes envolvidas.

Esclareço que sua participação nesta pesquisa será muito importante para que possamos conhecer as atividades que você realiza em Planejamento Familiar neste Núcleo de Saúde da Família.

Você receberá uma cópia deste termo e poderá solicitar esclarecimentos de dúvidas sobre a pesquisa ou sobre sua participação, agora ou a qualquer momento.

Agradeço a colaboração e coloco-me a disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários pelo endereço: Escola de Enfermagem, Avenida Bandeirantes, nº 3900, Campus Universitário – USP, Ribeirão Preto-SP, pelos telefones (16) 3602-3412 e 3623-3556 ou e-mail luzan77@bol.com.br.

Obrigada,

---

Luzia Aparecida dos Santos

Após ter lido e compreendido as instruções acima, concordo em participar desta pesquisa e autorizo a utilização dos dados para o presente estudo que poderá ser publicado e apresentado em eventos científicos.

---

Profissional de Saúde





1.9 Quantas pessoas vivem com essa renda? |\_\_|\_\_| pessoas

### B) Informações Reprodutivas e Sexuais

1.10 Já ficou grávida alguma vez? [1] Sim [2] Não (vai para 1.19)

1.11 Quantas vezes ficou grávida? |\_\_|\_\_| [-666] Não se aplica

1.12 Quantos filhos (as) nasceram vivos (as)? |\_\_|\_\_| [-666] Não se aplica

1.13 Algum filho (a) nasceu morto (a)? |\_\_|\_\_| [-666] Não se aplica

1.14 Teve algum aborto? |\_\_|\_\_| [-666] Não se aplica

1.15 Quando foi a primeira gravidez (ano)? E a segunda...? [-666] Não se aplica

GESTAÇÃO	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>	7 <sup>a</sup>	8 <sup>a</sup>	9 <sup>a</sup>	10 <sup>a</sup>
ANO										

Calcular o Intervalo inter-partal médio: \_\_\_\_\_ anos [-666] Não se aplica (mulher com única gestação)

1.16 Quantos anos você tinha quando teve o primeiro filho? |\_\_|\_\_| anos [-666] Não se aplica

1.17 E o último filho? |\_\_|\_\_| anos [-666] Não se aplica

1.18 Você já ficou grávida sem ter planejado? [1] Sim [2] Não (vai para 1.19) [-666] Não se aplica  
[3] Sim usando MAC: \_\_\_\_\_

1.19 No momento você está tendo relações sexuais?

[1] Sim [2] Não (vai para 1.21) [3] Relacionou-se sexualmente nos últimos 12 meses

1.20 Qual é a média de frequência sexual por semana? |\_\_|\_\_| vezes [-777] 15/15 dias

[-666] Não se aplica

## **2ª PARTE - Identificação da assistência prestada em Planejamento Familiar**

1.21 Quais métodos para prevenir gravidez que você conhece?

<b>Métodos</b>	<b>Resposta Espontânea</b>	<b>Resposta Estimulada</b>	<b>Já usou</b>
Pílula/ comprimido	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não
Minipílula	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não
Injeção Hormonal	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não
Pílula do dia seguinte	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não
DIU	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não
Diafragma	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não
Condom Masculina	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não
Condom Feminina	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não
AME (aleitamento)	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não
Coito interrompido	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não
Tabelinha	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não
Muco	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não
Temperatura	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não
Laqueadura	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não
Vasectomia	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não

1.22 Você já recebeu orientação sobre os métodos para evitar gravidez?

[1] Sim [2] Não (**vai para 1.24**)

1.23 Quem ofereceu orientações/informações dos métodos para você?

Médico [1] Sim [2] Não Enfermeiro [1] Sim [2] Não  
Téc/Aux. Enf [1] Sim [2] Não ACS [1] Sim [2] Não  
Outros: \_\_\_\_\_ [-666] Não se aplica

1.24 O NSF oferece orientação sobre métodos para evitar gravidez?

[1] Sim (**vai para 1.25 se 1.22 for não**) ou (**1.26 se 1.22 for sim**)

[2] Não (**vai para 1.32**)

[3] Não sabe (**vai para 1.32**)

