

**PERFIL DEMOGRÁFICO, SOCIOECONÔMICO E DE SAÚDE REPRODUTIVA DE
MULHERES ATENDIDAS EM PLANEJAMENTO FAMILIAR NO INTERIOR DO CEARÁ^a**

Escolástica Rejane Ferreira Moura^b

Raimunda Magalhães da Silva^c

Annatália Meneses de Amorim Gomes^d

Paulo César de Almeida^e

Danielle Rosa Evangelista^f

Resumo

Estudo transversal, de campo, objetivando identificar características demográficas, socioeconômicas e de saúde reprodutiva de população atendida em planejamento familiar na Estratégia Saúde da Família do interior do Ceará e verificar associação entre estas variáveis. Participaram 279 mulheres das Regionais de Saúde de Maracanaú, Canindé, Quixadá e Sobral, abrangendo 16 municípios, e 88 áreas adstritas. O *n* amostral foi calculado com base na população de mulheres em idade fértil nas referidas regionais (N=403.417), usando nível de significância 5%, erro amostral 6% e proporção P 50%, aplicados na fórmula para populações infinitas. Os dados foram coletados de novembro de 2005 a março de 2006. Utilizou-se entrevista estruturada. Os dados foram processados no *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 11.0 for *Windows*. Realizou-se análise univariada e bivariada pelo teste do χ^2 (Qui-Quadrado), fixado nível de significância de 5%. Identificou-se baixo percentual de adolescentes frequentando serviço de planejamento familiar (7,2%); escolaridade inversamente proporcional ao número de múltiparas, de abortos e de partos em idade precoce; número de filhos foi semelhante para mulheres de áreas urbanas e rurais; baixa renda apresentou associação estatística com idade precoce do primeiro parto ($p=0,055$), porém não houve associação

^a Estudo financiado pelo Ministério da Saúde/DECIT/SESA-CE/FUNCAP, Edital nº. 06/2004. Apresentado no I Seminário de Pesquisa para o SUS-Ceará e no II Seminário dos Programas PPSUS/PAPPE/DCR/PRONEX/PPP.

^b Enfermeira. Professora Doutora em Enfermagem. Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Líder do Grupo de Estudos Enfermagem em Planejamento Familiar (GEPF). Pesquisadora CNPq.

^c Enfermeira. Professora Doutora em Enfermagem. Coordenadora do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza. Pesquisadora CNPq. rmsilva@unifor.br

^d Psicóloga. Doutora em Ciências da Saúde. Secretaria Estadual da Saúde do Ceará. annatalia@secrel.com.br

^e Professor Doutor em Saúde Pública. Universidade Estadual do Ceará. pcalmeida@yahoo.com.br

^f Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Universidade Federal do Ceará. Bolsista CNPq. daniellere@bol.com.br

Endereço para correspondência: Escolástica Rejane Ferreira Moura. Av. Filomeno Gomes, nº 80, Apto. 401, Jacarecanga, Fortaleza, Ceará. CEP: 60010-280. escolpaz@yahoo.com.br

com número de partos, de abortos e intervalo gestacional menor de dois anos ($p > 0,05$). A atenção em planejamento familiar no interior cearense tem desafios a serem suplantados, necessitando conjugar políticas de saúde, educação e trabalho para minimizar desigualdades socioeconômicas, promovendo perfil equânime de saúde reprodutiva.

Palavras-chave: Fatores etários. Fatores socioeconômicos. Saúde reprodutiva. Planejamento familiar.

DEMOGRAPHIC, SOCIOECONOMIC AND REPRODUCTIVE HEALTH PROFILE OF WOMEN ASSISTED IN FAMILY PLANNING IN THE COUNTRYSIDE OF CEARÁ

Abstract

Cross-sectional study with field research, to identify demographic, socioeconomic and reproductive health characteristics of the population assisted in family planning by the Health Family Program in the countryside of Ceara and to verify the relation between these variables. Two hundred seventy nine women from the Health Regional Units of Maracanaú, Canindé, Quixadá and Sobral have participated in the study, which covered 6 districts and 88 areas. The n sampling was calculated with basis on the female population at fertile age in the said regional unit ($N=403.417$), using 5% significance level of , 6% sampling error and P 50% ratio applied in the formula for infinite populations. Data were collected from November in 2005 through March 2006, by a structured interview. The data was processed in the *Statistical Package for Social Science* (SPSS), version 11.0 for Windows. Univariate and bivariate analyses were made, applying the χ^2 test (Chi-Square), fixing the signifying level on 5%. A low percent of adolescents who attended the family planning service (7,2%) was identified; education rate was inversely proportional to the number of multiparous women, of abortions and childbirth in precocious age; women who lived in urban and rural areas had children in the same proportions; low income presented a statistic relation with the first delivery in precocious age ($p=0,055$), although there was no relation between the number of deliveries, abortions and the time gap between pregnancies of less than two years ($p > 0,05$). Family planning presents shows challenges to be overcome in the countryside of Ceara, which require uniting health, education and employment policies in order to reduce socioeconomic inequalities, and thus promoting an equalitarian profile of reproductive health.

