

Ação do Programa de Planejamento Familiar da Unidade Básica do Marco Conhecimento, Atitudes e Práticas de um Grupo de Usuárias

Autores:

Rubens Acácio Franco -
Mestre em
Planejamento em
Políticas Públicas

Maria Tita Portal -
Doutora em
Enfermagem - Escola
de Enfermagem Anna
Nery

Resumo

O Programa Planejamento Familiar, faz parte dos programas de Políticas Públicas do Sistema Único de Saúde (SUS). Na construção desta dissertação de Mestrado sobre AÇÃO DO PROGRAMA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR NA UNIDADE BÁSICA DO MARCO CONHECIMENTO, ATITUDES E PRÁTICAS DE UM GRUPO DE USUÁRIAS, tem como objetivo analisar conhecimento, atitudes e práticas do grupo de usuária que participam do Programa do Planejamento Familiar, O tipo de estudo foi qualitativo descritivo, exploratório, com aplicação de 85 questionários à mulheres grávidas, primíparas sobre o conhecimento, práticas e atitudes e ação do Programa Planejamento Familiar. Nos resultados encontrados 27% das entrevistadas têm ensino fundamental incompleto, são 41,2% cozinheiras e do lar, com 86,4%, têm renda familiar entre 1 a 2 salários mínimos, 57,6% não utilizam o planejamento familiar, 73,5% não participam da reunião de Planejamento Familiar, 30,4% responderam que se utilizam dos métodos contraceptivos comportamentais, o contraceptivo mais utilizado é o hormonal com 47%, 42,4% tiveram indicação do método contraceptivo pelo farmacêutico ou fizeram livre escolha, 60% das entrevistadas teria planejado seu filho se tivesse conhecido o planejamento familiar e 40% das entrevistadas não planejarão seus filhos mesmo conhecendo o planejamento familiar. Os estudos indicam que a adesão de algum método contraceptivo por parte das mulheres o número de gravidez indesejada é significativo, pois 81,2% das entrevistadas não aceitam sua gravidez. O resultado obtido nesta dissertação de Mestrado certamente contribuirá para reflexão e redirecionamento dos serviços oferecidos às usuárias do Programa de Planejamento Familiar, e da equipe multiprofissional, no seu papel de educador na prevenção e promoção à saúde da população.

Palavras-chave: Planejamento Familiar, gravidez, método contraceptivo.

Abstract

The Family Planning Program, part of the programs of Public Policy of the Unified Health System (SUS). In the construction of this Master's thesis on ACTION PROGRAM FOR FAMILY PLANNING IN THE BASIC UNIT OF MARCO KNOWLEDGE, ATTITUDES AND PRACTICES OF A users group, aims to analyze knowledge, attitudes and practices of group user participating in the Program of Family Planning, the type of study was descriptive qualitative, exploratory, application of questionnaires to 85 women pregnant gilts on knowledge, attitudes and practices and action Family Planning program. The results found 27% of respondents have incomplete primary education, 41.2% are cooks and home, with 86.4%, have a family income between 1-2 minimum wages, 57.6% do not use family planning, 73, 5% did not participate in the meeting of Family Planning, 30.4% responded that use of behavioral methods of contraception, the contraceptive is the most widely used hormonal with 47%, 42.4% were advised contraceptive pharmacist or made free choice, 60% of respondents would have planned his son if he had known the family planning and 40% of respondents do not even know their children would plan family planning. Studies indicate that the accession of a contraceptive method for women the number of unwanted pregnancies is significant, as 81.2% of respondents do not support your pregnancy. The result obtained in this Master's thesis certainly contribute to reflection and redirection of services offered to users of the Family Planning Program, and the multidisciplinary team, in its role as an educator in prevention and health promotion of the population.

Keywords: family planning, pregnancy, contraceptive method.

Introdução

A pesquisa tem como objeto de estudo a AÇÃO DO PLANEJAMENTO FAMILIAR NA UNIDADE BÁSICA DO MARCO, CONHECIMENTO, ATITUDES E PRÁTICAS DE UM GRUPO DE USUÁRIAS.

Historicamente há inúmeros registros da intenção do homem em controlar as taxas de natalidade, varias civilizações criaram inúmeros métodos de contracepção, uns baseados em credices e outros advindos de conhecimento científicos.

No Brasil, planejamento familiar é tema cotidiano, haja vista a freqüente abordagem da imprensa acerca de temas como: mortalidade materna, aborto, esterilização, reprodução assistida e outros relacionados à procriação. O Poder Legislativo também reconhece a importância da matéria e por lá tramitam dezenas de projetos de lei regulamentando ou ampliando permissivos legais sobre o assunto.

Embora avançado, em seus principais conteúdos e diretrizes, as políticas públicas propostas pelo Executivo partilham no processo em sua implementação. O estado tem sistematicamente recuado de suas obrigações – definidas pela Constituição - como provedor de assistência à saúde dos brasileiros, universal e equânime. Contribuem, ainda, para o agravamento da situação e a consolidação do estado atual, aspectos da cultura médica marcados por um exagerado intervencionismo, os quais, aliados à desinformação dessas mulheres comprometem de forma definitiva o princípio da autonomia na escolha de cada indivíduo.

No plano internacional, a partir das Conferencias da População (Cairo – 1994) e da Mulher (Beijin – 1995) surge o conceito de saúde reprodutiva, que diz respeito a ações amplas no campo da reprodução, envolvendo o homem e a mulher. Embora reconhecendo o avanço que representa esta nova abordagem, no caso brasileiro há que se ter cautela visto o consenso estabelecido em torno da integridade assistencial à mulher, em todas as suas fases e necessidades de saúde,

Estes princípios estão contidos na Política de Assistência Integral a Saúde da Mulher (MS. 2000).

É de obrigação das instâncias gestoras do SUS (federal, estadual e municipal) garantirem, em toda sua rede de serviço, no que diz respeito à atenção a mulher, ao homem e ao casal, programa de atenção integral à saúde, em todos os seus ciclos vitais, que inclua como atividades básicas a assistência à concepção e contracepção, atendimento pré-natal, controle das doenças sexualmente transmissíveis, controle e prevenção de câncer cérvico-uterino e do câncer de pênis. O planejamento familiar orienta-se por ações preventivas, educativas e pela garantia acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade (M.S, 1987).

Para efeito de proporcionar um planejamento familiar há vários métodos contraceptivos: comportamentais, de barreira, dispositivos intra-uterinos, hormonal, cirúrgico e, até mesmo, anti-concepção de emergência. A escolha do método é feita por orientação médica, considerando o quadro de saúde da mulher, podendo haver a associação de mais de um método contraceptivo, para maior garantia do casal ou da mulher.

O planejamento familiar melhora a saúde da mulher, evita gravidez de alto risco e facilita o acesso aos métodos anticoncepcionais eficazes, com isso, diminui o perigo de abortamento provocado. Portanto, a adoção do planejamento familiar pode evitar inúmeras complicações e mortes desnecessárias. A falta de acesso ao planejamento familiar coloca em risco a vida das mulheres e seus filhos (MAINE, 1981).

Justificativa

O Planejamento Familiar objetiva passar informações sobre a importância dos métodos conceptivos e contraceptivos, objetivando o planejamento do número de filhos e uma vida sexual plena e segura.

Observa-se que o crescimento excessivo da população sem planejamento acarreta sérias implicações em todos os setores da vida nacional, com efeitos extremamente danosos para a área da saúde. Quando se discute a política populacional, as opiniões se radicalizam com argumentos demográficos econômicos, sociais, éticos, jurídicos e religiosos, tanto contra ou a favor do planejamento familiar e da anticoncepção.

Ao se analisar os dados estatísticos do último censo (IBGE 2000,p.31), constata-se que mais de 30% da força economicamente ativa ganha até 1 salário mínimo por mês ,o que explica a subnutrição que afeta 63% da população brasileira, sendo que 20% das mulheres do Nordeste são portadoras de anemia por deficiência de ferro.

Segundo a mesma fonte (IBGE 2000,p.20), milhares de mulheres pobres no país, casam-se precocemente, levando duas décadas ou mais de gravidezes ininterruptas e amamentação, sem oportunidade de se recuperar. Acredita-se que durante todo esse tempo, ficam exaustas pelo trabalho extenuante no campo e em outras tarefas domésticas que realizam, quase sempre carregando um filho no colo e outro no ventre.

Evidencia-se também, que se um contraceptivo não estiver disponível, não for usado ou falhar, as mulheres recorrerão ao aborto clandestino. Calcula-se por estimativa que de 2 a 3 milhões de abortos são realizados por ano, entre nós. Como resultado do Planejamento Familiar, da gravidez com aceitação do conceito, a saúde melhora acentuadamente, para isso deve-se adotar medidas mais disponíveis e usadas para diminuir as gestações precoces e tardias, limitar o tamanho da família e esperar intervalos sadios para engravidar.

Cerca de 8 milhões de mulheres em idade fértil, não têm a menor possibilidade de receber informações ou acesso aos meios de planejar a família e são as que mais dele necessitam. São punidas tendo um filho que não desejam e que não podem criar com um mínimo de dignidade, unicamente porque são pobres. A falta de recursos leva a população a arriscar a saúde e a vida recorrendo ao aborto clandestino.

O Planejamento Familiar não é somente um meio de contracepção, e sim uma maneira de planejar a família de forma racional e amorosa. O casal possui livre arbítrio para escolher, sem interferência de ninguém o número de filhos que quer ter, para isso os métodos oferecidos não devem prejudicar a saúde da mulher, muito menos servir como atentado contra a vida.

No Brasil, a maioria das pessoas pertencentes a classes baixas não possui meios financeiros para adquirir métodos anticoncepcionais, recorrendo aos serviços de saúde oferecidos na rede pública. Na assistência ao Planejamento Familiar os serviços de saúde devem fornecer todos os métodos contraceptivos e os profissionais atuantes devem oferecer todas as informações a respeito desses métodos para que os usuários participem da escolha do método contraceptivo (BRASIL, 2001, p. 67). O reconhecimento do Planejamento Familiar como atividade no Brasil, deu-se com a Constituição da República de 1988, em seu artigo 226, parágrafo 7º, que diz o seguinte:

Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, como livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas (M.S., 2001:p. 118).

A escolha do tema deve-se a observação da grande quantidade de crianças nascidas sem serem planejadas e de gravidez indesejada, crianças que nasceram sem amor e cresceram sem serem amadas. Por esta questão observamos centenas de crianças nas ruas, chamadas de delinquentes, que por desinformação do que é concepção e qual o momento para que ocorra, como se evita a gravidez e se engravida querendo engravidar, aceitando a nova vida que virá para ser luz em um mundo de trevas. “Raquel experimentou engravidar de seu marido Jacó, que o amava. E celebrou a vida com o nascimento de José, que se tornou governador do Egito. E lembrou-se de Deus de Raquel e Deus a ouviu e abriu sua madre. E ela concebeu e teve um filho e chamou o seu nome de José”. (Gn. Cap.20: 28 – p. 29)

Dessa forma, deseja-se propor discussão e reflexão da aplicação do planejamento familiar, não para o controle da natalidade, que é uma imposição governamental ao cidadão, mas através da perfeita aplicação do planejamento familiar, promover a saúde, o direito, a opção livre e consciente dos casais de terem filhos.

PROBLEMÁTICA foi vivenciada na trajetória acadêmica e profissional, ao participar do desenvolvimento de ações de saúde pública relacionadas à saúde da mulher na Unidade Básica de Saúde do Marco. Despertando a preocupação e o interesse em pesquisar aspectos relevantes na execução do planejamento familiar.

Analisando a atuação no decorrer vida profissional como enfermeiro e fisioterapeuta, foi possível observar um aumento significativo no número de gravidez precoces, indesejadas e na quantidade de filhos. Considera-se que os profissionais de saúde, em geral, desempenham função muito importante no processo de educação permanente e na assistência à saúde reprodutiva. Com esta problemática buscou-se estudar a Ação do Planejamento Familiar na Unidade Básica de Saúde do Marco, Conhecimento, Atitudes e Práticas de um Grupo de Usuárias. Que conduziu-me às seguintes questões norteadoras:

- Qual o perfil sócio e econômico das usuárias que procuraram o serviço de Planejamento Familiar para saber como planejar seus filhos antes de engravidar.
- Que conhecimento, atitudes e práticas possuem um Grupo de usuárias sobre as ações Programa de Planejamento Familiar.
- as ações Programa de Planejamento Familiar.

O Objetivo Geral: Analisar conhecimento, atitudes e práticas de um grupo de usuárias que participam do Programa de Planejamento Familiar, os específicos foram os seguintes:

I – Traçar o perfil sócio e econômico das usuárias que participam do Programa de Planejamento Familiar.

II – Verificar os conhecimentos do Programa de Planejamento Familiar.

III – Averiguar as atitudes em relação ao Programa de Planejamento Familiar.

IV – Investigar as práticas das entrevistadas sobre o Programa de Planejamento Familiar.

Método Proposto

O estudo foi realizado utilizando-se uma abordagem qualitativa.

Referencial Teórico

O referencial teórico desta Dissertação refere-se ao Planejamento familiar é uma prática que está presente nos hábitos da população, desde os primórdios da humanidade, não sendo possível identificar sua origem. Embora difuso, o discurso do planejamento familiar, já se expressava nos primórdios do Brasil colonial, repassando do império ao início da república, foi marcado por uma dissimulada tendência ou um sentimento natalista agregado ao aperfeiçoamento da raça brasileira (HALBE 2005, p. 78).

Durante o período colonial no Brasil, a igreja foi a instituição, que sustentou, quase com exclusividade, o ideário social que se pretendia: uma sociedade portuguesa e cristã. O sucesso desse projeto envolve tanto estratégias do discurso cotidiano normativo, como decisões onde as mulheres eram impedidas de assumir outro papel que não aquele determinado pela vida familiar (DEL PRIORE, 2004, p. 95)

No final do séc. XIX surgiram na Europa e nos Estados Unidos os primeiros movimentos de controle da natalidade. A propaganda contraceptiva tinha conotação política, inspirando seus defensores na teoria de Malthus, segundo a qual quanto mais crescesse a população, mais pobre ela seria, pois esta crescia em progressão geométrica e os alimentos em progressão aritmética. Malthus baseou-se no crescimento da pobreza a partir da revolução industrial, sem considerar as circunstâncias em que essa ocorreria. Em 1952, Margareth Sanges, líder feminista, iniciou nos Estados Unidos, um movimento pelo direito a regulação da fecundidade, juntamente com socialistas e anarquistas americanos chamados "birth contrai". Sanger mostrava-se sensível as queixas das mulheres por razões sociais, econômicas ou de saúde, somando-se a essas necessidades, transformações resultante da industrialização e da urbanização que a despertaram para reivindicar o direito à educação, ao voto e à regulação da fecundidade. Na Europa, especialmente na Inglaterra, o movimento foi liderado por Marie Stopes (COELHO, 2006, p. 115).

As linhas de pensamento nesse período foram três: a das feministas, que consideravam a contracepção um direito fundamental da mulher; a dos neomalthusianos que a defendiam como meio para melhorar a situação da pobreza; e a dos eugenistas que viram no controle de natalidade um dos caminhos para melhorar a qualidade genética. No Brasil diante da postura pró-natalista, os movimentos internacionais não ecoaram nessas primeiras décadas do desenvolvimento capitalista (ÁVILA, 2005, p. 91).

O caráter moralista e repressor da sexualidade, implícito nas teses malthusianas, entre crescimento demográfico versus disponibilidade de alimentos é tomada como referência para discussão do planejamento familiar. Outra face que muitos preconizadores do Planejamento Familiar ressaltam é o da eugenia ou o aperfeiçoamento da espécie humana, a partir da seleção de raça (COSTA, 2006, p. 56).

Os movimentos internacionais nos anos 60 financiaram entidades e outras instituições que no Brasil informavam as famílias sobre o planejamento familiar. Ainda na década de 60, os países ricos, especialmente os Estados Unidos, que já tinham os países pobres sob sua dependência, passaram a pressionar governos do terceiro mundo para adotar uma política de população mínima, Malthus considerava haver nos países ricos uma estabilidade no crescimento populacional e nos pobres uma explosão populacional atribuindo a isso a responsabilidade pela fome, pobreza, degradação do meio ambiente. Assim, a redução do crescimento populacional deveria ser a principal prioridade para os planos de desenvolvimento (COELHO,2006, p.52).

"Segundo relatos de Lima; Gonçalves (2001). Não há um registro exato das primeiras práticas contraceptivas no Brasil, porém sabe-se que a planta arruda já era utilizada em meados do séc. XVII como prática contraceptiva e abortiva. Antes da década de 60, a camisinha, a tabelinha e o coito interrompido eram os mais conhecidos e disponíveis."

O debate, que persistiu durante as décadas de 60 e 70, permaneceria junto à igreja com o seu conjunto de razões e argumentos de ordem moral e doutrinária, sempre vinculando sexo à procriação. Esta posição será relativamente flexibilizada no final dos anos 70, quando a igreja passou a admitir certo controle da fecundidade, desde que o método utilizado seja a abstinência periódica (chamado de método natural). Por longo tempo este embate apresentou diversas e curiosas nuances. Nos anos 70, o Ministério da Saúde implementou o programa de saúde materno-infantil, onde o planejamento familiar figurava discretamente sob o nome de paternidade responsável. Nessa mesma década exatamente no ano de 1977, foi elaborado o Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco (PPGAR), o qual recebeu uma reação contrária dos movimentos sociais ,que entendiam ser este programa de cunho controlista. Os chamados critérios de identificação de risco adotados pelo programa encaminhavam um controle de nascimento entre pobres, negros e outras populações "descartáveis". O Ministério da Saúde, em sua

fragilidade política na época, enfrentou esta situação e permitiu a criação de um vácuo institucional do estado, favorecendo o surgimento e o crescimento de outras instituições de cunho controlista. Dentre estas, a sociedade civil de bem-estar familiar no Brasil (BENFAM) e o centro de pesquisas de assistência integrada à mulher e a criança (CPAIMC) foram as de maior relevância. (COSTA, 2005, p. 86).

Em 1965 foi criada BEMFAM (Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil) e declarada utilidade pública em 1971. Esta instituição foi idealizada por médicos que tinham como objetivo informar sobre os métodos anticonceptivos para tentar evitar o grande número de abortos provocados no país que, segundo estes médicos, ocorreriam por falta de informações e acesso às práticas anticonceptivas. Este grupo de médicos com apoio do Federação Internacional do Planejamento Familiar (IPPF), tinha como objetivo financiar clínicas de controle da natalidade em vários estados do país. Dentro desse contexto observou-se que até o final dos anos 70 as lutas em prol da saúde reprodutiva das mulheres encontram fortes barreiras, destacando o estado autoritário que não atendia as necessidades da maioria da população; a hegemonia biomédica nas construções de representações sobre o corpo feminino e o lugar social da mulher; e os programas verticais de planejamento familiar (PF) implementados por organismos internacionais desde a década de 1960. Enfatizou-se que por inúmeras vezes as feministas enfrentaram a ordem médica e os "planejadores familiares" numa relação conflituosa, a reivindicar direitos sexuais e reprodutivos, apesar de o Brasil ser um país marcado por desigualdades sociais, machismo e governo autoritário (ÁVILA, 2006, p. 117).

A partir da década de 80, deu-se início, no país, a um período de transição democrática caracterizado pela organização de movimentos sociais, com destaque do movimento feminista no Brasil, que passam a reivindicar não só direitos relacionados a saúde reprodutiva, como também ,planejamento familiar, a democratização da educação para a saúde e outras medidas que iam além da esfera biomédica, abrangendo, portanto, a perspectiva da promoção à saúde e de melhor qualidade de vida (TYRRELL, 2004, p. 121).

A manutenção da ideologia neoliberal permitiu tendência histórica de não intervenção, ao mesmo tempo, favoreceu a ação de agentes privados que forneceram anticoncepção moderna para população feminina, transformaram o país em um "estado de duas caras" quando se analisa política e população. A partir da década de 80 embora não implementassem uma política oficial de contenção demográfica, permitiram que instituições não governamentais aplicassem medidas de controle demográfico através de programas de planejamento familiar que distribuíam anticoncepcionais orais e praticavam a esterilização (SILVA, 2000, p. 64).

As análises apontam essa situação como uma omissão planejada, ou seja, uma política implícita de regulação em que o governo não atuava, mas permitia a atuação de agências internacionais no controle da natalidade (FARIA, 1989, p. 80).

A sociedade de bem-estar familiar no Brasil (BEMFAM) desenvolvia um projeto educativo difundindo as vantagens de uma família reduzida e o uso de práticas anticonceptivas modernas, obtendo o apoio do governo. Essa situação permitiu o surgimento de um novo discurso, baseado nos princípios do direito à saúde e na autonomia das mulheres e dos casais na definição do tamanho de sua prole. Este consenso, amplamente discutido pela sociedade civil, teve como respaldo o processo avançado da reforma sanitária brasileira que definiu saúde como direito do cidadão e o dever do estado em provê-la à sua população. Em 1983, o Ministério da Saúde divulga o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que seria desenvolvido pela rede pública de saúde, ajustando-se às necessidades epidemiológicas e requerimentos de cada localidade, de cada população (OSIS, 2004, p. 115).

O Ministro da Saúde, Valdir Arcoverde apresentou o PAISM durante seu depoimento à comissão parlamentar de inquérito que investigava os aspectos do crescimento populacional. Este se constitui em um conjunto de princípios e diretrizes programáticas abrangentes destinadas às mulheres nas diversas etapas e situações de sua vida, incluindo-se a fase reprodutiva. Para essas mulheres, o PAISM preconiza que os indivíduos sejam atendidos nas suas demandas

específicas de saúde reprodutiva, de forma a minimizar riscos para a saúde decorrentes da procriação não planejada. Prevê, ainda, além da abordagem para a anticoncepção, tratamento para os casos de infertilidade, sempre contextualizados no conceito da integralidade assistencial (M.S, 2001, p.67).

Para Roumié (1986, p. 26):

Planejamento Familiar é o conjunto de medidas médicas, paramédicas, sociais e econômicas, que quer colocar à disposição dos casais do país, independente de suas condições sócio-econômicas, os meios para planejar o número de filhos que desejam ter, ficando cada caso com a decisão, livre de qualquer pressão de planejar sua família.

Lima (1998, p.113), diz que o planejamento familiar:

É também problema político, econômico, social, moral e religioso. Político, porque o estado comanda a vida mundial em que a explosão demográfica toma-se um "câncer" no organismo social. Econômico, porque o ser humano tem direito a esperar por um momento mais propício financeiramente. Social, porque a sociabilidade é harmonia, e o formigueiro humano contribui para acabar com a mesma, gerando rebanhos imensos de infelizes e frustrados. Moral, porque as fontes da população estão na câmara nupcial, no mais recôndito dos lares, no coração da família, em que tudo depende da decisão do casal ou da imposição de um deles. Religioso, porque esse é o último assunto em que as igrejas ainda têm influência pública. O ateísmo dominou as lideranças mundiais e as bases crentes nada podem fazer. Mas impedir ou não a geração de filhos, matar ou não fetos ainda abalam muito as consciências, justamente onde existe uma consciência moral.

De acordo com Halbe (apud Brito; Gonçalves 2000, p. 21), o Planejamento Familiar:

É uma das mais importantes atividades da medicina preventiva. Ele se caracteriza, principalmente, pela profilaxia da morbi-mortalidade materno-infantil, e seu objetivo primordial é o de proporcionar aos casais e às mulheres, em particular, as informações e os meios

necessários para que possam decidir de modo voluntário e consciente, sobre o número de seus filhos e a oportunidade em que vão ter. Desta maneira, o Planejamento Familiar é, também, um instrumento para que se realize na prática, o princípio da paternidade responsável, cujo exercício conduz a que as famílias não tenham senão, os filhos que possam criar e educar condignamente.

O Planejamento Familiar é uma atividade de saúde que visa proporcionar informações e meios para que os casais obtenham de maneira voluntária e consciente o número de filhos desejados no intervalo intergestacional adequado. Ele deve ser inserido em programas de saúde materno-infantil para complementar as atividades de obstetrícia, ginecologia, pediatria e puericultura. (DINIZ apud BRITO; GONÇALVES, 2000, p. 21).

Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, como livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas (M.S, 2001:p. 118).

Metodologia

Tipo de Estudo

O estudo foi realizado utilizando-se uma abordagem qualitativa.

Segundo Teixeira (2002, p..87) a abordagem qualitativa visa descrever as características conhecida ou os componentes do fato, fenômeno ou representação. Para Marconi e Lakatos (2004, p. 269)

A metodologia qualitativa preocupa-se em analisar e interpretar aspectos mais profundos descrevendo a complexidade do comportamento humano. Fornece análise mais detalhada sobre as investigações, hábitos, atitudes, tendências de comportamento, etc.

Segundo Triviños, (1997) o estudo qualitativo pretende informar com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade.

Cenário da Pesquisa

O local de estudo foi a Unidade Básica de Saúde do Marco, Setor de Pré-Natal, situado na Avenida Almirante Barroso, próximo ao Jardim Botânico Bosque Rodrigues Alves, que atende as mulheres gestantes, puérperas e nutrizes. O prédio de planta baixa, composto de várias salas para atendimento, que servem como consultórios médicos, enfermagem, assistente social, nutrição, atendimento de enfermagem, sala de preventivo do câncer cérvico uterino, sala de terapia de reposição hormonal, sala de esterilização e auditório para palestras. A equipe de saúde é composta de médicos, enfermeiros, odontólogos, nutricionista, psicólogo, assistente social e técnicos de enfermagem. A clientela maciça é feminina, que procura o centro de saúde para realização de pré-natal, exame preventivo do câncer cérvico uterino e assistência à mulher.

Atores Sociais

Os sujeitos de estudo, denominados em pesquisa qualitativa por Teixeira (2000, p. 63), os atores sociais foram 85 gestantes, primíparas, do Setor Pré-Natal, da Unidade de Saúde do Marco, que atenderam os seguintes critérios de inclusão: que sejam gestantes primíparas, que aceitaram participar espontaneamente da entrevista.

Como critério de exclusão as múltíparas e aquelas que recusarem a participar da pesquisa. O material das gestantes incluídas que se recusarem ou desistirem da pesquisa, foram descartados.

Coleta de Dados

Os dados foram coletados por uma entrevista semi-estruturada com aplicação de formulário com perguntas abertas e fechadas sobre o tema direcionado às usuárias que se enquadraram aos critérios de inclusão. As entrevistas foram realizadas nas dependências da Unidade de Saúde do Marco, após as mesmas terem

aceitado participar do estudo, e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

Adotou-se a entrevista através da aplicação de questionários, com perguntas abertas e fechadas

A análise dos dados foi realizada mediante organização e seleção das respostas, pertinente à análise do conteúdo.

Aspectos Éticos da Pesquisa

Esta pesquisa seguiu o preconizado pela Resolução nº 196/96 de 16 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, que normatiza a pesquisa que envolve seres humanos.

Resultado

A pesquisa demonstra que 94,12% das entrevistadas são de naturalidade paraense, destas 77,5% residem no bairro do Marco, 5% das informantes moram no Município de Marituba e 2,35% são amazonenses, destas 50% residem no bairro de Icoaraci e 50% das respondentes residem no Município de Ananindeua.

Tabela I – Distribuição dos Entrevistados quanto a sua Naturalidade e o Bairro em que Reside. Belém – Pará – 2009.

Naturalidade	Nº	%	Bairro ou Município em que Mora									
			Marco		Icoaraci		Ananindeua		Marituba		Total	
			Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Paraense	80	94,12	62	77,5	02	2,5	12	1,5	04	5,0	80	100
Amazonense	02	2,35	-	-	01	50,0	01	50,0	-	-	02	100
Piauiense	03	3,53	-	-	01	33,3	01	3,34	01	33,3	03	100
TOTAL	85	100	62	72,9	04	4,71	14	16,5	05	5,9	85	100

Fonte: Pesquisa de campo

Também observou-se que 47,06% das informantes são solteiras e estão na faixa etária entre 15 a 20 anos de idade, 29,41% das entrevistadas têm estado civil estável, tendo entre 15 a 20 anos de idade. O maior percentual de mulheres casadas é de 35,3% e estão entre 26 a 30 anos de idade.

Tabela II – Distribuição das Entrevistadas Segundo Estado Civil, Especificado pela Faixa Etária. Belém – Pará – 2009.

Estado Civil	Faixa Etária													
			15-20		21-25		26-30		31-35		35 a mais			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Casada	17	20,00	05	29,4	3	17,6	6	35,3	2	11,8	1	5,9	17	100
Solteira	40	47,06	10	25,0	15	37,5	8	2,0	4	10	3	7,5	40	100
Estável	25	29,41	09	36,0	8	32	4	16	3	12	1	4	25	100
Viúva	03	3,53	0	0	1	33,3	0	0	0	0	2	66,7	03	100
TOTAL	85	100	24	28,2	27	31,8	18	21,2	9	10,6	7	8,2	85	100

Fonte: Pesquisa de Campo

Da população investigada, 27% das entrevistadas têm Ensino Fundamental completo, 77,2% desenvolvem profissão de manicure, 86,4% têm renda familiar entre 1 a 2 salários mínimos, 24,7% têm nível médio completo e um menor percentual têm nível superior completo, desenvolvendo profissão de pedagoga e tendo como renda mensal de 4 a 5 salários mínimos.

Consideramos preocupante o fato de que a maioria das entrevistadas que participa do Programa de Planejamento Familiar possui baixa escolaridade, bem como renda familiar em torno de 1 a 2 salários mínimos. E não têm profissão definida. Quanto ao tipo do método contraceptivo que mais utiliza, 47,05% das entrevistadas utilizam o método contraceptivo hormonal oral e injetável e 25,9% têm preferência pelo método de barreira (camisinha masculina, feminina e diafragma) e 5,9% das informantes utilizam método popular da Amazônia,

Tabela IX – Distribuição das Entrevistadas Quanto ao Tipo do Método Contraceptivo que Utiliza. Belém – Pará – 2009.

Método Contraceptivo que Utiliza	Nº	%
Método Comportamental: Tabela		
Muco Cervical		
Coito Interrompido	16	18,8
Método de Barreira: Camisinha Masculina (Condom)		
Camisinha Feminina	22	25,9
Diafragma		
Dispositivo Intra Uterino	02	2,35
Contraceptivo Hormonal: Hormonal Oral		
Hormonal Injetável	40	47,05
Contraceptivo Popular pelo conhecimento da	05	5,9
TOTAL	85	100

Fonte: Pesquisa de campo

Quanto a indicação do método contraceptivo, 42,4% das respondentes tiveram indicação do método contraceptivo por Farmacêutico – Propaganda e Livre Escolha e 27,0% das respondentes utilizaram contraceptivos indicados por amigos e parentes e 30,6% das respondentes tiveram indicação do método por médico ou enfermeiro.

Tabela X – Distribuição das Entrevistadas quanto a Indicação do Método Contraceptivo. Belém – Pará – 2009.

Indicação do Método Contraceptivo	Nº	%
Amigos e Parentes	23	27,0
Médico - Enfermeiro	26	30,6
Farmacêutico – Propaganda e Livre Escolha	36	42,4
TOTAL	85	100

Fonte: Pesquisa de campo

E quanto a aceitação da gravidez, 81,2% das respondentes não aceitaram sua gravidez, sendo que 100% deste montante não planejou a gravidez 18,8% das entrevistadas informam que aceitou a gravidez, sendo 100% planejada.

Tabela XVII – Distribuição das Entrevistadas quanto a Aceitação da sua Gravidez e se esta foi Planejada – Belém – Pará – 2009.

Aceite de Gravidez	Nº	%	Sua Gravidez foi Planejada				Total	
			Sim		Não		Nº	%
			Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	16	18,8	16	100	-	-	16	100
Não	69	81,2	-	-	69	100	69	100
TOTAL	85	100	16	18,8	69	81,2	85	100

Fonte: Pesquisa de campo

É também problema político, econômico, social, moral e religioso. Político, porque o estado comanda a vida mundial em que a explosão demográfica torna-se um "câncer" no organismo social. Econômico, porque o ser humano tem direito a esperar por um momento mais propício financeiramente. Social, porque a sociabilidade é harmonia, e o formigueiro humano contribui para acabar com a mesma, gerando rebanhos imensos de infelizes e frustrados. Moral, porque as fontes da população estão na câmara nupcial, no mais recôndito dos lares, no coração da família, em que tudo depende da decisão do casal ou da imposição de um deles. Religioso, porque esse é o último assunto em que as igrejas ainda têm influência pública. O ateísmo dominou as lideranças mundiais e as bases crente nada podem fazer. Mas impedir ou não a geração de filhos, matar ou não fetos ainda abalam muito as consciências, justamente onde existe uma consciência moral.

Conclusão

Com a realização deste estudo foi possível o entendimento da assistência prestada as primíparas atendidas na Unidade de Saúde do Marco, através de seus

relatos, aprofundar o conhecimento em relação ao planejamento familiar e traçar o perfil sócio-econômico e cultural destas mulheres, identificando que muitas mulheres ignoram as razões e objetivos do Planejamento Familiar.

No aspecto sócio-econômico e cultural das entrevistadas observa-se a predominância de mulheres com relacionamento instável, com pouca escolaridade, ocupação pouco remunerada, com baixo poder aquisitivo e de famílias numerosas. Moram em casa de madeira com regular condição de saneamento básico.

O Planejamento Familiar é a ação da política de assistência integral à saúde da mulher, preconizada pelo Ministério da Saúde desde 1984, seu início no país deu-se na década de 60, através de entidades privadas que ofereciam a pílula e laqueadura de trompas, como método de controle da natalidade.

Um número importante de mulheres que não frequentam o Programa do Planejamento Familiar e não têm conhecimento de todos os métodos disponíveis no mercado, fazendo uso de contraceptivo hormonal injetável na sua maioria e até de métodos abortivos dos saberes da Amazônia.

Referências

BÍBLIA PENTECOSTAL. Trad. João F de Almeida – Sociedade Bíblica do Brasil, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde, **Decreto Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1987** [online] janeiro de 1987. Disponível em www.page.sp.gov.br.hotmail.

_____, **Manual de Enfermagem: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde da Mulher**. Universidade São Paulo. Brasília – DF, 2001,

MAINE, Deborah. **Planejamento Familiar: seu impacto sobre a saúde materno infantil**. Trad. Ronaldo Bossemeyer. Universidade da Colômbia: Copyright, 1981, p. 91

IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA) **Pesquisa Nacional para Mostra de Pobreza no Brasil, PNAD.** Rio de Janeiro, 2000,

HALBE, Hans Hofgang **Tratado de Ginecologia.** 5.ed. São Paulo: Roca, 2005.

DEL PRIORE, M. **Ao sul do corpo: condição feminina, maternidade e mentalidade no Brasil colônia.** Rio de Janeiro, 2005.,

COELHO, E.A.C. et al. **O planejamento familiar no Brasil, contextos das políticas de saúde: determinantes históricos.** Rev. Esc. Enf. USP, V. 34. São Paulo, 2006.

COSTA, A..M. **PAISM: Uma política de assistência integral à saúde da mulher a ser resgatada.** São Paulo, 2006.

BRITO, C.N.S.; GONÇALVES, R.C.R.. **Planejamento Familiar: um instrumento de qualidade de vida das mulheres. Curso de Enfermagem:** UEPA, 2000.

ÁVILA, M. B. e CORREA, S. **Planejamento familiar no Brasil..** São Paulo: Hucitec, 2006.

TYRREL, M. A. E CARVALHO, V. **Programas nacionais de saúde materno-infantil: impacto político-social e inserção de enfermagem,** Rio de Janeiro: UFRJ, 2004.

FARIA, V. **Políticas de governo e regulação da fecundidade: conseqüências não antecipadas e efeitos perversos.** Ciências Sociais Hoje. São Paulo: Vértice / ANDOCS, 1989, p. 80,

OSIS, M. J. D. et al. **Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa.** Cad. Saúde, v. 22, n. 11. Rio de Janeiro, 2004.

ROUMIÉ, P. **Controle de natalidade: a quem interessa?** São Paulo: Paulinas, 1986.

TEIXEIRA, Elizabeth N. S. **As três metodologias: a acadêmica, de ciências, da pesquisa.** Belém – PA: UNAMA, 2002.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Metodologia Científica.** 4.ed. São Paulo: Atlas, 2004, p. 269

TRIVINOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação, o Marxismo.** São Paulo: Atlas, 1987.