1.25 Por que você não recebeu orientação? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(**vai para 1.32**)

1.26 Quais Informações foram oferecidas para você no NSF sobre os Métodos para evitar gravidez?

Métodos	Como usar	Eficácia	Quem pode usar ou não usar	Efeitos colaterais	Implicações na vida sexual	Disponível ou pactuado no PSF
Pílula	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não
Minipílula	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não
Injeção Hormonal	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não
Píl. dia seguinte	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não
DIU	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não
Diafragma	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não
P. Masculina	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não
P.Feminina	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não
AME	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não
Coito interromp.	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não
Tabelinha	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não
Muco	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não
Temperatura	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não
Laqueadura	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não
Vasectomia	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não

1.27 A orientação foi:

[1] Individual [2] Grupo [3] Individual + grupo

1.28 Consideraram o que você já sabia ou o que queria saber? [1] Sim [2] Não

1.29 Levaram em consideração a sua intenção reprodutiva? [1] Sim [2] Não

1.30 Levaram em consideração o método preferido por você? [1] Sim [2] Não

1.31 Durante a orientação sobre métodos para evitar gravidez foram utilizados materiais explicativo e ilustrativo?

[1] Sim [2] Não

1.32 Você está usando algum método para evitar gravidez no momento?

[1] Sim [2] Não (vai para 1.33) [-666] Não se aplica (nunca usou MAC – Vai para 1.38)

1.33 Há quanto tempo está usando este método?

[1] Até 3 meses [2] Acima de 03 até 6 meses [3] Acima de 06 meses até 1 ano  
 [4] Acima de 1 até 2 anos [5] Acima de 2 até 5 anos [6] Acima de 5 até 8 anos  
 [7] Acima de 8 anos [-666] Não se aplica

1.34 Você já suspendeu o uso de algum método? [1] Sim [2] Não (vai para 1.36)

1.35 Com orientação profissional?

[1] Sim [2] Não

**Só responde quem estiver usando MAC e fazendo seguimento no NSF**

**Se não estiver usando MAC e/ou não fazendo seguimento no NSF vai para 1.38**

1.36 Antes de iniciar o uso do método \_\_\_\_\_ você passou por uma consulta no NSF?

[1] Sim [2] Não

**[-666] Não se aplica (mulheres que usam MAC há mais de 8 anos)**

1.37 De quem foi a decisão pelo método para evitar gravidez que você está usando?

Casal [1] Sim [2] Não Própria [1] Sim [2] Não  
Marido [1] Sim [2] Não Família/amiga [1] Sim [2] Não  
Profissional de saúde [1] Sim: \_\_\_\_\_ [2] Não

**[-666] Não se aplica (mulheres que usam MAC há mais de 8 anos)**

1.38 O NSF desenvolve atividades de PF para homens ou adolescentes?

Homens: [1] Sim [2] Não [3] Não sabe  
Adolescentes: [1] Sim [2] Não [3] Não sabe

**Se não estiver usando MAC e/ou não fazendo seguimento no NSF pare aqui.**

1.39 Existe acompanhamento no NSF, para as mulheres, quando estão usando métodos para evitar gravidez?

[1] Sim [2] Não (**vai para 1.41**)

1.40 De que forma?

Retorno voluntário [1] Sim [2] Não Consulta agendada [1] Sim [2] Não  
Visita domiciliar [1] Sim [2] Não Telefonema [1] Sim [2] Não

1.41 Aonde consegue o método que você usa?

[1] Posto de Saúde [2] Compra [3] Posto de Saúde + Compra

1.42 Para conseguir os métodos para evitar gravidez tem que passar por consulta no NSF?

[1] Sim [2] Não



## **2ª PARTE: IDENTIFICAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRESTADA EM PF**

### **Perfil profissional**

2.1 Você já participou de curso de capacitação na área de Planejamento Familiar?

[1] Sim [2] Não (**vai para 2.4**)

2.2 Quando recebeu capacitação em Planejamento familiar? \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_| ano

2.3 Quem ofereceu a capacitação? \_\_\_\_\_

2.4 Você tem acesso a publicações (manuais de normas técnicas do Ministério da Saúde e outras fontes) sobre PF?

[1] Sim [2] Não (**vai para 2.8**)