Key words: Age factors. Socioeconomic factors. Reproductive medicine. Family planning.

Resumen

Estudio transversal, de campo, objetivando identificar características demográficas, socioeconómicas y de salud reproductiva de La población atendida en la planificación familiar, en la Estrategia Salud de la Familia del interior de Ceará y verificar la asociación entre estas variables. Participaron 279 mujeres de las Regionales de Salud de Maracanaú, Canindé, Quixadá y Sobral, abarcando 16 municipios, y 88 áreas adstringidas. El n del muestreo fue calculado con base en la población de mujeres en edad fértil en las referidas regionales ($N=403.417$), usando nivel de significancia 5%, error muestral 6% y proporción P 50%, aplicados en la fórmula para poblaciones infinitas. Los datos fueron colectados de noviembre de 2005 a marzo de 2006. Se utilizó la entrevista estructurada. Los datos fueron procesados en el *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versión 11.0 for Windows. Se realizó análisis univariada y bivariada por el test del χ^2 (Qui-cuadrado), fijado nivel de significancia de 5%. Se identificó bajo porcentual de adolescentes frecuentando el servicio de planificación familiar (7,2%); escolaridad inversamente proporcional al número de múltiparas, de abortos y de partos en edad precoz; el número de hijos fue semejante para mujeres de áreas urbanas y rurales; baja renta presentó asociación estadística con edad precoz del primer parto ($p=0,055$), sin embargo, no hubo asociación con número de partos, de abortos e intervalo gestacional menor de dos años ($p>0,05$). La atención en planificación familiar en la zona rural cearense trae desafíos a ser suplantados, necesitando conjugar políticas de salud, educación y trabajo para reducir desigualdades socioeconómicas, promoviendo perfil equánime de salud reproductiva.

Palabras-clave: Factores etáricos. Factores socioeconómicos. Salud reproductiva. Planificación familiar.

INTRODUÇÃO

A assistência ao planejamento familiar, no Brasil, está amparada na Constituição Federal de 1988, art. 226, parágrafo 7º, que reconhece como direito de todo cidadão o acesso à informação e aos meios para decidir e gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva, livre de discriminações, coerções ou violências e também o direito de decidir livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos.¹ Nesse contexto, instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS) têm o dever de garantir à mulher, ao homem e/ou casal, assistência em concepção e contracepção como parte da assistência integral à saúde sexual e reprodutiva.

A Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), lançada em 2004, dá ênfase à integralidade da assistência e às ações de promoção da saúde como princípios norteadores da garantia dos direitos sexuais e reprodutivos.² A propósito, em 2002, era chamar a atenção para que o conceito de planejamento familiar não se restringisse apenas aos aspectos da anticoncepção, mas abrangesse o conjunto das necessidades e aspirações da família, incluindo moradia, alimentação, estudo e lazer, não ficando circunscrito às questões do controle da fecundidade.³

A taxa de fecundidade é mais elevada entre as mulheres de classes sociais menos favorecidas. Entre estas há uma média de quatro filhos, em contraste com a média de 1,6 filhos entre as mulheres de classes sociais mais favorecidas.⁴ Por outro lado, a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) afirmam que o planejamento familiar permite aos casais decidir quando começar a ter filhos, qual o intervalo entre eles e quando parar; que engravidar antes de 18 anos e depois dos 35 anos aumenta os riscos de saúde, tanto para a mãe quanto para a criança; que o intervalo entre os partos menor que dois anos aumenta em 50% o risco de morte fetal; e que dar a luz a mais de quatro crianças aumenta os riscos durante as gestações e os partos.⁵

Portanto, aspectos demográficos, socioeconômicos e de saúde reprodutiva devem ser analisados pelos profissionais que promovem o planejamento familiar e pelo público-alvo, pois contribuem para aumentar o risco reprodutivo. Nesse contexto, questionou-se: quais as condições demográficas e socioeconômicas de usuárias de serviços de planejamento familiar? Quais as condições de saúde reprodutiva dessas mulheres?

Assim, foram definidos como objetivos do estudo identificar características demográficas, socioeconômicas e de saúde reprodutiva da população atendida em planejamento na Estratégia Saúde da Família (ESF) do interior do Ceará e verificar associação entre estas variáveis.

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo transversal, de campo, com abordagem quantitativa, realizado em quatro das 22 Células Regionais de Saúde (CERES) que compõem o Sistema de Saúde do Ceará. As CERES Canindé, Maracanaú, Quixadá e Sobral foram selecionadas por sorteio e nestas foram entrevistadas 279 usuárias de serviços de planejamento familiar de 16 municípios, abrangendo 88 áreas adstritas.

A população de mulheres em idade fértil equivale a quase 28% da população geral de determinado território, correspondendo a 403.417 mulheres nas CERES selecionadas (Maracanaú, 118.586; Canindé, 51.059; Quixadá, 76.379 e Sobral, 562.121), sendo, portanto, considerada

infinita para efeito de cálculo amostral. Nessa condição, foi fixado nível de significância de 5%, erro amostral de 6% e proporção P de 50%, pois esse valor implica tamanho de amostra máximo, quando fixados os erros anteriores. Aplicando-se esses valores na fórmula para populações infinitas, o valor de n foi 266. Adicionando-se margem de erro de 20% para prováveis perdas de informações e/ou questionários, a amostra foi de 320 mulheres. O número de mulheres em cada CERES foi estratificado de acordo com a população de mulheres em idade fértil, subtraídos 30% que supostamente não seriam usuárias do SUS, ficando 70%. Deste percentual foram subtraídos outros 30% das mulheres que não seriam usuárias de métodos anticoncepcionais (MAC).⁶ Assim, para a CERES Maracanaú foram amostradas 95 usuárias; Sobral, 125; Quixadá, 60; e Canindé, 40.

O projeto de pesquisa foi apresentado às equipes técnicas das CERES em visita local realizada pela equipe de coordenação do estudo. Técnicos das CERES, que já desenvolviam atividades relacionadas à ESF, compuseram a equipe de pesquisa regional. Estes foram preparados para a realização das entrevistas, conforme critérios metodológicos recomendados para a respectiva técnica.

Os dados foram coletados de novembro de 2005 a março de 2006, sendo registrados pelos entrevistadores, que seguiram um instrumento estruturado. Metade das entrevistas foi efetuada com mulheres que frequentavam o PSF de municípios sede de CERES e 50% ocorreram naqueles municípios da respectiva CERES que tinham menor população (critério de baixo desenvolvimento), incluindo, equitativamente, áreas urbanas e rurais.

Os dados foram processados no *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 11.0 for *Windows* e apresentados em tabelas. Realizou-se análise univariada, quando foram calculadas medidas estatísticas de tendência central e de variabilidade. Foi efetuada análise bivariada, a fim de verificar a existência de associação entre variáveis, empregando-se o teste do X^2 (Qui-Quadrado). Para todos os testes foi fixado o nível de significância de 5%.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, obtendo parecer favorável conforme Protocolo COMEPE nº 300/05. A pesquisa seguiu as diretrizes e normas que regulamentam pesquisas envolvendo seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, conforme Resolução nº 196/96.⁷

RESULTADOS

As usuárias foram procedentes de municípios do interior do estado, sendo 95 (34%) de municípios da CERES Maracanaú, região metropolitana de Fortaleza; 80 (28,7%) de municípios da CERES Sobral, na zona norte; 60 (21,5%) de municípios da CERES Quixadá e outras 44 (15,8%) de municípios da CERES Canindé, ambas integrando a região Centro-Sul.

A **Tabela 1** apresenta os dados relacionados às características demográficas e socioeconômicas das mulheres pesquisadas, com número equitativo de participantes de áreas urbanas e rurais. Ressalta-se que nenhum homem foi encontrado nos serviços de planejamento familiar durante a coleta de dados. A idade das mulheres variou de 13 a 50 anos, com média de 26,34 anos e desvio padrão de 6,684, encontrando-se, pois, frequentando serviços de planejamento familiar, adolescentes, mulheres em plena idade reprodutiva e mulheres na fase do climatério.

Tabela 1. Distribuição do número de usuárias de serviço de planejamento familiar conforme características demográficas e socioeconômicas. Estratégia Saúde da Família - Ceará, 2006

Variáveis	Nº	%
Residência (n =271)		
Urbana	140	51,7
Rural	131	48,3
Faixa Etária (n =277) X =26,34; S =6,684		
13 a 18	20	7,2
19 a 35	232	83,8
36 a 50	25	9,0
Condição de União (n =279)		
Com companheiro fixo	232	83,2
Com companheiro eventual	26	9,3
Sem companheiro	21	7,5
Renda Familiar em salário mínimo (n =277) X =2,91; S =1,049		
Até ½	102	36,8
½ - 1	112	40,4
> 1 e < 10	63	22,8
Escolaridade em anos de estudos (n =279) X = 3,79; S = 1,070		
1 - 3	45	16,1
> 3 a 5	60	21,5
> 5 a 8	83	29,8
> 8 a 11	91	32,6

X (média); S (desvio padrão)

Predominou a união com companheiro fixo em 232 (83,2%) mulheres. Outras 26 (9,3%) tinham relacionamentos eventuais. A maior parte das mulheres, 214 (77,2%) perfazia uma renda familiar de até um salário mínimo nacional (R\$ 380,00 reais no período da pesquisa).

A escolaridade variou entre 1 e 11 anos de estudos; 174 (62,4%) mulheres tinham entre 5 e 11 anos de estudos, o que confere ensino básico e/ou ensino médio completos à maioria da população estudada.

A **Tabela 2** apresenta dados relativos ao perfil de saúde reprodutiva das mulheres entrevistadas. A porcentagem de mulheres com história de mais de quatro partos, o que caracteriza a multiparidade, correspondeu a 33 (13,9%) mulheres. O número de mulheres com

história de aborto foi 56 (20,1%); 151 (66,8%) tiveram o primeiro parto na adolescência, bem como 64 (28,3%) também relataram o último parto ter ocorrido na referida fase do ciclo vital; 55 (36,2%) tiveram intervalo gestacional menor que dois anos.

Tabela 2. Distribuição do número de usuárias de serviço de planejamento familiar segundo condições de saúde reprodutiva. Estratégia Saúde da Família - Ceará, 2006

Variáveis	Nº	%
Número de Partos (n = 237) X =2,08 S=1,375		
Até 4	204	86,1
Mais de 4	33	13,9
Número de Abortos (n=279) X =0,28 S=0,623		
Nenhum	223	79,9
1	39	14,0
2 -4	17	6,1
Idade no primeiro parto (em anos) (n =231) X =19,26 S=3,996		
11 a 19	151	65,4
20 a 35	79	34,2
Acima de 35	1	0,4
Idade no último parto (em anos) (n =226) X =23,12 S =5,086		
13 a 19	64	28,3
20 a 35	158	69,9
Acima de 35	4	1,8
Intervalo gestacional < de 2 anos (n =152)		
Sim	55	36,2
Não	97	63,8
Número de Partos (n = 237) X =2,08 S =1,375		
Até 4	204	86,1
Mais de 4	33	13,9
Número de Abortos (n=279) X =0,28 S =0,623		
Nenhum	223	79,9
1	39	14,0
2 -4	17	6,1
Idade no primeiro parto (em anos) (n =231) X =19,26 S=3,996		
11 a 19	151	65,4
20 a 35	79	34,2
Acima de 35	1	0,4
Idade no último parto (em anos) (n =226) X =23,12 S =5,086		
13 a 19	64	28,3
20 a 35	158	69,9
Acima de 35	4	1,8
Intervalo gestacional < de 2 anos (n =152)		
Sim	55	36,2
Não	97	63,8

Conforme a **Tabela 3**, houve associação estatística significativa entre número de partos e baixa escolaridade, ou seja, as mulheres de menor escolaridade estão a ter maior número de partos do que as mulheres de mais anos de estudos ($p=0,045$). Entre as mulheres de mais baixa escolaridade, 15,1% eram múltíparas, enquanto entre as mulheres de escolaridade mais elevada (8-11 anos de estudos) somente 6,1% tinham quatro ou mais filhos.

Tabela 3. Distribuição do número de mulheres de acordo com variáveis de saúde reprodutiva e escolaridade. Estratégia Saúde da Família - Ceará, 2006

Variável	Escolaridade (em anos)						χ^2	p
	1-4		5-7		8-11			
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%		
Nº. de partos							6,220	0,045
Até 3	79	84,9	63	95,5	62	93,9		
4-12	14	15,1	3	4,5	4	6,1		
Nº. de abortos							15,666	0,004
0	73	69,5	73	88,0	77	84,6		
1	19	18,1	9	10,8	11	12,1		
2-4	13	12,4	1	1,2	3	3,3		
Idade do primeiro parto							16,570	0,000
11-19	66	69,5	54	78,3	31	46,3		
20-36	29	30,5	15	21,7	36	53,7		
Intervalo gestacional menor de dois anos							0,468	0,791
Sim	27	36,5	14	32,6	14	40,0		
Não	47	63,5	29	67,4	21	60,0		

Também se constatou associação estatística significativa entre número de abortos e escolaridade, ou seja, as mulheres de menor escolaridade estão a abortar mais do que as mulheres de mais anos de estudos ($p=0,004$). Enquanto 84,6% das mulheres de maior escolaridade nunca abortaram, apenas 69,5% das de menor escolaridade assim procederam; enquanto 3,3% das mulheres de maior escolaridade tiveram entre 2 a 4 abortos, o mesmo ocorrera com 12,4% daquelas de mais baixa escolaridade.

Idade do primeiro parto guardou associação estatística significativa com a baixa escolaridade, ou seja, as mulheres de menor escolaridade tiveram o primeiro parto em idade mais precoce ($p=0,000$), tanto que, entre as mulheres de mais baixa escolaridade, 69,5% tiveram filhos entre 11 e 19 anos, contra 46,3% das mulheres com maior escolaridade.

Nenhuma das variáveis do perfil de saúde reprodutiva apresentou associação estatística com área de residência ($p > 0,05$), dado demonstrado na **Tabela 4**.

A **Tabela 5** mostrou associação estatística entre renda e idade precoce do primeiro parto ($p=0,055$), porém não houve associação com número de partos, de abortos e intervalo gestacional menor de dois anos ($p>0,05$).

Conforme a **Tabela 3**, houve associação estatística significativa entre número de partos e baixa escolaridade, ou seja, as mulheres de menor escolaridade estão a ter maior número de partos do que as mulheres de mais anos de estudos ($p=0,045$). Entre as mulheres de mais baixa escolaridade, 15,1% eram múltiparas, enquanto entre as mulheres de escolaridade mais elevada (8-11 anos de estudos) somente 6,1% tinham quatro ou mais filhos.

Tabela 3. Distribuição do número de mulheres de acordo com variáveis de saúde reprodutiva e escolaridade. Estratégia Saúde da Família - Ceará, 2006

Variável	Escolaridade (em anos)						χ^2	p
	1-4		5-7		8-11			
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%		
Nº. de partos							6,220	0,045
Até 3	79	84,9	63	95,5	62	93,9		
4-12	14	15,1	3	4,5	4	6,1		
Nº. de abortos							15,666	0,004
0	73	69,5	73	88,0	77	84,6		
1	19	18,1	9	10,8	11	12,1		
2-4	13	12,4	1	1,2	3	3,3		
Idade do primeiro parto							16,570	0,000
11-19	66	69,5	54	78,3	31	46,3		
20-36	29	30,5	15	21,7	36	53,7		
Intervalo gestacional menor de dois anos							0,468	0,791
Sim	27	36,5	14	32,6	14	40,0		
Não	47	63,5	29	67,4	21	60,0		

Também se constatou associação estatística significativa entre número de abortos e escolaridade, ou seja, as mulheres de menor escolaridade estão a abortar mais do que as mulheres de mais anos de estudos ($p=0,004$). Enquanto 84,6% das mulheres de maior escolaridade nunca abortaram, apenas 69,5% das de menor escolaridade assim procederam; enquanto 3,3% das mulheres de maior escolaridade tiveram entre 2 a 4 abortos, o mesmo ocorrera com 12,4% daquelas de mais baixa escolaridade.

Idade do primeiro parto guardou associação estatística significativa com a baixa escolaridade, ou seja, as mulheres de menor escolaridade tiveram o primeiro parto em idade mais precoce ($p=0,000$), tanto que, entre as mulheres de mais baixa escolaridade, 69,5% tiveram filhos entre 11 e 19 anos, contra 46,3% das mulheres com maior escolaridade.

Nenhuma das variáveis do perfil de saúde reprodutiva apresentou associação estatística com área de residência ($p > 0,05$), dado demonstrado na **Tabela 4**.

A **Tabela 5** mostrou associação estatística entre renda e idade precoce do primeiro parto ($p=0,055$), porém não houve associação com número de partos, de abortos e intervalo gestacional menor de dois anos ($p>0,05$).

Tabela 4. Distribuição do número de mulheres segundo variáveis de saúde reprodutiva e residir em área urbana ou rural (distritos). Programa Saúde da Família – Ceará, 2006

Variável	Área de residência				χ^2	p
	Urbana		Rural			
	Nº.	%	Nº.	%		
Nº. de partos					1,690	0,194
Até 3	102	87,9	95	93,1		
4-12	14	12,1	7	6,9		
Nº. de abortos					0,516	0,773
0	110	78,6	107	81,7		
1	20	14,3	17	13,0		
2-4	10	7,1	7	5,3		
Idade do primeiro parto					1,443	0,486
11-19	77	65,3	70	69,3		
20-24	31	26,3	20	19,8		
25-36	10	8,4	11	10,9		
Intervalo gestacional menor de dois anos					1,096	0,295
Sim	28	38,9	23	30,7		
Não	44	61,1	52	69,3		

Tabela 5. Distribuição do número de mulheres de acordo com variáveis de saúde reprodutiva e renda. Programa Saúde da Família - Ceará, 2006

Variável	Renda (em salários mínimos)				χ^2	p
	1-3		4-7			
	Nº.	%	Nº.	%		
Nº. de partos					0,01	0,997
Até 3	163	90,6	39	90,7		
4-12	17	9,4	4	9,3		
Nº. de abortos					0,372	0,830
0	170	79,4	52	82,5		
1	30	14,0	8	12,7		
2-4	14	6,5	3	4,8		
Idade do primeiro parto					3,670	0,055
11-19	126	68,5	24	53,3		
20-39	58	31,5	21	46,7		
Intervalo gestacional menor de dois anos					0,913	0,339
Sim	43	34,7	12	44,4		
Não	81	65,3	15	55,6		

DISCUSSÃO

A amostra representou diferentes espaços geográficos do Sistema de Saúde do Ceará, com número equitativo de participantes de áreas urbanas e rurais. O grupo pesquisado, exclusivamente feminino, foi constituído por mulheres em diferentes etapas da fase reprodutiva, incluindo a adolescência e o climatério, fases que precisam de acompanhamento específico nessa

área do cuidado, pois a gravidez representa elevado risco reprodutivo. A decisão pela contracepção deve ser encorajada nessas fases e devem ser assegurados MAC de elevada eficácia, com atenção às contraindicações especiais, comumente presentes.

A ausência de homens nos serviços de planejamento familiar pesquisado precisa ser revertida, pois as decisões e ações nesse campo devem ser exercidas pelo casal. Estudo realizado em quatro capitais de diferentes regiões do país (regiões Sul e Sudeste foram tomadas como uma), no qual foram ouvidos 99 sujeitos (entre coordenadores de saúde da mulher e coordenadores e profissionais da Estratégia Saúde da Família), avaliaram que a presença dos homens em atividades de planejamento familiar era mínima, o que se atribuiu a questões culturais, que determinam que planejamento familiar “é coisa de mulher”, e ao horário de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS), em geral, pouco adequado para os homens.⁸

Todavia, baixo percentual de adolescentes foi encontrado frequentando o serviço de planejamento familiar (7,2%), quando a gravidez nessa fase chega a 25% ou mais do total de gestações que ocorrem nos municípios estudados.⁹ Portanto muitas adolescentes com vida sexual ativa estão fora desses serviços, o que precisa ser revertido pelas equipes da ESF. Estudo realizado na área urbana de Pelotas, região Sul do país, revelou que 87,9% dos adolescentes sexualmente ativos faziam uso de algum MAC, sendo o preservativo masculino usado por 63,2% destes.¹⁰ Esta realidade deve também ser alcançada por esses municípios do interior do Ceará.

Baixa frequência de adolescentes e também de mulheres no climatério no serviço de planejamento familiar sugere que estes grupos sejam prioritários na captação pelos agentes de saúde e na orientação qualificada e específica dos demais profissionais de saúde da ESF, com a promoção do uso de MAC seguros e prevenção de gestações de risco. Estudos devem ser direcionados para o impacto do planejamento familiar na recorrência de gravidez na adolescência e na mulher na fase do climatério, visto ser uma fase de risco e que merece atenção especial.

A condição de união é importante de ser avaliada no contexto da assistência ao planejamento familiar, uma vez que perspectivas para se planejar a prole, tomada de decisão compartilhada, abortamentos voluntários e outros aspectos poderão estar mais ou menos presentes, a depender do tipo de união.

A renda familiar mostrou-se baixa, o que era de se esperar em população assistida na ESF, já que a prioridade de implantação das equipes são os territórios de indicadores socioeconômicos desfavoráveis. Ademais, 58,6% dos cearenses encontram-se na faixa da pobreza.⁴ Esta condição permite inferir que a clientela de planejamento familiar da ESF é composta por mulheres de baixa renda, com dificuldades de moradia, alimentação, escola e saúde, elementos que merecem ser enfatizados no processo de aconselhamento, para ajudar na tomada

de decisão sobre ter ou não ter filhos e quando tê-los. O aconselhamento consiste no diálogo firmado em ambiente de confiança, visando oferecer à mulher, homem e/ou casal condições para que avaliem seus próprios riscos, tomem decisões e encontrem formas realistas para enfrentar dificuldades relacionadas ao planejamento da família.¹¹

A escolaridade foi um achado relativamente positivo, pois o fato de a maior parte, 174 (62,4%), ter mais de 5 até 11 anos de estudos significa a existência de um fator facilitador à aquisição e interpretação de informações e, conseqüentemente, melhor tomada de decisão com relação ao planejamento da família e à prática da anticoncepção. Pesquisa identificou que escolaridade inferior a quatro anos de estudos determinou maior risco para o não uso de MAC, quando comparado com aqueles que tinham mais de nove anos de estudos.¹²

Os resultados relacionados aos aspectos reprodutivos corroboram a redução na Taxa de Fecundidade Total (TFT) que vem ocorrendo no país nas últimas décadas. Estimada atualmente em 2,3 filhos por mulher, a TFT sofreu grande redução comparando-se aos 6,2 observados até meados dos anos 1960. Especificamente a região Nordeste, na qual se insere o Estado do Ceará, em 1970, a TFT era superior a oito filhos por mulher.¹ Essa realidade pode ser atribuída ao maior acesso da população aos MAC, ao desejo cada vez menor das mulheres em conceber, vindo substituir os planos da maternidade por outros projetos de vida e de independência financeira, como a escolarização e a profissionalização, bem como a própria expectativa de melhor qualidade de vida para a família. Estudo realizado na Regional de Baturité (CE) identificou a perspectiva de mulheres de baixa renda sobre planejamento familiar e qualidade de vida, em que estas narraram:

[...] é bom evitar filhos porque a nossa condição é baixa, falta até a alimentação. Eu me sinto mal em não dar o que meu filho pede (U6, U8). O meu mesmo chora por comida e não tenho o que dar [lágrimas] (U10). Não devemos botar criança no mundo pra sofrer, passar fome como muitos que a gente vê por aí (U21). Eu pretendo não ter família agora. As coisas estão difíceis... falta o leite pra um [silêncio, tristeza], a gente só falta ficar doida (U46).^{12:1030}

Sobre o número de abortos relatados, mesmo a entrevista não tendo explorado a condição de espontâneo ou provocado, a análise dos dados permite inferir casos de abortamentos provocados, pois o abortamento espontâneo ocorre em torno de 10% de determinada população, portanto inferior aos 20,1% de mulheres do estudo que declararam história de aborto.¹³ Assim, infere-se que pelo menos 50% desses abortamentos podem ser decorrentes de gestações não planejadas e que evoluem para a interrupção voluntária, denunciando, pois, ineficácia das ações de planejamento familiar. A prática do aborto inseguro evidencia diferenças socioeconômicas, culturais e regionais, ou seja, mulheres com maiores

condições financeiras, geralmente residentes em centros urbanos, têm melhor acesso aos MAC e a clínicas de abortamento ilegais de maior higiene e cuidado. Já as mulheres mais carentes, a grande maioria da população feminina brasileira, recorrem aos métodos mais perigosos, com pouca precaução, resultando em elevado índice de agravos a saúde.¹⁴

A precocidade do primeiro parto foi constatada em 151 (66,8%) mulheres, evento de dimensão mundial e que colabora para o aumento da morbidade e da mortalidade materna e perinatal, acarretando dificuldades para a adolescente (principalmente) e famílias de um ou de ambos, por terem que assumir a criança conjuntamente. Em pesquisa realizada em Feira de Santana (BA) com 532 usuárias de serviço de planejamento oferecido pela ESF, constatou-se que 288 (62,2%) tiveram o primeiro parto na adolescência, sendo estas pertencentes às mais baixas condições financeiras e de escolaridade.¹⁵

O intervalo gestacional menor que dois anos é fator de risco reprodutivo e também contribui para o surgimento de problemas conjugais, familiares e sociais devido à sobrecarga familiar e materna (principalmente). Todavia não se encontrou associação estatisticamente significativa entre intervalo gestacional menor de dois anos e escolaridade das mulheres ($p=0,791$), ou seja, a escolaridade não influenciou ter ou não ter filhos em intervalo gestacional menor de dois anos. Nesse contexto, chama-se a atenção para que as equipes da ESF, por meio de ações coletivas, possam identificar, no território adstrito, pessoas fora da escola e, assim, reinseri-las na estrutura educacional disponível, pois a escolaridade contribui para a redução da multiparidade, abortamento e paridade precoce. Assim, proporcionando a escolaridade das comunidades, promove-se um planejamento familiar e uma maternidade em situações mais seguras.

As mulheres que residem nas sedes dos municípios e aquelas que residem nas áreas rurais dos municípios investigados estão a ter filhos em proporções semelhantes. Das mulheres residentes em áreas urbanas, 12,1% eram múltiparas e apenas 6,9% das mulheres de áreas rurais apresentaram a mesma condição. Essa ausência de associação estatística significativa é contestável, uma vez que se espera que as mulheres de áreas rurais, tendo menos acesso aos MAC, tenham mais partos. Esse dado pode ser explicado pelo fato de que o número de mulheres da zona urbana e da zona rural foi equitativo e, na realidade, o número da população da zona urbana tende a ser maior. Por outro lado, esses achados poderão ser considerados um impacto produzido pelas ações das equipes da ESF, o que sugere a realização de novos estudos.

Independente de residir em sede ou distrito, as mulheres estão a abortar em proporção semelhante e estão tendo o primeiro parto em idade precoce e em intervalo gestacional menor de dois anos, indistintamente. Para os dois contextos de moradia, o primeiro parto ocorre em percentual elevado em idade precoce, pois 65,3% das mulheres que residem em

sedes de municípios e 69,3% das que residem em distritos tiveram o primeiro parto entre 11 e 19 anos. Portanto a paridade precoce não é privilégio das áreas urbanas, tampouco dos centros rurais, revelando-se como um evento comum aos dois polos.

O impacto da baixa renda, que estigmatiza diferentes grupos sociais, principalmente as mulheres, deve ser estudado por diversos segmentos da sociedade de forma interdisciplinar e com amplitude nacional e internacional. A pobreza é um fenômeno histórico, perverso e complexo que envolve uma série de facetas institucionais, políticas e sociais. Esta situação afeta diretamente a saúde da mulher, por ser esta que busca com mais veemência o bem-estar da família, tornando-se mais vulnerável e discriminada socialmente. As políticas públicas têm um efeito paradoxal sobre o quadro social brasileiro, na medida em que apresentam, geralmente, baixa capacidade em promover equidade e alcançar os segmentos mais pobres e vulneráveis da população.¹⁶ Apesar dos avanços do SUS em termos de expansão de oferta e cobertura de serviços, ainda persistem acentuadas disparidades entre grupos sociais e entre regiões do país. Os grupos mais pobres e de baixa escolaridade e os habitantes das regiões Norte e Nordeste tendem a apresentar maiores dificuldades de acesso ao sistema de saúde e apresentam piores indicadores sanitários. Esses fatores, considerados iniquidade em saúde e que existem entre países e regiões do mundo, entre ricos e pobres no interior dos países e entre pessoas pobres e ricas, são acentuados. Essas desigualdades ocorrem na saúde, na nutrição e também no acesso aos serviços sociais e de saúde.¹⁷

Apesar de três décadas de políticas públicas voltadas à saúde da mulher, no Brasil, persiste a falta de ação conjunta e força produtiva entre políticos e gestores para alcançar os efeitos desejáveis na ESF, em particular no planejamento familiar. Merece atenção a falta de estratégias para inclusão das mulheres em espaços escolares, nos quais possam adquirir, melhorar, renovar, acrescentar e inovar os conhecimentos desejáveis ao crescimento intelectual, bem como expandir suas experiências vivenciadas ao longo da vida. O tempo de escolaridade (5 a 11 anos) teve associação significativa com menor número de filhos e, possivelmente, estas são melhor orientadas ou têm mais clareza quanto à importância de uma vida saudável, ao uso adequado dos recursos sociais e financeiros, à consciência dos valores e atitudes relacionadas à própria saúde e da família. Portanto, disponibilizar escolas com estrutura e professores qualificados poderá ser um caminho favorável ao desenvolvimento de habilidades e competências da comunidade urbana e rural e, assim, reduzir a gravidez precoce, aborto, elevar a autoestima e o conceito pessoal, familiar e social.

Características de saúde reprodutiva, tanto em área urbana quanto em área rural, apresentaram semelhanças em determinadas variáveis, porém maior escolaridade guardou

associação com baixa fecundidade. Dado relevante foi o reduzido número de abortos, mesmo sendo observado que a idade para o primeiro filho foi entre 11 e 19 anos, idade que preenche indicadores para abortamento e outros riscos obstétricos.

A assistência ao planejamento familiar tem uma abrangência social e integra os princípios do SUS. Deve atender à população em idade fértil em geral, prevenindo a gravidez precoce e não planejada e as gestações de risco, avaliando aspectos demográficos e socioeconômicos. Embora implantado em todos os Estados do Nordeste, apresenta dificuldades no desenvolvimento de ações integradas que diminuam as desigualdades demográficas, socioeconômicas e de saúde reprodutiva. Os desafios para os trabalhadores da ESF são consideráveis e precisam ser superados pela adoção de intervenções políticas locais, regionais e nacionais, com participação da comunidade, dos setores produtivos, da educação, a fim de garantir o direito à saúde reprodutiva da população carente e vulnerável.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Direitos sexuais e direitos reprodutivos: uma prioridade do Governo. Série direitos sexuais e direitos reprodutivos. Caderno n. 1. Brasília (DF); 2005.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília (DF); 2004.
3. Costa AM. Planejamento familiar no Brasil. Extraído de [<http://www.cfm.org.br/revista/bio2v4/planeja.html>], acesso em [6 de dezembro de 2004].
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa nacional por amostra de domicílios, 2001. Extraído de [<http://www.datasus.gov.br>], acesso em [10 de outubro de 2002].
5. Organização Mundial da Saúde (OMS). Medidas vitais: um desafio de comunicação. Brasília (DF); 1998.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Planejamento familiar: manual para o gestor. Brasília (DF); 2002.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Brasília (DF); 2001.
8. Osis MJD, Faúndes A, Makuch MY, Mello MB, Sousa MH, Araújo MJO. Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa. Cad. Saúde Públ. 2006;22(11):2481-90.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Pacto de atenção básica – 2006. Extraído de [<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/siab/pacto2006/pacmap.htm>], acesso em [23 de abril de 2007].
10. Rocha CLA, Horta BL, Pinheiro RT, Cruzeiro ALS, Cruz S. Use of contraceptive methods by sexually active teenagers in Pelotas, Rio Grande de Sul State, Brazil. *Cad. Saúde Públ.* 2007;23(12):1862-68.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis. Brasília (DF); 2006.
12. Moura ERF, Silva RMS. Informação e planejamento familiar como medidas de promoção da saúde. *Ci. Saúde Col.* 2004;9(4):1023-32.
13. Rezende J. *Obstetrícia*. 10ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2005.
14. Adesse L, Monteiro MFG. Magnitude do aborto no Brasil: aspectos epidemiológicos e sócio-culturais. Extraído de [http://www.ipas.org.br/arquivos/factsh_mag.pdf], acesso em [8 de janeiro de 2010].
15. Miranda ES, Leite JA, Miranda LS. Perfil epidemiológico das usuárias do planejamento familiar da unidade de saúde da família de Santo Antônio dos Prazeres em Feira de Santana – BA, 2003 – 2004. Extraído de [<http://www.ipas.org.br/arquivos/ArtigoPlanej.doc>], acesso em [8 de janeiro de 2010].
16. Magalhães R, Burlandy L, Senna MCM. Desigualdades sociais, saúde e bem-estar: oportunidades e problemas no horizonte de políticas públicas transversais. *Ci. Saúde Col.* 2007;12(6):1415-21.
17. Buss PM. Globalização pobreza e saúde. *Ci. Saúde Col.* 2007;12(6):1575-1589.

Recebido em 28.3.2009 e aprovado em 19.1.2010.