2.5 Qual (s) publicação (s)?

---

---

2.6 Já realizou leitura deste material?

[1] Sim [2] Não (**vai para 2.8**)

2.7 Qual é sua avaliação do material lido?

---

---

2.8 Quais Métodos contraceptivos são orientados e oferecidos ou pactuados neste serviço aos usuários?

<b>MAC</b>	<b>Orientado</b>	<b>Oferecido</b>	<b>Não oferecido - Justificativa</b>
[1] Pílula/ comprimido	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	
[2] Minipílula	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	
[3] Injeção Hormonal	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	
[4] Anti. de emergência	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	
[5] DIU	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	
[6] Diafragma	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	
[7] Condom Masculina	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	
[8] Condom Feminina	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	
[9] AME (aleitamento)	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	
[10] Coito interrompido	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	
[11] Tabela	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	
[12] Mucos	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	
[13] Temperatura	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	
[14] Laqueadura	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	
[15] Vasectomia	[1]Sim [2]Não	[1]Sim [2]Não	

2.9 Quais Informações são oferecidas sobre os Métodos Contraceptivos aos usuários?

[1] Modo de uso [2] Eficácia [3] Critérios elegibilidade [4] Efeitos colaterais

[5] Impacto na prática sexual

[6] Outras: \_\_\_\_\_

2.10 Vocês oferecem acompanhamento às usuárias que buscam o PF?

[1] Sim (**vai para 2.12**) [2] Não

2.11 Por que não oferecem acompanhamento?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2.12 De que forma?

[1] Retorno voluntário [2] Consulta agendada [3] Visita domiciliária [4] Telefonema

[5] Outras: \_\_\_\_\_

2.13 Quais atividades são desenvolvidas por você, sobre PF, neste NSF?

[1] Orientação Grupal [2] Orientação Individual [3] Orientação extramuros [4] Consulta

[5] Visita domiciliar

[6] Outros: \_\_\_\_\_

2.14 Orientação e oferta de métodos contraceptivos são as principais ações do PF?

[1] Sim (**vai para 2.16**) [2] Não

2.15 Quais outras ações são oferecidas neste serviço?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2.16 Existe serviço de referência?

[1] Sim [2] Não (**vai para 2.18**)

2.17 Que Serviços?

[1] PF – esterilização [2] PF – infertilidade [3] MAC (em falta) [4] DST/HIV-Aids

[5] Consulta GO – CA de Mama e colo

[6] Violência contra mulher

[7] Outros: \_\_\_\_\_

2.18 Na sua opinião, este serviço oferece métodos contraceptivos de forma livre e informada?

[1] Sim [2] Não



---

---

*ANEXO*

---

## 9. ANEXO

### 9.1 Anexo I:




Ribeirão Preto, Preto, 04 de julho de 2007

### DIREÇÃO ACADÊMICA DE ENSINO E PESQUISA LIBERAÇÃO DE PESQUISA Nº 027/2007

Comunicamos que a pesquisadora **LUZIA APARECIDA DOS SANTOS**, cumpriu as exigências operacionais e legais, podendo dar início à coleta de dados no Núcleo de Saúde da Família-I do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para o trabalho "**ASSISTÊNCIA EM PLANEJAMENTO FAMILIAR EM UM PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO-SP**".

Atenciosamente,

  
**Prof. Dr. Gutemberg de Melo Rocha**  
Presidente do Centro Atenção Primária da  
FMRP-USP

Ilma Sra.

**Profª. Dra. Maria José Clapis(Orientadora)**  
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública  
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP

## 9.2 Anexo II:



ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA  
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil  
FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / 3602-4419 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP**

Of.CEP-EERP/USP – 147/2007

Ribeirão Preto, 22 de junho de 2007

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 22 de junho de 2007.

**Protocolo:** nº 0806/2007

**Projeto:** ASSISTÊNCIA EM PLANEJAMENTO FAMILIAR EM UM PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO.

**Pesquisadores:** Maria José Clapis  
Luzia Aparecida dos Santos

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

**Profª Drª Lucila Castanheira Nascimento**  
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

**Profª Drª Maria José Clapis**

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública  
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP