

IVETE PALMIRA SANSON ZAGONEL

# Planejamento Familiar - Investigação do Conhecimento e Proposta de Ação Educativa

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Educação, do Setor de Educação da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre.

CURITIBA  
1985

PLANEJAMENTO FAMILIAR - INVESTIGAÇÃO DO CONHECIMENTO  
E PROPOSTA DE AÇÃO EDUCATIVA

POR

IVETE PALMIRA SANSON ZAGONEL

Dissertação aprovada como requisito parcial para  
obtenção do grau de Mestre no Curso de Pós-Graduação  
em Educação da Universidade Federal do Paraná, pe-  
la Comissão formada pelos professores:

---

---

---

Curitiba, de de 1985.

ORIENTADOR  
Zélia Milléo Pavão

CONSULTOR  
Ymiracy Nascimento de Souza Polak

Aos meus filhos Fernanda, Felipe,  
ao que nascerá em breve e ao meu  
marido Márcio, pelos momentos de  
ausência.

Aos meus pais, Severino e Ana, e a  
Arlete, minha sogra, pelo constan-  
te incentivo na elaboração deste  
trabalho.

## AGRADECIMENTOS

Às professoras Zélia Milléo Pavão e Ymiracy Nascimento de Souza Polak, pela forma segura e incentivadora na orientação deste trabalho.

À direção do Setor de Ciências da Saúde e chefia do Departamento de Enfermagem da UFPR, bem como ao Departamento Estadual de Estatística, pela disponibilidade e compreensão.

À Ângela da Matta Silveira Martins, pela colaboração no tratamento estatístico dos dados e ao Flávio Pazetti, pela execução dos gráficos.

Às colegas do Departamento de Enfermagem da UFPR, pela colaboração e apoio dado em todos os momentos.

Aos estudantes do curso de Enfermagem da UFPR, que de forma solícita ajudaram na coleta dos dados.

Às clientes, pela participação na pesquisa, agradeço de forma especial.

A todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para a realização desta pesquisa.

## SUMÁRIO

Lista de Tabelas .....	viii
Lista de Quadros .....	xii
Lista de Gráficos .....	xiii
Resumo .....	xiv
Summary .....	xvi
Capítulo 1 - APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA	
1.1 Introdução .....	1
1.2 Formulação do problema .....	5
1.3 Objetivos .....	6
1.4 Limitação do estudo .....	6
1.5 Definição de termos .....	7
Capítulo 2 - POLÍTICAS DEMOGRÁFICAS NO BRASIL	
2.1 Introdução .....	11
2.2 A questão do território .....	13
2.3 Ocupação de espaços vazios .....	16
2.4 Crescimento demográfico e desenvolvimento .	19
2.5 Segurança e política demográfica .....	24
Capítulo 3 - PLANEJAMENTO FAMILIAR NO BRASIL	
3.1 Motivos sociais do Planejamento Familiar ..	27
3.2 Saúde e anticoncepção .....	29
3.3 A posição da Igreja .....	35

Capítulo 4 - A CONTRACEPÇÃO	
4.1 Introdução .....	42
4.2 Técnicas e métodos contraceptivos .....	44
Capítulo 5 - FERTILIDADE NA ADOLÊSCENCIA	
5.1 Aspectos básicos .....	67
5.2 Controle da fecundidade .....	73
5.3 Contracepção na adolescência .....	76
Capítulo 6 - METODOLOGIA DO ESTUDO	
6.1 Introdução .....	79
6.2 População e amostra .....	79
6.3 Instrumento utilizado .....	80
6.4 Validação do instrumento e estudo piloto ..	81
6.5 A coleta de dados .....	83
6.6 Tratamento estatístico .....	83
Capítulo 7 - ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS ...	84
7.1 Caracterização da amostra .....	85
7.2 Dados relacionados ao Planejamento Familiar	131
7.3 Dados relacionados aos métodos anticoncep-	
cionais .....	144
7.4 Dados relacionados a gestações terminadas em	
abortamentos .....	189
7.5 Dados relacionados à última gestação .....	198
Capítulo 8 - CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	
8.1 Conclusões .....	211
8.2 Recomendações .....	215
8.3 Proposições finais .....	216
Notas de Referência .....	220
Referências Bibliográficas .....	231
Anexos .....	239

## LISTA DE TABELAS

1	Distribuição da amostra por idade .....	85
2	Distribuição da amostra de acordo com a escolaridade .....	87
3	Faixa etária de acordo com a escolaridade ...	89
4	Distribuição da amostra segundo a religião ..	91
5	Distribuição da amostra segundo a prática da religião .....	92
6	Distribuição da amostra de acordo com o estado civil .....	93
7	Distribuição da amostra segundo atividade profissional .....	95
8	Faixa etária segundo a atividade profissional: não trabalha e o estado civil .....	99
9	Distribuição da atividade profissional segundo a função exercida .....	100
10	Distribuição da amostra segundo a renda familiar .....	101
11	Distribuição da amostra de acordo com o início da menstruação .....	103
12	Distribuição da amostra de acordo com o início da atividade sexual .....	104
13	Distribuição da amostra segundo a atividade sexual atualmente .....	105
14	Faixa etária de acordo com a idade ideal para se casar e a escolaridade .....	107
15	Faixa etária de acordo com a idade ideal para uma gestação .....	109
16	Faixa etária de acordo com a idade ideal para uma gestação e a escolaridade .....	112



17	Faixa etária de acordo com o número de gestações e a escolaridade .....	115
18	Faixa etária de acordo com o número de gestações e a renda familiar .....	119
19	Distribuição da amostra segundo o número de filhos vivos .....	124
20	Distribuição da amostra segundo o número de filhos mortos .....	125
21	Distribuição da amostra segundo o número de filhos natimortos .....	125
22	Faixa etária de acordo com o número de filhos considerados ideal na família .....	127
23	Distribuição da amostra segundo o que considerou para a escolha do número de filhos que tem atualmente .....	128
24	Distribuição da amostra segundo o número de abortamentos .....	129
25	Distribuição da amostra de acordo com o conhecimento que tem em relação a Planejamento Familiar .....	132
26	Faixa etária de acordo com a opinião sobre Planejamento Familiar .....	134
27	Faixa etária segundo a opinião da mulher quanto a planejar ou evitar filhos .....	136
28	Faixa etária segundo orientação religiosa recebida .....	139
29	Faixa etária de acordo com a opinião de quando o casal deve evitar uma gravidez .....	142
30	Tipos de métodos anticoncepcionais de acordo com o tipo de conhecimento .....	145
31	Tipos de métodos anticoncepcionais de acordo com o uso .....	153
32	Tipos de métodos anticoncepcionais de acordo com a aprovação .....	160
33	Faixa etária segundo a opinião em relação ao uso de métodos anticoncepcionais .....	168

34	Faixa etária de acordo como que impede a utilização dos métodos anticoncepcionais .....	171
35	Faixa etária segundo a recomendação de métodos anticoncepcionais a alguém .....	174
36	Faixa etária segundo a fonte de informação e a escolaridade .....	177
37	Faixa etária segundo quem deve escolher o método anticoncepcional .....	180
38	Faixa etária segundo o uso dos métodos anticoncepcionais .....	183
39	Faixa etária segundo o conhecimento de efeitos colaterais dos métodos anticoncepcionais ....	185
40	Faixa etária segundo a procura de algum tipo de serviço de Planejamento Familiar .....	188
41	Dados relacionados ao número de gestações interrompidas devido ao abortamento .....	189
42	Distribuição da amostra de acordo com o tipo de aborto .....	190
43	Distribuição da amostra de acordo com a causa do abortamento .....	191
44	Distribuição da amostra de acordo como enfrentou o abortamento .....	192
45	Distribuição da amostra segundo a ocorrência do aborto, se antes do primeiro filho nascido vivo .....	193
46	Faixa etária segundo os casos em que o aborto deve ser feito .....	194
47	Faixa etária segundo de quem é a decisão de fazer aborto .....	197
48	Faixa etária segundo o desejo da última gestação .....	199
49	Faixa etária segundo o desejo de não engravidar agora .....	202
50	Faixa etária segundo o uso de método anticoncepcional quando engravidou .....	204
51	Faixa etária segundo o motivo pelo qual não estava usando nenhum método anticoncepcional	206

52	Faixa etária segundo a opinião se vai usar algum tipo de método anticoncepcional após o último parto .....	209
53	Faixa etária segundo a atividade profissional: trabalha e o estado civil .....	240
54	Faixa etária de acordo com a idade da primeira menstruação .....	241
55	Faixa etária de acordo com o início da atividade sexual .....	242
56	Faixa etária segundo o uso dos métodos anticoncepcionais e os efeitos colaterais .....	243
57	Análise da faixa etária, escolaridade e renda familiar de quem teve alguma gestação terminada em aborto .....	244

## LISTA DE QUADROS

I	Crescimento da população brasileira desde o início do século .....	14
II	Maiores países do mundo em extensão territorial e contingente populacional .....	15
III	Brasil: população urbana e rural .....	17
IV	Taxas médias de crescimento do produto, da população, e algumas variáveis demográficas de 1950 a 1980 no Brasil .....	23
V	Indicadores da saúde familiar .....	32
VI	Mortalidade infantil e renda "per capita" de acordo com as regiões do Brasil .....	34
VII	Correlação entre escolaridade e número de filhos entre mulheres brasileiras .....	43
VIII	Demonstrativo geral para análise dos dados ..	245

## LISTA DE GRÁFICOS

1	Distribuição segundo a faixa etária .....	86
2	Faixa etária de acordo com a escolaridade ...	90
3	Distribuição da frequência de acordo com o estado civil .....	94
4	Faixa etária de acordo com a atividade profissional .....	96
5	Faixa etária segundo a atividade profissional e o estado civil .....	97
6	Faixa etária de acordo com a renda familiar .	102
7	Faixa etária de acordo com a idade ideal para uma gestação e a escolaridade .....	110
8	Faixa etária de acordo com o número de gestações .....	117
9	Faixa etária de acordo com uma gestação e a renda familiar .....	120
10	Faixa etária de acordo com duas gestações e a renda familiar .....	121
11	Faixa etária de acordo com mais de duas gestações e a renda familiar .....	123
12	Tipos de métodos anticoncepcionais de acordo com o tipo de conhecimento .....	151
13	Tipos de métodos anticoncepcionais de acordo com o uso .....	158
14	Tipos de métodos anticoncepcionais de acordo com a aprovação .....	166
15	Faixa etária de acordo com a opinião em relação ao uso de métodos anticoncepcionais ...	172

## RESUMO

O planejamento familiar não representa novidade no Brasil. Os casais, e especificamente as mulheres, de classes sociais média e alta têm planejado conscientemente e desde há muito a dimensão de sua família e o espaçamento entre os filhos desejados, com vistas a propiciar-se uma vida de maior qualidade em todos os níveis e instâncias da existência humana. Para isso, têm exercido o planejamento familiar como um direito legítimo e inalienável e, em decorrência, se servido de métodos contraceptivos temporários e/ou definitivos.

O acesso a esse direito pelas camadas de baixa renda das populações do País tem, em contrapartida, sido bastante difícil, às vezes ocasional e, na maioria delas, impossível.

No Brasil, a população de baixa renda e as próprias políticas demográficas vigentes em várias épocas da história nacional têm negado o planejamento familiar e se resignado ao que, diante da multiplicação populacional inevitável, se poderia chamar de "vontade de Deus".

O presente trabalho desenvolve pesquisa em dois serviços de assistência pré-natal de Curitiba, Estado do Paraná, sobre o conhecimento que as suas clientes têm do planejamento familiar, os fatores que facilitam, negam e/ou justificam sua adoção, e o nível de informação manifesto sobre

os métodos contraceptivos disponíveis. Conclui pelo total desconhecimento da maioria dos métodos anticoncepcionais e, antes disso, até mesmo da própria existência do planejamento familiar como recurso social destinado à melhoria da qualidade de vida no País. Conclui, também, pela evidência de que a adolescente brasileira de classe de baixo poder aquisitivo, em sua maior parte de baixa escolaridade ou analfabeta, cliente de serviços de assistência pré-natal, desconhece os mecanismos da reprodução e sequer tem consciência de seus direitos ao planejamento familiar.

Finalmente, propõe a realização de programas de ação educativa no sentido de capacitar trabalhadores em saúde, professores e trabalhadores sociais em planejamento familiar. Propõe, também, a ampliação das responsabilidades da enfermagem nesse setor, o debate aberto da população sobre a questão, tanto através dos meios de comunicação de massas quanto nas associações de classe e de bairros, através de movimentos sociais, trabalhistas e religiosos. Propõe, ainda, programas de educação sexual intencional e sistemática através dos sistemas regulares e formais de ensino, assim como programas imediatos de educação informal nos postos de saúde, igrejas, associações e escolas.

Finalmente, sugere a formação urgente de uma mentalidade nacional ampla sobre a importância e necessidade política de um planejamento familiar adequado.

## SUMMARY

The familiar planning is not a newness in Brazil. The couples, and specially the women from the medium and high classes have been consciously and since a long time ago planned the size of their families and even the spacing between the desired children, with the aim of giving to their children a life with the best qualities in all levels and circumstance of human existence. In order to it, they have practised the familiar planning as a legitim and inalienable right and consequently using temporary or permanent anticonceptional methods.

Therefore, the access to this right by the people of lower income has been too difficult, sometimes occasional and most of the times impossible.

In Brazil, the lower income populations and the own demographic policies in force in several times of the national history have not allowed the familiar planning and resigned themselves with what we could call "The will of God".

The present thesis develops researches in two places of pre-natal assistance in Curitiba, the capital city of the state of Paraná, about the knowledge that their users have about the familiar planning, the agents that make it easier,



deny or justify its use and the level of information known about the anticonceptual methods available. The main conclusion is that such methods are in the majority of the cases unknown and we can notice lack of information and knowledge even about the familiar planning existence as a social resource related to the improvement of life quality in the country. It is also concluded that the Brazilian female adolescents of low acquisition power, in most of the cases of low scholary or even illiterate, user of pre-natal assistance services, ignores the reproduction mechanisms and besides that is not conscious of their rights to the familiar planning.

Finally, the author proposes effectiveness of programmes of educative action directed to enable health workers in familiar planning. Proposes also the ampliation of the nursery responsibilities in this sector, the open discussion of the population about the problem, not only through mass communication media but through syndicates and districts associations as well made with social, labor and religious activities.

It is also proposed intentional and systematic sex education programmes through the regular and formal teaching systems, as well as immediate informal education programmes in health care units, churches, associations and schools.

Finally, it is suggested the urgent national consciencialization about the relevance and political needs of an adequate familiar planning.

# CAPÍTULO 1

## APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA

### 1.1 INTRODUÇÃO

A resistência da sociedade brasileira ao debate crítico e racional da questão demográfica no País e a consequente abordagem do planejamento familiar têm sido, até aqui, um dos problemas brasileiros de mais difícil solução.

A política econômica vigente no Brasil durante o governo de exceção manteve, de algum modo, uma proposta francamente natalista durante os anos 60 e 70. Em 1974, o governo não pensava em planejamento familiar ou em controle da natalidade, tanto que afiançou na Conferência Mundial de Bucarest, na Romênia, o direito familiar de se decidir pelo número de filhos desejados e que, portanto, o planejamento familiar não poderia ser, em nenhuma hipótese e sob nenhuma circunstância, um privilégio dos mais abastados, cabendo ao Estado informar aos mais pobres como efetuar-lo. Na época, o crescimento da população era identificado como uma questão de segurança nacional, visto que se propugnava pela incorporação populacional ao processo de produção nos espaços vazios do território brasileiro.

Quando, finalmente, em 1976, o presidente Ernesto Geisel definiu o II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND), o Governo tornou manifesta a necessidade de que a taxa de crescimento populacional brasileira, prevista para a faixa

2,7 a 2,8% na década de 70, sofresse acentuado declínio na presente década.

Em 1º de março de 1983, o presidente João Baptista Figueiredo insistia, em discurso público à Nação, que o crescimento demográfico excessivo devorava o crescimento econômico, e instava o Congresso Nacional e a população em geral ao debate permanente.

Essas discussões, embora cada dia mais freqüentes e exaltadas, não têm produzido bons resultados, dados os erros de lógica de que são eivadas, segundo opinião do ex-ministro da Fazenda, Mário Henrique SIMONSEN.

O primeiro desses erros consiste em imaginar o controle da natalidade como uma ingerência do Estado na liberdade familiar, com a esterilização compulsória de milhões de homens ou mulheres. Os que assim pensam reduzem a política demográfica a uma falsa dicotomia entre o Estado-Herodes e a manutenção do *status quo* da aritmética dos coelhos.<sup>1</sup>

De qualquer modo, não se pode ignorar que a necessidade de redimensionar o quadro populacional e estimar o "tamanho ótimo" da população brasileira tem mobilizado, nos últimos anos, tanto o Executivo quanto os parlamentares e até mesmo organismos internacionais.

É nesse espírito que se estabeleceu, nos entendimentos entre o Brasil e o Fundo Monetário Internacional, a meta de redução de taxas de crescimento populacional do País. Formou-se, também nessa linha, o Grupo de Parlamentares para Estudos de População e Desenvolvimento que, no Congresso Nacio-

nal, volta-se para pesquisas e para o estabelecimento de linhas de ação no campo das políticas demográficas.<sup>2</sup>

O segundo erro é o da dicotomia quantitativa: imagina-se que, ou o Governo se omite em relação ao problema e, aí, a população continuará crescendo a taxas vizinhas de 3% ao ano, ou resolve enfrentá-lo, e então a taxa de crescimento demográfico cairá a zero, com o perigo de envelhecimento da população (lembrando a França no período entre as duas Guerras Mundiais) e com a escassez de braços para a ocupação da Amazônia.<sup>3</sup>

Essa idéia ignora, portanto, segundo SIMONSEN, que entre 0 e 3% há uma infinidade numérica.

Na verdade, o que se pretenderia, numa política demográfica para o Brasil, não seria anular o crescimento da população, mas tão somente reduzi-lo a dimensões mais compatíveis com a melhoria da qualidade de vida nacional.

Se, a propósito, a idéia do debate abrangente com todos os segmentos da população não chegou a prosperar, certamente deveu-se também ao fato de que já havia uma consciência nacional de que a crise econômica brasileira ligava-se diretamente à dívida externa de 100 bilhões de dólares.<sup>4</sup>

O Governo da Velha República, entretanto, registrou, sem dúvida, um significativo progresso com a tese defendida na Conferência Internacional sobre População, realizada no México em 1984, afirmando a soberania nacional sobre a política demográfica, sem metas pré-fixadas de crescimento e que o planejamento constitui um direito humano, cabendo ao Estado resguardar e dar assistência médica integral à mulher.<sup>5</sup>

Atualmente não se desconhece que o excessivo crescimento demográfico num país em desenvolvimento tem, por inevitáveis, efeitos de extensa e profunda repercussão na vida nacional, tais como o decréscimo da renda *per capita*; o aumento de dificuldades de toda sorte (recursos financeiros, físicos, humanos e outros) na solução ou simples minimização dos problemas sociais mais urgentes como os de educação, saúde, habitação, trabalho, transporte e lazer; no acréscimo acelerado de contingente populacional de pouca idade, que demanda equipamentos sociais em grande número e que, além disso, sobrecarrega, para a sua sobrevivência, a população economicamente ativa e, finalmente, a expansão da miséria.

Por esses motivos e apesar dos argumentos dos defensores do crescimento populacional sem qualquer limitação, o atual titular do Ministério da Saúde, Carlos Sant'Anna, defende o planejamento familiar, sobretudo no que respeita ao favorecimento e conscientização das populações de baixa renda, assegurando-se, entretanto, que este não se caracterize, em qualquer nível, como controle de natalidade.

Estudar o planejamento familiar no Brasil, sua incursão histórica no País e as decorrentes medidas políticas adotadas por órgãos oficiais e particulares, além de relatar os métodos contraceptivos em uso pela população constituem alguns dos objetivos deste trabalho.

Nuclear, entretanto, é a investigação junto à mulher de baixa renda e escolaridade, residente em Curitiba, sobre a idéia que, em geral, faz do planejamento familiar, seu conhecimento sobre a contracepção e, finalmente, seus sentimen-

tos, desejos e aspirações no que respeita ao uso de seu direito de, ela própria, junto com o companheiro, decidir sobre o destino, dimensão e qualidade de vida de seu grupo familiar.

## 1.2 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

Face ao crescimento demográfico do Brasil tido por excessivo nos últimos anos, sobretudo nas camadas mais carentes da população, já que esses segmentos não têm tido condições econômicas e sociais de suprir adequadamente as necessidades básicas de sua prole, cabe-nós indagar:

- terão os casais e, especificamente a mulher, de baixa renda e presente aos serviços públicos de assistência pré-natal, conhecimento sobre o que realmente é e significa o planejamento familiar?
- terão esses mesmos casais e, especificamente essa mulher, informações sobre os métodos contraceptivos existentes e a respeito da importância de sua utilização e como usá-los de modo adequado?

E, mais, terá a adolescente brasileira, precocemente iniciada no exercício de sua vida sexual, condições de, em real consciência, planejar a natalidade?

## 1.3 OBJETIVOS

### 1.3.1 GERAL

- estudar o planejamento familiar no Brasil, identificar as causas sociais que o motivam e precisar as políticas governamentais adotadas no País.

### 1.3.2 ESPECÍFICOS

- analisar o conhecimento manifesto por parte de clientes que frequentam serviços de assistência pré-natal.
- constatar informações, uso e aprovação dos métodos contraceptivos disponíveis entre clientes dos serviços de assistência pré-natal.
- sugerir formas e proposições para implementação do planejamento familiar no País.

## 1.4 LIMITAÇÃO DO ESTUDO

A pesquisa limitou-se a estudar uma clientela de gestantes que procuram espontaneamente serviços de pré-natal, em instituições de saúde de Curitiba.

Foram escolhidas gestantes, por se tratar de mulheres em idade fértil, que já conceberam e que provavelmente fizeram anteriormente a gestação atual, uso de métodos contraceptivos ou não, ou que utilizarão após o parto qualquer método.

Sendo assim, trata-se de uma clientela que carece de orientações sobre Planejamento Familiar, para espaçar o próximo filho ou para limitar o número de filhos, como a cliente ou casal o desejar.

## 1.5 DEFINIÇÃO DE TERMOS

1. CLIENTE - Pessoa que procura entidade assistencial ou um profissional da equipe de saúde para a solução de seus problemas de promoção, proteção ou recuperação da saúde ou de reabilitação de incapacidade.<sup>6</sup>
2. GESTANTE - Mulher em período de gravidez. Que está em gestação.<sup>7</sup>
3. PRÉ-NATAL - A assistência pré-natal se constitui num setor do panorama geral da medicina *sensu lato* que se ocupa do período pré-parto do ciclo grávido-puerperal; de forma genérica, objetiva cuidados gerais à gestante no sentido de proporcionar condições adequadas ao evoluir da gestação e à sua culminação no parto, garantindo, tanto quanto possível, menores índices de morbidade e mortalidade materno-fetais.<sup>8</sup>



4. CONHECIMENTO - Conjunto de informações que o indivíduo possui a respeito de algum assunto. Considerou-se conhecimento neste trabalho todas as respostas dadas a questões desta variável. O conhecimento foi considerado "adequado" quando condizente com o conceito de Planejamento Familiar, baseado em referências bibliográficas; "inadequado", caso contrário, e "inexistente" quando a cliente optou pela alternativa "não sabe". O conhecimento em relação aos métodos anticoncepcionais foi considerado "bom" quando conhece profundamente, "regular" quando superficialmente e "mau" quando não conhece.
5. OPINIÃO - Atribuição do caráter de verdade ou falsidade a uma asserção sem que tal atribuição se faça acompanhar de certeza. É a opinião uma forma de assentimento que é insuficiente objetiva e subjetivamente.<sup>9</sup>
6. SEXUALIDADE - Conjunto dos fenômenos da vida sexual, incluindo-se as características dos órgãos reprodutores masculinos e femininos.
7. MÉTODO ANTICONCEPCIONAL - Todo agente utilizado para impedir a reprodução, seja ele natural, mecânico ou químico.

8. PLANEJAMENTO FAMILIAR - Entende-se como "um modo de pensar e viver, adotado voluntariamente por casais, baseando-se em conhecimento, atitudes e decisões tomadas com o sentido responsável, a fim de promover a saúde e o bem-estar da família e contribuir, assim, eficazmente para o desenvolvimento social do País. Nesse contexto, a planificação familiar supõe conhecimentos e ações, que ajudam a pessoa a alcançar os objetivos fixados a respeito de sua família para melhorar suas condições de vida. Supõe, também, a difusão de informações pertinentes à educação do povo e a organização de serviços sanitários, que permitam às pessoas e aos casais, independentemente de sua situação econômica e social, adotar decisões com conhecimento de causa, assim como medidas adequadas sobre o modo de viver, constituir família e criar os filhos".<sup>10</sup>

9. CONTROLE DE NATALIDADE - "É uma atitude apriorística que procura induzir a conter os nascimentos com o objetivo de baixar o número de filhos de cada casal. O controle da natalidade é uma decisão do núcleo familiar, o qual, a esse respeito, não deve sofrer interferência governamental. Só a família tem o direito de controlar, se o desejar, a sua natalidade."<sup>11</sup>

10. REPRODUÇÃO RESPONSÁVEL - "É a atitude consciente, coletiva, que se encontra nos países desenvolvidos, frente ao fenômeno da reprodução humana, dando origem a famílias de pequeno porte, com padrão de vida elevado. Resulta dos conhecimentos adquiridos pela população, através do processo de educação formal, sendo concretizada na prática, pela existência do poder aquisitivo, que dá acesso aos métodos anticoncepcionais."<sup>12</sup>
11. PATERNIDADE RESPONSÁVEL - "É a atitude consciente e voluntária do casal, frente aos fenômenos da reprodução humana, refletindo a preocupação de ter apenas o número de filhos que possam ser criados e educados com dignidade. Decorre de um conjunto de conhecimentos adquiridos durante toda a existência, transmitidos de geração a geração, incluindo os processos alcançados pela ciência e pela sociedade. Nos países subdesenvolvidos a paternidade responsável resulta do trabalho informativo e educativo dos programas de planejamento familiar. Este trabalho educativo torna-se mera teoria com pouca ou nenhuma possibilidade de ser incorporado ao padrão de comportamento do casal, se não houver acesso real dos meios de evitar uma gravidez não desejada."<sup>13</sup>

## CAPÍTULO 2

# POLÍTICAS DEMOGRÁFICAS NO BRASIL

### 2.1 INTRODUÇÃO

Tem sido lugar-comum, tanto nos estudos demográficos, quanto nas análises econômica, financeira, sociológica e política sobre o aumento da densidade populacional em todo o mundo, falar-se na apocalíptica doutrina de Malthus, de que, enquanto as populações crescem em proporções geométricas, dobrando a cada vinte e cinco anos, a produção de alimentos cresce em proporções aritméticas, ou na não menos apocalíptica teoria do Institute of Technology dos Estados Unidos — o famoso MIT — que assegura que, com a progressão do desenvolvimento atual, o mundo deverá terminar em catástrofe pela pressão que a população deverá exercer sobre os recursos naturais não renováveis.

Segundo a Organização das Nações Unidas, a população planetária aumentou em mais de um bilhão de indivíduos nos últimos 15 anos. De 1970 a 1983, aumentamos de 3,7 bilhões para 4,7 bilhões. Somente em 1982, 82 milhões de habitantes foram incorporados ao planeta, "no maior aumento já registrado pela história da humanidade — agregaram-se à população mundial 10 mil seres humanos por hora ou 150 por minuto"<sup>14</sup>.

Ao pódio da fecundidade descontrolada subiram a China, que em apenas doze meses acrescentou ao mundo mais de 14,5 milhões de habitantes, a Índia, que contribuiu com 14 milhões, e a Indonésia, com 3,3 milhões. Num incômodo quarto lugar aparece o Brasil, o único dos quatro ponteiros onde não existe, até agora, um esforço oficial para conter a explosão demográfica. Entre 1970 e 1983, a população brasileira inchou com o acréscimo de 34 milhões de habitantes, cifra equivalente às populações, somadas, da Argentina, do Uruguai e do Paraguai.<sup>15</sup>

Nesse quadro, "o Brasil é a sexta nação do mundo em população, o quarto país em crescimento populacional, a décima economia do planeta, mas apenas o quadragésimo em qualidade de vida", afirma COSTA.<sup>16</sup>

Nessa instância, a dívida social do País para com sua população é das mais dramáticas.

COSTA define dívida social como "a diferença entre o nível de vida ou de consumo, que a sociedade brasileira aceita que todos devem ter, e aquela que milhões de brasileiros realmente têm"<sup>17</sup>.

Exemplos desastrosos dessa dívida são as desigualdades sociais na área da educação, da saúde, da habitação, dos salários e outros campos.

No Brasil, há 32 milhões de analfabetos, além de 11 milhões, até 1983, de crianças na faixa etária de 7 a 14 anos fora da escola. Vinte milhões de pessoas vivem sem água e 9 milhões sem luz elétrica. Aproximadamente 1,3 milhão de domicílios urbanos não têm instalações sanitárias e outros 8,9 milhões têm um só dormitório. Mais de 18 milhões de brasi-

leiros ganham até um salário mínimo, e o desemprego aberto atinge 10 milhões de pessoas.

Em face dessa situação, tem-se pensado no planejamento familiar como uma das medidas mais favoráveis ao aumento da qualidade de vida.

Entretanto a história não tem feito qualquer registro de que algum país do mundo se tenha desenvolvido economicamente pelo uso de medidas de estagnação ou redução do seu crescimento demográfico. Pela lógica, parece ser esse também o caso do Brasil. Analisar questões relativas a esse desenvolvimento, tais como a questão territorial, a ocupação dos espaços vazios, a questão da segurança nacional e as relações entre desenvolvimento e crescimento demográfico, torna-se, então, imprescindível.

## 2.2 A QUESTÃO DO TERRITÓRIO

Uma das questões centrais quando se fala de política populacional é, seguramente, a do território.

Durante séculos, espaço territorial e população foram, e continuam sendo, fatores preponderantes no estabelecimento do nível e qualidade do relacionamento entre os povos.

"Território e população foram preocupações que estiveram presentes ao longo da História, até nossos dias e, seguramente, continuarão sendo no futuro, porquanto todo ser físico ocupa lugar no espaço e a vida exige, além de espaço, condições ecológicas, econômicas e sociais favoráveis."<sup>18</sup>

Houve civilizações na Antiguidade que desapareceram devido à fome ou às guerras. Houve guerras para conquista de espaço territorial e povos que desapareceram por falta de braços para empunhar a espada contra adversários mais populosos. Houve civilizações que criaram sua riqueza e sua exuberância apoiadas no trabalho escravo, onde o escravo não era considerado ser humano, mas tratado como ser irracional. Daí, os escravos podiam procriar em alta escala, pois forneceria mais braços para o trabalho gerador de riquezas e de poder. Por outro lado, necessitava-se que nascessem muitos, pois as taxas de mortalidade eram elevadas. Assim, uma grande população era considerada importante para amedrontar os vizinhos, como força potencial para a guerra, para o trabalho braçal gerador de riquezas e como defesa do território.<sup>19</sup>

No caso do Brasil, somos o quinto país do mundo quanto ao espaço territorial. Quanto à população, ocupamos, atualmente, o sexto lugar, crescimento esse que, tendo sido rápido à época da colonização, acelerou-se nos últimos anos, como se pode ver no Quadro I.

QUADRO I. Crescimento da população brasileira desde o início do século.

ANO	POPULAÇÃO (em milhões)
1900	17,4
1920	30,6
1940	41,2
1960	70,1
1970	93,0
1980	123,0
1981	124,0
1982	126,8
1983	129,6
1984	132,5
1985	135,564

FONTE: IBGE.

Em ordem decrescente, ocupamos o quinto lugar no mundo em extensão territorial e o sexto em densidade demográfica (Quadro II).

QUADRO II. Maiores países do mundo em extensão territorial e contingente populacional.

MAIORES TERRITÓRIOS		MAIORES POPULAÇÕES	
1. URSS		1. China	1.030 milhões
2. Canadá		2. Índia	684 milhões
3. China		3. URSS	265 milhões
4. EUA		4. EUA	223 milhões
5. Brasil		5. Indonésia	148 milhões
6. Austrália		6. Brasil	129 milhões

FONTE: MENDONÇA, 1983.

"Se considerarmos, afirma MENDONÇA, que, dentre os países mais populosos do mundo, o Brasil só é superado em taxa de crescimento populacional pela Indonésia, onde se encontram os mais baixos níveis de qualidade de vida do planeta e se pratica a poligamia, fica mais uma vez evidente, mesmo sem consultar os índices de população dos outros países do mundo, que chegaremos ao ano 2.000 mantendo a sexta colocação em termos de população"<sup>20</sup>.

COSTA afirma, nesse sentido, que "o epicentro da explosão demográfica no mundo encontra-se na América Latina" (2,46%) e que a taxa de crescimento populacional do Brasil é superior à média de crescimento populacional da América Latina (2,49).<sup>21</sup>



Ainda assim, segundo o mesmo estudioso, o Brasil tem espaço suficiente para abrigar mais pessoas, não existindo razões para a ocupação compulsiva de qualquer espaço vazio.

"A densidade demográfica brasileira, conforme o economista, é baixa quando comparada à taxa dos países pequenos e industrializados. Mas é preciso compará-la com a dos grandes países. Enquanto o Brasil tem 14 habitantes por quilômetro quadrado, a União Soviética tem 11,9 e o Canadá 2,4."<sup>22</sup>

De qualquer modo, importa refletir sobre a ocupação de espaços vazios que, no Brasil, foi vista pelo governo militar como questão de segurança nacional.

## 2.3 OCUPAÇÃO DE ESPAÇOS VAZIOS

A questão da ocupação do território brasileiro atravessa a História do Brasil.

No início, logo após a descoberta, a preocupação dos colonizadores centrava-se na ocupação do território, com vistas a evitar a invasão estrangeira e os saques costeiros.

Em 1860, havia aproximadamente 10 milhões de habitantes. Com a Guerra do Paraguai, a mentalidade natalista foi reforçada, estimulada por uma economia agrícola que se sustentava através do trabalho escravo.

"Havia, naquela época, a mentalidade de que se deveria povoar para desenvolver, ocupar os vazios demográficos e garantir a segurança nacional. Abriram-se os portos para a

migração externa, glorificava-se a família numerosa. Era uma política coerente, mas há 100 anos atrás."<sup>23</sup>

Atualmente, o quadro é bem diferente. A população multiplicou-se por 13,5. Nosso país está com 135 milhões de habitantes e, nem por isso, o crescimento populacional concorreu para ocupar os vazios demográficos.

"A população aglomerou-se nas áreas urbanas, acompanhando uma tendência universal. Há 100 anos atrás, 2/3 da população encontravam-se na zona rural que, hoje, conta com apenas 30%. Na última década, o fenômeno da urbanização se acelerou, havendo um decréscimo não só percentual, mas também em números absolutos da população rural."<sup>24</sup>

Nos últimos 45 anos, a população rural cresceu muito menos que a urbana, o que se pode ver no Quadro III.

QUADRO III. Brasil: População urbana e rural (em milhões).

POPULAÇÃO URBANA							POPULAÇÃO RURAL						
1940	1950	1960	1970	1980	1983	1984	1940	1950	1960	1970	1980	1983	1984
12	18	31	52	80	90	92	28	33	38	41	38	35	35

FONTE: MENDONÇA, 1983 e IBGE, 1984.

As implicações sociais desse crescimento são numerosas. As principais, porém, centram-se no fato de que a família, que, no campo, era uma unidade de produção, converteu-se, nas cidades, em unidade de consumo.

Com o êxodo rural, os migrantes se aglomeraram nas periferias urbanas, criando uma gigantesca demanda de serviços, de infra-estrutura urbana e de empregos.

Em seus lugares de origem, permaneceu uma população que, mesmo sem planejamento familiar, não preenche os territórios.

"Não procede a tese de que é necessário o crescimento rápido da população para ocupar espaços vazios", afirma MENDONÇA. "A China tem a maior população do globo (1.030 milhões de habitantes) que se concentrou no Leste, no Sul e no Centro-Oeste; no Norte, encontram-se espaços vazios"<sup>25</sup>.

"O que realmente ocuparia os vazios demográficos, diz a professora Ana Maria MENDONÇA, seria "a criação de pólos econômicos estratégicos, racionalmente planejados, o que requer elevados investimentos."<sup>26</sup>

Segundo a estudiosa, o Canadá, que é o terceiro país do mundo em extensão territorial, ocupou o seu território de maneira ordenada com apenas 25 milhões de habitantes, o que evidencia a inconsistência da teoria de que temos de continuar crescendo a taxas elevadas para ocupação do território.

Na verdade, "a existência, hoje, no Planalto Central brasileiro, de uma cidade como Brasília, polarizando no Distrito Federal cerca de 1,4 milhão de habitantes que, somados aos da Região Geo-Econômica do Distrito Federal, elevam-se a mais de 2 milhões, foi decorrência do pólo de interesse econômico gerado pela sua construção e não da motivação de grupos humanos em ocupar vazios demográficos"<sup>27</sup>.

Importa, portanto, analisar a relação existente entre a economia de desenvolvimento e o crescimento populacional.

## 2.4 CRESCIMENTO DEMOGRÁFICO E DESENVOLVIMENTO

A história dos países desenvolvidos tem mostrado que as taxas de crescimento das populações tendem ao declínio à medida que estas evoluem quanto aos níveis de desenvolvimento econômico, fato decorrente, entre outros motivos, da melhoria dos padrões educacionais e sócio-culturais da população e do conseqüente acesso aos meios e técnicas anticonceptivas.<sup>28</sup>

Simultaneamente a esses fatos, a utilização de estruturas econômicas de maior produtividade, o aumento dos níveis de urbanização e a reorganização do sistema de produção resultariam na redução das taxas de natalidade.

Por ser importante para a compreensão deste ponto, ainda que longo, transcrevemos trecho de artigo de MÉDICI e SOUZA AGUIAR.

O capitalismo, enquanto modo de produção, tem suas próprias leis de população. Uma delas, e talvez a mais importante, reza que esse modo de produção cria, na proporção de suas necessidades, uma população supérflua, relativamente, às possibilidades imediatas de incorporação de trabalhadores na produção capitalista. O incremento da produtividade do trabalho, propiciado pela utilização sistemática do progresso técnico, tende a aumentar essa população excedente, ao absorver, em termos relativos, menores parcelas da força de trabalho disponível nas atividades diretamente produtivas. Essa redução relativa do emprego, mormente na indústria e na produção primária de alimen-

tos, aliada neste último caso ao emprego de técnicas mais racionais de cultivo e uso do solo, com a incorporação de maquinaria e insumos modernos nas atividades agrícolas, provoca efeitos depressivos no crescimento populacional. As antigas famílias rurais, que antes tinham seu tamanho vinculado à disponibilidade de terras e à necessidade absoluta de explorá-las como forma de aumentar a riqueza, trocam de lugar com as famílias urbanas, inseridas na lógica do assalariamento, onde o nível de vida e a renda são determinados, não por elas, mas pelo sistema econômico. As metrópoles, constituídas por um número crescente de indivíduos, em função basicamente das migrações, criam efeitos psicológicos nas famílias no sentido de planejar um menor número de filhos. Assim, as taxas de natalidade se reduzem em função dos níveis de vida do presente, dado que passa a ser notório que, quanto menor o número de componentes, maior o nível de fruições na vida de cada família. A sociedade de consumo aumenta o imediatismo social e os filhos, antes um "bem econômico", em potencial, convertem-se num passivo. Por outro lado, o aumento das taxas de escolarização e do nível de informação induzem à redução do número de filhos. Na sociedade contemporânea, o fantasma da depressão convive permanentemente com o dia-a-dia das instituições. O descrédito no futuro e o pessimismo condicionam o desestímulo à natalidade nos períodos recessivos.<sup>29</sup>

Nos países desenvolvidos, portanto, face ao exposto, as taxas de fecundidade apresentam-se baixas. "Assim como o progresso técnico e sua aplicação social nas campanhas de saúde pública, nos sistemas de saneamento básico, com a extensão das redes de abastecimento d'água e esgotamento sanitário, geraram queda nas taxas de mortalidade, o aumento da produtividade pela aplicação sistemática da tecnologia e a substituição das atividades tradicionais por atividades in-

seridas na dinâmica capitalista provocaram efeitos depressivos nas taxas de fecundidade."<sup>30</sup>

Os países subdesenvolvidos, ao contrário, caracterizam-se por declínio tardio da fecundidade.

Enquanto esses países beneficiaram-se parcialmente dos progressos na área de saúde e saneamento, suas estruturas econômicas arcaicas, respaldadas por longo tempo na agricultura extensiva, com parte de suas relações de produção ainda pré-capitalista, não favorecem de imediato um declínio da fecundidade. Até mesmo o rápido processo de urbanização nas áreas subdesenvolvidas verificado nas duas últimas décadas, trazem raízes culturais que condicionam a resistência ao declínio da procriação. O hiato temporal entre o declínio da mortalidade e da natalidade foram os ingredientes necessários para a explicação do grande contingente populacional que se adiciona a cada década nas estatísticas das nações do Terceiro Mundo.<sup>31</sup>

O crescimento populacional dos países mais desenvolvidos está entre 0,8 e 1,0% ao ano: Estados Unidos (0,8) e União Soviética (0,9). Em contrapartida, os países pobres crescem a taxas bem mais altas: é de aproximadamente 3,0% ao ano a taxa de crescimento de Bangladesh, Nicarágua, Bolívia e Brasil.<sup>32</sup>

No Brasil, as famílias de níveis de renda e cultura médias e mais elevadas reproduzem menos do que aquelas com baixo nível de renda e de cultura. Não afirmo que haja causalidade, mas há uma correlação constatada entre nível de renda e tamanho da prole e entre o nível de desenvolvimento econômico e crescimento demográfico. O Canadá serve de exemplo para evidenciar que a ocupação dos vazios demográficos não decorre do crescimento populacional. O cidadão canadense desfruta da segunda renda

*per capita* do planeta e o Canadá, com 25 milhões de habitantes, está entre as cinco maiores economias do mundo.<sup>33</sup>

Outra tese sem pertinência é a de que o crescimento acelerado da população tenha por decorrência o crescimento, na mesma medida, do mercado interno. Se assim fosse, a Índia, com quase 700 milhões de habitantes, teria um mercado interno mais potente do que a União Soviética e os Estados Unidos.<sup>34</sup>

Sem dúvida, a grande causa do fortalecimento do mercado interno é a maior capacidade aquisitiva da população e esta é uma condição que decorre de pleno emprego e de uma política salarial e de distribuição da renda nacional mais justa.

Parece, portanto, que o desenvolvimento econômico é mais favorecido quando acompanhado de um desenvolvimento social que atenda às necessidades básicas da população. Isto exclui a necessidade de se tornar compulsório ou semicompulsório o planejamento familiar.

No Brasil, inclusive, desde o início da década de 60 está ocorrendo uma estabilização tendente a um decréscimo nas taxas de crescimento populacional, conforme bem mostra o Quadro IV.

Simultaneamente ao aumento do produto, vê-se pelo Quadro IV que, a partir da segunda metade dos anos 60, está ocorrendo uma acentuada queda do crescimento populacional, cuja causa principal é a brusca redução das taxas de natalidade.

QUADRO IV. Taxas médias de crescimento do produto, da população, e algumas variáveis demográficas de 1950 a 1980 no Brasil.

PERÍODOS QUINQUÊNAIS	TAXAS DE CRESCI- MENTO DO PRODUTO (em %)	TAXA DE CRESCI- MENTO POPULACIO- NAL (por mil)	TAXA BRUTA DE NATALIDADE (por mil)	TAXA BRUTA DE MORTALIDADE (por mil)	TAXA DE FECUNDIDADE (total)
1950-1955	4,43	29,51	44,64	15,13	6,15
1955-1960	5,78	29,67	43,31	13,64	6,13
1960-1965	n.d.	29,83	42,08	12,25	6,15
1965-1970	7,67	25,65	36,44	10,79	5,31
1970-1975	10,84	23,91	33,65	9,74	4,70
1975-1980	6,88	23,12	32,02	8,90	4,21

FORNTE: MÉDICI & SOUZA AGUIAR, 1984.

Embora as taxas de natalidade e mortalidade já apresentassem declínio desde 1950, a primeira, a partir de 1965, caiu em patamar superior ao verificado na segunda. Como decorrência desse movimento ocorreu um envelhecimento da população brasileira nos últimos 30 anos. Os menores de 15 anos, que em 1950 representavam 42% da população, passam em 1980, para 38%, ocorrendo o inverso com os maiores de 65 anos que evoluem de 2,5% para 4% do total de indivíduos. A idade média da população, que em 1950 era estimada em 18,6% anos, aumenta para 20,3 anos em 1980.<sup>35</sup>

Esses dados, segundo MÉDICI e SOUZA AGUIAR, levam a crer que a natalidade tenha decrescido sem necessidade de qualquer programa oficial de controle e planejamento familiar. "O desenvolvimento econômico e o processo de urbanização vivenciados pelo Brasil nos últimos anos foram capazes, por si sós, de reduzir as taxas de crescimento populacional, mesmo com os tímidos programas do governo na área social."<sup>36</sup>



Por outro lado, se houve tal decréscimo de modo natural, provavelmente tal fato terá ocorrido por iniciativa espontânea e particular do grande contingente da população.

Essa conscientização então emergente da questão da natalidade no Brasil merece, por certo, uma participação maior da Educação e dos esforços sociais conjuntos por melhor qualidade de vida humana no País.

## 2.5 SEGURANÇA E POLÍTICA DEMOCRÁTICA

Já houve tempo em que a natalidade era estimulada, sobretudo entre os povos antigos, como recurso de defesa nacional. Quanto mais homens se tivesse para a guerra, mais protegida estaria a nação.

Mesmo que, no mundo contemporâneo, as guerras possam realizar-se quase sem a participação corpo-a-corpo dos contendores, ainda hoje a segurança nacional constitui argumento para a defesa de políticas natalistas.

Hoje, pretende-se aumentar e/ou consolidar a soberania de uma nação não só através de seu efetivo militar, mas também através da ocupação dos espaços vazios de sua área territorial, como já mencionamos.

Mas segurança nacional é muito mais abrangente que a defesa ou a ocupação do território como meio de possibilitar uma maior defesa contra agressões estrangeiras. Entende-se, atualmente, que segurança nacional é também a preservação da população contra a escassez de recursos, o desemprego, a ig-

norância e a miséria. Estes são inimigos que, sem qualquer dúvida, podem e devem ser combatidos pelo respeito à dignidade humana e isso quer significar, em termos objetivos, a aplicação de políticas de saúde, educação, habitação e trabalho compatíveis com as necessidades humanas fundamentais.

Uma distribuição mais equitativa da renda nacional e o atendimento às necessidades primárias do homem constituem, hoje, recursos de segurança nacional mais eficazes do que o aparato militar e a compulsoriedade do planejamento familiar.

Sem essa garantia, a segurança nacional estará comprometida, dada a costumeira ingerência externa que os países desenvolvidos fazem junto aos subdesenvolvidos ou em fase de desenvolvimento a pretexto de solidariedade humana.

A propósito, PACHECO diz que

em 1973 técnicos do Fundo Monetário Internacional e do Banco Mundial, entidades que comandam, dirigem e decidem sobre finanças internacionais, concedendo ou não financiamentos e resolvendo a quem emprestar ou não seus dólares para a ajuda aos subdesenvolvidos, afirmaram: 'A população da América Latina duplicará no ano 2.000 mesmo que haja uma rápida queda da taxa de natalidade. A região conta com um dos maiores índices de crescimento demográfico do mundo e nos próximos 26 anos aumentará de 280 para 710 milhões de habitantes'. Houve da parte de McNamara e dos técnicos do Banco Mundial um exagero de 58 milhões de futuros latino-americanos, se seus cálculos forem comparados com o do especialista da ONU, como Paillat que prevê para 2.000 apenas 652 milhões de latino-americanos. Aceitando qualquer das projeções para o ano 2.000, seja a de Paillat, seja a de McNamara e técnicos do FMI, nós, os latino-americanos, viremos a ser pelo menos o dobro dos norte-americanos. Tal fato contraria o imperialismo que não ignora a maior conscientização política dessas massas, que já sa-

bem os motivos de seu subdesenvolvimento, de sua condição de eternos devedores, "roladores" de dívidas cada vez maiores graças aos juros escorchantes que nos são impostos pelo FMI e bancos privados estrangeiros.<sup>37</sup>

Seja qual for a verdade desses fatos, inalienável é o direito de toda a Nação decidir, sob a medida do próprio livre-arbítrio, a respeito do próprio contingente demográfico. Também é lícito que o planejamento familiar não seja utilizado como medida política de garantir a segurança nacional, mas que esta seja mantida pelo exercício pleno da democracia.

## CAPÍTULO 3

### PLANEJAMENTO FAMILIAR NO BRASIL

#### 3.1 MOTIVOS SOCIAIS NO PLANEJAMENTO FAMILIAR

Face à taxa de mortalidade infantil que, no Brasil, é das mais altas do mundo e em torno de 92 por mil nascidos vivos (na Suécia é de 8 por mil, no Japão 10 e na Holanda 11), ao fato de que, no País, a desnutrição é endêmica e de que um rápido crescimento demográfico tem como consequência uma alta porcentagem de crianças no seu conjunto de população, o que causa o conhecido efeito *pirâmide etária*, ou seja, um elevado contingente de inativos para cada trabalhador (hoje somos 135 milhões de habitantes, dos quais 34.440 milhões são menores de 10 anos), criou-se no Brasil, em 1965, a Sociedade Civil Bem-Estar Familiar (BEMFAM), filiada à Federação Internacional de Planejamento Familiar (INPF), que integra 46 países adeptos do planejamento familiar.

Outros motivos conduziram os interessados a pensar o planejamento familiar, no País, como uma imperiosa necessidade.

Desses, levou-se em consideração que "cada cidadão brasileiro ativo tem que sustentar quatro pessoas dependentes, sem dúvida um fardo pesado para um país em desenvolvi-

mento, no qual reside o ponto de estrangulamento da nossa economia".<sup>38</sup>

Também a educação e as questões da habitação e do emprego foram tidas como cruciais à questão do desenvolvimento nacional e, portanto, consideradas, na tentativa de se instalar uma consciência afinizada à paternidade responsável.

No que diz respeito à educação, somos 32 milhões de analfabetos e temos, ano a ano, cerca de 8 milhões de crianças fora da escola.

Além disso, apesar de a UNESCO já ter proclamado que o homem comum precisa de 12 anos de estudo para, modestamente, habilitar-se a sobreviver no mundo contemporâneo, o Brasil não tem condições para absorver a população escolar nem ao menos durante três horas diárias, não cumprindo sequer o que preceitua a Constituição. Vale ressaltar, ainda, que nos Estados Unidos, na Suécia e na Inglaterra o tempo exigido de permanência na escola é de 6 horas e no Japão, 8.

No que respeita à habitação, ressalte-se que deveriam estar sendo construídas no País 600 mil casas/ano apenas para que não se agrave o déficit existente. Entretanto, ainda que o Governo venha trabalhando nessa área, muito longe está de alcançar a meta desejada.<sup>39</sup>

Quanto à criação suficiente de número de empregos numa economia pressionada pelo crescimento demográfico, sabemos que se deveria programar a cada ano a criação de 1,600 milhão de novos empregos para atender os jovens que, a cada ano, chegam ao mercado de trabalho.

Sabemos, ainda, que, no País, o desemprego aberto é uma realidade causticante. Com ele, a miséria, a fome, a violência e o crime aumentam dia-a-dia.

Nessa instância, o planejamento familiar vem sendo justificado como uma medida de controle de crescimento da problemática social.

Outros argumentos favoráveis à instituição do planejamento familiar são os ligados a aspectos de saúde de vital importância, como a multiparidade, o câncer ginecológico e a mortalidade infantil.

Importa-nos, portanto, examiná-los.

### 3.2 SAÚDE E ANTICONCEPÇÃO

Embora dádiva da Natureza, a fertilidade não dispensa cuidados.

Segundo os estudiosos da área de saúde, "cuidados de caráter preventivo, em relação à regulação da fertilidade, repercutem de maneira espetacularmente benéfica sobre a condição geral de saúde de uma nação e especialmente sobre a saúde de suas crianças".<sup>40</sup>

Sabe-se, a propósito, que a mortalidade materna é muito maior nos períodos extremos da vida reprodutiva, aumentando com a maior paridade. Soma-se a esse conhecimento, que a idade e paridade da mãe também estão diretamente relacionadas com a mortalidade.<sup>41</sup>

FAÚNDES (1968), por exemplo, realizou estudos na comunidade de São Gregório, no Chile, que demonstraram que a mortalidade infantil entre mulheres de alta paridade era de 300 por mil, enquanto entre mulheres de baixa paridade o obituário infantil ficava em 60 por mil nascidos vivos.<sup>42</sup>

Quanto à idade materna, CABRERA (1975) demonstrou, também no Chile, que a taxa de mortalidade infantil é consideravelmente maior entre mães com menos de 20 anos e mais de 40.<sup>43</sup>

Os estudos de PUFFER e SERRANO (1975), feitos no Brasil, Argentina, Canadá e Estados Unidos, consolidaram os resultados encontrados por CABRERA. Conforme essas pesquisas, a mortalidade neonatal (1º mês de vida) e a mortalidade infantil (1º ano de vida) são mais altas entre mães com menos de 20 anos, mesmo entre populações de alto nível econômico e social.<sup>44</sup>

Em São Paulo, CASTRO (1979) e outros pesquisadores mostraram a incidência de 65,1 mortes por mil crianças nascidas vivas entre mães de todas as idades e de 104,1 por mil entre mães com menos de 20 anos.<sup>45</sup>

Das mulheres que perfaziam a amostra desse estudo, 11,5% eram multíparas, mas, das dez ou mais gestações que tiveram, tinham apenas de 1 a 3 filhos vivos. "Estavam na fronteira do genocídio."<sup>46</sup>

Independentemente da idade e paridade dessas mães, a pesquisa revelou que a renda familiar era, em mais da metade dos casos, de, no máximo, dois salários mínimos regionais e que uma em cada 7 mulheres era analfabeta. Para cada grupo

de 5 maridos, mais de um era analfabeto e, mesmo entre os alfabetizados, a maioria tinha curso primário incompleto.

Acresce a esses resultados o fato de que entre as causas mais importantes da mortalidade neonatal e infantil, na América Latina, sobressai o baixo peso ao nascer, dado esse intimamente relacionado à multiparidade e à idade materna abaixo de 20 anos.

Segundo HUNT (1976), os nascidos com baixo peso de mães jovens apresentam maior incidência de defeitos congênitos, epilepsia, surdo-mudez, retardo mental, cegueira e paralisia cerebral.<sup>47</sup>

MARTINS (1978), por sua vez, concluiu em sua investigação sobre escolares de 9 anos de idade, em Singapura, que o desenvolvimento físico e mental dessas crianças era tanto maior quanto maior o intervalo entre o nascimento de um filho e de outro. Concluiu, em decorrência, que o prazo mínimo de espaçamento entre os nascimentos deveria ser de dois anos.<sup>48</sup>

Na opinião de SAI, como as gestações sucessivas a curto intervalo suprimem a possibilidade de amamentação prolongada, a multiparidade, sem espaçamento mínimo de dois anos entre os partos, constitui uma verdadeira condenação à morte para milhões de crianças.<sup>49</sup>

Infere-se do exposto, portanto, que a redução da taxa de mortalidade num país incide diretamente sobre a sua qualidade de saúde pública, o que se pode ver com clareza no Quadro V.



QUADRO V - Indicadores de saúde familiar.

INDICADORES	PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO	PAÍSES DESENVOLVIDOS
	Valor Típico	Valor Típico
Taxa de mortalidade infantil	109,0	20,0
Porcentagens de recém-nascidos com peso inferior a 2.500 g	18,0	7
Taxa de fertilidade	5,3	2,0
Porcentagens de mulheres grávidas anêmicas	60,0	20,0
Mortalidade materna	400	21

Fonte: Organização Mundial de Saúde, 1980-1981.

Permitir um amplo acesso dos elementos de todas as classes sócio-econômicas aos serviços que oferecem métodos anticoncepcionais representa não apenas um passo decisivo em prol da melhoria geral da saúde como, mais que isso, representa um passo decisivo para se combater a injustiça social.<sup>50</sup>

Na verdade, não apenas as camadas mais altas da população se preocupam com a regulação da fertilidade. Apenas, na maioria das vezes, as pessoas das camadas de baixo poder aquisitivo têm pouco acesso às informações de como proceder à contracepção.

O estudo de CASTRO e outros pesquisadores, realizado em São Paulo e já mencionado, demonstrou a respeito que as usuárias de métodos anticoncepcionais são mulheres de todas as idades do período reprodutivo, e integrantes de famílias

de baixo nível econômico e educacional, representando camadas populacionais onde as taxas de mortalidade e morbidade são mais altas.<sup>51</sup>

Negar, pois, a estas populações, o acesso aos métodos anticoncepcionais eficazes, assim como aos rápidos e seguros processos de esterilização modernos, é incorrer em injustificada discriminação, considerando que os indivíduos das classes mais favorecidas já têm a seu alcance os necessários recursos médicos para uma adequada planificação familiar.<sup>52</sup>

Outro forte estímulo ao movimento a favor do planejamento familiar no País é a prevenção do câncer ginecológico, pois, conforme informações do Ministério da Saúde, a incidência do câncer do colo uterino aumenta com a multiparidade.<sup>53</sup>

Segundo pesquisa norte-americana feita com 267.226 mulheres, constatou-se que o carcinoma do cêrvix ocorre com maior freqüência em múltiparas, somente 5% em nulíparas e raramente em virgens. Mulheres com um ou dois partos estavam mais protegidas contra a doença.<sup>54</sup>

Argumentações médicas em favor do planejamento familiar relacionam-se ao amparo à promoção de nascimentos de crianças biologicamente sadias e menos sujeitas à morte precoce por desnutrição.

Conforme GORDON, a mortalidade infantil no segundo ano de vida é quase nula nas regiões industrializadas, enquanto no Terceiro Mundo crianças famintas e amamentadas por mães já desnutridas resistem pouco às doenças infecciosas comuns à infância, como, por exemplo, o sarampo, que no Brasil é a *causa mortis* mais freqüente na 1ª e na 2ª infância.<sup>55</sup>

Sabe-se, ainda, que a desnutrição atrasa o desenvolvimento dos neurônios, causa a desmielinização das fibras nervosas e, em consequência, a deficiência mental.<sup>56</sup>

Enquanto no Brasil a mortalidade infantil entre 0 e 5 anos ultrapassa 50% da mortalidade geral, nos países desenvolvidos atinge apenas 5% do total de óbitos.<sup>57</sup>

A mortalidade infantil é, na verdade, diretamente proporcional às condições econômicas das diversas regiões.

No Brasil, sabe-se que o total de óbitos infantis está imediatamente vinculado às condições sócio-econômicas de cada região (Quadro VI).

QUADRO VI - Mortalidade infantil e renda *per capita*, de acordo com as regiões do Brasil.

REGIÃO	MORTALIDADE INFANTIL (por mil)	RENDA PER CAPITA (em US\$)
Norte	70	480
Nordeste	180	420
Sudeste	76	1.300
Sul	68	880
Centro-Oeste	87	560

Fonte: BEMFAM, 1978.

Nessa instância, todo e qualquer serviço de planificação familiar e toda e qualquer iniciativa de natureza educacional devem considerar a necessidade de se informar à população carente a maior diversidade possível de métodos contraceptivos.

Indispensável se torna, portanto, nesta altura do presente trabalho, proceder à descrição dos métodos anticoncepcionais mais comumente conhecidos. Não antes, porém, dada a sua importância, de situar a posição da Igreja face à questão.

### 3.3 A POSIÇÃO DA IGREJA

Reiterando a linha dos pronunciamentos oficiais da Organização das Nações Unidas sobre planejamento familiar, que afirmam ser a família a unidade natural e fundamental da sociedade, que qualquer decisão referente ao número de filhos deve ser exclusiva dos pais, que o direito dos pais será ilusório se não tiverem eles as informações e serviços necessários a esse planejamento e que a informação e os serviços do planejamento familiar constituem um direito básico das famílias, a Igreja tem reconhecido a questão demográfica como um dos mais graves problemas de nosso tempo e o direito ao planejamento familiar como parte intrínseca à dignidade humana.

O primeiro registro de reconhecimento do problema em sua exata dimensão aparece na Encíclica *Mater et Magistra*: "nos últimos tempos, surge a cada passo o problema da relação entre os aumentos demográficos, progresso econômico e a disponibilidade de meios de subsistência, tanto no plano mundial, como nas comunidades políticas em vias de desenvolvimento".<sup>58</sup>

Ainda assim, a forma como, na Encíclica, se coloca a questão não nos permite considerar essas afirmativas senão como alusões ao problema. Não há na *Mater et Magistra* definições e posições assumidas. Nela, "alguns" concluem que brevemente ocorrerá uma desproporção entre povoamento e meios de subsistência, caso não se tomem medidas para limitar o crescimento populacional;<sup>59</sup> outros concluem que não haverá desenvolvimento econômico para os países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento "sem medidas drásticas" para evitar diminuir a natalidade".<sup>60</sup>

De qualquer modo, a Igreja reconhece, nesse documento, que "o aumento constante da população, aliado a outros fatores, criou novos problemas", que tendem a causar tensões no interior da família.<sup>61</sup>

A gravidade da questão demográfica só é finalmente admitida na *Populorum Progressio*, quando o Papa Paulo VI, a 26 de março de 1967, afirma que

é bem verdade que um crescimento demográfico acelerado vem, com demasiada frequência, trazer novas dificuldades ao problema do desenvolvimento: o volume de população aumenta muito mais rapidamente que os recursos disponíveis e cria-se uma situação que parece não ter saída. Surge, por isso, a grande tentação de refrear o crescimento demográfico por meios radicais. É certo que os poderes públicos, nos limites de sua competência, podem intervir, promovendo uma informação apropriada e tomando medidas aptas, contanto que sejam conformes às exigências da lei moral e respeito à justa liberdade dos cônjuges. Sem direito inalienável ao matrimônio e à procriação, não existe dignidade humana. Em última análise, é aos pais que compete determinar, com pleno conhecimento de causa, o número de filhos, assumindo a responsabilidade perante

a comunidade a que pertencem, de acordo com as exigências da sua consciência formada segundo a Lei de Deus, autenticamente interpretada e sustentada pela confiança nEle.<sup>62</sup>

Na *Octogesima Adveniens*, a Igreja reconhece definitivamente a gravidade da questão:

Com o crescimento demográfico muito acentuado, sobretudo nas nações jovens, o número daqueles que não conseguem encontrar trabalho e se vêem obrigados a levar uma vida de miséria ou parasitismo irá aumentando nos próximos anos, a menos que um fortalecimento da consciência humana venha a desencadear um movimento geral de solidariedade, para uma política eficiente de investimentos, de organização de produção e de comercialização e, de igual modo, de formação.<sup>63</sup>

Em síntese, a Igreja, embora já consciente da gravidade da questão demográfica, longe está de considerá-la uma situação de alarme. "A brevidade das alusões é muito significativa: os fatos são reais, mas sua causa não reside precipuamente no aumento acelerado da população, e sim numa política sócio-econômica, que deve ser mudada, juntamente com uma mudança das opções de fundo da humanidade."<sup>64</sup>

Por seu turno, o Conselho Mundial das Igrejas, que é a entidade ecumênica mais representativa, já se pronunciou reiteradas vezes sobre o assunto. Em 1966, o Conselho divulgou documento no qual declarava que

a paternidade responsável é uma das exigências mais urgentes de nossa época. É essencial, não somente como fator de bem-estar de todas as famílias, mas também como elemento de equilíbrio entre o crescimento populacional e os recursos humanos e econô-

nicos. A paternidade responsável não é uma questão de interesse apenas da família como uma unidade: deve ser aceita como parte integral da ética social dos nossos dias.<sup>65</sup>

Em 1968, por ocasião das conferências que em Beirute se realizaram sobre o tema "Cooperação Mundial para o Desenvolvimento", o Conselho Mundial das Igrejas e a Comissão Pontifícia de Justiça e Paz da Igreja Católica publicaram relatório que enfatiza os seguintes princípios:

- ° a política populacional, quando necessária, é parte e não alternativa do desenvolvimento geral;
- ° os cristãos devem reconhecer o direito dos cidadãos de serem reconhecidos pelas autoridades públicas, e o direito e o dever dessas autoridades, dentro dos limites de sua competência, de informarem a todos os cidadãos a respeito dos problemas e políticas populacionais;
- ° a promoção da responsabilidade na paternidade e na vida familiar é uma contribuição cristã fundamental, que pode ser feita pela Igreja e seus organismos, ressaltando o direito e o dever dos pais de decidirem quanto ao número de filhos, através do controle da fertilidade por meios aceitáveis à sua consciência.<sup>66</sup>

Na verdade, a Igreja se orienta por sua confiança na providência de Deus e na capacidade criadora do homem.

Além disso, Deus, na Sua bondade e sabedoria, espalhou pela natureza recursos inesgotáveis e deu aos homens inteligência e gênio capazes de inventar os instrumentos aptos para com eles se poderem encontrar os bens necessários à vida. Por isso, a solução fundamental do problema não deve procurar-se em expedientes que ofendam a moral estabelecida por Deus e atacam os pró-nanciais da vida humana: mas num renovado esforço científico e técnico, por parte do homem, no sentido de aperfeiçoar e estender

cada vez mais o seu domínio sobre a natureza. Os progressos já realizados pelas ciências e técnicas abrem, nesta direção, horizontes ilimitados.<sup>67</sup>

Esse providencialismo não dispensa, entretanto, o esforço e a responsabilidade do homem. Ao contrário. Necessário se faz o incremento da produção de bens agrícolas, industriais e o volume de serviços prestados.<sup>68</sup>

Além disso, a partir da *Mater et Magistra*, todos os documentos oficiais da Igreja ao referirem-se ao problema demográfico deixam transparecer que a solução será possível apenas mediante "colaboração em escala mundial, que permita e fomente a circulação ordenada e fecunda de conhecimentos úteis, dos capitais e das pessoas"<sup>69</sup>. Simultaneamente a essa integração das nações, essa colaboração é "absolutamente necessária para aqueles povos que hoje, muitas vezes em meio de tantos outros problemas, se vêem, de modo especial, pressionados pelo rápido crescimento da população"<sup>70</sup>.

Entretanto a colaboração internacional não é o bastante. Uma política demográfica se impõe, necessariamente.

"Sem dúvida, pertencem ao governo o direito e o dever de encontrar solução para o problema populacional de sua nação, dentro dos limites da própria competência: por exemplo, no que diz respeito à legislação social e familiar, ao êxodo da população rural para a cidade e às informações acerca da situação e das necessidades da nação."<sup>71</sup>

Assim, os poderes públicos devem ter necessariamente uma política demográfica.<sup>72</sup> Entretanto, a moral, a dignidade e o valor da vida humana devem ser preservados continua-



mente.<sup>73</sup> "Aos pais compete determinar, com pleno conhecimento de causa, o número de filhos, assumindo a responsabilidade perante Deus, perante si próprios, perante os filhos que já nasceram e perante a comunidade a que pertencem, de acordo com as exigências de sua consciência, formada segundo a lei de Deus autenticamente interpretada e sustentada pela confiança nEle."<sup>74</sup>

Uma autêntica política demográfica só poderá existir, nesta perspectiva, se fomentar os valores humanos individuais e sociais e se for traçada conforme uma visão integral do homem.

"O problema da natalidade, como de resto qualquer outro problema que diga respeito à vida humana, deve ser considerado numa perspectiva que transcenda as vistas parciais — sejam elas de ordem biológica, psicológica, demográfica ou sociológica — à luz da visão integral do homem e da sua vocação, não só natural e terrena, mas também sobrenatural e eterna."<sup>75</sup>

Em função desses princípios, a Igreja condena os métodos que "atacam os mananciais da vida humana".<sup>76</sup>

Nesse sentido, são condenados os meios radicais, como a esterilização, a pílula anticoncepcional e os dispositivos intra-uterinos e as soluções malthusianas a favor da anti-concepção e do aborto.<sup>77</sup>

A solução para o problema demográfico está, para a Igreja, menos no planejamento familiar do que na distribuição das riquezas. "O egoísmo dos ricos contribui mais para isto do que a fecundidade dos pobres."<sup>78</sup>

A posição oficial da Igreja, portanto, está longe de ser natalista, providencialista ou malthusiana e, nessa condição, "parte de um progressivo reconhecimento do problema para apontar uma saída verdadeiramente humana"<sup>79</sup>: "a 'sã expansão da família', mediante o exercício de uma paternidade responsável, incrementada pelos poderes públicos e pelos organismos internacionais"<sup>80</sup>.

Em relação às tendências do instinto e das paixões, a paternidade responsável significa o necessário domínio que a razão e a vontade devem exercer sobre elas. Em relação às condições físicas, econômicas, psicológicas e sociais, a paternidade responsável exerce-se tanto com a deliberação ponderada e generosa de fazer crescer uma família numerosa, como com a decisão, tomada por motivos graves e com respeito pela lei moral, de evitar temporariamente, ou mesmo por tempo indeterminado, um novo nascimento. Paternidade responsável comporta ainda, e principalmente, uma relação mais profunda com a ordem moral objetiva, estabelecida por Deus, de que a consciência reta é intérprete fiel. O exercício responsável da paternidade implica, portanto, que os cônjuges reconheçam plenamente os próprios deveres para com Deus, para consigo próprios, para com a família e para com a sociedade, numa justa hierarquia de valores.<sup>81</sup>

Apesar da condição humanista do posicionamento oficial da Igreja, é tácita a sua defesa da reprodução apenas dentro dos limites do casamento. Ocorre, entretanto, que, com mudança acelerada dos costumes em nossa época, dada a crescente urbanização e os avanços científicos que possibilitam maior e mais freqüente intercursos sexual e com maior garantia de que a concepção não seja alcançada, os índices de reprodução humana estão, em todas as partes do mundo, cada vez mais altos, sobretudo entre mulheres bastante jovens e até mesmo entre adolescentes.

## CAPÍTULO 4

### A CONTRACEPÇÃO

#### 4.1 INTRODUÇÃO

A partir de 1965, com a criação dos primeiros programas de planejamento familiar por iniciativa privada no Brasil e mediante o pressuposto de que o planejamento familiar voluntário constitui não apenas um direito humano inalienável, mas inclusive uma importante medida sanitária, tem crescido, no País, a responsabilidade dos setores de saúde e educação na formação da consciência da população face ao problema da fertilidade.

O jurista Carlos ABRANCHES, partidário dessa linha, chega mesmo a atribuir a cada estado da Federação, internamente, a responsabilidade da promoção do planejamento familiar, reivindicando a proteção interna a esse direito.<sup>82</sup>

A esse propósito, CODES afirma que "a responsabilidade do Estado é indiscutível quando se avalia a importância do planejamento familiar como conquista médico-social, o avanço científico alcançado nesse campo e a sua utilização na medicina moderna como um dos principais métodos de prevenção em Saúde Materno Infantil"<sup>83</sup>.

Para ele, "o espaçamento e o controle da prole na medida do desejo de cada casal, a prevenção da gravidez não desejada e a redução do aborto criminoso têm exercido um impacto considerável na redução das taxas de mortalidade materna e infantil"<sup>84</sup>.

Esse impacto não só é maior nos países em desenvolvimento, mas inclusive tem forte relação com a educação. Mulheres de baixa escolaridade apresentam, em todo o mundo, maior número de filhos que mulheres de escolaridade média e alta.

Os dados disponíveis para o Brasil, tratados por KLOETZEL, mostram que essa correlação, evidentemente inversa, é mais significativa que a renda familiar (Quadro VII).<sup>85</sup>

QUADRO VII. Correlação entre escolaridade e número de filhos entre mulheres brasileiras.

ESCOLARIDADE	NÚMERO DE FILHOS NASCIDOS VIVOS (mulheres de 15-44 anos)
Nenhuma	4,6
Primário incompleto	3,1
Primário completo	2,3
Mais que primário	0,9

FONTE: KLOETZEL, 1985.

Ao contrário, portanto, do esperado, o indicador *renda familiar* não é bastante fiel, uma vez que nele se acham embutidas outras variáveis provavelmente mais determinantes da natalidade não planejada.

O primeiro fenômeno observado numa população instruída é a rejeição do fatalismo quanto ao número de filhos, passando a predominar aquilo que se gosta de chamar de "paternidade responsável". A prática da anticoncepção quase que se generaliza e, nos casos de imprevistos, busca-se solução através do aborto.<sup>86</sup>

Em todos os Estados, indistintamente, a maior proporção de mulheres que fazem algum tipo de contracepção está nas camadas que têm nível educacional mais alto e maior renda domiciliar.<sup>87</sup>

Importa, portanto, neste contexto, descrever os métodos contraceptivos disponíveis e, para maior compreensão da questão, destacar o uso que deles se faz no Brasil.

## 4.2 TÉCNICAS E MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

Com a descoberta, em 1956, das pílulas anticoncepcionais, os métodos de regulação da fertilidade passaram a ter sua importância incrementada. Entretanto, apesar da divulgação massiva, não existe ainda nenhum método ou técnica que atenda às condições ideais. "Nenhum dos métodos existentes consegue conjugar os requisitos básicos exigidos de um contraceptivo: eficácia, baixa dosagem, inocuidade, aceitabilidade, reversibilidade e baixo custo. Ainda se espera uma nova era no campo da contracepção, apesar da "pílula", dos implantes, dos dispositivos intra-uterinos, dos diafragmas e de tantos outros"<sup>88</sup>.

Os muitos métodos anticoncepcionais existentes são classificados em três categorias: os naturais, os clássicos e os modernos.

Os métodos naturais compreendem a castidade, a abstenção durante os dias de fertilidade feminina, o coito interrompido, a lavagem vaginal, a lactação prolongada e a suspensão de relações sexuais quando a mulher constatar a presença de muco vaginal.

Os métodos clássicos são o condom ou camisinha-de-vênus, o diafragma e os cremes, tabletes e geléias espermaticidas.

Os métodos modernos são a pílula anticoncepcional, os dispositivos intra-uterinos e a esterilização.

#### 4.2.1 MÉTODOS NATURAIS

Afora a castidade total, o coito interrompido, a lavagem vaginal e a lactação prolongada, os métodos naturais mais comumente utilizados são os de abstinência sexual: o método de período seguro, o da temperatura basal e o da ovulação.

4.2.1.1 *O método de período seguro* fundamenta-se no fato de que a mulher só poderá engravidar durante os dias do ciclo menstrual, quando ocorre a liberação do óvulo pelo ovário, o que corresponde ao meio do ciclo.

"Assim, do quarto dia anterior à metade do ciclo até o quarto dia posterior, existe um período de oito dias em que a mulher é fértil, ou seja, provavelmente engravidará se tiver relações sexuais."<sup>89</sup>

Muitas vezes é difícil, e algumas vezes até impossível, para certas mulheres determinar esses dias férteis, o que torna necessária a orientação de um médico, que irá informar o período seguro em que pode manter relação sexual, sem risco de engravidar. Esses dias férteis podem ser determinados através de dosagens hormonais, citologia seriada vaginal, temperatura corpórea basal ou pela existência do mucovaginal. Se uma mulher tem períodos irregulares, seus dias de perigo e segurança também serão irregulares. Assim, o tempo de fertilidade ou período inseguro fica bastante extenso, em consequência de que a relação sexual deve ser evitada. Essa variação, às vezes, vai de 7 a 21 dias.<sup>90</sup>

É fácil concluir diante desse quadro que a segurança desse método é precária. Em média, "ele pode oferecer segurança de 70 a 75%, a qual pode ser ampliada quando associada a outros processos"<sup>91</sup>.

Esse método é conhecido também pelo nome dos dois pesquisadores que, isoladamente, descobriram, no Japão e na Polônia, como e quando ocorre a ovulação e qual o tempo de viabilidade do óvulo e do espermatozóide: Ogino e Knaus.

Segundo MEIRA, o método Ogino-Knaus é de razoável eficácia, "se praticado corretamente", dispensa prescrição e equipamentos, requerendo apenas motivação, inteligência e prolongado período de abstinência. Não apresenta qualquer risco à saúde e é recomendado pela Igreja Católica.

4.2.1.2 *O método da temperatura basal constitui desdobramento do método de Ogino-Knaus ou do período seguro. Consiste tão somente em obter, através da tomada diária da temperatura basal, as modificações cíclicas hormonais que*

ocorrem mensalmente no organismo feminino. Para fazer-se essa medição, é necessário um termômetro.

A progesterona, que é um hormônio termogênico, eleva a temperatura corpórea até um grau, quando secretado. Quando isto ocorre, pode-se determinar o início da ovulação, a partir do qual o casal deverá manter-se em abstinência sexual por cinco dias. Desse modo, evita-se a fecundação do óvulo que, secretado pelo ovário, causou a elevação dos níveis de progesterona.

Uma paciente que tenha temperatura basal diária oscilando ao redor de 35,2°C a 35,4°C entre 10º e 11º dia do ciclo menstrual, sofre uma pequena queda para 35°C a 34,8°C nas 24 a 48 horas que antecedem a ovulação. A partir daí, a temperatura começa a subir, atingindo níveis mais elevados entre o 25º e o 27º dia do ciclo, quando, novamente, cai e ocorre a menstruação. Poderíamos, então, considerar como período fértil, aquele que vai dessa pequena queda de temperatura até quatro dias após a elevação. E na orientação do controle da natalidade, determinar ao casal para manter a abstinência sexual nesse período.<sup>92</sup>

Ainda que natural, esse método não dispensa a orientação médica e requer empenho permanente da mulher no sentido de avaliar diariamente suas modificações hormonais.

"Usado isoladamente oferece uma segurança que deixa a desejar, com eficiência ao redor de 80%. Contudo, associado a outros métodos, como condom e diafragma, torna-se mais eficiente. Além disso, traz a grande vantagem de determinar o período exato da ovulação, se usado seguidamente, por uns três ou quatro meses"<sup>93</sup>.



Evidentemente, este é um método desaconselhado para mulheres com ciclos menstruais irregulares ou com sinais e sintomas de desequilíbrio hormonal.

4.2.1.3 Outro método natural é o da *ovulação* ou de *Billings*, como é comumente chamado, porque foi idealizado por Billings em 1964, um casal de médicos australianos.

"O método estabelece que a mulher é capaz de reconhecer seus períodos de fertilidade e infertilidade, através da observação diária das modificações do muco cervical, observadas nos genitais externos a nível de intróito vaginal."<sup>94</sup>

O muco pode ser observado pela mulher através do papel higiênico, onde ela notará ou não a sua presença. Este muco colhido é examinado entre os dedos indicador e polegar para determinar sua elasticidade, e a cor para avaliar seu grau de transparência.<sup>95</sup>

A observação é diária, sem interrupção durante todo o ciclo menstrual. A diminuição das observações diminui a efetividade do método.<sup>96</sup>

Logo após a menstruação, ocorrem os dias chamados secos, com ausência de muco; em seguida a mulher começa a observar os dias úmidos, com presença de muco geralmente pegajoso e opaco. Nos dias seguintes, o muco se torna transparente, elástico e lubrificante, sendo considerado dia pico, último dia com muco nestas condições. "A grande maioria das mulheres ovula nesse dia pico."<sup>97</sup>

Consideram-se inférteis os dias secos depois da menstruação e a partir do quarto dia depois do pico até a menstruação seguinte.

Por ser ainda bastante recente, não há sobre o método Billings resultados sistematizados que comprovem sua eficácia.

4.2.1.4 A *ducha vaginal* é outro método natural que se fundamenta na idéia de domínio popular de que uma lavagem rápida da vagina imediatamente após a relação sexual pode remover dela os espermatozoides. Essa é uma crença falsa, pois a ducha vaginal é absolutamente inócua, uma vez que os espermatozoides são encontrados nas trompas uterinas após cinco minutos de exposição no muco cervical.<sup>98</sup>

4.2.1.5 A interrupção da relação sexual mediante a retirada do pênis da vagina quase que imediatamente antes da ejaculação caracteriza o *coito interrompido* como outro método natural de anticoncepção. Entretanto essa é uma técnica de reduzida eficiência, pois os espermatozoides podem atingir a vagina muito antes do orgasmo final.

Ainda que inócuos, estes dois métodos são bastante comuns em nosso meio.

4.2.1.6 Também a *lactação prolongada* é utilizada como método contraceptivo.

A propósito, "as taxas de eficácia contraceptiva de lactação são difíceis de serem precisadas, uma vez que o risco de gravidez aumenta com o tempo."<sup>99</sup>

Durante os primeiros meses do pós-parto (amenorréia inicial), a probabilidade de gravidez é menor, esteja a mulher amamentando ou não. Com o passar dos meses, esta probabilidade aumenta. Os estudos feitos acerca de mulheres que experimentaram amenorréia devido à lactação mostram uma eficácia teórica de 15 gestações por 100 mulheres/ano e uma eficácia de uso de 40 gestações por 100 mulheres/ano.<sup>100</sup>

Na verdade, a infertilidade é prolongada pela duração da amamentação quando esta constitui o único recurso alimentar do lactente ou quando é precário o estado de nutrição da mulher.<sup>101</sup>

"Para as mulheres que estão aleitando e não querem engravidar imediatamente após o parto, a importância contraceptiva da lactação é mínima. A ovulação pode ocorrer pouco tempo após o parto (por exemplo, dois meses) e até agora não há indicadores confiáveis do momento dessa ovulação"<sup>102</sup>, motivos pelos quais este é um método enganador.

#### 4.2.2 MÉTODOS CLÁSSICOS

Também chamados "de barreira", os mais conhecidos são os preservativos masculino e feminino.

Os preservativos masculinos são os condons, envoltórios de borracha ou de tecido colágeno beneficiado colocados no pênis em ereção e que funcionam como barreira, impedindo que o sêmen alcance a vagina.

"Para os usuários constantes, o índice teórico de falhas é de três gestações por 100 mulheres/ano. No real, a taxa é de 15-20 gestações por 100 mulheres/ano. A taxa de

eficácia de uso aproxima-se à da pílula, quando se utiliza espermaticida junto com o condom. A alta taxa de falha deve-se a problemas de perda de sensibilidade e interrupção do ato sexual." <sup>103</sup>

A eficácia, portanto, é moderada. Suas vantagens são a facilidade no uso, o custo baixo e o fato de dispensar prescrição médica.

Embora não haja risco médico, alguns homens não conseguem manter a ereção nessa situação, além do que a maioria deles se queixa da redução da sensibilidade da glândula.

O preservativo feminino é o *diafragma*, que consiste num capuz de borracha côncavo com borda flexível que é colocado no colo uterino e fundo de saco vaginal, com vistas a impedir a passagem do sêmen para a cavidade uterina.

Este é um método que não dispensa cuidados médicos, pois é o médico que deverá indicar o modelo e o tamanho próprios a cada usuária.

O diafragma deve ser colocado no mínimo 6 horas antes da relação sexual e retirado 8 horas após. "Esse tempo que antecede e sucede a relação é muito importante para que haja uma total fixação do diafragma, na região cervicovaginal, impedindo qualquer possibilidade do espermatozóide penetrar no útero." <sup>104</sup>

Até o surgimento da pílula e dos dispositivos intra-uterinos, este foi o método considerado de maior eficácia, pois sua margem de segurança varia de 85% a 90% e, se associado a uma geléia ou creme espermaticida, pode atingir até 95%. Além disso, não há qualquer risco à saúde.

Outro método clássico de barreira é o *capuz cervical*, dispositivo em forma de cálice, pequeno e firme, que é adaptado sobre o colo uterino e se mantém em posição parcialmente por sucção, devendo ser cuidadosamente ajustado.

Os poucos estudos recentes sobre seu uso mostram que sua eficácia é provavelmente comparável à dos diafragmas e à maioria dos métodos contraceptivos vaginais. As taxas de falha no primeiro ano são de cerca de 8 a 20%, mas é menor o número de mulheres que podem usar os capuzes, porque ou seu ajuste é impossível ou as mulheres acham difícil sua inserção e remoção. Entretanto, ao contrário do diafragma, os capuzes cervicais podem ser mantidos no lugar por vários dias.<sup>105</sup>

As desvantagens desse método são a dificuldade de colocação, o possível deslocamento durante o coito, o odor após dois dias à inserção e à possível laceração do tecido vaginal.

A *esponja anticoncepcional* é método recente, aperfeiçoado nos anos 70. É chamada "Today", fabricada pela VII Corporation, na Califórnia, Estados Unidos, e feita de poliuretano e embebida com o espermicida monoxynol-9, tem forma de chapéu de cogumelo e adapta-se à parte superior da vagina.

A esponja funciona de três modos: pela liberação do espermicida, pela absorção do sêmen e pelo bloqueio do canal cervical.

Os poucos estudos internacionais feitos sobre o método evidenciam que entre 9 e 27 em 100 usuárias ficaram grávidas durante o primeiro ano de uso, resultado semelhante àquele registrado para outros métodos vaginais. Perto de me-

tade das usuárias cessaram o uso, dado o desconforto e problemas de remoção. Preocupações com infecções e segurança a longo prazo também apareceram, mas há pouca evidência de sua ocorrência.<sup>106</sup>

Os *espermaticidas* constituem outro tipo de anticoncepcional de barreira. São agentes químicos que tornam os espermatozoides inativos na vagina e têm composição tenso-ativa que destrói a membrana celular do esperma.<sup>107</sup>

Os principais agentes espermicidas atualmente usados são os surfactantes monoxynol-9, octoxynol-9 e o menfegol, todos reconhecidos como seguros e eficazes.

Existem sete tipos de espermaticidas: geléias, cremes, espumas, supositórios, tabletes espumantes, película solúvel e supositório espumante.

Os cremes são mais espessos do que as geléias, mas ambos constituem barreiras tanto físicas quanto químicas.

As espumas enchem a vagina com bolhas portadoras de espermicida. Os supositórios que derretem liberam o espermicida à medida em que derretem na vagina. Os tabletes e os supositórios espumantes utilizam uma base química que, quando umedecida, produz bolhas de dióxido de carbono que ajudam a espalhar o agente espermicida através da parte superior da vagina. A película solúvel, utilizada na China, em Hong-Kong, na Itália, na Coreia do Sul, Malásia, Espanha, Suíça, Tailândia, Taiwan e Reino Unido, é uma pequena lâmina de uma substância que se dissolve na vagina.<sup>108</sup>

A maioria dos espermaticidas permanece em concentração eficaz por uma ou duas horas.

Este método, quando associado a outros, eleva muito a eficácia. Entretanto, isoladamente, é virtualmente ineficaz.

Todos os métodos vaginais e o condom apresentam a vantagem de poder reduzir o risco de contração de doenças transmissíveis sexualmente.

"Devido ao fato de que alguns métodos vaginais bloqueiam o aparelho genital superior e, principalmente, devido ao fato de que os espermaticidas matam muitos dos organismos causadores de doenças, os métodos vaginais oferecem alguma proteção contra a disseminação da gonorréia e outras infecções e, contra a doença inflamatória pélvica." <sup>109</sup>

As principais desvantagens desses contraceptivos são as taxas relativamente grandes de gravidezes acidentais, a necessidade de antecipação ou interrupção da atividade sexual para utilizá-los e a necessidade de uso regular e cuidadoso durante cada coito.

### 4.2.3 MÉTODOS MODERNOS

A maior revolução nos hábitos reprodutivos dos últimos 25 anos deve-se, sem dúvida, à pílula anticoncepcional que, em todas as partes do mundo, vem tendo sua comercialização aumentada ano a ano, dada sua eficácia quase absoluta no controle da natalidade.

"No Brasil, as vendas, ainda que pequenas frente à magnitude do comércio internacional (325 milhões de ciclos em 1977), vêm crescendo rapidamente: de 6.895.000 ciclos em 1970 para 28.577.800 ciclos em 1977, ou seja, um aumento su-

perior a 300%, que atingiu de 2,7% a 8,7%, respectivamente, das mulheres em idade fértil no País." <sup>110</sup>

A contracepção oral constitui, basicamente, na ingestão de progestogênio e/ou estrogênio em pílulas com o objetivo de causar interferência no mecanismo de ovulação, ootransporte e nidificação. <sup>111</sup>

Na atualidade, os compostos por hormônios de natureza sintética são o etinil-estradiol e o mestranol e os progestógenos, todos eminentemente práticos, de uso fácil e não interferentes na mecânica do ato sexual.

Entre os efeitos colaterais mais comumente encontrados na literatura médica estão as náuseas, vômitos, cefaléia, desconforto mamário, sonolência, edema pré-menstrual, variações de peso e alterações na circulação dos membros inferiores. <sup>112</sup>

A propósito, em estudo de 1968 realizado com 17 mil mulheres entre 25 e 49 anos, o Oxford/Family Planning Association Study, na Inglaterra, concluiu que o uso de pílulas anticoncepcionais apresenta uma associação causal com acidente vascular cerebral; que há fortes evidências de que o uso de pílulas anticoncepcionais tenha associação causal com a ulceração do colo uterino, trombose venosa e embolia pulmonar; que os riscos para doenças de pele e de tecido subcutâneo, neoplasias benignas de mama e distúrbios menstruais são semelhantes em mulheres que usam pílulas anticoncepcionais ou diafragma e que os riscos de neoplasias malignas e *diabetes mellitus*, embora sejam menores em mulheres que usam



pílulas anticoncepcionais, podem dever-se ao acaso e não apresentam evidências epidemiológicas consistentes.<sup>113</sup>

Outro estudo, o do Royal College of General Practitioner's Oral Contraception Study, também realizado na Inglaterra e no mesmo ano, analisou 46 mil mulheres entre 15 e 45 anos, concluindo que não há evidências de que o uso de pílulas anticoncepcionais acarrete maior risco de desenvolver câncer, não havendo, também, fortes evidências de que o uso de pílulas anticoncepcionais provoque maiores riscos de morte por doenças do sistema cardiovascular, principalmente acidente vascular cerebral.<sup>114</sup>

#### 4.2.3.1 MECANISMO DE AÇÃO DOS ANTICONCEPTIVOS HORMONAIS

A pílula anticoncepcional tem por mecânica o bloqueio do sistema de retroalimentação neuroendócrina que controla as relações hipotálamo-hipofisário-ovarianas, induzindo mudanças no trato reprodutivo, ou seja, no mucocervical, no endométrio e, provavelmente, no miométrio e nas trompas.<sup>115</sup>

"Esse comportamento de ação múltipla é o responsável pela eficácia quase completa desses esteróides. Assim, se houver falha na prevenção da ovulação, raramente ocorre gravidez, pois os outros mecanismos impedem ou são desfavoráveis à espermomigração, assim como à implantação do ovo ao nível do endométrio."<sup>116</sup>

O uso das pílulas altera a secreção dos hormônios sexuais endógenos e expõe suas usuárias a um meio endócrino diferente do ciclo menstrual normal. Evidentemente, "os este-

róides anticoncepcionais exercem uma pronunciada ação sobre a função ovariana. No entanto, eles substituem amplamente a sua função natural e as mulheres que os ingerem não parecem sofrer inconvenientes sérios demonstráveis" <sup>117</sup>.

Assim, se a mulher for eumenorréica, a pílula pode ser administrada sem qualquer inconveniente, pois a maioria delas ovula. Antes, porém, de a mulher atingir pleno desenvolvimento sexual, a pílula, a rigor, não deve ser prescrita a fim de não prejudicar o desenvolvimento do eixo hipotálamo-hipofisário-gonadal. Entretanto, em determinadas situações, é preferível o uso da pílula, com vistas a evitar que a mulher recorra ao aborto provocado. <sup>118</sup>

#### 4.2.3.2 MODALIDADES DE CONTRACEPTIVO HORMONAL

As formas de administração, as doses e os tipos de contraceptivos orais variam muito.

Há contraceptivo oral combinado, o progestogênio oral, o contraceptivo oral seqüencial, o estrogênio pós-coito, os implantes, os esteróides injetáveis e a pílula mensal.

O *contraceptivo oral combinado* contém, associados, estrogênio e progestogênio em proporção constante, administrada durante 20, 21 ou 22 dias consecutivos, seguido do intervalo em que ocorre a descamação do endométrio. <sup>119</sup> Sua eficácia é extremamente alta, situando-se em torno de 0,35% o risco de gravidez. O risco de falha, portanto, é baixo. Baixo também é o risco médico.

O *contraceptivo oral seqüencial* deve ser ingerido durante 14 a 16 dias e é feito de estrogênio. Após esse período, a mulher toma outro comprimido, agora composto também de progestogênio. "Este esquema submete a paciente a estrogênio-terapia isolada sem o antagonismo protetor do progestogênio, determinando, não raro, hiperplasia do endométrio"<sup>120</sup>, razão pela qual foi retirado do mercado.

Outro contraceptivo oral é o *progestogênio* que, ingerido diariamente em pequena dosagem, produz infertilidade, sem inibir consistentemente a ovulação.

A sua administração é ininterrupta, método extremamente vantajoso em se tratando de pacientes de condições socioculturais precárias, pois a maior causa de falha dos contraceptivos orais é a omissão da tomada de comprimidos, resultando em gravidez indesejada. Apesar do uso contínuo, o endométrio descama e ocorre sangramento em intervalos irregulares.<sup>121</sup>

A eficácia desse método é bastante alta, estando em torno de 2 a 4% a possibilidade de falha. O principal efeito colateral negativo é a irregularidade menstrual, a que se atribui o alto índice de abandono por suas usuárias.

A *utilização pós-coito* é outro método contraceptivo oral, que se faz pela administração em doses elevadas de estrogênio 24 a 72 horas após a relação sexual, administração essa que se prolonga por mais cinco dias e que parece ser efetiva para prevenir a gravidez.<sup>122</sup>

Mais de 50% das usuárias relatam efeitos colaterais como náuseas, vômitos, cefaléia, distúrbio menstrual e mastalgia. Além disso, a eficácia é moderada. Entretanto, é a

única alternativa hormonal esteróide para interferir em uma relação sexual não planejada, como, por exemplo, o estupro.

O sistema de *implante*, também conhecido como *norplant*, é um método contraceptivo hormonal para mulheres, de ação prolongada e altamente eficaz. A substância que o ativa é o progestágeno levonorgestrel, que atinge a corrente sanguínea através de seis pequenas cápsulas *Silastic* implantadas subdermicamente no braço da mulher mediante uma pequena intervenção cirúrgica.<sup>123</sup>

Uma vez implantadas, as cápsulas passam a liberar uma dose baixa e constante de levonorgestrel no sangue. Um jogo de cápsulas mantém seu efeito no mínimo durante cinco anos, baseando-se a ação contraceptiva em três mecanismos principais: inibição da ovulação ao redor dos 50% dos ciclos, espessamento do muco cervical e supressão do endométrio.<sup>124</sup>

Esse efeito pode ser obtido também sob a forma de braceletes, anéis vaginais ou dispositivo intra-uterino,<sup>125</sup> que possibilitam a absorção do esteróide por período de 6 a 12 meses.

Os implantes são dispositivos de fácil inserção e remoção, de grande vantagem por ser comparáveis à esterilização em termos de eficácia e ser possível interromper-lhes a ação hormonal no momento em que se desejar.

Implantado na Finlândia e na Suécia, o sistema, no Brasil, está em teste nos hospitais-escolas das Universidades Federais do Paraná, Rio de Janeiro e Maceió e na Universidade de Campinas.

A pesquisa no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná já tem mais de um ano e tem 300 mulheres por sujeitos.

Os *esteróides injetáveis* são injeções de progestogênio de ação prolongada, administradas em intervalos que variam de um a seis meses e de eficácia bastante alta, havendo apenas 0,35% de possibilidade de ocorrência de gravidez. É método aconselhável apenas para mulheres acima de 35 anos.

Finalmente, a *pílula mensal* encerra o elenco dos anticoncepcionais hormonais. Administrada em dia fixo, uma vez por mês, é constituída de dosagens de estrogênio e progestogênio. De alta eficácia, expõe a mulher a uma estimulação prolongada de estrogênio, o que limita a sua utilização.

#### 4.2.3.3 OS DISPOSITIVOS INTRA-UTERINOS

Feitos de liga metálica ou plástico inerte, os dispositivos intra-uterinos apresentam grande variedade de formas tamanhos e alta eficácia.

Os dispositivos abertos são os que não têm forma de anel, tais como a alça de Lippes, o Y de Soychet, a espiral de Margulies, o T de Tatum etc. Os fechados são os que têm forma de anel, como o de Hall, o Antigon, o de Birnberg e o de Ota.

Para aumentar a eficácia dos dispositivos intra-uterinos (DIUs), tem-se incorporado a eles cobre ou progesterona.

A primeira substância bioativa incorporada ao DIU foi o cobre. Dois modelos, o 7 e o T, são utilizados em vários

países com aprovação governamental. Mais recentemente, foram introduzidos também o ML 250 e o Nova-T.<sup>126</sup>

O mecanismo íntimo de ação dos dispositivos intra-uterinos permanece desconhecido: parece haver uma reação inflamatória a corpo estranho, com surgimento de leucócitos polimorfonucleares, macrófagos, células plasmáticas e monócitos, alterações morfológicas da superfície endometrial e outras imunológicas. Também ocorrem alterações de contralidade uterina, alterações enzimáticas, alterações hormonais e alterações no muco cervical, que dificultam a ascensão do espermatozóide.<sup>127</sup>

A eficácia é alta: após um ano de uso dos DIUs não medicados há uma incidência de 5 gravidezes por 100 mulheres e com o uso de DIUs medicados a incidência é de 0,5 a 3%.<sup>128</sup>

As complicações mais freqüentes são o excesso de sangramento menstrual e a tendência à aquisição de doença inflamatória pélvica.

Outra complicação é a perfuração uterina.

O tempo de uso do DIU é variável. De modo geral, os dispositivos intra-uterinos de plástico têm duração ilimitada e são trocados sem qualquer dificuldade. Os de cobre devem ser trocados a cada 4,5 anos e, anualmente, os de progesterona.

Após o uso do DIU, o retorno à fertilidade se restabelece imediatamente: após 12 meses, a incidência de concepção é de 97%.<sup>129</sup>

A *progesterona* também vem sendo testada. Administrados por via oral, os progestogênios alteram o endométrio, dificultando a nidificação. Por esse motivo, os pesquisadores admitem que essas substâncias podem ser liberadas no local em doses menores, donde a sua utilização através do DIU.

Na atualidade, acredita-se que a eficácia contraceptiva do DIU se deve a mudanças histológicas e bioquímicas produzidas no endométrio pela presença de corpo estranho. Este causaria migração de macrófagos e uma alteração bioquímica do fluído uterino, assim como de toda a fisiologia da cavidade uterina. Se a reação de corpo estranho é leve (dispositivo pequeno), pode ocorrer gravidez em casais mais férteis; por outro lado, se a reação é muito intensa, causando metrorragia, dor ou fluxo endometrial, pode provocar o abandono do método. SAGIROGLU demonstrou na secreção de mulheres portadoras de DIU, após o intercuro sexual, um número colossal de macrófagos fagocitando espermatozoides intatos — uma reação defensiva ativada pela presença do corpo estranho no útero. KAR demonstrou alterações das características e conteúdo do fluido cavitário uterino, em mulheres com DIU, que tornariam o meio hostil à sobrevivência do blastocisto ainda antes da implantação.<sup>130</sup>

#### 4.2.4 MÉTODOS CIRÚRGICOS

A esterilização cirúrgica do homem e da mulher constitui método simples, seguro e eficaz.

Entretanto a vasectomia, que é a esterilização masculina, não tem alcançado a merecida consideração. Por outro lado, a cirurgia ginecológica também tem sido bastante criticada.

Estima-se que, apesar de toda a controvérsia, 90 milhões de mulheres já se tenham submetido a esterilização voluntária.

No Brasil está aumentando o número de esterilizações tanto masculinas quanto femininas, sobretudo estas últimas, quando de parto por cesariana.

"Um atestado inequívoco desse fato é a incidência de partos cirúrgicos (40 a 60%) em alguns centros hospitalares. Tal indicação cirúrgica, provavelmente em pelo menos metade dos casos, se destina a efetuar a laqueadura tubária."<sup>131</sup>

#### 4.2.4.1 LAQUEADURA TUBÁRIA

Desde 1881, a laqueadura das trompas é feita segundo o mesmo princípio: ligam-se as tubas e com uma sutura simples do oviduto, o índice de recanalização e gravidez torna-se extremamente baixo.<sup>132</sup>

De lá para cá, entretanto, as técnicas de esterilização feminina têm-se diversificado bastante: em 1910, Max MADLENER desenvolveu técnica simples, envolvendo a elevação da porção média da tuba, criando uma alça, cuja base é, então, comprimida e ligada com material de sutura não absorvível.

A técnica de MADLENER resultou, na prática, em número considerável de falhas, possibilitando a recanalização e formação de fístulas tuboperitoneais.<sup>133</sup>

Outro procedimento é o de IRVING (1924), que inclui secção entre ligaduras duplas e o sepultamento de ambos os



cotos tubários seccionados, o mais distantemente possível um do outro.<sup>134</sup>

Na atualidade, porém, o procedimento cirúrgico mais difundido é o de POMEROY, que consiste em fazer uma alça na porção ampolar do oviduto e ligadura única com fio de material absorvível e ressecando-se a porção tubária alçada.<sup>135</sup>

A operação tanto pode ser executada por via abdominal quanto vaginal.

Técnica cirúrgica mais agressiva é a de UCHIDA, mais complexa que as demais e altamente efetiva. Seu procedimento é destrutivo, caracterizando-se por incisão de minilaparotomia, na qual a porção distal da tuba é extirpada.<sup>136</sup>

Além das técnicas cirúrgicas, há procedimentos endoscópicos de esterilização: é o que comumente se conhece como *laparoscopia*.

"Os procedimentos endoscópicos são de duas categorias: aqueles que empregam eletrocoagulação ou coagulação térmica e aqueles que ocluem a tuba mecanicamente, com um anel silástico ou com cliques de plástico ou metal."<sup>137</sup>

A maioria dos procedimentos endoscópicos são usados realizando laparoscópio de eletrocoagulação com alta frequência ou corrente bipolar, que descarrega a energia no local onde a tuba está presa pela pinça. A corrente flui através dos tecidos, saindo pelo eletrodo positivo, em contacto com outra parte do corpo da paciente. Já o método bipolar difere do sistema unipolar porque na pinça de eletrocoagulação existem tanto o eletrodo ativo como o de retorno da corrente. A corrente passa apenas pelo tecido preso entre os ramos da pinça. Ainda que a corrente seja de alta frequência, apenas interessa uma pequena região da tuba (1 a 2 mm).<sup>138</sup>

Os índices de gravidez são baixos e inversamente proporcionais à quantidade de tecido destruído: 0,35 em 1.000, na maior parte das vezes.

A *coagulação térmica* com baixa temperatura possibilita esterilização laparoscópica com uma destruição de tecido mínima, ou seja, mais ou menos 10 mm de oviduto, e com eficácia total: VALLE fez 165 esterilizações deste tipo, sem qualquer falha ou complicação durante um período de 4 anos de acompanhamento.<sup>139</sup>

Outra técnica é a aplicação de *anéis de silástico*, que destroem até 3 cm de oviduto por necrose asséptica. O índice de gravidez é de 6 em 1.000.

Os *clipes de mola*, aplicados na porção ístmica da tuba, permitem a destruição, por necrose, de 1 cm do oviduto. Sua eficácia é igual à dos anéis e à eletrocoagulação.

#### 4.2.4.2 VASECTOMIA

A vasectomia consiste na esterilização cirúrgica masculina, intervenção esta extremamente simples que dura de 10 a 15 minutos e resume-se numa pequena incisão no escroto e seccionamento do canal deferente, isto é, o tubo por onde os espermatozóides vão dos testículos até a uretra.

São várias as técnicas atuais usadas na vasectomia. Como não há estudos comparativos, não se sabe com certeza qual delas é mais eficaz ou se uma é mais segura que a outra. Com qualquer das técnicas, entretanto, as falhas e os efeitos colaterais sérios são muito raros.

"A vasectomia é um dos métodos anticoncepcionais mais eficazes, apresentando taxas de gravidez semelhantes àsquelas da esterilização feminina e inferiores àsquelas dos métodos reversíveis. Estudos amplos revelaram taxas de falha que variavam de 0 a 2,2% e a maioria dos estudos revelaram taxas inferiores a 1,0%." <sup>140</sup>

A falha da vasectomia deve-se em geral ao coito desprotegido, isto é, antes que o trato reprodutivo esteja livre de espermatozóides; à recanalização espontânea do deferente; à secção e oclusão de estrutura errônea, durante a cirurgia e, mais raramente, à duplicidade congênita do deferente, que não é percebida durante a cirurgia.

Exposta a maioria dos métodos contraceptivos mais conhecidos, convém ressaltar que a literatura científica demonstra haver um conhecimento generalizado, entre mulheres de todas as idades, sobre a eficácia da pílula anticoncepcional, mas não sobre seu mecanismo, fato esse que, via de regra, é corrente também quanto aos outros métodos anticoncepcionais.

O desconhecimento sobre os mecanismos da reprodução é bastante acentuado, sobretudo entre mulheres adultas de baixa classe social e parca escolaridade. O mesmo se observa entre adolescentes de todas as classes sociais.

Como a maior parte de nossa amostra é constituída de adolescentes, imperativo se torna analisar a adolescência sob o ponto de vista da sexualidade e da reprodução.

## CAPÍTULO 5

### FERTILIDADE NA ADOLESCÊNCIA

#### 5.1 ASPECTOS BÁSICOS

Não apenas categorias e grupos profissionais isolados vinculados à saúde e ao comportamento humano têm atualmente se interessado pela investigação científica da adolescência, mas também governos e organismos internacionais, evidentemente preocupados com o agravamento das questões sociais, entre outros motivos provocadas, na atualidade, pelo exercício da sexualidade juvenil, como a alta do índice de gestações em idade precoce, a crescente incidência de mães adolescentes solteiras e o constante aumento do número de abortos provocados, em todos os países.

A própria Organização Mundial de Saúde reconheceu a importância dos estudos sobre a adolescência no desenvolvimento global das nações, ao estabelecer, em 1974, a necessidade de se aprofundar o diagnóstico da situação e de elaborar planos intersetoriais de promoção e proteção dessa faixa etária.<sup>141</sup>

Nessa oportunidade, a Organização Mundial de Saúde definiu a adolescência como o período da vida em que o indivíduo passa do aparecimento das características sexuais à ma-

turidade sexual. Nessa etapa, os padrões psicológicos e a identificação do indivíduo evoluem da fase infantil para a fase adulta e ocorre a transição do estado de total dependência socioeconômica para o de relativa independência.

"Esta conceituação deixa suficientemente claro que não se podem impor limites de idade específicos à adolescência e que este termo corresponde a uma classificação social que varia tanto na sua composição como em suas implicações."<sup>142</sup>

É uma fase de múltiplos temores e incertezas.

Deslumbrado com a própria identidade, da qual adquiriu, agora, plena consciência, o adolescente luta com paixão pela autonomia pessoal. Ele já não quer e não pode mais ser o menininho ou a bonequinha da casa, origem, centro e fim de toda a vida familiar. Agora, ele aspira ser apenas *uma* das partes da família, separado, independente, responsável e dono único da própria vida.<sup>143</sup>

A partir dessa nova dimensão que dá à sua existência, o adolescente de hoje, menos reprimido sexualmente, mais permissivo, dadas as facilidades de contato sexual causadas pelo crescente processo de urbanização e a liberação dos costumes, porém não melhor informado sobre as questões sexuais nas quais está profundamente mergulhado, quer-se livre no domínio de sua sexualidade. Entretanto, dadas as suas ainda presentes carências de ordem física, psicológica e sócio-econômica, não pode nem tem como assumir as conseqüências de sua capacidade sexual e reprodutiva.

Uma delas é a gravidez precoce, progressiva ano a ano em todas as partes do mundo.

A literatura científica mostra inclusive um considerável aumento na proporção de partos entre adolescentes. Clough, em 1958, citado por VALENTE, referiu-se a um aumento de 45,7% na incidência de partos precoces nos Estados Unidos. Na França, em 1966, Brochler e Rascle, também citados por VALENTE, ressaltaram que não só a média de idade do casamento caíra de modo significativo, mas também cada vez mais era maior o número de primigestas adolescentes solteiras.<sup>144</sup>

No Brasil, SILVA relatou que, entre 1977 e 1978, 22,9% dos partos ocorridos na Maternidade da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas foram de mulheres com menos de 20 anos de idade.

As conseqüências da gravidez e da maternidade nesse período de vida não são apenas de ordem biológica, mas também sanitárias, sociais e demográficas. O problema mais importante da maternidade precoce é apresentar maior morbiletalidade materno-infantil que em idade mais elevada. Outra conseqüência de importância social é o aumento demográfico que provoca, uma vez que abrevia o intervalo entre as gerações e determina maior fertilidade cumulativa. Também como resultado da maternidade precoce, a jovem tem restringidas suas opções educacionais e profissionais, contribuindo para a manutenção de um estado socioeconômico carente.<sup>145</sup>

Um índice de 78% de solteiras foi encontrado por VALENTE et alii entre 620 adolescentes primigestas de Vila Nova Cachoeirinha, em São Paulo.<sup>146</sup>

A questão torna-se preocupante, dada a ocorrência de maternidade precoce em segmentos sociais menos favorecidos. O despreparo, a ignorância e o baixo nível sócio-econômico são

características comumente encontradas nessa clientela pelos pesquisadores.

Além disso, as solteiras têm seu estado de gravidez exposto à crítica social, o que, não raro, leva-a ou a um casamento prematuro e indesejável ou ao aborto provocado.

A propósito, SILVA relata que, em pesquisa realizada com 122 adolescentes menores de 18 anos, que davam à luz pela primeira vez, na maternidade da Universidade de Campinas, constatou-se que 45,9% delas não desejaram sua gravidez e número significativo resistia à aceitação do filho.<sup>147</sup>

A mesma pesquisa revelou que 26,4% das crianças abandonadas naquele hospital eram filhas de mães adolescentes.

ROA et alii destacaram, em 1970, a incapacidade da mãe adolescente na formação de uma vida familiar estável. "A mãe precoce está mal preparada para enfrentar a vida familiar e, em particular, as responsabilidades da maternidade; associa-se a isso o fato de ser solteira e a possibilidade de continuar gerando filhos ilegítimos, criando uma situação econômica de dependência."<sup>148</sup>

Do ponto de vista educacional, estas mães não completam sua educação, uma vez que nenhum estabelecimento de ensino aceita uma escolar grávida. Como conseqüência, vêm diminuídas as suas chances no campo profissional, não conseguindo manter-se por si mesma, o que constitui uma autoderrota para estas adolescentes. Do ponto de vista emocional, há problemas psicológicos com possibilidade de aparecimento de fenômenos neuro-psiquiátricos, sobretudo se não houver pessoas interessadas e com sensibilidade para a solução dos problemas. O fator mais importante para se determinar o efeito psicológico da gravidez sobre a adolescente é a reação da família e a fal-

ta de aceitação social da gravidez extramarital, com todos os temores e angústias que ela implica.<sup>149</sup>

Nesse contexto, a puerperalidade precoce constitui uma crise de proporções realmente dramáticas. Nem por isso, porém, a tendência das instituições sociais deixa de ser a de manter a questão velada, quase totalmente ignorada.

Não obstante, cientistas de todo o mundo vêm insistentemente sugerindo a criação de serviços de assistência à mãe adolescente. CASTELLANOS et alii, por exemplo, apresenta inúmeras razões sociais e educacionais para isso. Entre as primeiras estão as possíveis influências da imaturidade sobre a gravidez, com o surgimento de patologias específicas e sobre o parto, com possíveis alterações de seus mecanismos.<sup>150</sup> Entre as segundas, são arroladas as circunstâncias que podem proceder ou acompanhar essas gestações em adolescentes: estupro, incesto, ilegitimidade, abandono, inexperiência e ignorância, entre outras.

SUÁREZ et alii analisaram 400 mães até 19 anos de idade em 1970, ressaltando a necessidade imperiosa de se incrementar a assistência pré-natal, dados os altos índices por eles encontrados no que se refere à prematuridade, mortalidade perinatal e morbidade fetal. Sugeriram, em decorrência, que o serviço obstétrico deve alcançar maior projeção nos grupos da comunidade à qual serve, através da organização de equipes capacitadas a desenvolver com correção programas de educação sexual.<sup>151</sup>



No Brasil, VALENTE et alii enfatizaram, em 1977, a necessidade de se ativar a atenção pré-natal, sugerindo inclusive a ampliação da abrangência dos serviços obstétricos para além do hospital e particularizando sua ação sobretudo à adolescência de forma multidisciplinar, educativa e preventiva.<sup>152</sup>

Afora esses aspectos, BATTAGLIA et alii afirmam que a gravidez precoce constitui problema não só do ponto de vista obstétrico, mas também do ponto de vista pediátrico. Crianças de mães adolescentes apresentam alta incidência de prematuridade e baixo peso ao nascer e índices de mortalidade mais elevados que os filhos de mães pertencentes a grupos etários acima de 20 anos.<sup>153</sup>

Esse pessimismo é encontrado na maior parte da literatura científica. MARCHETTI e MENAKER, de 1950 a 1954, ISRAEL e WOUTERZ, em 1963, HASSAN e FALLS, em 1964, OBENG, em 1969, e SARREL, no mesmo ano, citam maior necessidade de intervenção médica no desenvolvimento de gestações precoces e maior incidência de toxemia, prematuridade, trabalho de parto prolongado, moléstias venéreas, distocia funcional, apresentação anômala, sofrimento fetal, desproporção céfalo-pélvica, hemorragias pós-parto, lacerações cervicais, malformações congênitas, problemas nutricionais e hiperemese gravídica.<sup>154</sup>

ROA et alii, ao apresentar em 1970, suas conclusões a respeito de um grupo de 1.126 primigestas até 16 anos, mostraram que essas pacientes constituem entidade obstétrica específica, dados os problemas materno-fetais apresentados. Geralmente, têm condições sócio-econômicas baixas e não têm

pré-natal ideal ou adequado. Ocorre, ainda, alta incidência de toxemia, prematuridade, amniorrexe prematura e mortalidade fetal. Há baixa incidência de abortamento, hemorragias de terceiro trimestre, distocias ósseas, gemelaridade, complicações de trabalho de parto, hemorragias pós-parto, mortalidade materna e malformações.<sup>155</sup>

PUFFER e SERRANO encontraram maior associação entre mortalidade e idade da mãe, no caso de gestantes adolescentes do que no caso de mulheres com mais idade.<sup>156</sup>

Em Ribeirão Preto, São Paulo, a mortalidade neonatal tardia das mães adolescentes foi de 36,2% contra 28,2% das não adolescentes. No Estado todo, a percentagem foi de 52,3% para 33,7%.<sup>157</sup>

Certamente um quadro tão dramático e de tão graves conseqüências sociais está a exigir das autoridades públicas — sobretudo as educacionais — cuidados urgentes e programas imediatos.

Preparar a adolescência para o exercício sadio de sua sexualidade e informá-la adequadamente sobre os mecanismos da contracepção parecem-nos as duas medidas nucleares mais imediatas da questão.

## 5.2 CONTROLE DA FECUNDIDADE

O aumento da vida sexual na adolescência constitui fenômeno mundial. Na gênese do fato estão, entre outros fatores, a cultura urbanizada, que vem reduzindo cada vez mais

as restrições sociais da moral tradicional, a idade cada vez mais tardia em que os casamentos estão ocorrendo, o surgimento cada vez mais precoce da menarca e, finalmente, a facilidade de aquisição, sem prescrição, das pílulas anti-concepcionais.

O erotismo, como uma avalanche, invadiu o cinema, a imprensa, o teatro e, principalmente, a publicidade. Para vender mais, desde cigarros até automóveis, tornou-se imprescindível fazer um apelo à sexualidade. Os padrões morais sofreram quase total inversão, sendo comum, nos grandes centros, que as raras mulheres ainda virgens após a adolescência envergonhem-se desse "status". Os métodos anticoncepcionais, mormente a pílula, contribuíram para uma mais ampla e mais precocemente conquistada liberdade sexual.<sup>158</sup>

Entretanto, sem qualquer orientação a respeito de sua sexualidade, os adolescentes estão completamente vulneráveis a gravidezes indesejadas e que sequer podem assumir.

Enquanto LOPES e MELO relatam que das adolescentes grávidas que pretendem aborto, quase 100% desconhecem ou não se utilizam de métodos anticoncepcionais.<sup>159</sup> SILVA afirma ter constatado que, entre puérperas adolescentes de Campinas, 92,7% conheciam pelo menos um método anticoncepcional, mas só 11,5% já haviam feito uso de contraceptivos.<sup>160</sup>

Freqüentemente se argumenta que os métodos anticoncepcionais devem, por estimular a prática sexual livre entre os adolescentes, ser proibidos ou evitados.

Sabe-se, porém, que a despeito da ignorância dos adolescentes sobre os contraceptivos e da sua falta de uso, gravidezes ocorrem nessa faixa etária em índices cada vez mais altos.

A ausência, portanto, da contracepção não é fator de contenção da atividade sexual juvenil. A manutenção dessa falta de informação não é, nessa instância, meio eficaz de redução da vida sexual dos adolescentes.

"A ignorância da fisiologia da reprodução e das conseqüências das relações sexuais por parte de muitas adolescentes e o fato de que a contracepção continua sendo uma fonte de dificuldade para elas parecem constituir alguns dos principais obstáculos que se opõem ao uso mais adequado da contracepção neste grupo etário." <sup>161</sup>

Os jovens não discutem facilmente a questão com seus pais e muitas vezes estes não têm preparo suficiente para abordar o tema com seus filhos. O temor de que os pais, parentes e amigos, adultos e adolescentes, se inteirem de sua vida sexual contribui para aumentar a resistência das adolescentes a falar de seu comportamento sexual, sobre reprodução e contraceptivos. Fora do meio familiar existem poucos serviços disponíveis para brindar informação e orientar as adolescentes quanto à sua sexualidade e a anticoncepção. Na maioria dos países, os serviços de planificação familiar geralmente revelam-se inúteis para as adolescentes. A maior parte dos programas concentra-se na cobertura de casais mais idosos e com muitos filhos. É conhecido o fato de que em muitos programas, casais de adolescentes que pretendem recorrer à contracepção para planejar a família são mandados de volta para que, após dois ou mais filhos, possam usufruir dos serviços que procuram. <sup>162</sup>

Da parte dos médicos também ocorre certa relutância em receitar anticoncepcionais para menores e sobretudo para as solteiras, face a motivos de natureza legal e ética. <sup>163</sup>

### 5.3 CONTRACEPÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

LOPES e MELO, como de resto a maioria dos médicos e pesquisadores, não acreditam haver contraceptivo ideal para a adolescência.

Segundo eles, importa considerar cada caso individual e sob parâmetros tais como paridade, tipo menstrual, número de relações sexuais e de parceiros e presença de doença sistêmica.<sup>164</sup>

RAUH, JOHNSON e BURKET consideram que, apesar do acesso, hoje, relativamente fácil aos métodos de regulação da fertilidade, não são eles bastante seguros e eficientes, sobretudo para uso entre adolescentes.<sup>165</sup>

Não se pode esperar, por exemplo, que a *continência periódica*, através do respeito à tabela biológica dos dias férteis e inférteis, medição da temperatura basal ou reconhecimento da presença de muco-vaginal, tenha qualquer sucesso entre os adolescentes. Qualquer método que exija cuidados de controle permanente não encontra nessa faixa etária qualquer receptividade, não só porque a adolescente não tem ainda qualquer disciplina interior, mas falta-lhe motivação. A irregularidade dos ciclos e a frequência das relações sexuais também contribuem para isso.

Pela mesma ausência de disciplina, o coito interrompido é raramente registrado entre os adolescentes.

Dos métodos de barreira, como os espermaticidas, o diafragma e os preservativos, parece pertinente que o uso do condom seja estimulado entre os adolescentes, uma vez que

seus contatos sexuais são esporádicos e descontínuos, e possivelmente isto lhes permitiria sentir, sobretudo entre os rapazes, maior responsabilidade pela preservação da saúde e face à reprodução.

O uso de dispositivos intra-uterinos entre as mocinhas é desaconselhado pela maioria dos estudiosos, pois considera-se alta a possibilidade de que processos infecciosos possam comprometer a sua fertilidade.<sup>166</sup>

BEARD, citado por LOPES e MELO, consideram que não são os riscos de infecção são altos nessa idade, mas também é grande a probabilidade de gestação ectópica, com conseqüente redução de fertilidade.<sup>167</sup>

Na prática, "pílula" é, entre os adolescentes, sinônimo da contracepção e parece ser esse o método contraceptivo mais difundido e utilizado nessa idade.

"Entretanto, não é tão grande o número de usuárias neste grupo etário e altas taxas de falhas do método são apontadas na literatura. Muitas jovens têm intercurso esporadicamente, dando grande ênfase à espontaneidade do relacionamento sexual e por este motivo abandonam o método em pouco tempo de uso."<sup>168</sup>

BURKET e BROOKMAN recomendam que a adolescência não se utilize de contraceptivos orais, antes que seus ciclos menstruais apresentem padrão regular durante pelo menos dois anos, pois contra-indica esse uso o fato de as mocinhas não terem, ao início da adolescência, o eixo hipotálamo-hipofisário suficientemente amadurecido.<sup>169</sup>

Ramos, citado por LOPES e MELO, alerta para o fato de que a prescrição de contraceptivo oral, nessa idade, tende a prolongar a imaturidade do eixo hipotálamo-hipófise-ovário.<sup>170</sup>

Entretanto, se necessário,

as pílulas contendo progestógenos somente (minipílulas), apesar de menos eficientes que as preparações combinadas (porque inibem a ovulação em apenas alguns ciclos), poderiam ser uma alternativa atraente para aquelas pacientes que fossem intolerantes aos efeitos estrogênicos. Outra vantagem é que elas poderiam ser tomadas diariamente sem necessidade de interrupção, o que simplificaria o entendimento de utilização. Entretanto, sangramentos impresivíveis fazem este método pouco popular entre as adolescentes.<sup>171</sup>

Face ao exposto, avulta a impossibilidade de, em sã consciência, recomendar às adolescentes o uso de, entre os métodos contraceptivos mais eficazes, qualquer um deles. Assim, mais imperiosa ainda se torna a necessidade de ação imediata da Educação.

Promover programas educativos que alertem o adolescente para a urgência de viver com inteireza a sua sexualidade, inclusive para que ele próprio incremente a sua qualidade de vida, é, nessa instância, uma das tarefas mais difíceis e mais urgentes apresentadas aos sistemas de Educação e Saúde do País.

Urge, portanto, um trabalho integrado e imediato.

## CAPÍTULO 6

### METODOLOGIA DO ESTUDO

#### 6.1 INTRODUÇÃO

Procura-se descrever a metodologia que foi utilizada para que os objetivos propostos no início deste trabalho sejam atingidos.

Foram coletados dados bio-sócio-econômicos básicos, relacionados ao planejamento familiar e à última gravidez, em 100 clientes gestantes de dois serviços de Curitiba, sendo dividida a amostra em 50 clientes no Centro de Saúde Metropolitano e 50 no Hospital de Clínicas.

#### 6.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população desta pesquisa constitui-se de clientes que procuraram espontaneamente serviços de pré-natal em Curitiba, durante o mês de setembro de 1985.

Foram escolhidas duas instituições de saúde, conforme sua finalidade em (1) Hospital Universitário e (2) Instituição de Saúde não Hospitalar, segundo os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Estas instituições foram selecionadas por atender grande número de clientes e com as características a que este estudo se propõe.

A amostra foi obtida durante duas semanas, em cada serviço. Na ocasião da coleta, o pesquisador chegava ao ser-



viço, e à medida que as gestantes iam chegando para consulta elas eram entrevistadas, até atingir-se a amostra desejada, que era de 50 mulheres em cada serviço de pré-natal.

Esse número corresponde a 20% de clientes atendidas mensalmente nos serviços referidos.

### 6.3 INSTRUMENTO UTILIZADO

Os dados foram coletados por meio de um formulário preenchido durante a entrevista (em anexo).

Os conteúdos relativos aos itens foram selecionados a partir de uma revisão bibliográfica e referem-se, principalmente, a livros, periódicos, documentos e teses relacionados a planejamento familiar.

O formulário contém os seguintes itens:

1ª parte - Os itens referem-se aos dados bio-sócio-econômicos básicos da clientela. Para realizar esta caracterização, procurou-se levantar dados sobre as características pessoais, como: idade, escolaridade, religião, estado civil, atividade profissional e renda familiar; dados biológicos, como: idade da menarca, idade de início da atividade sexual e atividade sexual no momento, número de filhos que considera ideal na família, número de filhos que tem atualmente, idade que considera ideal para o casamento, gravidez e o que levou em consideração para ter o número de filhos que tem atualmente.

2ª parte - Refere-se a dados relacionados ao planejamento familiar. Procurou-se levantar dados sobre o conceito, opinião e importância do planejamento familiar; opinião, importância, conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais. Ainda sobre a fonte de informação sobre métodos anticoncepcionais, quem deve escolher o método a ser utilizado e conhecimento de efeitos colaterais do uso de métodos anticoncepcionais.

3ª parte - Refere-se a dados relacionados ao abortamento. Procurou-se levantar dados sobre a ocorrência, causa, tipo de abortamento, como enfrentar tal fato, em que casos acha que o aborto deve ser feito e ainda a quem cabe a decisão de fazer um abortamento.

4ª parte - Refere-se a dados relacionados à última gestação. Procurou-se pesquisar sobre a opinião das clientes quanto ao desejo da última gravidez e o que pensa em utilizar após o parto para evitar nova gravidez.

#### 6.4 VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO E ESTUDO PILOTO

A elaboração do instrumento foi resultado de um trabalho baseado em leituras e discussões, na tentativa de torná-lo o mais completo possível.

Foram realizadas duas pré-testagens antecedendo a aplicação definitiva com populações diferentes.

O primeiro pré-teste, em forma de questionário, foi aplicado entre dez universitárias da área de ciências da saú-

de e ciências humanas. Como a população testada deixou de preencher grande parte do questionário, por se tratar de questões muito particulares e íntimas, ficou o instrumento prejudicado e foi considerada inviável a sua aplicação com esta população.

Os questionários eram acompanhados de uma orientação de preenchimento, assim como de uma solicitação para que as respostas fossem completamente verdadeiras e sem constrangimento, uma vez que a tabulação dos dados não daria margem a identificação.

Como não se conseguiu a colaboração esperada das universitárias pré-testadas em relação aos objetivos do instrumento, foi alterada a população, de universitárias para gestantes que procuram o serviço de pré-natal espontaneamente. O instrumento com esta clientela foi preenchido por meio de entrevista. Esta clientela correspondeu às expectativas do trabalho.

O instrumento final foi elaborado selecionando-se os itens a partir dos pré-testes, sendo submetido à técnica de julgamento de especialistas. Neste caso, os especialistas foram dois enfermeiros, um docente e um assistencial, e ainda um médico especialista docente também da universidade.

As sugestões resultantes serviram para reformular alguns itens do formulário referente a dados bio-sócio-econômicos, planejamento familiar, abortamento e última gestação.

## 6.5 A COLETA DE DADOS

Para a execução da entrevista contou-se com a colaboração de estudantes previamente orientados, para que a uniformidade dos resultados fosse assegurada.

Das clientes entrevistadas, apenas duas não concordaram em terminar a entrevista. Por terem ficado incompletas, essas duas entrevistas foram excluídas da computação geral.

## 6.6 TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Os dados da amostra foram processados através da utilização de tabelas de frequência de duas e mais entradas, calculadas as devidas porcentagens e feita representação gráfica das variáveis mais significativas evidenciadas na pesquisa.

## CAPÍTULO 7

### ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

A análise e interpretação dos dados obtidos foi efetuada através da descrição dos itens que constam no formulário aplicado, durante a entrevista, às clientes que frequentam serviço de pré-natal no Centro de Saúde Metropolitano e Hòspital de Clínicas.

Para facilitar a compreensão, os dados estão apresentados de forma simples e agrupados, obedecendo à seguinte seqüência:

- 7.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA;
- 7.2 DADOS RELACIONADOS AO PLANEJAMENTO FAMILIAR;
- 7.3 DADOS RELACIONADOS AOS MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS;
- 7.4 DADOS RELACIONADOS A GESTAÇÕES TERMINADAS EM ABORTAMENTOS;
- 7.5 DADOS RELACIONADOS À ÚLTIMA GESTAÇÃO.

## 7.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

### 7.1.1 IDADE

TABELA 1. DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR IDADE.

IDADE (anos)	FREQÜÊNCIA			
	CSM	%	HC	%
Até 15	1	2,0	1	2,0
16-20	22	44,0	8	16,0
21-25	15	30,0	19	38,0
26-30	8	16,0	9	18,0
31-35	2	4,0	7	14,0
36-40	2	4,0	6	12,0
TOTAL	50	100,0	50	100,0

FONTE: Pesquisadora.

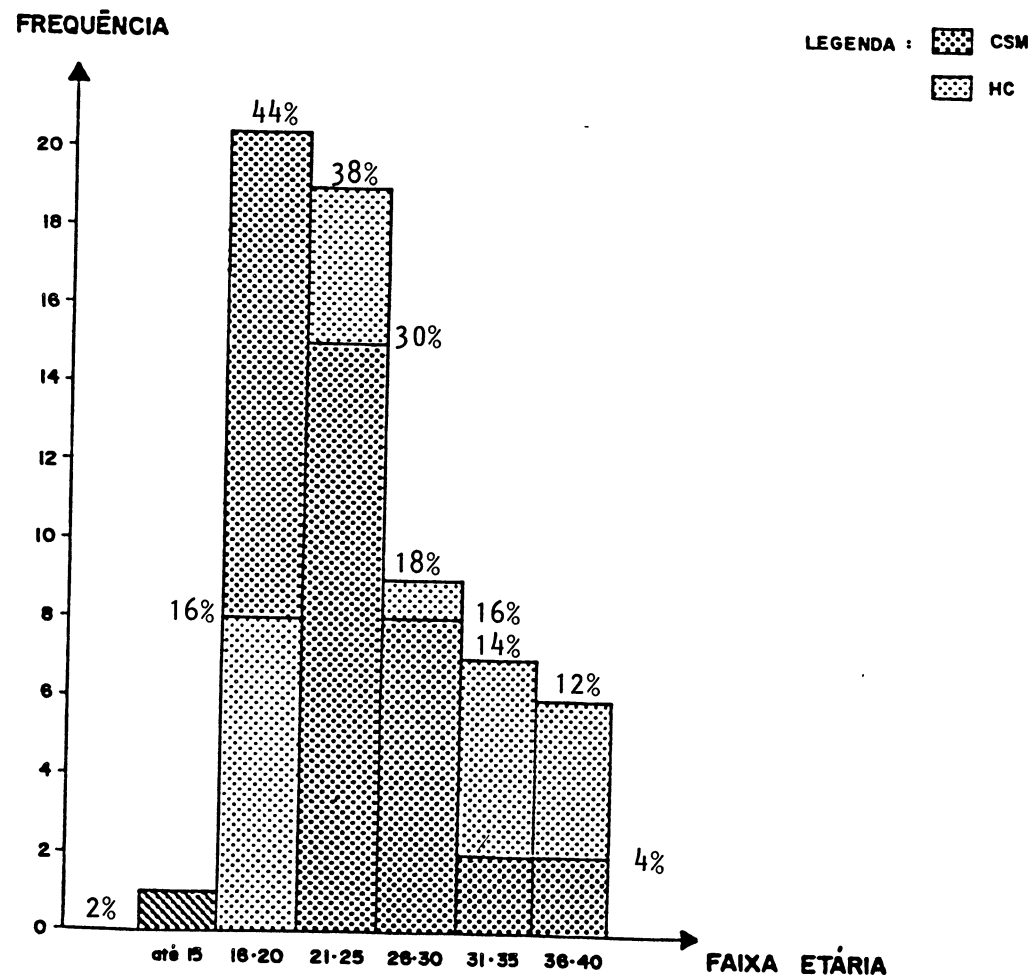
Verifica-se na Tabela 1 que 22 (44%) das clientes que freqüentam serviço de pré-natal no Centro de Saúde Metropolitano estão na faixa etária de 16-20 anos e que 19 (38%) das clientes que freqüentam serviço de pré-natal no Hospital de Clínicas encontram-se na faixa etária de 21-25 anos.

Observa-se que há predominância de clientes mais jovens no serviço de pré-natal do CSM, não sendo identificado o porquê desta opção, uma vez que ambos os serviços oferecem as mesmas condições de atendimento. Destaca-se, portanto, o fato de o CSM ser mais central do que o HC.

Os dados evidenciados na Tabela 1 demonstram ser a clientela dos referidos serviços composta de mulheres em idade reprodutiva, enfatizando, assim, a importância da orientação sobre planejamento familiar.

O Gráfico 1 ilustra os dados obtidos.

GRÁFICO 01 - DISTRIBUIÇÃO SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA



FONTE: Pesquisadora.

## 7.1.2 ESCOLARIDADE

TABELA 2. DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA DE ACORDO COM A ESCOLARIDADE.

ESCOLARIDADE	FREQUÊNCIA			
	CSM	%	HC	%
Analfabeta	4	8,0	3	6,0
Primário incompleto	21	42,0	32	64,0
Primário completo	12	24,0	4	8,0
Ginásio incompleto	9	18,0	7	14,0
Ginásio completo	4	8,0	2	4,0
Outra	-	-	2	4,0
TOTAL	50	100,0	50	100,0

FONTE: Pesquisadora.

Evidencia-se na Tabela 2, quanto ao nível de instrução das clientes em estudo, que 21 (42%) do CSM estão na faixa de primário incompleto e 32 (64%) das clientes que frequentam o pré-natal do Hospital de Clínicas encontram-se na mesma faixa de escolaridade.

Em ambos os serviços destaca-se um índice considerável de analfabetas, sendo 4 (8%) das clientes do CSM e 3 (6%) das clientes do HC.

Observa-se que há um predomínio de clientes sem, ou com baixa escolaridade, fator este que talvez prejudique o entendimento, a finalidade e a importância de serviços onde são prestadas orientações a respeito de planejamento familiar.



A Tabela 3, bem como o Gráfico 2, reforçam os dados da tabela anterior, destacando que 8 (32%) das clientes que freqüentam pré-natal no CSM e 12 (34,3%) das clientes que freqüentam pré-natal no HC encontram-se na faixa etária de 21-25 anos; têm baixa escolaridade (primário incompleto) e algumas não têm escolaridade.

Encontram-se neste mesmo nível de instrução 8 (32%) das clientes que freqüentam pré-natal no CSM e 4 (11,4%) das clientes que freqüentam pré-natal no HC, estando as mesmas na faixa etária de 16-20 anos.

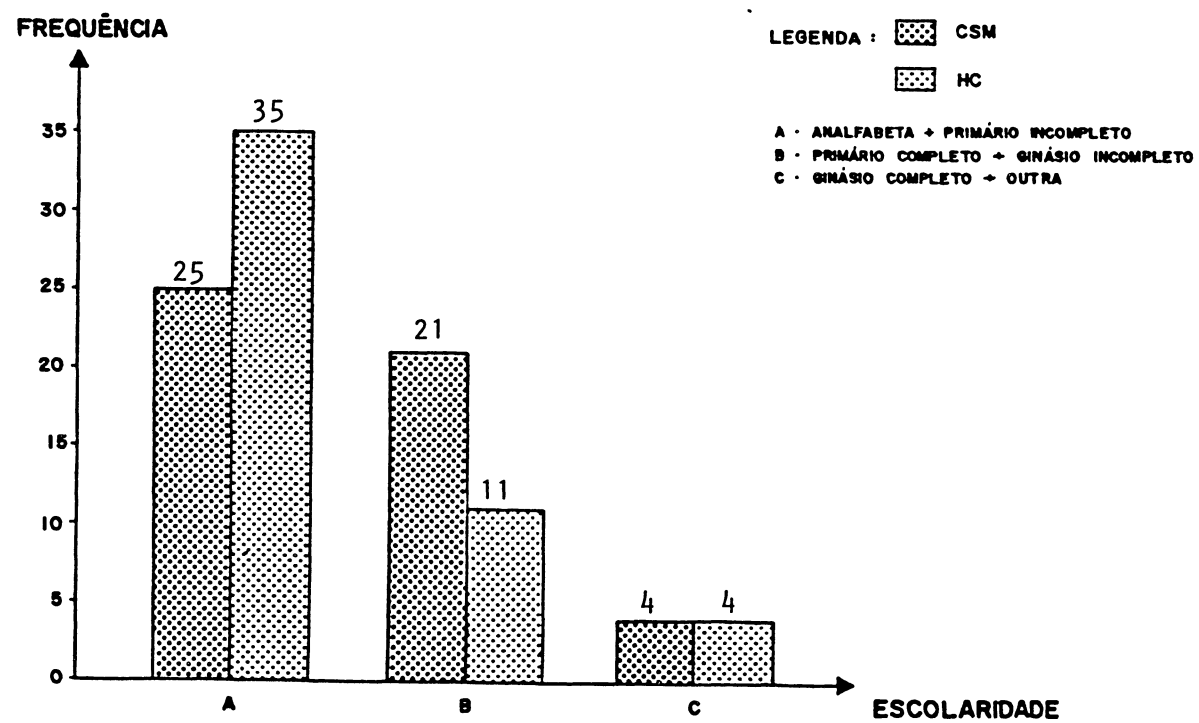
**TABELA 03 – FAIXA ETÁRIA DE ACORDO COM A ESCOLARIDADE**

FAIXA ETÁRIA	ESCOLARIDADE																		TOTAL			
	A						B						C						CSM	%	HC	%
	CSM	%	% S/T	HC	%	%S/T	CSM	%	%S/T	HC	%	% S/T	CSM	%	% S/T	HC	%	%S/T				
Até 15 anos	01	4,0	2,0	01	2,9	2,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	2,0	01	2,0
16 – 20	08	32,0	16,0	04	11,4	8,0	11	52,4	22,0	04	36,4	8,0	03	75,0	6,0	-	-	-	22	44,0	08	16,0
21 – 25	08	32,0	16,0	12	34,3	24,0	06	28,5	12,0	04	36,4	8,0	01	25,0	2,0	03	75,0	6,0	15	30,0	19	38,0
26 – 30	06	24,0	12,0	07	20,0	14,0	02	9,5	4,0	01	9,1	2,0	-	-	-	01	25,0	2,0	08	16,0	09	18,0
31 – 35	01	4,0	2,0	06	17,1	12,0	01	4,8	2,0	01	9,1	2,0	-	-	-	-	-	-	02	4,0	07	14,0
36 – 40	01	4,0	2,0	05	14,3	10,0	01	4,8	2,0	01	9,0	2,0	-	-	-	-	-	-	02	4,0	06	12,0
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>	<b>21</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>	<b>04</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>	<b>04</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

FONTE: Pesquisadora.

ESCOLARIDADE: A – Analfabeta + Primário incompleto  
 B – Primário completo + Ginásio incompleto  
 C – Ginásio completo + Outra.

**GRÁFICO 02 - FAIXA ETÁRIA DE ACORDO COM A ESCOLARIDADE**



FONTE: Pesquisadora.

## 7.1.3 RELIGIÃO

TABELA 4. DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO A RELIGIÃO.

RELIGIÃO	FREQUÊNCIA			
	CSM	%	HC	%
Católica	41	82,0	39	78,0
Protestante	4	8,0	8	16,0
Adventista	-	-	-	-
Espírita	1	2,0	-	-
Evangélica	1	2,0	2	4,0
Sem religião	2	4,0	-	-
Outra	1	2,0	1	2,0
TOTAL	50	100,0	50	100,0

FONTE: Pesquisadora.

A Tabela 4 ressalta que 41 (82%) das clientes que freqüentam pré-natal do Centro de Saúde Metropolitano e 39 (78%) das clientes que freqüentam serviço de pré-natal do Hospital de Clínicas, são católicas.

Quanto às outras religiões, freqüência ainda significativa fica com a religião protestante, sendo 4 (8%) das clientes que freqüentam pré-natal do CSM e 8 (16%) das clientes que freqüentam pré-natal do HC.

As demais clientes do estudo pertencem às categorias espírita, evangélica, sem religião e outras.

Destaca-se nesta tabela que a maioria das clientes é católica, e, segundo a literatura existente sobre o assunto, verifica-se que a Igreja Católica combate quaisquer métodos anticoncepcionais que não sejam os naturais, fato este comentado por MEIRA.<sup>172</sup>

## 7.1.4 PRÁTICA DA RELIGIÃO

TABELA 5. DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO A PRÁTICA DA RELIGIÃO.

PRÁTICA DA RELIGIÃO	FREQÜÊNCIA			
	CSM	%	HC	%
Pratica e segue as normas	12	24,0	25	50,0
Pratica e não segue as normas	16	32,0	17	34,0
Não pratica	21	42,0	8	16,0
Outra situação	1	2,0	-	-
TOTAL	50	100,0	50	100,0

FONTE: Pesquisadora.

A Tabela 5 indica que 25 (50%) das clientes que freqüentam o pré-natal do Hospital de Clínicas são praticantes e seguem as normas preconizadas pela sua religião, e que 21 (42%) das clientes que freqüentam o pré-natal do Centro de Saúde Metropolitano não são praticantes.

Vale destacar que 17 (34%) das clientes que freqüentam pré-natal do Hospital de Clínicas e 16 (32%) das clientes que freqüentam pré-natal no Centro de Saúde Metropolitano afirmam ser praticantes e não seguem as normas estabelecidas pela religião.

## 7.1.5 ESTADO CIVIL

TABELA 6. DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DE ACORDO COM O ESTADO CIVIL.

ESTADO CIVIL	FREQUÊNCIA			
	CSM	%	HC	%
Solteira	7	14,0	9	18,0
Casada	21	42,0	27	54,0
União consensual	22	44,0	14	28,0
TOTAL	50	100,0	50	100,0

FONTE: Pesquisadora.

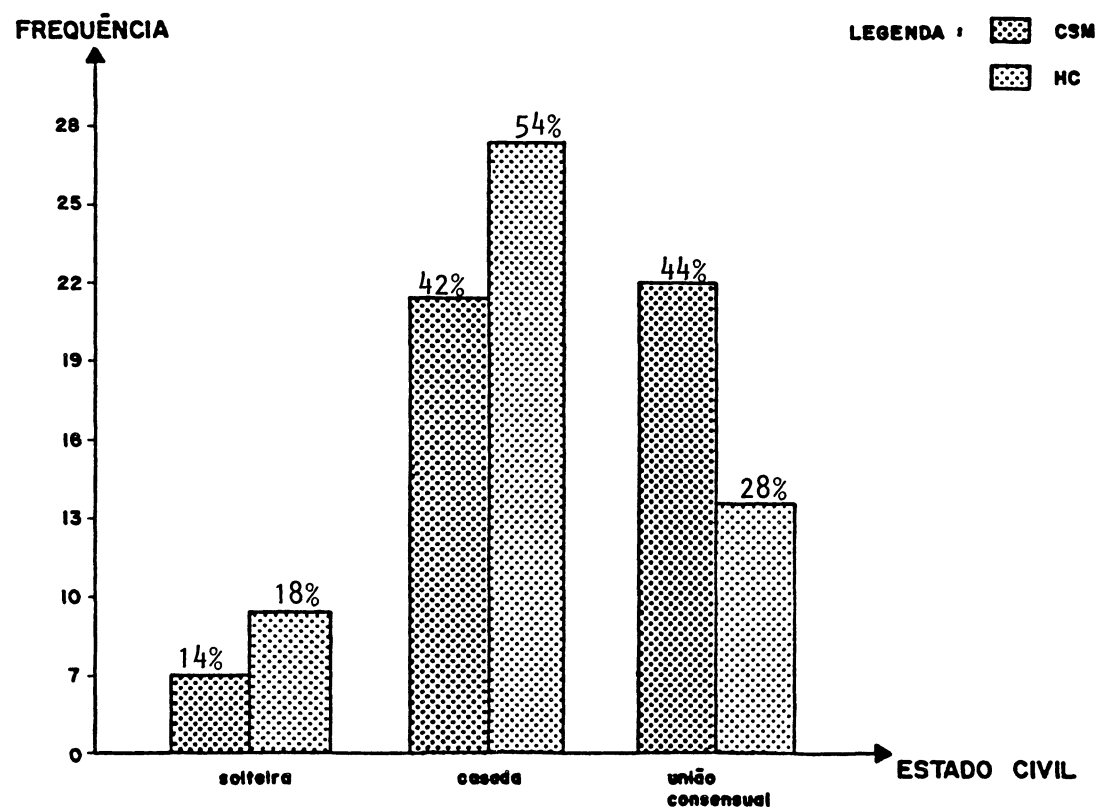
Evidencia-se na Tabela 6 que 27 (54%) das clientes que freqüentam pré-natal do Hospital de Clínicas e 21 (42%) das clientes que freqüentam pré-natal do Centro de Saúde Metropolitano são casadas. Observa-se ainda que 22 (44%) das clientes que freqüentam pré-natal no C.S.M. e 14 (28%) das clientes que freqüentam pré-natal no H.C. responderam como estado civil a união consensual.

Sobressaindo, desta forma, uma alta predominância (72%) da amostra total de clientes que vivem em união consensual.

Destaca-se, ainda, nesta tabela que 9 (18%) das clientes que freqüentam pré-natal do H.C. e 7 (14%) das clientes que freqüentam pré-natal do C.S.M. são solteiras.

O Gráfico 3 demonstra os dados analisados na Tabela 6.

**GRÁFICO 03 - DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DE ACORDO COM O ESTADO CIVIL**



FONTE: Pesquisadora.

### 7.1.6 ATIVIDADE PROFISSIONAL

TABELA 7. DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO A ATIVIDADE PROFISSIONAL.

ATIVIDADE PROFISSIONAL	FREQÜÊNCIA			
	CSM	%	HC	%
Sim	13	26,0	13	26,0
Não	37	74,0	37	74,0
TOTAL	50	100,0	50	100,0

FONTE: Pesquisadora.

A Tabela 7 destaca que a maioria das mulheres entrevistadas não trabalham, obtendo-se o mesmo resultado em ambos os serviços de pré-natal, do Centro de Saúde Metropolitano e Hospital de Clínicas, ou seja, 37 (74%) das clientes da amostra.

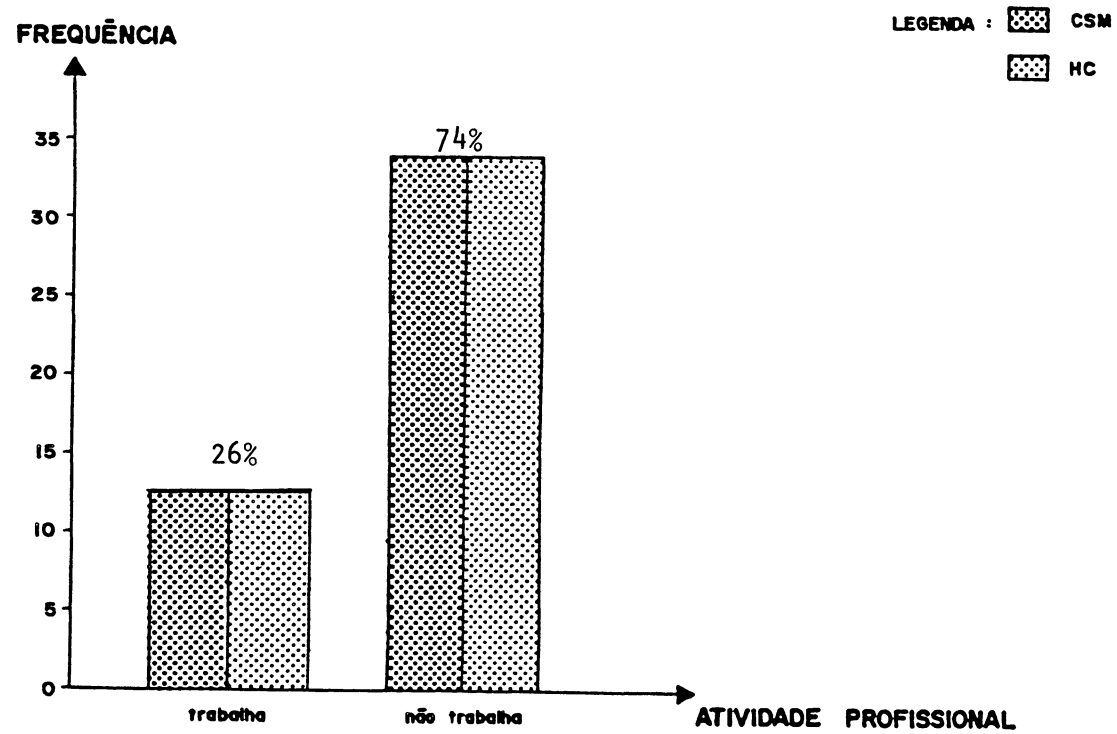
Como todas as clientes entrevistadas são gestantes e as mesmas não trabalham fora do lar por questões não especificadas na entrevista, pode-se inferir, de acordo com dados obtidos e apresentados na Tabela 3, que a baixa escolaridade e a faixa etária sejam um dos fatores responsáveis pela situação apresentada.

Esta tabela reflete parte da problemática social e econômica da família e, em dimensão maior, do Estado e País.

Os Gráficos 4 e 5 ilustram os dados obtidos.

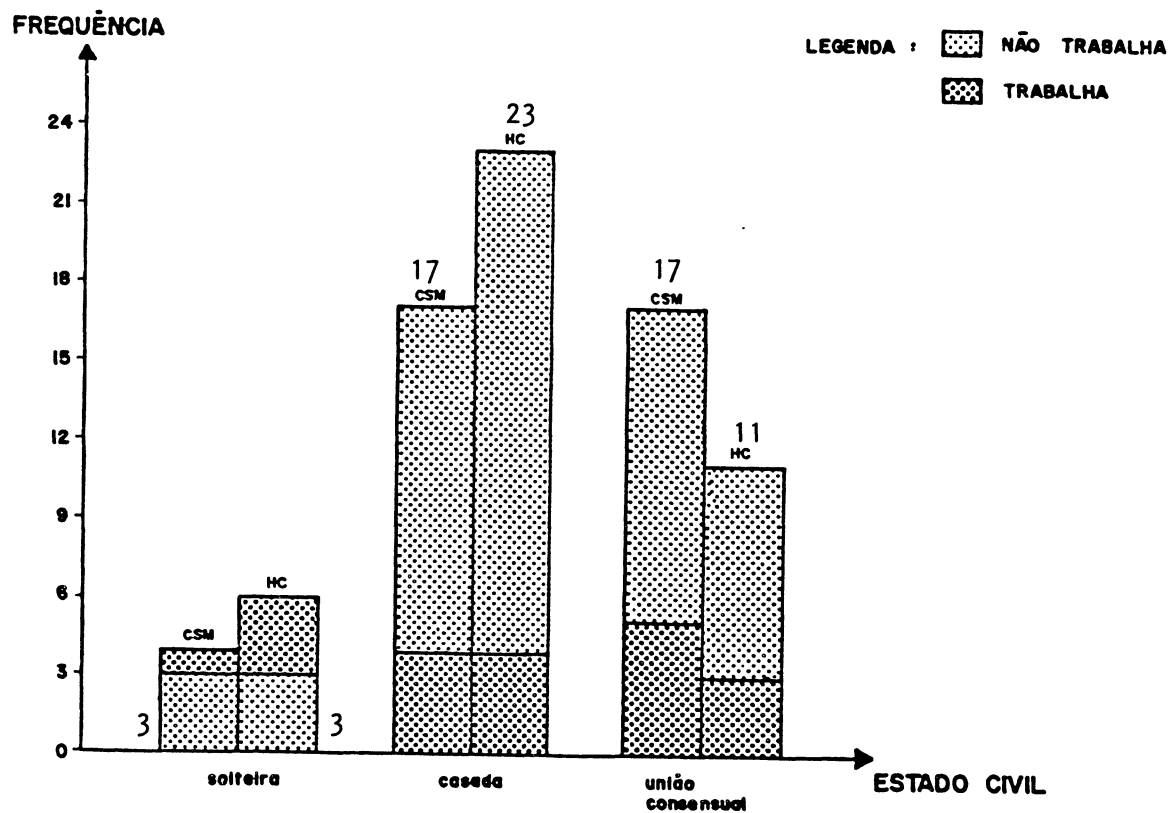


**GRÁFICO 04 - FAIXA ETÁRIA DE ACORDO COM A ATIVIDADE PROFISSIONAL**



FONTE: Pesquisadora.

**GRÁFICO 05 - FAIXA ETÁRIA SEGUNDO A ATIVIDADE PROFISSIONAL E O ESTADO CIVIL**



FONTE: Pesquisadora.

A Tabela 8 demonstra a atividade profissional das clientes entrevistadas, de acordo com o estado civil e faixa etária.

Observa-se que na faixa etária de 16-20 anos, entre 16 clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no CSM e que não trabalham, 7 (11,2%) são casadas e 7 (41,2%) vivem em união consensual; das 7 clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no HC, 4 (17,4%) são casadas.

Na faixa etária de 21-25 anos, entre 12 clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no CSM e que não trabalham, 6 (35,3%) vivem em união consensual e 5 (29,4%) são casadas; das 12 clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no HC, 8 (34,8%) são casadas e 4 (36,4%) vivem em união consensual.

Na faixa etária de 26-30 anos, entre 8 clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no HC e que não trabalham, 4 (17,4%) são casadas, e das 6 clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no CSM, 4 (23,5%) são casadas.

Na faixa etária de 31-35 anos, entre 5 clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no HC e que não trabalham, 4 (17,4%) são casadas.

TABELA 08 – FAIXA ETÁRIA SEGUNDO A ATIVIDADE PROFISSIONAL: NÃO TRABALHA, E O ESTADO CIVIL

FAIXA ETÁRIA	ATIVIDADE PROFISSIONAL																		TOTAL					
	NÃO TRABALHA																							
	ESTADO CIVIL						ESTADO CIVIL						ESTADO CIVIL											
	SOLTEIRA						CASADA						UNIÃO CONSENSUAL											
	CSM	%	% S/T	HC	%	% S/T	CSM	%	% S/T	HC	%	% S/T	CSM	%	% S/T	HC	%	% S/T	CSM	%	% S/T	HC	%	% S/T
Até 15 anos	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	01	5,9	2,0	01	9,1	2,0	01	2,7	2,0	01	2,7	2,0
16 – 20	02	66,7	4,0	01	33,3	2,0	07	41,2	14,0	04	17,4	8,0	07	41,2	14,0	02	18,2	4,0	16	43,2	32,0	07	18,9	14,0
21 – 25	01	33,3	2,0	–	–	–	05	29,4	10,0	08	34,8	16,0	06	35,3	12,0	04	36,4	8,0	12	32,5	24,0	12	32,5	24,0
26 – 30	–	–	–	01	33,3	2,0	04	23,5	8,0	04	17,4	8,0	02	11,7	4,0	03	27,2	6,0	06	16,2	12,0	08	21,6	16,0
31 – 35	–	–	–	01	33,4	2,0	01	5,9	2,0	04	17,4	8,0	–	–	–	–	–	–	01	2,7	2,0	05	13,5	10,0
36 – 40	–	–	–	–	–	–	–	–	–	03	13,0	6,0	01	5,9	2,0	01	9,1	2,0	01	2,7	2,0	04	10,8	8,0
TOTAL	03	100,0	–	03	100,0	–	17	100,0	–	23	100,0	–	17	100,0	–	11	100,0	–	37	100,0	–	37	100,0	–

FONTE: Pesquisadora.

OBS.: \* % S/T é a porcentagem sobre o total de entrevistadas, no caso 50

## 7.1.7 ATIVIDADE QUE EXERCE

TABELA 9. DISTRIBUIÇÃO DA ATIVIDADE PROFISSIONAL SEGUNDO A FUNÇÃO EXERCIDA.

ATIVIDADE PROFISSIONAL QUE EXERCE	FREQUÊNCIA			
	CSM	%	HC	%
Doméstica	7	53,8	4	30,7
Diarista	3	23,1	1	7,7
Dama de companhia	-	-	1	7,7
Vendedora de roupas	-	-	1	7,7
Servente	-	-	2	15,4
Professora	-	-	1	7,7
Balconista	-	-	1	7,7
Auxiliar de estofaria	1	7,7	-	-
Feirante	1	7,7	-	-
Babá	1	7,7	-	-
Não especificou	-	-	2	15,4
TOTAL	13	100,0	13	100,0

FONTE: Pesquisadora.

Verifica-se na Tabela 9 a mesma distribuição de clientes que freqüentam pré-natal em ambos os serviços, no Centro de Saúde Metropolitano e Hospital de Clínicas, ou seja, 13 (26%) do total da amostra, que trabalham.

A atividade que aparece com maior freqüência é a de doméstica, sendo 7 (53,8%) clientes do Centro de Saúde Metropolitano e 4 (30,7%) do Hospital de Clínicas. A distribuição das demais gestantes ficou bem dispersa entre diarista, dama de companhia, vendedora de roupas, servente, professora, balconista, auxiliar de estofaria, feirante, babá e, ainda, 2 (15,4%) não especificaram a atividade que exercem.

Como a clientela tem baixa escolaridade, justificam-se estas atividades onde não se exige um melhor nível de instrução, com apenas uma exceção, a de professora, de quem é exigido o curso de Magistério.

## 7.1.8 RENDA FAMILIAR

TABELA 10. DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO A RENDA FAMILIAR.

RENDA FAMILIAR	FREQUÊNCIA			
	CSM	%	HC	%
Menos de um salário	17	34,0	7	14,0
Um salário	18	36,0	24	48,0
Mais de um salário	1	2,0	-	-
Dois salários	8	16,0	8	16,0
Mais de dois salários	5	10,0	11	22,0
Sem renda	1	2,0	-	-
TOTAL	50	100,0	50	100,0

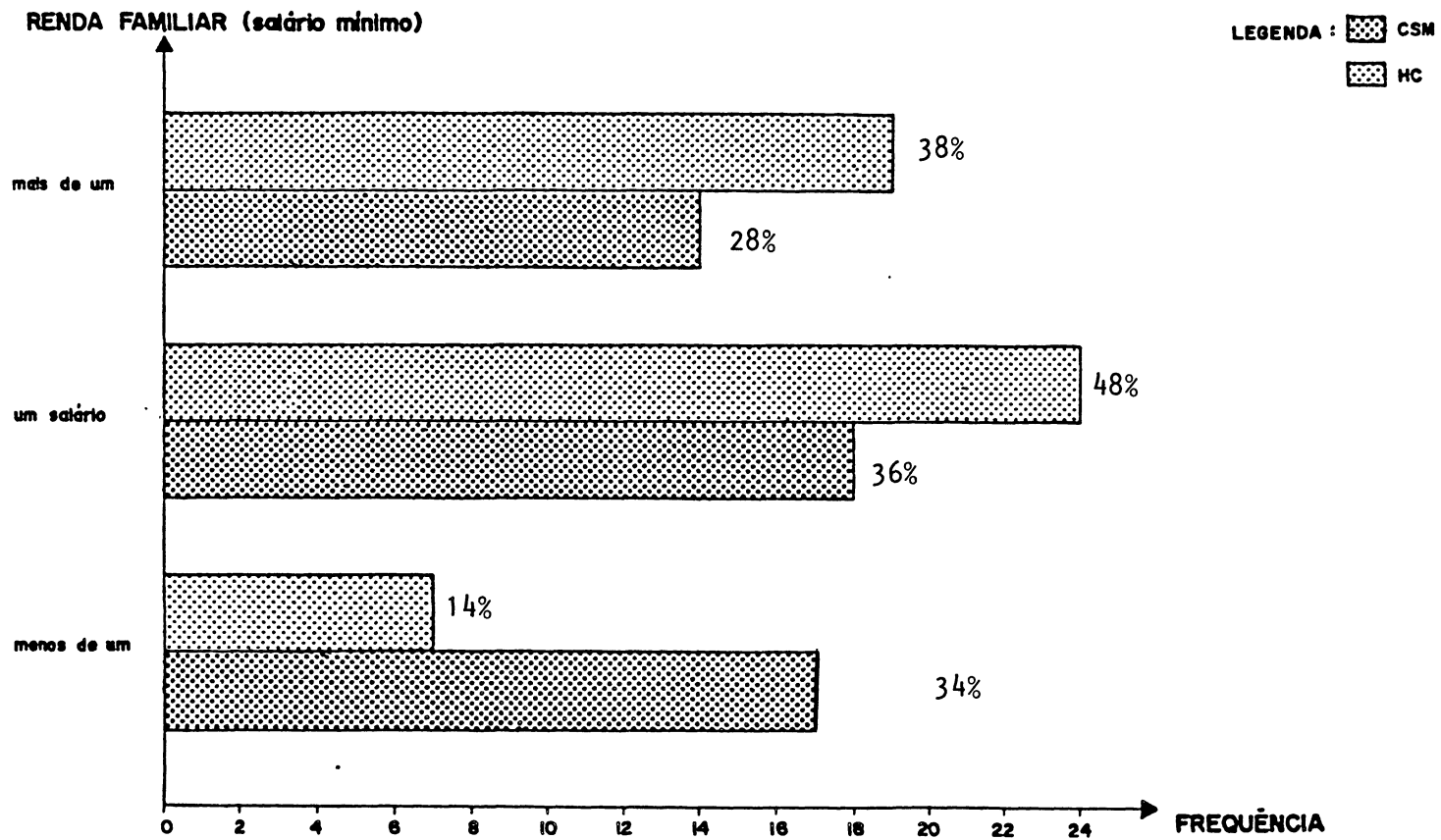
FONTE: Pesquisadora.

A Tabela 10 demonstra que 24 (48%) das clientes que freqüentam pré-natal do Hospital de Clínicas e 18 (36%) das clientes que freqüentam pré-natal do Centro de Saúde Metropolitano informaram ter uma renda familiar de um salário mínimo; 17 (34%) das clientes que freqüentam pré-natal do CSM e 7 (14%) das clientes que freqüentam pré-natal do HC têm renda familiar de um salário mínimo; 8 (16%) das clientes que freqüentam pré-natal do CSM e 8 (16%) das clientes que freqüentam pré-natal do HC têm uma renda familiar de dois salários mínimos; 11 (22%) das clientes que freqüentam pré-natal do HC e 5 (10%) das clientes que freqüentam pré-natal do CSM percebem uma renda familiar de mais de dois salários mínimos.

Ressalta-se nesta tabela que a clientela que freqüenta o serviço de pré-natal, em ambos os serviços, possui uma renda familiar baixa, o que dificulta bastante a manutenção dos filhos dentro de um padrão de vida desejável, reforçando a preocupação existente quanto à política social vigente no País.

O Gráfico 6 ilustra as informações.

**GRÁFICO 06 - FAIXA ETÁRIA DE ACORDO COM A RENDA FAMILIAR**



FONTE: Pesquisadora.

## 7.1.9 INÍCIO DA MENSTRUÇÃO

TABELA 11. DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA DE ACORDO COM A MENARCA.

INÍCIO DA MENSTRUÇÃO	FREQUÊNCIA			
	CSM	%	HC	%
10  — 12	6	12,0	6	12,0
12  — 14	24	48,0	21	42,0
14  — 16	17	34,0	15	30,0
16  — 18	1	2,0	5	10,0
18  — 20	2	4,0	-	-
não sabe	-	-	3	6,0
TOTAL	50	100,0	50	100,0

FONTE: Pesquisadora.

Na Tabela 11 observa-se que 24 (48%) das clientes que frequentam serviço de pré-natal no CSM responderam que o início da menstruação ocorreu entre 12-14 anos de idade; 21 (42%) das clientes que frequentam o serviço de pré-natal no HC indicaram a mesma faixa etária.

Evidencia-se ainda que 17 (34%) das clientes do CSM informaram ter o início da menstruação aos 14-16 anos de idade e 15 (30%) das clientes do HC apontam também a mesma faixa etária.

Segundo SCHERMANN, a puberdade é o período do desenvolvimento em que se verifica a maturação sexual e em que é atingida a capacidade de reprodução.<sup>173</sup>

No sexo feminino, a puberdade normal situa-se em média entre 8-15 anos, afirmação feita pelo autor citado acima.

Pelos dados obtidos na amostra pesquisada, percebe-se que a idade mais apontada pelas clientes, em ambos os serviços, está dentro da faixa considerada normal, para o aparecimento da menarca, ou seja, entre 12-14 anos.



## 7.1.10 INÍCIO DA ATIVIDADE SEXUAL

TABELA 12. DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA DE ACORDO COM O INÍCIO DA ATIVIDADE SEXUAL.

ATIVIDADE SEXUAL	FREQUÊNCIA			
	CSM	%	HC	%
13  — 15	7	14,0	3	6,0
15  — 17	15	30,0	17	34,0
17  — 19	15	30,0	15	30,0
19  — 21	7	14,0	8	16,0
mais de 21	5	10,0	7	14,0
não sabe	1	2,0	-	-
TOTAL	50	100,0	50	100,0

FONTE: Pesquisadora.

A Tabela 12 demonstra que 17 (34%) das clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no Hospital de Clínicas relatam ter iniciado a atividade sexual entre 15-17 anos de idade; 15 (30%) das clientes que freqüentam serviço de pré-natal no CSM também indicam ter iniciado a atividade sexual na mesma faixa etária.

Verifica-se, ainda, que 15 (30%) das clientes do CSM e 15 (30%) das clientes do HC relatam ter iniciado a atividade sexual entre 17 e 19 anos de idade.

Evidencia-se, portanto, que o início da atividade sexual das clientes entrevistadas ocorreu cedo, havendo maior concentração na faixa etária de 15 e 19 anos. Decorre daí a necessidade de orientar as adolescentes sobre sexualidade, reprodução humana, planejamento familiar e métodos anticonceptivos existentes, enfatizando os riscos de gravidez na adolescência, problemas físicos e dificuldades emocionais ocasionadas por uma eventual promiscuidade que a atividade sexual sem responsabilidades pode gerar.

## 7.1.11 ATIVIDADE SEXUAL ATUALMENTE

TABELA 13. DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO A ATIVIDADE SEXUAL ATUALMENTE.

ATIVIDADE SEXUAL ATUAL	FREQUÊNCIA			
	CSM	%	HC	%
Sim	39	78,0	39	78,0
Não	11	22,0	11	22,0
TOTAL	50	100,0	50	100,0

FONTE: Pesquisadora.

A Tabela 13 demonstra que a maioria, ou seja, 39 (78%) das clientes que frequentam serviço de pré-natal no Centro de Saúde Metropolitano e o mesmo número de clientes que frequentam o serviço de pré-natal no Hospital de Clínicas afirmam ter atividade sexual atualmente.

No Centro de Saúde Metropolitano, 11 (22%) das clientes dizem não ter atividade sexual atualmente, observando-se as mesmas respostas com as clientes do Hospital de Clínicas.

Como se percebe pelo exposto, a maioria (78%) das clientes, em ambos os serviços, afirmam ter atividade sexual atualmente. Portanto, enfatiza-se, mais uma vez, a necessidade que tem essa clientela de receber orientação sobre planejamento familiar.

### 7.1.12 IDADE IDEAL PARA O CASAMENTO

A Tabela 14 ressalta a idade considerada ideal para se casar, segundo a opinião das entrevistadas.

Verifica-se que das 50 clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no CSM, 15 (30%) delas, sem escolaridade ou com primário incompleto, responderam que a idade ideal para o casamento é de 21-25 anos; 11 (22%) das clientes, com escolaridade entre primário completo e ginásio incompleto, consideram ideal a idade entre 16-20 anos e 9 (18%) delas, sem escolaridade ou com primário incompleto, apontam como ideal a idade de 16-20 anos.

Observa-se que, no HC, das 50 clientes que freqüentam o serviço de pré-natal, 22 (44%) delas, sem escolaridade ou com primário incompleto, responderam ser entre 21-25 anos a idade ideal e 9 (18%) das clientes, nas mesmas condições em relação à escolaridade, consideram a idade ideal entre 16-20 anos.

Considera-se que o nível de instrução não teve influência significativa nas respostas, pois a maioria das informações partiram de clientes sem escolaridade ou com primário incompleto, e estão condizentes com o que se estipula como idade ideal para o casamento.

**TABELA 14 – FAIXA ETÁRIA DE ACORDO COM A IDADE IDEAL PARA UMA MULHER SE CASAR E A ESCOLARIDADE**

FAIXA ETÁRIA	IDADE IDEAL PARA SE CASAR																		TOTAL				
	16 – 20						21 – 25						MAIS DE 25										
	ESCOLARIDADE						ESCOLARIDADE						ESCOLARIDADE										
	A		B		C		A		B		C		A		B		C						
	CSM	HC	CSM	HC	CSM	HC	CSM	HC	CSM	HC	CSM	HC	CSM	HC	CSM	HC	CSM	HC	CSM	%	HC	%	
Até 15 anos	01	–	–	–	–	–	–	01	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	01	2,0	01	2,0
16 – 20	03	–	08	04	01	–	–	04	04	03	–	02	–	01	–	–	–	–	–	22	44,0	08	16,0
21 – 25	03	04	02	01	–	–	–	04	06	04	03	–	03	01	02	–	–	01	–	15	30,0	19	38,0
26 – 30	02	01	–	01	–	–	–	05	06	01	–	–	–	–	–	–	–	01	–	08	16,0	09	18,0
31 – 35	–	02	–	–	–	–	–	01	03	–	01	–	–	–	01	01	–	–	–	02	4,0	07	14,0
36 – 40	–	02	01	–	–	–	–	01	02	–	01	–	–	–	01	–	–	–	–	02	4,0	06	12,0
<b>TOTAL</b>	<b>09</b>	<b>09</b>	<b>11</b>	<b>06</b>	<b>01</b>	<b>–</b>	<b>–</b>	<b>15</b>	<b>22</b>	<b>08</b>	<b>05</b>	<b>02</b>	<b>03</b>	<b>02</b>	<b>04</b>	<b>01</b>	<b>–</b>	<b>01</b>	<b>01</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

FONTE: Pesquisadora.

ESCOLARIDADE: A – Analfabeta + Primário incompleto  
 B – Primário completo + Ginásio incompleto  
 C – Ginásio completo + Outra

### 7.1.13 IDADE IDEAL PARA A GESTAÇÃO

A tabela 15 evidencia os dados relacionados às respostas das clientes quanto à idade ideal para uma gestação.

Observa-se que das 22 clientes que frequentam o serviço de pré-natal no CSM, 14 (51,9%) delas apontam como idade ideal para uma gestação entre 16-20 anos, 7 (35%) das clientes consideram o ideal entre 21-25 anos; enquanto que das 8 (16%) das clientes que frequentam o serviço de pré-natal no HC, 4 (40%) delas, consideram a idade ideal para a gravidez, mais de 25 anos. Todas têm idade entre 16-20 anos.

É interessante observar que a maior porcentagem, ou seja, 51,9%, corresponde à faixa etária das entrevistadas.

Na faixa etária de 21-25 anos, das 19 clientes que frequentam o serviço de pré-natal no HC, 8 (47%) delas afirmam ser a idade ideal para uma gestação entre 16-20 anos e 9 (39,1%), consideram o ideal entre 21-25 anos. Das 15 clientes que frequentam o serviço de pré-natal no CSM, 8 (40%) delas consideram a idade ideal entre 21-25 anos e 7 (25,9%) responderam ser entre 16-20 anos.

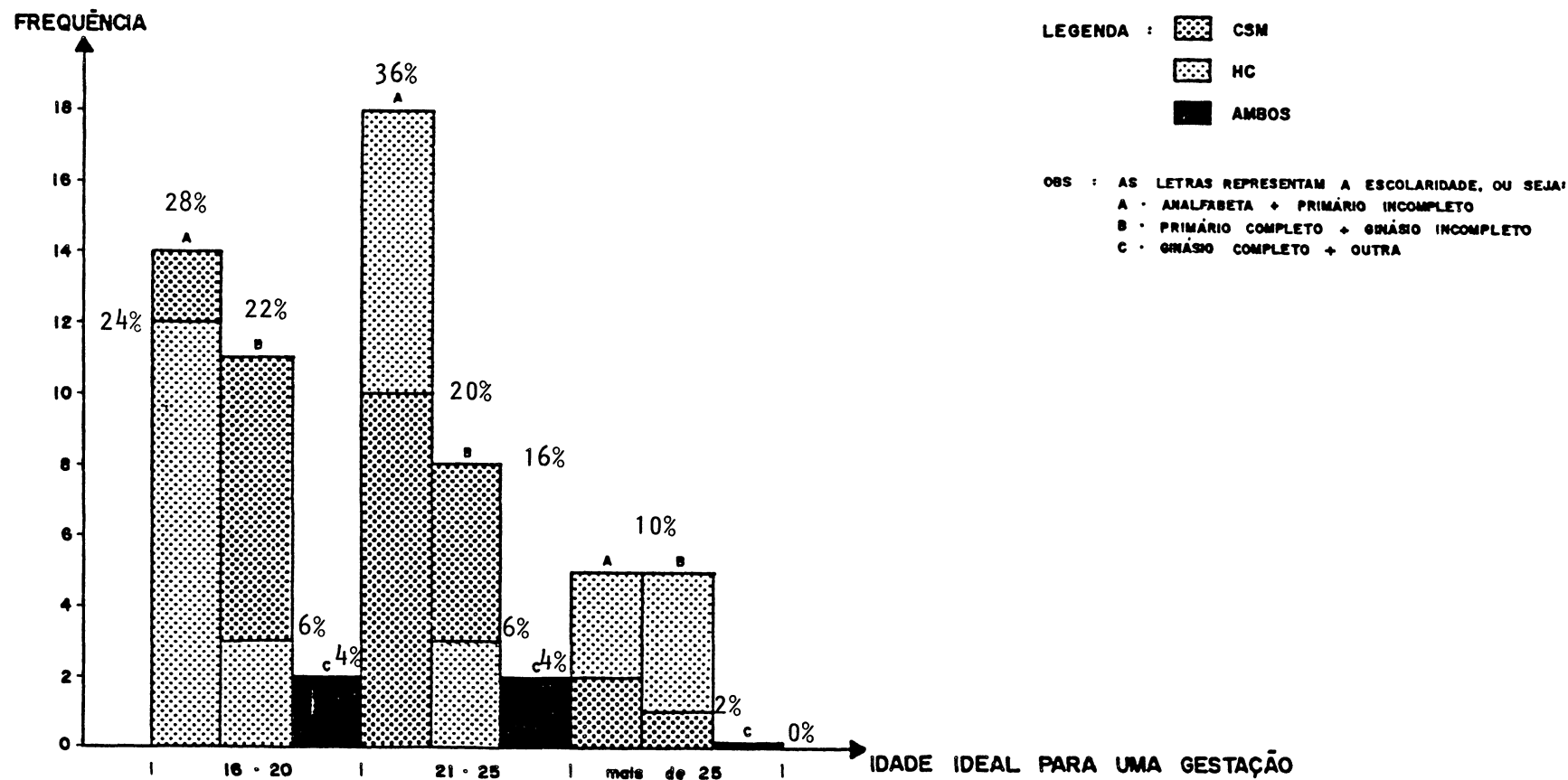
Observa-se pelo exposto que a faixa considerada ideal pelas clientes entrevistadas no CSM é de 16-20 anos e pelas clientes do HC, entre 21-25 anos. Enfatizando-se aqui, também, a maior necessidade de orientação às clientes do CSM, porque a idade apontada por elas corresponde à adolescência, quando a menina tem seus órgãos reprodutores imaturos ainda e é emocionalmente insegura quanto à maternidade, necessitando de um preparo altamente qualificado para que possa desempenhar a contento seu papel de mãe e de mulher ajustada a esta sociedade. O Gráfico 7 ilustra as informações.

**TABELA 15 – FAIXA ETÁRIA DE ACORDO COM A IDADE IDEAL PARA UMA GESTAÇÃO**

FAIXA ETÁRIA	IDADE IDEAL PARA UMA GESTAÇÃO												TOTAL			
	16 – 20				21 – 25				MAIS DE 25							
	CSM	%	HC	%	CSM	%	HC	%	CSM	%	HC	%	CSM	%	HC	%
Até 15 anos	01	3,7	01	5,9	–	–	–	–	–	–	–	–	01	2,0	01	2,0
16 – 20	14	51,9	02	11,8	07	35,0	02	8,7	01	33,33	04	40,0	22	44,0	08	16,0
21 – 25	07	25,9	08	47,0	08	40,0	09	39,1	–	–	02	20,0	15	30,0	19	38,0
26 – 30	03	11,1	05	29,4	04	20,0	01	4,4	01	33,33	03	30,0	08	16,0	09	18,0
31 – 35	01	3,7	01	5,9	–	–	06	26,1	01	33,34	–	–	02	4,0	07	14,0
36 – 40	01	3,7	–	–	01	5,0	05	21,7	–	–	01	10,0	02	4,0	06	12,0
<b>TOTAL</b>	<b>27</b>	<b>100,0</b>	<b>17</b>	<b>100,0</b>	<b>20</b>	<b>100,0</b>	<b>23</b>	<b>100,0</b>	<b>03</b>	<b>100,0</b>	<b>10</b>	<b>100,0</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

FONTE: Pesquisadora.

**GRÁFICO 07 - FAIXA ETÁRIA DE ACORDO  
COM A IDADE IDEAL PARA UMA GESTAÇÃO E A ESCOLARIDADE**



FONTE: Pesquisadora.

A Tabela 16 demonstra, na opinião dos clientes, a idade ideal para uma gestação, relacionada à escolaridade e de acordo com a faixa etária.

Observa-se que na faixa etária de 16-20 anos, das 22 clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no CSM, 5 (35,7%) delas sem escolaridade ou de baixa escolaridade (primário incompleto) responderam considerar a idade ideal para uma gestação entre 16-20 anos, 7 (63,6%) com escolaridade entre primário completo e ginásio incompleto apontam como idade ideal entre 16-20 anos também, e 4 (50,0%) com escolaridade entre primário completo e ginásio incompleto responderam considerar a idade ideal entre 21-25 anos.

Na faixa etária de 21-25 anos, das 19 clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no HC, 6 (50,0%) delas sem escolaridade ou com primário incompleto escolheram a idade entre 16-20 anos, e 6 (33,3%) com a mesma escolaridade escolheram a idade entre 21-25 anos; das 15 (30,0%) que freqüentam o serviço de pré-natal no CSM, 5 (35,7%) responderam ser a idade ideal entre 16-20 anos, estando sem escolaridade ou com baixa escolaridade (primário incompleto), e 4 (50,0%), com escolaridade entre primário completo e ginásio incompleto, responderam ser ideal a idade entre 21-25 anos.

Na faixa etária de 26-30 anos, das 8 clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no CSM, 4 (40,0%) delas, sem escolaridade ou com baixa escolaridade (primário incompleto), optaram pela idade entre 21-25 anos como a considerada ideal para uma gestação.



**TABELA 16 – FAIXA ETÁRIA DE ACORDO COM A IDADE IDEAL PARA UMA GESTAÇÃO, E COM A ESCOLARIDADE**

FAIXA ETÁRIA	IDADE IDEAL PARA UMA GESTAÇÃO																		TOTAL				
	16 – 20						21 – 25						MAIS DE 25										
	ESCOLARIDADE						ESCOLARIDADE						ESCOLARIDADE										
	A		B		C		A		B		C		A		B		C						
	CSM	HC	CSM	HC	CSM	HC	CSM	HC	CSM	HC	CSM	HC	CSM	HC	CSM	HC	CSM	HC	CSM	%	HC	%	
Até 15 anos	01	01	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	01	2,0	01	2,0
16 – 20	05	01	07	01	02	–	02	02	04	–	01	–	01	01	–	03	–	–	–	22	44,0	08	16,0
21 – 25	05	06	02	01	–	01	03	06	04	01	01	02	–	–	–	02	–	–	–	15	30,0	19	38,0
26 – 30	02	03	01	01	–	01	04	01	–	–	–	–	01	03	–	–	–	–	–	08	16,0	09	18,0
31 – 35	01	01	–	–	–	–	–	05	–	01	–	–	–	–	–	–	–	–	–	02	4,0	07	14,0
36 – 40	–	–	01	–	–	–	01	04	–	01	–	–	–	01	01	–	–	–	–	02	4,0	06	12,0
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>12</b>	<b>11</b>	<b>03</b>	<b>02</b>	<b>02</b>	<b>10</b>	<b>18</b>	<b>08</b>	<b>03</b>	<b>02</b>	<b>02</b>	<b>02</b>	<b>05</b>	<b>01</b>	<b>05</b>	<b>–</b>	<b>–</b>	<b>–</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

FONTE: Pesquisadora.

ESCOLARIDADE: A – Analfabeta + Primário incompleto  
 B – Primário completo + Ginásio incompleto  
 C – Ginásio completo + Outra

Na faixa etária de 31-35 anos, das 7 clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no HC, 5 (27,8%) sem escolaridade ou de baixa escolaridade (primário incompleto) responderam ser a idade ideal para uma gestação entre 21-25 anos e das 6 (12%) clientes do mesmo serviço 4 (28,2%) com a mesma escolaridade também optaram pela mesma idade.

Observa-se nesta tabela que a maioria das clientes que freqüentam o pré-natal no CSM e não têm escolaridade ou têm primário incompleto responderam ser a idade ideal entre 16-20 anos, enquanto que as clientes do serviço de pré-natal do HC que optaram pela idade entre 21-25 anos têm a mesma escolaridade.

Pelo exposto pode-se observar que a escolaridade não influi nas respostas, porque mesmo sem escolaridade ou com baixa escolaridade a clientela escolheu respostas diferentes em ambos os serviços.

### 7.1.14 NÚMERO DE GESTAÇÕES

A Tabela 17 retrata o número de gestações das clientes entrevistadas, relacionado com escolaridade e faixa etária. Nesta tabela foi incluída a gestação atual, uma vez que todas as clientes são gestantes.

Na faixa etária de 16-20 anos, das 22 clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no Centro de Saúde Metropolitano, 5 (71,4%) sem escolaridade ou de baixa escolaridade (primário incompleto) e 6 (66,6%) com escolaridade entre primário completo e ginásio incompleto responderam ter apenas uma gestação; 4 (57,1%) das clientes com escolaridade entre primário completo e ginásio incompleto têm duas gestações; e, das 8 (16,0%) clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no Hospital de Clínicas, 4 (80,0%) com escolaridade entre primário completo e ginásio incompleto têm apenas uma gestação.

Na faixa etária de 21-25 anos, das 19 clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no HC, 7 (70,0%) sem escolaridade ou de baixa escolaridade (primário incompleto) têm duas gestações e 5 (22,7%) das clientes sem escolaridade ou de baixa escolaridade (primário incompleto) têm mais de duas gestações; e, das 15 (30,0%) clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no CSM, 5 (33,3%) sem escolaridade ou de baixa escolaridade (primário incompleto) têm mais de duas gestações.

Na faixa etária de 26-30 anos, das 9 clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no HC, 6 (27,2%) sem escola-

**TABELA 17 – FAIXA ETÁRIA DE ACORDO COM O NÚMERO DE GESTAÇÕES E A ESCOLARIDADE**

FAIXA ETÁRIA	NÚMERO DE GESTAÇÕES																		TOTAL				
	UMA						DUAS						MAIS DE DUAS										
	ESCOLARIDADE						ESCOLARIDADE						ESCOLARIDADE										
	A		B		C		A		B		C		A		B		C						
	CSM	HC	CSM	HC	CSM	HC	CSM	HC	CSM	HC	CSM	HC	CSM	HC	CSM	HC	CSM	HC	CSM	%	HC	%	
Até 15 anos	01	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	2,0	01	2,0
16 – 20	05	02	06	04	02	-	02	01	04	-	01	-	01	01	01	-	-	-	-	22	44,0	08	16,0
21 – 25	01	-	01	01	-	01	02	07	03	-	-	-	05	05	02	03	01	02	15	30,0	19	38,0	
26 – 30	-	-	-	-	-	01	-	01	-	-	-	-	07	06	01	01	-	-	08	16,0	09	18,0	
31 – 35	-	-	01	-	-	-	-	01	-	-	-	-	01	05	-	01	-	-	02	4,0	07	14,0	
36 – 40	-	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	05	-	01	-	-	02	4,0	06	12,0	
<b>TOTAL</b>	<b>07</b>	<b>03</b>	<b>09</b>	<b>05</b>	<b>02</b>	<b>02</b>	<b>04</b>	<b>10</b>	<b>07</b>	<b>-</b>	<b>01</b>	<b>-</b>	<b>15</b>	<b>22</b>	<b>04</b>	<b>06</b>	<b>01</b>	<b>02</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>	

FONTE: Pesquisadora.

ESCOLARIDADE: A – Analfabeta + Primário incompleto  
 B – Primário completo + Ginásio incompleto  
 C – Ginásio completo + Outra

ridade ou de baixa escolaridade (primário incompleto) têm mais de duas gestações; e, das 8 (16,0%) clientes que frequentam o serviço de pré-natal no CSM, 7 (46,7%) sem escolaridade ou de baixa escolaridade (primário incompleto) responderam ter mais de duas gestações.

Na faixa etária de 31-35 anos, das 7 clientes que frequentam o serviço de pré-natal no HC, 5 (22,7%) sem escolaridade ou de baixa escolaridade (primário incompleto) têm mais de duas gestações e na faixa etária de 36-40 anos, das 6 clientes que frequentam o serviço de pré-natal no HC, 5 (22,7%) sem escolaridade ou de baixa escolaridade (primário incompleto) responderam ter mais de duas gestações.

Observa-se nesta tabela que, à medida que a idade progride, aumenta a paridade, considerando-se que são mulheres em idade fértil.

No CSM a incidência no total da amostra é mais acentuada em mais de duas gestações, resposta dada por clientes sem escolaridade ou com primário incompleto; enquanto no HC as opiniões se concentraram em duas gestações, clientes estas com a mesma escolaridade.

O Gráfico 8 ilustra as informações obtidas.

A Tabela 18 demonstra o número de gestações e a renda familiar, de acordo com a faixa etária.

Observa-se que na faixa etária de 16-20 anos, das 22 (44%) clientes entrevistadas no CSM, com uma gestação, 6 (100%) têm uma renda familiar de mais de um salário e 5 (71,4%) com renda de um salário; enquanto que das 8 (16%) clientes entrevistadas no HC 4 (66,7) têm uma renda familiar de mais de um salário. E entre as clientes com duas gestações obteve-se 4 (80%) do CSM, com mais de um salário.

Na faixa etária de 21-25 anos, das 19 (38,0%) clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no HC, com mais de duas gestações, 6 (33,3%) recebem um salário e 4 (40,0%) têm uma renda familiar de mais de um salário; das 15 (30,0%) clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no CSM, com mais de duas gestações, 4 (44,4%) recebem menos de um salário.

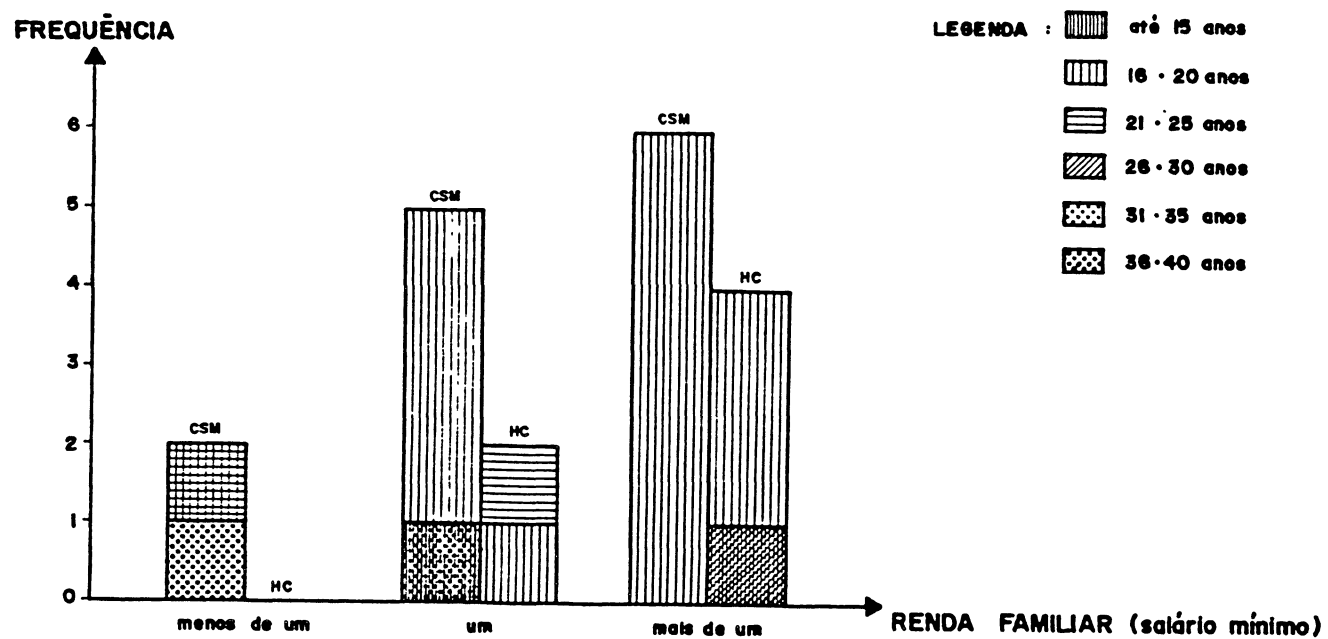
Na faixa etária de 26-30 anos, das 9 (18,0%) clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no HC, com mais de duas gestações, 5 (27,8%) recebem um salário mínimo.

Na faixa etária de 36-40 anos, das 6 (12,0%) clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no HC, com mais de duas gestações, 4 (22,2%) recebem um salário.

Observa-se no Gráfico 9, entre as clientes que têm apenas uma gestação, em ambos os serviços pesquisados, que a renda familiar é de mais de um salário.

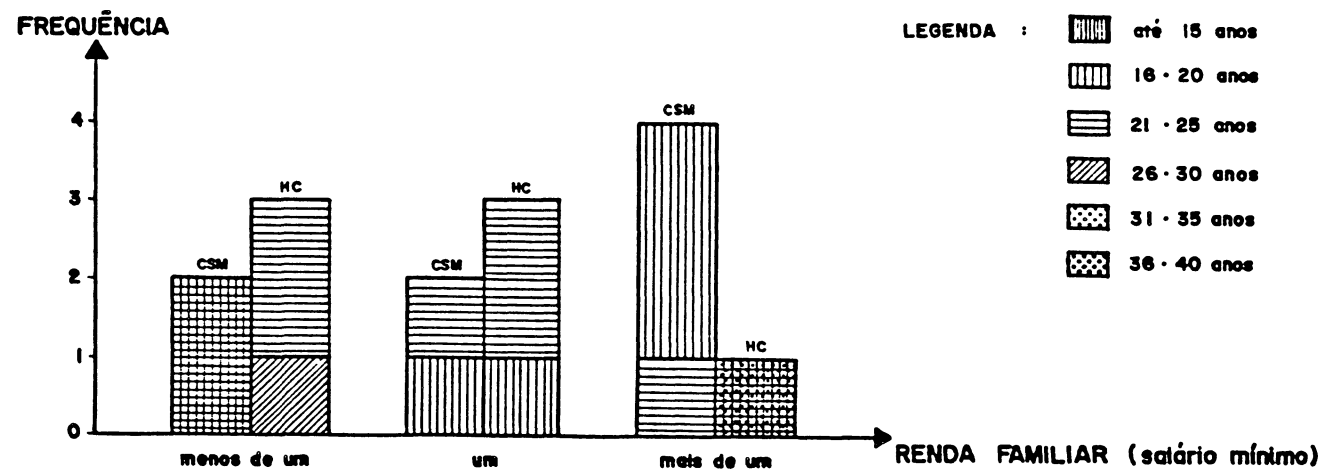
No Gráfico 10, entre as clientes com duas gestações, verifica-se que no CSM a renda mais evidenciada é de mais de

**GRÁFICO 09 - FAIXA ETÁRIA DE ACORDO  
COM UMA GESTAÇÃO E A RENDA FAMILIAR (salário mínimo)**



FONTE: Pesquisadora.

**GRÁFICO 10 - FAIXA ETÁRIA DE ACORDO  
COM DUAS GESTAÇÕES E A RENDA FAMILIAR (salário mínimo)**



FONTE: Pesquisadora.

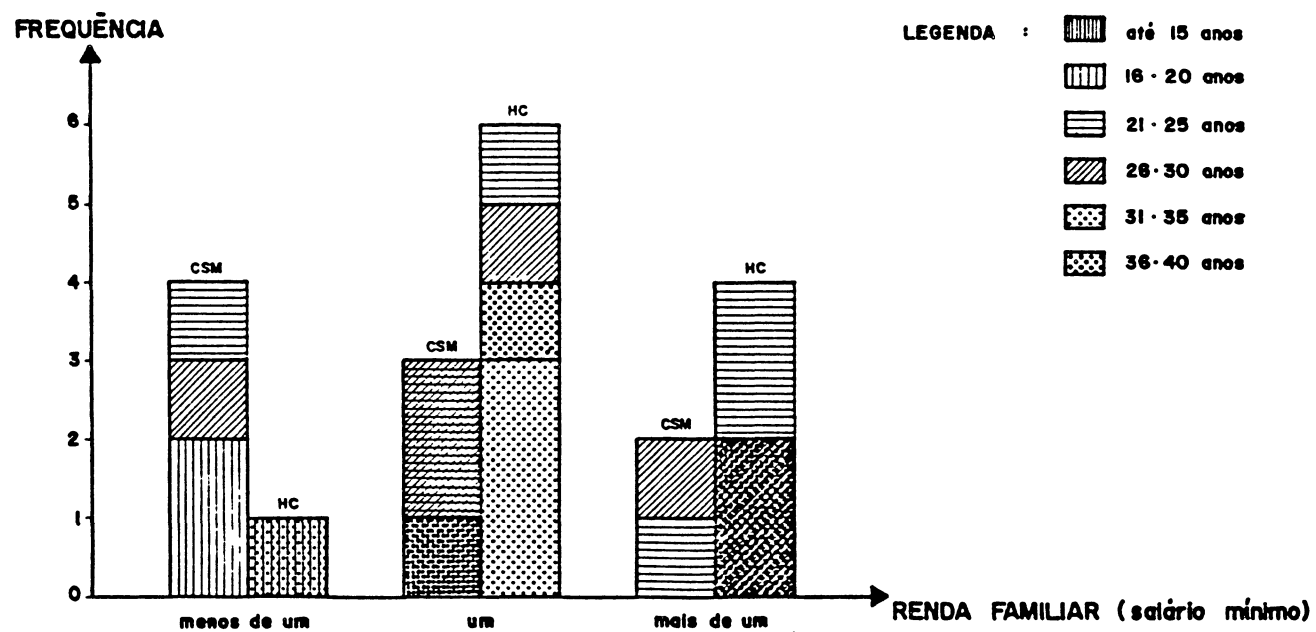


um salário, enquanto no HC há empate nas informações entre um salário e menos de um salário.

No Gráfico 11, que trata de clientes com mais de duas gestações, constata-se que a maior concentração no HC é de clientes com renda de um salário, enquanto no CSM predominam as clientes com menos de um salário.

Pelo exposto, pode-se concluir que quanto maiores o número de filhos, menor é a renda familiar.

**GRÁFICO II - FAIXA ETÁRIA DE ACORDO COM MAIS DE DUAS GESTAÇÕES E A RENDA FAMILIAR (salário mínimo)**



FONTE: Pesquisadora.

## 7.1.15 NÚMERO DE FILHOS

TABELA 19. DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO O NÚMERO DE FILHOS VIVOS.

FILHOS VIVOS	FREQUÊNCIA			
	CSM	%	HC	%
Nenhum	19	38,0	11	22,0
Um	21	42,0	12	24,0
Dois	3	6,0	14	28,0
Três	4	8,0	5	10,0
Quatro	2	4,0	4	8,0
Cinco	-	-	1	2,0
Seis	-	-	2	4,0
Sete	1	2,0	1	2,0
TOTAL	50	100,0	50	100,0

FONTE: Pesquisadora.

A Tabela 19 apresenta as respostas das clientes quanto ao número de filhos vivos.

Verifica-se que das 50 clientes entrevistadas no Centro de Saúde Metropolitano, 21 (42%) relatam ter um filho vivo, 19 (38%) não ter filho vivo e 4 (8%) delas ter três filhos vivos. Das 50 clientes que frequentam o serviço de pré-natal no Hospital de Clínicas, 14 (28%) delas afirmam ter dois filhos vivos, 12 (24%) ter um filho vivo, 11 (22%) não ter filho vivo, 5 (10%) afirmam ter três filhos vivos e 4 (8%) relatam ter quatro filhos vivos.

Pela Tabela 17, percebe-se que das 50 clientes entrevistadas no CSM, 15 têm mais de duas gestações e das 50 clientes do HC, 22 têm, também, mais de duas gestações.

Pode-se inferir, portanto, que, como a maior incidência é a de mais de duas gestações e pela Tabela 19 houve predominância de um, nenhum ou dois filhos vivos, alguma intercorrência, ou com a mãe ou com a criança após o nascimento, fez com que estas crianças não sobrevivessem, fato este não pesquisado neste trabalho.

TABELA 20. DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO O NÚMERO DE FILHOS MORTOS.

FILHOS MORTOS	FREQUÊNCIA			
	CSM	%	HC	%
Nenhum	40	80,0	47	94,0
Um	7	14,0	2	4,0
Dois	3	6,0	-	-
Três	-	-	-	-
Quatro	-	-	1	2,0
TOTAL	50	100,0	50	100,0

FONTE: Pesquisadora.

Verifica-se na Tabela 20 que a maioria 47 (94%) das clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no Hospital de Clínicas, e 40 (80%) das clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no Centro de Saúde Metropolitano, relatam não ter nenhum filho morto. Observa-se, ainda, que 7 (14%) das clientes do CSM afirmam ter um filho morto.

TABELA 21. DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO O NÚMERO DE FILHOS NATIMORTOS.

FILHOS NATIMORTOS	FREQUÊNCIA			
	CSM	%	HC	%
Nenhum	48	96,0	47	94,0
Um	2	4,0	3	6,0
Dois	-	-	-	-
Três	-	-	-	-
TOTAL	50	100,0	50	100,0

FONTE: Pesquisadora.

Observa-se na Tabela 21 que, das 50 entrevistadas no Centro de Saúde Metropolitano, 48 (96%) não têm nenhum filho natimorto e das 50 clientes do Hospital de Clínicas, 47 (94%) não têm nenhum filho natimorto.

A Tabela 22 apresenta os dados correspondentes ao número de filhos considerados ideal na família, segundo a faixa etária das clientes em estudo.

Verifica-se que das 22 clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no Centro de Saúde Metropolitano e que estão na faixa etária de 16-20 anos, todas, ou seja, 22 (51,2%) delas responderam que o número ideal de filhos na família é de 2 a 3; das 8 clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no Hospital de Clínicas na mesma faixa etária, 5 (13,5%) delas consideram o ideal entre 2 a 3 filhos na família.

Na faixa etária de 21-25 anos, das 19 clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no Hospital de Clínicas, 13 (35,2%) consideram de 2 a 3 filhos o número ideal na família; das 15 (30%) clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no Centro de Saúde Metropolitano, 13 (30,2%) delas afirmam ser 2 a 3 filhos o número ideal na família.

Na faixa etária de 26-30 anos, das 9 clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no Hospital de Clínicas, 7 (18,9%) responderam entre 2 e 3 filhos; das 8 (16%) clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no Centro de Saúde Metropolitano, 4 (9,3%) optaram pela alternativa de 2 a 3 filhos, também.

Na faixa etária de 31-35 anos, das 7 clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no Hospital de Clínicas, todas responderam ser entre 2 e 3 filhos o ideal na família; das 6 (12%) clientes na faixa etária de 36-40 anos, que freqüentam o serviço de pré-natal no Hospital de Clínicas, 4 (10,8%) afirmam ser o número ideal de filhos na família entre 2 e 3.

**TABELA 22 – FAIXA ETÁRIA DE ACORDO COM O NÚMERO DE FILHOS CONSIDERADOS IDEAL DA FAMÍLIA**

FAIXA ETÁRIA	ALTERNATIVAS												TOTAL			
	A		B		C		D		E		F		CSM	%	HC	%
	CSM	HC	CSM	HC	CSM	HC	CSM	HC	CSM	HC	CSM	HC				
Até 15 anos	-	-	-	-	-	01	01	-	-	-	-	-	01	2,0	01	2,0
16 – 20	-	-	-	01	22	05	-	01	-	-	-	01	22	44,0	08	16,0
21 – 25	-	01	-	01	13	13	02	02	-	-	-	02	15	30,0	19	38,0
26 – 30	-	-	-	-	04	07	02	02	01	-	01	-	08	16,0	09	18,0
31 – 35	-	-	-	-	02	07	-	-	-	-	-	-	02	4,0	07	14,0
36 – 40	-	-	-	-	02	04	-	01	-	-	-	01	02	4,0	06	12,0
<b>TOTAL</b>	-	01	-	02	43	37	05	06	01	-	01	04	50	100,0	50	100,0

FONTE: Pesquisadora.

- ALTERNATIVAS: A – Nenhum
- B – Um filho só
- C – 2 a 3 filhos
- D – 4 a 5 filhos
- E – 6 ou mais
- F – Quantos puder criar e educar.

De acordo com esta tabela, pode verificar-se que o número ideal de filhos na família, segundo a opinião das clientes em estudo, está entre o considerado normal e média da família brasileira atualmente, mas fora da realidade das entrevistadas. Confrontando-se as respostas desta tabela com a renda familiar, percebe-se que as entrevistadas não possuem condições financeiras para ter o número de filhos que citam no formulário.

TABELA 23. DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO O QUE CONSIDEROU PARA A ESCOLHA DO NÚMERO DE FILHOS QUE TEM ATUALMENTE.

RAZÕES PARA ESCOLHER O NÚMERO DE FILHOS QUE TEM ATUALMENTE	FREQUÊNCIA			
	CSM	%	HC	%
Vontade da mulher	12	21,0	14	25,9
Vontade do marido	3	5,3	-	-
Vontade do casal	18	31,6	16	29,7
Condição sócio-financeira	3	5,3	2	3,7
Religião	-	-	4	7,4
Tempo que dispõe para criar os filhos	1	1,7	-	-
Outro motivo	20	35,1	14	25,9
Não sabe	-	-	4	7,4
TOTAL	57	100,0	54	100,0

FONTE: Pesquisadora.

OBS.: CSM - 57 respostas porque 5 clientes responderam mais de uma resposta.

HC - 54 respostas porque 3 clientes responderam mais de uma resposta.

A Tabela 23 apresenta as razões que levaram as clientes entrevistadas estipularem um número ideal de filhos que têm atualmente.

Das 57 respostas obtidas no Centro de Saúde Metropolitano, verifica-se que 20 (35,1%) delas indicam a alterna-

tiva "outro motivo" para justificarem sua escolha, 18 (31,6%) delas afirmam ter sido a escolha por "vontade do casal" e, ainda, 12 (21%) das clientes relatam ter sido por "vontade da mulher".

No serviço de pré-natal do Hospital de Clínicas, das 54 clientes entrevistadas, 16 (29,7%) delas apontam como alternativa para a escolha do número de filhos que têm atualmente, a "vontade do casal", 14 (25,9%) delas justificam como sendo pela "vontade da mulher" e 14 (25,9%) dizem ser "por outro motivo".

Verifica-se, pelos dados, que a "opinião do casal" é realmente uma razão predominante, de acordo com as respostas da clientela em ambos os serviços, porém observa-se que no CSM a maior incidência de respostas foi para "outro motivo".

Esse dado pesquisado é de grande importância, pois nota-se que é significativo o número de respostas para "outro motivo", contradizendo o que se considera ideal como razão para a escolha do número de filhos que seria "a vontade do casal".

### 7.1.16 NÚMERO DE ABORTAMENTOS

TABELA 24. DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO O NÚMERO DE ABORTAMENTOS.

ABORTAMENTOS	FREQUÊNCIA			
	CSM	%	HC	%
Nenhum	43	86,0	36	72,0
Um	4	8,0	10	20,0
Dois	3	6,0	2	4,0
Três	-	-	2	4,0
TOTAL	50	100,0	50	100,0

FONTE: Pesquisadora.



A Tabela 24 apresenta dados relacionados ao número de abortamentos, conforme respostas das clientes em estudo.

Das 50 clientes que frequentam o serviço de pré-natal no Centro de Saúde Metropolitano, 4 (8%) delas afirmam ter tido um abortamento, e 3 (6%) das clientes relatam ter tido dois abortamentos.

No serviço de pré-natal do Hospital de Clínicas, das 50 clientes entrevistadas, 10 (20%) delas já tiveram um abortamento, 2 (4%) dois abortamentos e 2 (4%) das clientes 3 abortamentos.

Os dados revelam que a maioria da clientela pesquisada não refere nenhum abortamento. Observa-se, no entanto, que no HC é significativo o número de abortamentos (28%) entre as 50 clientes entrevistadas.

O problema torna-se grave, pois conforme o exposto até então, verifica-se tratar de mulheres jovens e que devem ser advertidas sobre os riscos de um abortamento.

De um modo geral, segundo MOURA e DELASCIO, o abortamento, especialmente o séptico — provocado — requer hospitalização. Sendo assim é importante avaliar o tempo decorrido entre a ação de provocar um aborto e o ingresso no hospital, porque este está relacionado diretamente às complicações, que podem variar desde uma simples hemorragia até septicemia levando a cliente ao óbito.<sup>174</sup>

Portanto é de grande importância que esta clientela receba orientações sobre Planejamento Familiar, evitando-se assim, que as mesmas se utilizem do abortamento como método anticoncepcional.

**TABELA 25 – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA DE ACORDO COM O CONHECIMENTO QUE TEM EM RELAÇÃO A PLANEJAMENTO FAMILIAR**

CONHECIMENTO SOBRE PLANEJAMENTO FAMILIAR		FREQUÊNCIA			
		CSM	%	HC	%
ADEQUADO:	1 – Planejar sobre o número de filhos que podem ter, como vai ser a vida, o casal se dar bem e trabalhar para criá-los	06	12,0	08	16,0
	2 – Programar o número de filhos e o momento adequado de tê-los	02	4,0	03	6,0
	3 – Quando se quer evitar filhos	01	2,0	01	2,0
	4 – Quando noivos, conversarem sobre quantos filhos desejam ter	–	–	01	2,0
	5 – Planejar a família desde o início e (ter casa própria)	01	2,0	–	–
INADEQUADO:	1 – Educação dos filhos	01	2,0	02	4,0
	2 – Família bem educada, união entre ela (viver bem) e respeito entre o casal	05	10,0	04	8,0
	3 – Ter planos com os filhos, dar o que eles precisam	–	–	02	4,0
	4 – Discutir na família sobre certos assuntos	–	–	01	2,0
	5 – Casar, ter filhos e ser feliz.	02	4,0	01	2,0
	6 – Marido estar de acordo com a família	01	2,0	01	2,0
	7 – Ter casa própria	01	2,0	–	–
	8 – Cuidar de uma família	01	2,0	–	–
	9 – Reunir a família	01	2,0	–	–
	10 – Amar os filhos	01	2,0	–	–
	11 – O casal deve trabalhar e não deve haver discussão na família	01	2,0	–	–
INEXISTENTE:	1 – Não sabe	26	52,0	26	52,0
TOTAL		50	100,0	50	100,0

FONTE: Pesquisadora.

to Familiar muito precário, praticamente inexistente, necessitando de orientações através de instituições desprovidas de qualquer interesse que não seja o bem-estar da família e da comunidade, onde possam receber informações atualizadas sobre todos os aspectos relacionados ao Planejamento Familiar.

## 7.2.2 OPINIÃO SOBRE A IMPORTÂNCIA DO PLANEJAMENTO FAMILIAR

A Tabela 26 evidencia a opinião das clientes em estudo sobre a importância do Planejamento Familiar, relacionada com a faixa etária.

Verifica-se que das 22 (44%) clientes que freqüentam o serviço de pré-natal do Centro de Saúde Metropolitano, na faixa etária de 16-20 anos, 21 (50%) delas consideram o Planejamento Familiar "muito importante"; e das 8 (16%) clientes na mesma faixa etária que freqüentam o serviço de pré-natal do Hospital de Clínicas, 4 (18,2%) consideram "importante".

Na faixa etária de 21-25 anos, das 19 (38%) clientes que freqüentam o pré-natal no Hospital de Clínicas, 11(40,8%) responderam ser o Planejamento Familiar "muito importante" e 8 (36,4%) responderam ser "importante"; das 15 (30%) clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no Centro de Saúde Metropolitano, 11 (26,2%) optaram pela alternativa de "muito importante" e 4 (57,1%) consideram ser "importante".

Na faixa etária de 26-30 anos, das 9 (18%) clientes do Hospital de Clínicas, 5 (22,7%) consideram "importante" e 4 (14,8%) consideram "muito importante"; das 8 (16%) clien-

**TABELA 26 – FAIXA ETÁRIA DE ACORDO COM A OPINIÃO SOBRE PLANEJAMENTO FAMILIAR**

FAIXA ETÁRIA	ALTERNATIVAS										TOTAL			
	A		B		C		D		E		CSM	%	HC	%
	CSM	HC	CSM	HC	CSM	HC	CSM	HC	CSM	HC				
Até 15 anos	–	01	01	–	–	–	–	–	–	–	01	2,0	01	2,0
16 – 20	21	03	–	04	–	–	–	01	01	–	22	44,0	08	16,0
21 – 25	11	11	04	08	–	–	–	–	–	–	15	30,0	19	38,0
26 – 30	07	04	01	05	–	–	–	–	–	–	08	16,0	09	18,0
31 – 35	01	06	01	01	–	–	–	–	–	–	02	4,0	07	14,0
36 – 40	02	02	–	04	–	–	–	–	–	–	02	4,0	06	12,0
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>27</b>	<b>07</b>	<b>22</b>	<b>–</b>	<b>–</b>	<b>–</b>	<b>01</b>	<b>01</b>	<b>–</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

FONTE: Pesquisadora.

- ALTERNATIVAS:
  - A – Muito importante
  - B – Importante
  - C – Pouco importante
  - D – Indiferente
  - E – Não tem opinião

tes do Centro de Saúde Metropolitano, 7 (16,7%) consideram o Planejamento Familiar "muito importante".

Na faixa etária de 31-35 anos, das 7 (14%) das clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no Hospital de Clínicas, 6 (22,2%) responderam ser o Planejamento Familiar "muito importante" e das 6 (12%) clientes do mesmo serviço, na faixa etária de 36-40 anos, 4 (18,2%) afirmam ser "importante".

Evidencia-se que a grande maioria das clientes entrevistadas afirmam ser o Planejamento Familiar "muito importante" ou "importante", sendo que apenas 2% das clientes do Hospital de Clínicas e Centro de Saúde Metropolitano relatam ser o Planejamento Familiar "indiferente" ou "não ter opinião" formada sobre o assunto.

É importante ressaltar, nesta tabela, que as clientes entrevistadas somente responderam sobre a importância do Planejamento Familiar após a explicação do conceito do mesmo dada pelo pesquisador.

### 7.2.3 APROVAÇÃO DO PLANEJAMENTO

A Tabela 27 apresenta as respostas das clientes, segundo a faixa etária e a opinião das mesmas em relação a planejar ou evitar filhos.

Verifica-se que das 22 (44%) clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no Centro de Saúde Metropolitano, na faixa etária de 16-20 anos, 20 (45,4%) aprovam o Planejamento

**TABELA 27 – FAIXA ETÁRIA SEGUNDO O QUE A MULHER ACHA EM RELAÇÃO A PLANEJAR OU EVITAR FILHOS**

FAIXA ETÁRIA	ALTERNATIVAS								TOTAL			
	A		B		C		D		CSM	%	HC	%
	CSM	HC	CSM	HC	CSM	HC	CSM	HC				
Até 15 anos	–	01	01	–	–	–	–	–	01	2,0	01	2,0
16 – 20	20	07	01	–	01	01	–	–	22	44,0	08	16,0
21 – 25	14	18	01	–	–	01	–	–	15	30,0	19	38,0
26 – 30	06	08	–	–	–	01	02	–	08	16,0	09	18,0
31 – 35	02	07	–	–	–	–	–	–	02	4,0	07	14,0
36 – 40	02	05	–	01	–	–	–	–	02	4,0	06	12,0
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>46</b>	<b>03</b>	<b>01</b>	<b>01</b>	<b>03</b>	<b>02</b>	<b>–</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

FONTE: Pesquisadora.

- ALTERNATIVAS:
- A – Aprova
  - B – Desaprova
  - C – Não está segura
  - D – Não sabe

Familiar, sendo a mesma opinião expressa por 7 (15,2%) das 8 (16%) clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no Hospital de Clínicas, na mesma faixa etária.

Na faixa etária de 21-25 anos, das 19 clientes que freqüentam o pré-natal do Hospital de Clínicas, 18 (39,1%) delas aprovam o Planejamento Familiar e das 15 (30%) clientes do Centro de Saúde Metropolitano 14 (31,8%) delas apresentaram a mesma opinião.

Na faixa etária de 26-30 anos, das 9 clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no Hospital de Clínicas, 8 (17,4%) aprovam o Planejamento Familiar, sendo que das 8 (16%) clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no Centro de Saúde Metropolitano, 6 (13,6%) apresentam também a mesma opinião.

Na faixa etária de 31-35 anos, das 7 clientes do Hospital de Clínicas todas aprovam e das 6 (12%) clientes do mesmo serviço na faixa etária de 36-40 anos, 5 (10,9%) aprovam o Planejamento Familiar.

Observa-se, pelo exposto nesta tabela, que apenas 2% no CSM e 6% no HC das clientes entrevistadas não estão seguras quanto à opinião sobre Planejamento Familiar e 2% das clientes do CSM não sabem opinar a respeito do assunto.

#### 7.2.4 ORIENTAÇÃO RELIGIOSA RECEBIDA

Na Tabela 28, evidenciam-se as respostas das clientes entrevistadas, sobre a orientação religiosa que recebem, relacionada com a faixa etária, sobre a temática em estudo.

Verifica-se que das 22 clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no Centro de Saúde Metropolitano, na faixa etária de 16-20 anos, 17 (47,2%) delas responderam "não" receber orientação quanto ao uso de métodos anticoncepcionais ou sobre Planejamento Familiar de forma geral, pelo seu orientador ou líder religioso, sendo que apenas 10 (35,7%) delas relatam ter recebido este tipo de orientação; das 8 (16%) clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no Hospital de Clínicas, 14 (20%) delas na mesma faixa etária, afirmam "não" receber orientação religiosa sobre o tema em estudo.

Na faixa etária de 21-25 anos, das 19 (38%) clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no Hospital de Clínicas, 13 (37,1%) afirmam "não" ter recebido nenhuma orientação sobre o assunto em questão, enquanto que apenas 6 (40%) apontam como ter recebido orientação de seu líder religioso; das 15 (30%) clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no Centro de Saúde Metropolitano, 11 (30,5%) delas responderam "não" receber orientação religiosa a respeito de Planejamento Familiar, sendo que apenas 4 (28,6%) relatam ter recebido orientação.

Na faixa etária de 26-30 anos, das 9 (18%) clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no Hospital de Clínicas, 8 (22,9%) delas "não" receberam orientação de seu líder



religioso, sobre o assunto em estudo, enquanto que das 8 (16%) clientes que frequentam o serviço de pré-natal no Centro de Saúde Metropolitano, 4 (11,1%) relatam "não" ter recebido orientação enquanto que 4 (28,6%) relatam ter recebido orientação a respeito de Planejamento Familiar.

Percebe-se, pelo exposto, que a maioria da clientela entrevistada, "não" recebe orientação de seu líder religioso. Quando elas recebem, as orientações mais comuns são em relação ao "uso de métodos anticoncepcionais, ora evitar muitos filhos pela dificuldade em criá-los, não fazer aborto; ora ter quantos filhos Deus mandar, pois é pecado utilizar a pílula, e sobre o uso, apenas, de métodos naturais".

Pode-se afirmar portanto que a Igreja se propõe a legislar, ditar normas sobre o controle familiar, mas tem uma postura bastante tradicionalista sobre o assunto, visto que não esclarece devidamente, nem orienta sobre todos os aspectos ligados ao Planejamento Familiar.

Verifica-se ainda que a Igreja não oferece às clientes o direito de escolha entre os vários métodos anticoncepcionais, para que possam melhor planejar sua família.

Conclui-se que a falta de orientação à clientela, por um líder ou orientador religioso, dificulta a aceitação, o uso e a escolha de qualquer método anticoncepcional, bem como a afluência a serviços especializados, onde receberiam orientações mais científicas e apropriadas a cada cliente.

TABELA 30 – TIPOS DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS DE ACORDO COM O TIPO DE CONHECIMENTO

MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS	CONHECIMENTO																		TOTAL					
	NÃO CONHECE						CONHECE SUPERFICIALMENTE						CONHECE PROFUNDAMENTE											
	CSM	%	%S/T	HC	%	%S/T	CSM	%	%S/T	HC	%	%S/T	CSM	%	%S/T	HC	%	%S/T	CSM	%	%S/T	HC	%	%S/T
1 – Condon	22	5,6	44,0	19	4,5	38,0	19	7,4	38,0	21	8,2	42,0	09	8,5	18,0	10	14,9	20,0	50	6,6	100,0	50	6,6	100,0
2 – Espermaticidas Locais	36	9,3	72,0	40	9,4	80,0	14	5,4	28,0	08	3,1	16,0	–	–	–	02	3,0	4,0	50	6,6	100,0	50	6,6	100,0
3 – Diafragma	43	11,1	86,0	42	9,8	84,0	07	2,7	14,0	08	3,1	16,0	–	–	–	–	–	–	50	6,6	100,0	50	6,6	100,0
4 – Ogino - Knaus	26	6,7	52,0	29	6,8	58,0	16	6,2	32,0	20	7,8	40,0	08	7,5	16,0	01	1,5	2,0	50	6,6	100,0	50	6,6	100,0
5 – Coito Interrompido	22	5,6	44,0	21	4,9	42,0	21	8,1	42,0	24	9,4	48,0	07	6,6	14,0	05	7,5	10,0	50	6,6	100,0	50	6,6	100,0
6 – Billings	45	11,7	90,0	48	11,2	96,0	03	1,1	6,0	02	0,8	4,0	02	1,9	4,0	–	–	–	50	6,7	100,0	50	6,7	100,0
7 – Lavagem Vaginal	18	4,7	36,0	23	5,4	46,0	14	5,4	28,0	22	8,6	44,0	18	17,0	36,0	05	7,5	10,0	50	6,7	100,0	50	6,7	100,0
8 – Lactação Prolongada	12	3,1	24,0	21	4,9	42,0	23	8,9	46,0	20	7,8	40,0	15	14,1	30,0	09	13,4	18,0	50	6,7	100,0	50	6,7	100,0
9 – Pílula	02	0,9	4,0	02	0,5	4,0	20	7,8	40,0	24	9,4	48,0	28	26,4	56,0	24	35,8	48,0	50	6,7	100,0	50	6,7	100,0
10 – Diu	24	6,2	48,0	22	5,2	44,0	22	8,5	44,0	25	9,8	50,0	04	3,8	8,0	03	4,5	6,0	50	6,7	100,0	50	6,7	100,0
11 – Injeções Contraceptivas Mensais	28	7,2	56,0	33	7,7	66,0	20	7,8	40,0	17	6,6	34,0	02	1,9	4,0	–	–	–	50	6,7	100,0	50	6,7	100,0
12 – Anéis Vaginais	41	10,6	82,0	48	11,2	96,0	09	3,5	18,0	02	0,8	4,0	–	–	–	–	–	–	50	6,7	100,0	50	6,7	100,0
13 – Implante	30	7,8	60,0	32	7,5	64,0	20	7,8	40,0	18	7,0	36,0	–	–	–	–	–	–	50	6,7	100,0	50	6,7	100,0
14 – Laqueadura Tubária	04	1,0	8,0	09	2,1	18,0	35	13,6	70,0	34	13,3	68,0	11	10,4	22,0	07	10,4	14,0	50	6,7	100,0	50	6,7	100,0
15 – Vasectomia	33	8,5	66,0	38	8,9	76,0	15	5,8	30,0	11	4,3	22,0	02	1,9	4,0	01	1,5	2,0	50	6,7	100,0	50	6,7	100,0
TOTAL	386	100,0	–	427	100,0	–	258	100,0	–	256	100,0	–	106	100,0	–	67	100,0	–	750	100,0	–	750	100,0	–

FONTE: Pesquisadora.

OBS.: %S/T é a porcentagem sobre o total de entrevistas, no caso 50.

clientes do HC conhecem profundamente a lavagem vaginal como método anticoncepcional.

Quanto ao método lactação prolongada, observa-se que 12 (24%) das clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no CSM e 21 (42%) das clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no HC, não conhecem este método. Pode-se inferir que talvez esta alta incidência de clientes que não conhecem, seja porque são as primigestas, e portanto, nunca amamentaram. Ainda, 23 (46%) das clientes do CSM e 20 (40%) das clientes do HC conhecem superficialmente a lactação prolongada, e que 15 (30%) das clientes do CSM e 9 (18%) das clientes do HC conhecem profundamente o método anticoncepcional lactação prolongada.

A tabela ressalta ainda, quanto ao método anticoncepcional, pílula, que 2 (4%) das clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no CSM e 2 (4%) das clientes que freqüentam serviço de pré-natal no HC, não conhecem este método. Obteve-se, ainda, 20 (40%) das clientes do CSM e 24 (48%) das clientes do HC, que conhecem a pílula superficialmente. Sendo que 28 (56%) das clientes do CSM e 24 (48%) das clientes do HC, conhecem profundamente este método.

Como se percebe, é o método anticoncepcional de maior conhecimento entre as clientes entrevistadas.

Com relação ao DIU, a tabela enfatiza que 24 (48%) das clientes que frequentam o serviço de pré-natal no CSM e 22 (44%) das clientes que frequentam serviço de pré-natal no HC

não conhecem o DIU. E que 22 (44%) das clientes do CSM e 25 (50%) das clientes do HC conhecem superficialmente o método DIU, e 4 (8%) das clientes do DSM e 3 (6%) das clientes do HC conhecem profundamente o DIU.

Observa-se, quanto ao método injeções contraceptivas mensais, que 28 (56%) das clientes que freqüentam serviço de pré-natal no CSM e 33 (66%) das clientes que freqüentam serviço de pré-natal no HC, não conhecem este método contraceptivo. Ainda, 20 (40%) das clientes do CSM e 17 (34%) das clientes do HC conhecem superficialmente, injeções contraceptivas mensais, e que 2 (4%) das clientes do CSM e nenhuma cliente do HC conhecem profundamente o método de injeções contraceptivas mensais.

Verifica-se, na tabela, que em relação ao método anti-concepcional anéis vaginais, 41 (82%) das clientes que freqüentam o serviço de pré-natal do CSM e 49 (96%) das clientes que freqüentam o serviço de pré-natal do HC, não conhecem este método. E que 9 (18%) das clientes do CSM e 2 (4%) das clientes do HC conhecem apenas superficialmente os anéis vaginais e, em ambos os serviços, CSM e HC, nenhuma cliente conhece este método profundamente.

Com relação ao implante, obteve-se 30 (60%) das clientes que freqüentam o serviço de pré-natal do CSM e 32 (64%) das clientes que freqüentam serviço de pré-natal no HC não conhecem este método, e que 20 (40%) das clientes do CSM e 18 (36%) das clientes do HC conhecem o implante superficialmente, e nenhuma cliente, em ambos os serviços, conhece profundamente este método contraceptivo.

Quanto à laqueadura tubária, obteve-se 4 (8%) das clientes que frequentam serviço de pré-natal no CSM e 9 (18%) das clientes que frequentam serviço de pré-natal no HC não conhecem este método. Obteve-se 35 (70%) das clientes do CSM e 34 (68%) das clientes do HC, conhecendo-o superficialmente, e 11 (22%) das clientes do CSM e 7 (14%) das clientes do HC, que conhecem a laqueadura tubária profundamente.

Com relação à vasectomia 33 (66%) das clientes que frequentam o serviço de pré-natal do CSM e 38 (76%) das clientes que frequentam o serviço de pré-natal no HC não conhecem este método.

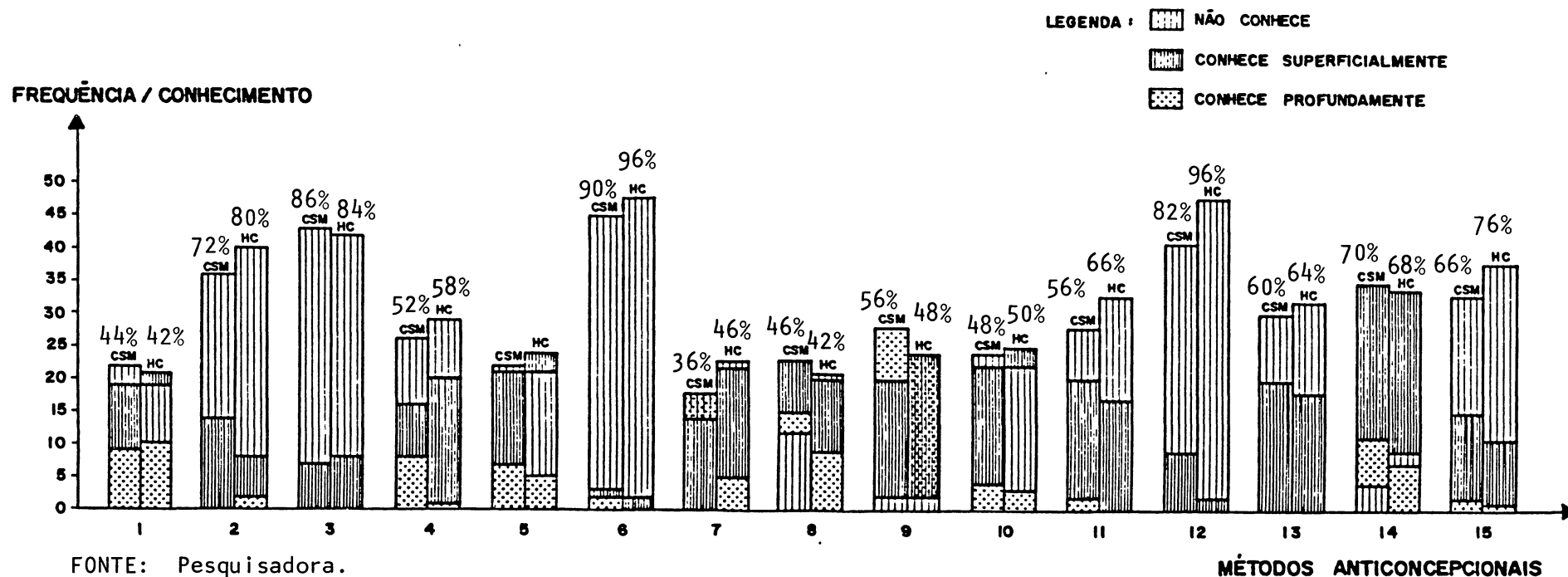
Observa-se, ainda, que 15 (30%) das clientes do CSM e 11 (22%) das clientes que frequentam o pré-natal do HC conhecem a vasectomia superficialmente, e que 2 (4%) das clientes do CSM e 1 (2%) das clientes do HC conhecem profundamente a vasectomia.

Com a análise dos dados de todos os métodos anticoncepcionais pesquisados, ressalta-se que a maioria das clientes informa "não conhecer" a respeito de determinados métodos, sendo, portanto, considerado um "mau" conhecimento.

O único método "conhecido profundamente" é a pílula dentre os 15 métodos pesquisados, notando-se que seis nem foram citados pelas clientes.

O Gráfico 12 ilustra as informações.

**GRÁFICO 12- TIPOS DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS DE ACORDO COM O TIPO DE CONHECIMENTO**



- |                           |                         |                                      |
|---------------------------|-------------------------|--------------------------------------|
| 1. Condon.                | 6. Billings.            | 11. Injeções contraceptivas mensais. |
| 2. Espermaticidas locais. | 7. Lavagem vaginal.     | 12. Anéis vaginais.                  |
| 3. Diafragma.             | 8. Lactação prolongada. | 13. Implante.                        |
| 4. Ogino-Knaus.           | 9. Pílula.              | 14. Laqueadura tubária.              |
| 5. Coito interrompido.    | 10. DIU.                | 15. Vasectomia.                      |

### 7.3.2 USO DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS

A Tabela 31 retrata os tiposos métodos anticoncepcionais de acordo com o uso da clientela em estudo.

Observa-se que nenhuma cliente, em ambos os serviços de pré-natal, Centro de Saúde Metropolitano e Hospital de Clínicas, usa atualmente o condom como método anticoncepcional. Tem-se, ainda, que 7 (14%) das clientes que freqüentam o pré-natal no CSM e 11 (22%) das clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no HC relatam já ter usado alguma vez o condom, e 43 (86%) das clientes do CSM e 39 (78%) das clientes do HC nunca usaram o condom como método anticoncepcional.

Quanto ao método espermaticidas locais, obteve-se que nenhuma cliente, em ambos os serviços de pré-natal pesquisados, usam este método atualmente, também nenhuma cliente do CSM e 3 (6%) clientes do HC já usaram alguma vez espermaticidas locais, e que 50 (100%) das clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no CSM e 47 (94%) das clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no HC nunca usaram espermaticidas locais.

Com relação ao diafragma, destaca-se na tabela que nenhuma cliente em ambos os serviços de pré-natal usa atualmente este método anticoncepcional; tem-se ainda que nenhuma cliente, em ambos os serviços de pré-natal pesquisados, já usou alguma vez este método, e que 50 (100%) das clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no CSM e 50 (100%) das clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no HC relatam

**TABELA 31 – TIPOS DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS DE ACORDO COM O USO**

MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS	QUANTO AO USO																		TOTAL					
	USA ATUALMENTE						JÁ USOU ALGUMA VEZ						NUNCA USOU											
	CSM	%	%S/T	HC	%	%S/T	CSM	%	%S/T	HC	%	%S/T	CSM	%	%S/T	HC	%	%S/T	CSM	%	%S/T	HC	%	%S/T
1 – Condon	-	-	-	-	-	-	07	7,4	14,0	11	11,0	22,0	43	6,6	86,0	39	6,0	78,0	50	6,6	100,0	50	6,6	100,0
2 – Espermaticidas Locais	-	-	-	-	-	-	-	-	-	03	3,0	6,0	50	7,7	100,0	47	7,3	94,0	50	6,6	100,0	50	6,6	100,0
3 – Diafragma	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	50	7,7	100,0	50	7,7	100,0	50	6,6	100,0	50	6,6	100,0
4 – Ogino - Knaus	-	-	-	-	-	-	07	7,4	14,0	02	2,0	4,0	43	6,6	86,0	48	7,4	96,0	50	6,6	100,0	50	6,6	100,0
5 – Coito Interrompido	01	33,3	2,0	01	50,0	2,0	14	14,7	28,0	16	16,0	32,0	35	5,3	70,0	33	5,1	66,0	50	6,6	100,0	50	6,6	100,0
6 – Billings	-	-	-	-	-	-	02	2,1	4,0	-	-	-	48	7,3	96,0	50	7,7	100,0	50	6,7	100,0	50	6,7	100,0
7 – Lavagem Vaginal	01	33,3	2,0	-	-	-	18	18,9	36,0	14	14,0	28,0	31	4,7	62,0	36	5,6	72,0	50	6,7	100,0	50	6,7	100,0
8 – Lactação Prolongada	-	-	-	-	-	-	18	18,9	36,0	14	14,0	28,0	32	4,9	64,0	36	5,6	72,0	50	6,7	100,0	50	6,7	100,0
9 – Pílula	01	33,4	2,0	-	-	-	27	28,4	54,0	38	38,0	76,0	22	3,4	44,0	12	1,8	24,0	50	6,7	100,0	50	6,7	100,0
10 – Diu	-	-	-	01	50,0	2,0	-	-	-	01	1,0	2,0	50	7,7	100,0	48	7,4	96,0	50	6,7	100,0	50	6,7	100,0
11 – Injeções Contraceptivas Mensais	-	-	-	-	-	-	01	1,1	2,0	-	-	-	49	7,5	98,0	50	7,7	100,0	50	6,7	100,0	50	6,7	100,0
12 – Anéis Vaginais	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	50	7,7	100,0	50	7,7	100,0	50	6,7	100,0	50	6,7	100,0
13 – Implante	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	50	7,7	100,0	50	7,7	100,0	50	6,7	100,0	50	6,7	100,0
14 – Laqueadura Tubária	-	-	-	-	-	-	01	1,1	2,0	01	1,0	2,0	49	7,5	98,0	49	7,6	98,0	50	6,7	100,0	50	6,7	100,0
15 – Vasectomia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	50	7,7	100,0	50	7,7	100,0	50	6,7	100,0	50	6,7	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>03</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>	<b>02</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>	<b>95</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>	<b>652</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>	<b>648</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>	<b>750</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>	<b>750</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>

FORNTE: Pesquisadora.

OBS - %S/T é a porcentagem sobre o total de entrevistadas, no caso 50.



nunca terem usado o diafragma como método anticoncepcional.

Verifica-se, quanto ao método Ogino-Knaus, que nenhuma cliente, em ambos os serviços de pré-natal pesquisados, usa atualmente este método. Tem-se ainda que 7 (14%) das clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no CSM e 2 (4%) das clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no HC já usaram alguma vez o método Ogino-Knaus, e que 43 (86%) das clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no CSM e 48 (96%) das clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no HC responderam nunca ter usado este método contraceptivo.

Tratando-se do método coito interrompido, destaca-se na tabela, que 1 (2%) das clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no CSM e 1 (2%) das clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no HC usam atualmente o método anticoncepcional de coito interrompido. Fato totalmente anormal uma vez que todas as entrevistadas são gestantes, sendo dispensável o uso de qualquer método anticoncepcional. Tem-se ainda, em relação ao mesmo método, 14 (28%) das clientes que freqüentam o pré-natal do CSM e 16 (32%) das clientes que freqüentam o pré-natal no HC responderam já ter usado alguma vez este método, e 35 (70%) das clientes do CSM e 33 (66%) das clientes do HC nunca usaram o método coito interrompido.

Com relação ao método Billings, observa-se que nenhuma cliente, em ambos os serviços de pré-natal pesquisados, usa atualmente este método. Tem-se, ainda, que 2 (4%) das clientes do CSM e nenhuma cliente do HC já usou alguma vez o método de Billings, e que 48 (96%) das clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no CSM e 50 (100%) das clientes que

freqüentam o serviço de pré-natal do HC nunca usaram este método.

Quanto ao método lavagem vaginal, verifica-se na tabela que 1 (2%) das clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no CSM e nenhuma cliente que freqüenta o serviço de pré-natal no HC usa atualmente o método de lavagem vaginal; sendo que 18 (36%) das clientes do pré-natal do CSM e 14 (28%) do serviço de pré-natal do HC já utilizaram alguma vez o método de lavagem vaginal e que 31 (62%) das clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no CSM e 36 (72%) das clientes que freqüentam o pré-natal no HC nunca usaram a lavagem vaginal como método anticoncepcional.

Outro método pesquisado entre as clientes foi a lactação prolongada, obtendo-se que, atualmente, nenhuma cliente, em ambos os serviços, usa este método; ainda que 18 (36%) das clientes do serviço de pré-natal do CSM e 14 (28%) das clientes do serviço de pré-natal do HC já utilizaram alguma este método, e 32 (64%) das clientes do CSM e 36 (72%) das clientes do HC afirmam nunca ter usado a lactação prolongada como método anticoncepcional.

Com relação à pílula, obteve-se 1 (2%) cliente que freqüenta o serviço de pré-natal no CSM e nenhuma cliente que freqüenta o serviço de pré-natal no HC usa atualmente a pílula. Esta constatação é muito grave, uma vez que todas as entrevistadas são gestantes e o uso de hormônios é totalmente prejudicial ao conceito, além de ser totalmente dispensável pelo estado gestatório. Tem-se ainda que 27 (54%) das clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no CSM e 38

(76%) das clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no HC relatam já ter utilizado alguma vez este método anticoncepcional. O uso da pílula foi o método que se destacou entre as demais pesquisadas, pela maior incidência de uso entre as clientes em estudo. Apesar disso, 22 (44%) das clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no CSM e 12 (24%) que freqüentam o serviço de pré-natal no HAC apontam nunca ter usado a pílula.

Quanto ao DIU, outro método pesquisado entre as clientes, obteve-se que nenhuma cliente que freqüenta o serviço de pré-natal no CSM e 1 (2%) das clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no HC usam atualmente o DIU como método anticonceptivo. Pode-se concluir que a cliente usuária, provavelmente estava utilizando o DIU quando engravidou. Observa-se ainda que nenhuma cliente no CSM e 1 (2%) das clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no HC afirmam já ter utilizado o DIU alguma vez, e ainda obteve-se 50 (100%) das clientes que frequentam o serviço de pré-natal no CSM e 48 (96%) das clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no HC apontam que nunca utilizaram o DIU.

Com relação às injeções contraceptivas mensais, obteve-se que nenhuma cliente, em ambos os serviços pesquisados, usa atualmente este método anticoncepcional; e que 1 (2%) das clientes do serviço de pré-natal do CSM e nenhuma cliente do HC afirma já ter utilizado alguma vez as injeções contraceptivas mensais. Observa-se que 49 (98%) das clientes do CSM e 50 (100%) das clientes do HC nunca usaram injeções contraceptivas como método anticoncepcional.

Quanto aos anéis vaginais, a tabela mostra que nenhuma cliente, em ambos os serviços pesquisados, utiliza atualmente este método, assim como, nenhuma, cliente de ambos os serviços pesquisados, afirma já ter utilizado os anéis vaginais alguma vez; obteve-se a totalidade das clientes pesquisadas, ou seja, 50 (100%) das clientes, em ambos os serviços, que apontam nunca terem utilizado anéis vaginais como método anticonceptivo.

Em ambos os serviços pesquisados, obteve-se que nenhuma cliente usa atualmente ou já usou alguma vez o método de implante, sendo que todas as clientes entrevistadas, ou seja, 50 (100%) em ambos os serviços, relatam nunca ter utilizado o implante como método contraceptivo.

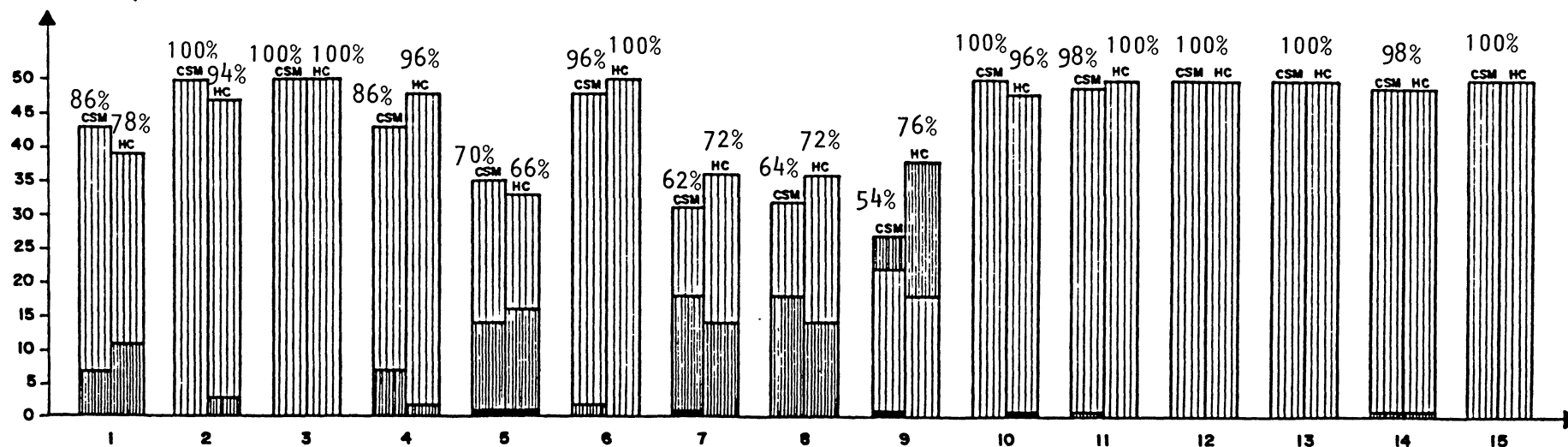
Obteve-se quanto à laqueadura tubária, nenhuma cliente tanto no CSM como no HC, que usa atualmente este método, e 1 (2%) cliente que frequenta o serviço de pré-natal no CSM e 1 (2%) cliente que frequenta o serviço de pré-natal no HC relatam já ter utilizado alguma vez a laqueadura tubária; tem-se, ainda, 49 (98%) das clientes do CSM e 49 (98%) das clientes do HC que afirmam nunca ter usado a laqueadura tubária. Este fato é justificável, uma vez que a clientela em estudo é na maioria jovem.

Observa-se, em ambos os serviços do estudo, que nenhuma cliente relata usar atualmente ou que já usou alguma vez a vasectomia e ainda que a totalidade delas, em ambos os serviços, 100% indicam nunca ter utilizado a vasectomia, obviamente o uso é do seu marido.

**GRÁFICO 13 - TIPOS DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS DE ACORDO COM O USO**

LEGENDA :  NUNCA USOU  
 JÁ USOU ALGUMA VEZ  
 USA ATUALMENTE

FREQUÊNCIA (quanto ao uso)



FONTE: Pesquisadora.

MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS

- |                           |                         |                                      |
|---------------------------|-------------------------|--------------------------------------|
| 1. Condon.                | 6. Billings.            | 11. Injeções contraceptivas mensais. |
| 2. Espermaticidas locais. | 7. Lavagem vaginal.     | 12. Anéis vaginais.                  |
| 3. Diafragma.             | 8. Lactação prolongada. | 13. Implante.                        |
| 4. Ogino-Knaus.           | 9. Pílula.              | 14. Laqueadura tubária.              |
| 5. Coito interrompido.    | 10. DIU.                | 15. Vasectomia.                      |

Destaca-se, através desta tabela, que a maioria das clientes entrevistadas nunca utilizou a maioria dos métodos apresentados durante a entrevista, e que existe muita distorção quanto ao conhecimento, ou mesmo informações em relação ao uso, uma vez que se observam algumas clientes gestantes utilizando algum método para evitar filhos.

O Gráfico 13 ilustra as respostas.

### 7.3.3 APROVAÇÃO DO USO DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS

A Tabela 32 demonstra a opinião das clientes quanto à aprovação ao uso de métodos anticoncepcionais que foram apresentados durante a entrevista.

Observa-se que, quanto ao condom, 18 (36%) das clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no CSM e 17 (34%) das clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no HC afirmam não aprovar o condom; sendo que 6 (12%) das clientes do CSM e 7 (14%) das clientes do HC relatam aprovar totalmente o condom; ainda, 9 (18%) das clientes do CSM e 8 (16%) das clientes do HC aprovam parcialmente o uso do condom, enquanto que 17 (34%) das clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no CSM e 18 (36%) das clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no HC afirmam não ter opinião quanto ao uso do condom.

Com relação ao uso de espermaticidas locais, 6 (12%) das clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no CSM e 5 (10%) das clientes que freqüentam o serviço de pré-natal

TABELA 32 – TIPOS DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS DE ACORDO COM A APROVAÇÃO

MÉTODOS	APROVAÇÃO																								TOTAL					
	Não Aprova						Aprova Totalmente						Aprova Parcialmente						Não Tem Opinião											
	CSM	%	% S/T	HC	%	% S/T	CSM	%	% S/T	HC	%	% S/T	CSM	%	% S/T	HC	%	% S/T	CSM	%	% S/T	HC	%	% S/T	CSM	%	% S/T	HC	%	% S/T
1 - Condon	18	13,1	36,0	17	13,9	34,0	6	3,0	12,0	7	5,3	14,0	9	7,1	18,0	8	9,5	16,0	17	5,9	34,0	18	4,4	36,0	50	6,6	100,0	50	6,6	100,0
2 - Espermaticidas locais	6	4,4	12,0	5	4,1	10,0	4	2,0	8,0	3	2,3	6,0	7	5,6	14,0	2	2,3	4,0	33	11,5	66,0	40	9,7	80,0	50	6,6	100,0	50	6,6	100,0
3 - Diafragma	8	5,8	16,0	5	4,1	10,0	6	3,0	12,0	–	–	–	6	4,8	12,0	3	3,6	6,0	30	10,5	60,0	42	10,2	84,0	50	6,6	100,0	50	6,6	100,0
4 - Oginio-Knaus	3	2,2	6,0	9	7,4	18,0	15	7,5	30,0	1	0,8	2,0	7	5,6	14,0	10	11,9	20,0	25	8,7	50,0	30	7,3	60,0	50	6,6	100,0	50	6,6	100,0
5 - Coito interrompido	20	14,6	40,0	15	12,3	30,0	10	5,0	20,0	3	2,3	6,0	8	6,3	16,0	12	14,3	24,0	12	4,2	24,0	20	4,8	40,0	50	6,6	100,0	50	6,6	100,0
6 - Billings	5	3,7	10,0	4	3,3	8,0	11	5,5	22,0	1	0,8	2,0	7	5,6	14,0	–	–	–	27	9,4	54,0	45	10,9	90,0	50	6,7	100,0	50	6,7	100,0
7 - Lavagem vaginal	5	3,7	10,0	6	4,9	12,0	26	13,0	52,0	10	7,6	20,0	9	7,1	18,0	8	9,5	16,0	10	3,5	20,0	26	6,3	52,0	50	6,7	100,0	50	6,7	100,0
8 - Lactação prolongada	14	10,2	28,0	13	10,6	26,0	22	11,0	44,0	7	5,3	14,0	8	6,3	16,0	7	8,3	14,0	6	2,1	12,0	23	5,6	46,0	50	6,7	100,0	50	6,7	100,0
9 - Pífuia	6	4,4	12,0	15	12,3	30,0	25	12,5	50,0	25	19,1	50,0	12	9,5	24,0	9	10,7	18,0	7	2,4	14,0	1	0,2	2,0	50	6,7	100,0	50	6,7	100,0
10 - DIU	8	5,8	16,0	11	9,0	22,0	10	5,0	20,0	13	9,9	26,0	15	11,9	30,0	7	8,3	14,0	17	5,9	34,0	19	4,6	38,0	50	6,7	100,0	50	6,7	100,0
11 - Injeções contracep- tivas mensais	6	4,4	12,0	5	4,1	10,0	7	3,5	14,0	4	3,1	8,0	8	6,3	16,0	5	6,0	10,0	29	10,1	58,0	36	8,7	72,0	50	6,7	100,0	50	6,7	100,0
12 - Anéis vaginais	10	7,3	20,0	5	4,1	10,0	5	2,5	10,0	–	–	–	6	4,8	12,0	–	–	–	29	10,1	58,0	45	10,9	90,0	50	6,7	100,0	50	6,7	100,0
13 - Implante	5	3,7	10,0	3	2,5	6,0	8	4,0	16,0	10	7,6	20,0	7	5,6	14,0	5	6,0	10,0	30	10,5	60,0	32	7,7	64,0	50	6,7	100,0	50	6,7	100,0
14 - Laqueadura tubária	4	2,9	8,0	4	3,3	8,0	30	15,0	60,0	31	23,7	62,0	12	9,5	24,0	5	6,0	10,0	4	1,4	8,0	10	2,4	20,0	50	6,7	100,0	50	6,7	100,0
15 - Vasectomia	19	13,8	38,0	5	4,1	10,0	15	7,5	30,0	16	12,2	32,0	5	4,0	10,0	3	3,6	6,0	11	3,8	22,0	26	6,3	52,0	50	6,7	100,0	50	6,7	100,0
TOTAL	137	100,0	–	122	100,0	–	200	100,0	–	131	100,0	–	126	100,0	–	84	100,0	–	287	100,0	–	413	100,0	–	750	100,0	–	750	100,0	–

FONTE: Pesquisadora.

OBS % S/T é a porcentagem sobre o total de entrevistas, no caso, 50

no HC responderam não aprovar o uso deste método; ainda que 4 (8%) das clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no CSM e 3 (6%) das clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no HC afirmam aprovar totalmente o uso de espermaticidas locais; sendo que 7 (14%) das clientes do CSM e 2 (4%) das clientes do HC, aprovam parcialmente o uso deste método e 33 (66%) das clientes do CSM e 40 (80%) das clientes do HC não têm opinião quanto ao uso de espermaticidas locais.

Quanto ao diafragma, obteve-se da clientela entrevistada, 8 (16%) das clientes que freqüentam o pré-natal no CSM e 5 (10%) das clientes que freqüentam o pré-natal no HC relatam não aprovar o uso do diafragma; sendo que 6 (12%) das clientes do CSM e nenhuma cliente do HC responderam aprovar totalmente o uso do diafragma; enquanto que 6 (12%) das clientes do CSM e 3 (6%) das clientes do HC aprovam parcialmente, e 30 (60%) das clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no CSM e 42 (84%) das clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no HC não têm opinião quanto ao uso do diafragma.

Obteve-se, quanto ao método de Ogino-Knaus, que 3 (6%) das clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no CSM e 9 (18%) das clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no HC não aprovam o uso deste método; 15 (30%) das clientes do CSM e 1 (2%) das clientes do HC aprovam totalmente este método; 7 (14%) das clientes do CSM e 10 (20%) das clientes do HC aprovam parcialmente o método de Ogino-Knaus, enquanto que 25 (50%) das clientes que freqüentam o pré-natal no CSM



e 30 (60%) das clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no HC afirmam não ter opinião quanto ao uso de Ogino-Knaus.

Com relação ao coito interrompido, 20 (40%) das clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no CSM e 15 (30%) das clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no HC não aprovam este método; 10 (20%) das clientes do CSM e 3 (6%) das clientes do HC aprovam totalmente este método; 8 (16%) das clientes do CSM e 12 (24%) das clientes do HC, aprovam parcialmente o coito interrompido; enquanto que 12 (24%) das clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no CSM e 20 (40%) das clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no HC afirmam não ter opinião formada quanto ao uso de coito interrompido.

Quanto ao método de Billings, observa-se que 5 (10%) das clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no CSM e 4 (8%) das clientes que frequentam o serviço de pré-natal no HC não aprovam este método; sendo que 11 (22%) das clientes do CSM e 1 (2%) das clientes do HC, aprovam totalmente o método de Billings; 7 (14%) das clientes do CSM e nenhuma cliente do HC aprovam parcialmente o uso deste método; enquanto que 27 (54%) das clientes que freqüentam o pré-natal no CSM e 45 (90%) das clientes que freqüentam o pré-natal no HC afirmam não ter opinião quanto ao uso do método de Billings.

Verifica-se, quanto ao método de lavagem vaginal, que 5 (10%) das clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no CSM e 6 (12%) das clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no HC não aprovam este método; já 26 (52%) das clientes do CSM e 10 (20%) das clientes do HC aprovam total-

mente a lavagem vaginal; 9 (18%) das clientes do CSM e 8 (16%) das clientes do HC aprovam parcialmente o uso deste método; e 10 (20%) das clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no CSM e 26 (52%) das clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no HC afirmam não ter opinião quanto ao uso da lavagem vaginal como método anticoncepcional.

Com relação à lactação prolongada, observa-se que 14 (28%) das clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no CSM e 13 (26%) das clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no HC não aprovam a lactação prolongada; 22 (44%) das clientes do CSM e 7 (14%) das clientes do HC relatam que aprovam totalmente este método; 8 (16%) das clientes do CSM e 7 (14%) das clientes do HC aprovam parcialmente o uso deste método; enquanto que 6 (12%) das clientes que freqüentam o pré-natal no CSM e 23 (46%) das clientes que freqüentam o pré-natal no HC não têm opinião quanto ao uso de lactação prolongada como método anticoncepcional.

Quanto à opinião das clientes em relação ao uso da pílula, observa-se que 6 (12%) das clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no CSM e 15 (30%) das clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no HC não aprovam o uso da pílula; 25 (50%) das clientes do CSM e 25 (50%) das clientes do HC aprovam totalmente a pílula. Observa-se pelo exposto que a pílula é um dos métodos de maior aceitação entre as clientes entrevistadas. Tem-se, ainda, que 12 (24%) das clientes do CSM e 9 (18%) das clientes do HC aprovam parcialmente o uso da pílula, enquanto que 7 (14%) das clientes do CSM e

1 (2%) das clientes do HC não têm opinião quanto ao uso da pílula anticoncepcional.

Tratando-se do DIU, verifica-se que 8 (16%) das clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no CSM e 11 (22%) das clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no HC afirmam não aprovar o uso do DIU; 10 (20%) das clientes do CSM e 13 (26%) das clientes do HC aprovam totalmente o uso de DIU; 15 (30%) das clientes do CSM e 7 (14%) das clientes do HC aprovam parcialmente o uso do DIU; enquanto que 17 (34%) das clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no CSM e 19 (38%) das clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no HC afirmam não ter opinião quanto ao uso do DIU.

Em relação ao uso de injeções contraceptivas mensais, 6 (12%) das clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no CSM e 5 (10%) das clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no HC responderam não aprovar o uso deste método anticoncepcional; 7 (14%) das clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no CSM e 4 (8%) das clientes do HC aprovam totalmente este método; 8 (16%) das clientes que freqüentam o pré-natal no CSM e 5 (10%) das clientes que freqüentam o pré-natal no HC aprovam parcialmente as injeções contraceptivas mensais: 29 (58%) das clientes do CSM e 36 (72%) das clientes do HC relatam não ter opinião quanto ao uso deste tipo de método contraceptivo.

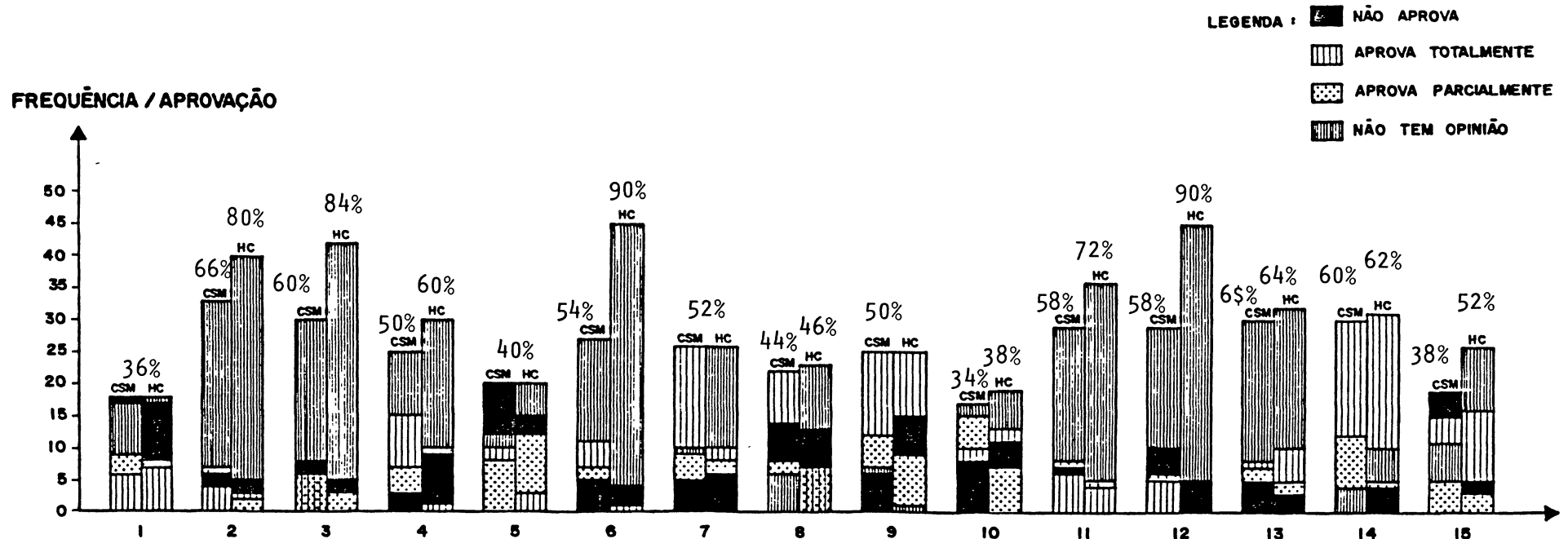
Quanto ao uso de anéis vaginais, 10 (20%) das clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no CSM e 5 (10%) das clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no HC não aprovam o uso deste método; 5 (10%) das clientes do CSM e

nenhuma cliente do HC afirmam aprovar totalmente o uso de anéis vaginais; 6 (12%) das clientes do CSM e nenhuma cliente do HC aprova parcialmente o uso deste método, enquanto que 29 (58%) das clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no CSM e 45 (90%) das clientes que frequentam o serviço de pré-natal no HC afirmam não ter opinião em relação ao uso de anéis vaginais.

Outro método pesquisado, entre a clientela deste estudo, foi o implante, quando se obteve 5 (10%) das clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no CSM e 3 (6%) das clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no HC não aprovam este método; 8 (16%) das clientes do CSM e 10 (20%) das clientes do HC afirmam aprovar totalmente este método; 7 (14%) das clientes do CSM e 5 (10%) das clientes do HC responderam aprovar parcialmente o uso do implante; 30 (60%) das clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no CSM e 32 (64%) das clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no HC não têm opinião a respeito do método implante.

Quanto à laqueadura tubária, 4 (8%) das clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no HC relatam não aprovar este método anticonceptivo; 30 (60%) das clientes do CSM e 31 (62%) das clientes do HC afirmam aprovar totalmente o uso deste método; 12 (24%) das clientes de CSM e 5 (10%) das clientes do HC aprovam a laqueadura tubária parcialmente; enquanto que 4 (8%) das clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no CSM e 10 (20%) das clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no HC não têm opinião a respeito do uso da laqueadura tubária. Pelo exposto nesta tabela, este foi,

## GRÁFICO 14 - TIPOS DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS DE ACORDO COM A APROVAÇÃO



FONTE: Pesquisadora.

MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS

- |                           |                         |                                      |
|---------------------------|-------------------------|--------------------------------------|
| 1. Condom.                | 6. Billings.            | 11. Injeções contraceptivas mensais. |
| 2. Espermaticidas locais. | 7. Lavagem vaginal.     | 12. Anéis vaginais.                  |
| 3. Diafragma.             | 8. Lactação prolongada. | 13. Implante.                        |
| 4. Ogino-Knaus.           | 9. Pílula.              | 14. Laqueadura tubária.              |
| 5. Coito interrompido.    | 10. DIU.                | 15. Vasectomia.                      |

entre os 15 métodos estudados, aquele que obteve maior incidência de aprovação entre as clientes entrevistadas.

Com relação à vasectomia, 19 (38%) das clientes que freqüentam o pré-natal no CSM e 5 (10%) das clientes que freqüentam o pré-natal no HC afirmam não aprovar este método; 15 (30%) das clientes do CSM e 16 (32%) das clientes do HC aprovam totalmente a vasectomia; 5 (10%) das clientes do CSM e 3 (6%) das clientes do CH aprovam parcialmente; enquanto que 11 (22%) das clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no CSM e 26 (52%) das clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no HC não têm opinião quanto ao uso da vasectomia.

O Gráfico 14 complementa as informações obtidas.

#### 7.3.4 IMPORTÂNCIA DO USO DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS

Observa-se na Tabela 33 a opinião das clientes entrevistadas sobre a importância do uso de métodos anticoncepcionais, relacionado com a faixa etária.

Destaca-se que das 22 clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no Centro de Saúde Metropolitano, na faixa etária de 16-20 anos, 14 (42,4%) consideram o uso de métodos anticoncepcionais "muito importante" e das 8 (16%) clientes, na mesma faixa etária, que freqüentam o serviço de pré-natal do Hospital de Clínicas 6 (22,2%) consideram "importante".

Na faixa etária de 21-25 anos, das 19 (38%) clientes que freqüentam o pré-natal no Hospital de Clínicas, 10 (55,6%)

**TABELA 33 – FAIXA ETÁRIA SEGUNDO A OPINIÃO EM RELAÇÃO AO USO DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS**

FAIXA ETÁRIA	ALTERNATIVAS												TOTAL				
	A		B		C		D		E		F		CSM	%	HC	%	
	CSM	HC	CSM	HC	CSM	HC	CSM	HC	CSM	HC	CSM	HC					
Até 15 anos	–	01	–	–	–	–	–	–	–	01	–	–	–	01	2,0	01	2,0
16 – 20	14	01	03	06	02	01	01	–	01	–	01	–	22	44,0	08	16,0	
21 – 25	10	10	04	09	01	–	–	–	–	–	–	–	15	30,0	19	38,0	
26 – 30	07	03	01	04	–	01	–	01	–	–	–	–	08	16,0	09	18,0	
31 – 35	02	02	–	04	–	01	–	–	–	–	–	–	02	4,0	07	14,0	
36 – 40	–	01	02	04	–	01	–	–	–	–	–	–	02	4,0	06	12,0	
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>18</b>	<b>10</b>	<b>27</b>	<b>03</b>	<b>04</b>	<b>01</b>	<b>01</b>	<b>02</b>	<b>–</b>	<b>01</b>	<b>–</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>	

FONTE: Pesquisadora.

- ALTERNATIVAS: A – Muito importante
- B – Importante
- C – Pouco importante
- D – Indiferente
- E – Não tem opinião
- F – Errado.

responderam ser "muito importante", enquanto que 9 (33,3%) optaram pela alternativa "importante"; das 15 (30%) clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no Centro de Saúde Metropolitano, 10 (30,3%) consideram o uso de métodos anticonceptivos "muito importante" e 4 (40%) consideram "importante".

Na faixa etária de 26-30 anos, das 9 (18%) clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no Hospital de Clínicas, 4 (14,8%) consideram "importante" e das 8 (16%) clientes que freqüentam o pré-natal no Centro de Saúde Metropolitano 7 (21,2%) consideram o uso de métodos anticoncepcionais "muito importante".

Na faixa etária de 31-35 anos, das 7 (14%) clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no Hospital de Clínicas, 4 (14,8%) consideram o uso de métodos anticoncepcionais "importante" e das 6 (12%) clientes do mesmo serviço, porém na faixa etária de 36-40 anos, 4 (14,8%) responderam considerar "importante".

Obteve-se 3% das clientes do CSM e 8% das clientes do HC que consideraram o uso de métodos anticoncepcionais "pouco importante"; ainda como resposta "indiferente" destacam-se 2% das clientes do CSM e 2% das clientes do HC; 4% das clientes do CSM "não têm opinião" e 2% do mesmo serviço relatam considerar "errado" o uso de métodos anticonceptivos.

Pode-se inferir pelo exposto que a maioria das clientes entrevistadas consideram o uso de qualquer método contraceptivo "muito importante" ou "importante".



### 7.3.5 FATORES IMPEDITIVOS AO USO DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS

Verifica-se na Tabela 34 a opinião das clientes entrevistadas em relação aos fatores que impedem a utilização de métodos anticoncepcionais, com a faixa etária das mesmas.

Na faixa etária de 16-20 anos, das 25 (41%) clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no Centro de Saúde Metropolitano, 7 (36,8%) responderam que um fator que impede a utilização de métodos anticoncepcionais é "danos à saúde" e 4 (44,5%) optaram pela alternativa G, ou seja, "desejo de ter muitos filhos"; das 10 (17,9%) clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no Hospital de Clínicas, 5 (23,8%) têm a opinião de que o fator que impede a utilização é por causar "danos à saúde".

Na faixa etária de 21-25 anos, das 20 (32,8%) clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no Centro de Saúde Metropolitano, 8 (42,1%) escolheram como fator impeditivo ao uso de métodos anticoncepcionais a alternativa "danos à saúde"; das 20 (35,7%) clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no Hospital de Clínicas, 9 (50%) consideram que "nenhuma razão" impede a utilização de anticonceptivos, enquanto que 6 (28,6%) responderam "danos à saúde" como obstáculo à utilização de métodos anticoncepcionais.

A alternativa "convém ao País ter grande população" não foi considerada por nenhuma cliente, em ambos os serviços, e as demais alternativas, religião, razões morais, métodos anticoncepcionais muito caros, muito complicados,

TABELA 34 – FAIXA ETÁRIA DE ACORDO COM O QUE IMPEDE A UTILIZAÇÃO DOS MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS

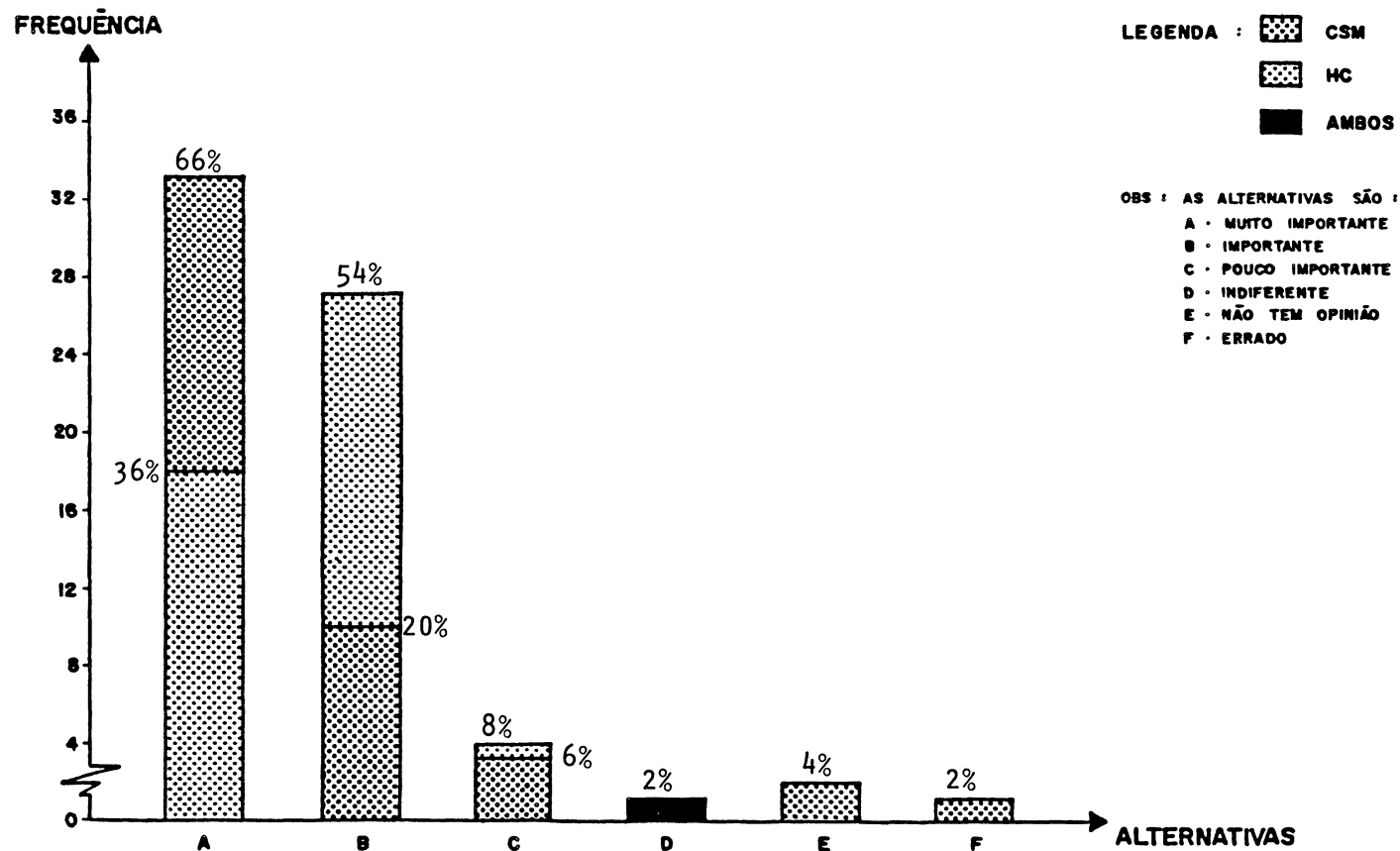
FAIXA ETÁRIA	ALTERNATIVAS (OPINIÕES)																				TOTAL			
	A		B		C		D		E		F		G		H		I		J		CSM	%	HC	%
	CSM	HC	CSM	HC	CSM	HC	CSM	HC	CSM	HC	CSM	HC	CSM	HC	CSM	HC	CSM	HC						
Até 15 Anos	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	-	01	1,6	01	1,7
16 – 20	03	01	01	-	07	05	03	-	01	-	03	01	04	-	-	-	01	03	02	-	25	41,0	10	17,9
21 – 25	01	02	-	-	08	06	01	02	01	-	03	-	03	-	-	-	02	09	01	01	20	32,8	20	35,7
26 – 30	01	-	-	-	03	04	03	01	-	01	01	02	-	-	-	-	01	02	01	-	10	16,4	10	17,9
31 – 35	-	-	-	01	01	03	01	02	-	-	-	-	-	-	-	-	-	02	01	-	03	4,9	08	14,3
36 – 40	-	02	-	-	-	02	-	01	-	-	-	-	02	-	-	-	-	02	-	-	02	3,3	07	12,5
TOTAL	05	05	01	01	19	21	08	06	02	01	07	03	09	-	-	-	04	18	06	01	61	100,0	56	100,0

FONTE: Pesquisadora.

- A – Religião
- B – Razões morais
- C – Danos a saúde
- D – Métodos anticoncepcionais muito caros
- E – Muito complicado
- F – Maridos desaprovam
- G – Desejo de muitos filhos
- H – Convém ao País ter grande população
- I – Nenhuma razão
- J – Outra razão.

OBS.: Obteve-se 117 respostas porque algumas clientes responderam mais de uma alternativa.

**GRÁFICO 15 - FAIXA ETÁRIA DE ACORDO COM A OPINIÃO  
EM RELAÇÃO AO USO DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS**



FONTE: Pesquisadora.

maridos desaprovam, e outras razões foram consideradas por poucas clientes.

Conclui-se, portanto, que a maioria das clientes aponta como fatores impeditivos ao uso de métodos anticoncepcionais a alternativa "danos à saúde", em ambos os serviços. Obteve-se um número significativo de clientes do HC que escolheram a alternativa "nenhuma razão".

O Gráfico 15 ilustra as informações obtidas.

### 7.3.6 RECOMENDAÇÃO DE QUALQUER MÉTODO ANTICONCEPCIONAL

Observa-se na Tabela 35 a opinião das clientes em estudo, sobre a recomendação de qualquer método anticoncepcional, relacionada à faixa etária.

Verifica-se que das 22 clientes, na faixa etária de 16-20 anos, que freqüentam o serviço de pré-natal no CSM, 18 (48,7%) afirmam não ter recomendado nenhum método, enquanto que 4 (30,8%) das clientes do mesmo serviço relatam ter recomendado; das 8 clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no HC, 7 (18,4%) informam não ter recomendado métodos anticoncepcionais.

Observa-se que das 19 clientes, na faixa etária de 21-25 anos, que freqüentam o serviço de pré-natal no HC, 16 (42,1%) afirmam não recomendar qualquer método anticoncepcional; e das 15 clientes que freqüentam o serviço de pré-

**TABELA 35 – FAIXA ETÁRIA SEGUNDO A RECOMENDAÇÃO DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS À ALGUÉM**

FAIXA ETÁRIA	RECOMENDAÇÃO								TOTAL			
	SIM				NÃO				CSM	%	HC	%
	CSM	%	HC	%	CSM	%	HC	%				
Até 15 anos	–	–	–	–	01	2,7	01	2,7	01	2,0	01	2,0
16 – 20	04	30,8	01	8,3	18	48,7	07	18,4	22	44,0	08	16,0
21 – 25	04	30,8	03	25,0	11	29,7	16	42,1	15	30,0	19	38,0
26 – 30	02	15,4	02	16,7	06	16,2	07	18,4	08	16,0	09	18,0
31 – 35	02	15,4	03	25,0	–	–	04	10,5	02	4,0	07	14,0
36 – 40	01	7,6	03	25,0	01	2,7	03	7,9	02	4,0	06	12,0
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>100,0</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

FONTE: Pesquisadora.

natal no CSM, 11 (29,7%) informam não ter recomendado qualquer método contraceptivo.

Na faixa etária de 26-30 anos, das 9 clientes que frequentam o serviço de pré-natal no HC, 7 (18,4%) não recomendam qualquer método contraceptivo e das 8 clientes que frequentam o serviço de pré-natal no CSM, 6 (16,2%) expressaram a mesma opinião.

Das 7 clientes que se encontram na faixa etária de 31-35 anos e que frequentam o serviço de pré-natal no HC, 4 (10,5%) afirmam não ter recomendado qualquer método anticoncepcional.

Pelo exposto nesta tabela, pode-se perceber que a maioria das clientes pesquisadas, não recomendam qualquer método anticoncepcional.

Pela Tabela 30, pode-se inferir que as clientes não recomendam porque a maioria delas não conhece os métodos anticoncepcionais existentes, assim como a maioria nunca usou nenhum método anticoncepcional, conforma Tabela 31.

Pelo que já se constatou nesta pesquisa, este fato beneficia as clientes e as pessoas que eventualmente poderiam recomendar qualquer método anticoncepcional.

A não recomendação de métodos contraceptivos por parte das clientes é um dado bastante positivo, uma vez que as mesmas não têm conhecimento suficiente sobre a temática em questão.

### 7.3.7 FONTE DE INFORMAÇÃO SOBRE OS MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS

Verifica-se pela Tabela 36 a opinião das clientes a respeito da fonte de informação que possuem sobre os métodos anticoncepcionais, relacionados à escolaridade e faixa etária.

Observa-se, na faixa etária de 16-20 anos, que das 26 clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no CSM, 8 (47,1%) sem escolaridade ou de baixa escolaridade (primário incompleto e 5 (41,7%) com escolaridade entre primário completo e ginásio incompleto afirmam ter recebido informação a respeito dos métodos anticoncepcionais da "família". Encontram-se, ainda na mesma faixa etária, 5 (41,7%) das clientes com escolaridade entre primário completo e ginásio incompleto, que responderam receber informação da "amiga".

Destaca-se na faixa etária de 21-25 anos que, das 22 clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no CSM, 4 (33,3%) com escolaridade entre primário completo e ginásio incompleto relatam receber informações sobre os métodos anticonceptivos da "família"; 4 (33,3%) com a mesma escolaridade apontam como fonte de informação a "amiga".

Na faixa etária de 26-30 anos, observa-se que das 12 clientes que freqüentam o serviço no CSM, 4 (23,5%) sem escolaridade ou de baixa escolaridade (primário incompleto) afirmam receber informações a respeito dos métodos anticoncepcionais da "família".

TABELA 36 – FAIXA ETÁRIA SEGUNDO A FONTE DE INFORMAÇÃO E A ESCOLARIDADE

FAIXA ETÁRIA	FONTE DE INFORMAÇÃO																												TOTAL						
	ÁREA DE SAÚDE						FAMÍLIA						AMIGA						OUTRA FONTE						NENHUMA FONTE										
	ESCOLARIDADE						ESCOLARIDADE						ESCOLARIDADE						ESCOLARIDADE						ESCOLARIDADE										
	A		B		C		A		B		C		A		B		C		A		B		C		A		B						C		
	CSM	HC	CSM	HC	CSM	HC	CSM	HC	CSM	HC	CSM	HC	CSM	HC	CSM	HC	CSM	HC	CSM	HC	CSM	HC	CSM	HC	CSM	HC	CSM	HC					CSM	HC	CSM
Até 15 Anos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	1,5	01	1,4
16 – 20	-	-	03	02	-	-	08	03	05	02	-	-	02	-	05	01	-	-	01	01	02	-	-	-	-	-	01	-	01	-	-	26	38,8	11	14,9
21 – 25	03	03	-	01	-	01	03	03	04	01	-	-	02	03	04	02	01	01	01	02	02	-	01	01	-	02	01	01	-	01	22	32,8	22	29,7	
26 – 30	01	03	01	01	-	01	04	03	02	-	-	-	02	03	02	-	-	-	-	01	-	-	-	-	-	02	-	-	-	-	12	17,9	14	18,9	
31 – 35	01	04	-	-	-	-	01	02	01	01	-	-	01	06	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	04	6,0	14	18,9	
36 – 40	-	07	-	01	-	-	01	-	-	-	-	-	-	02	01	-	-	-	-	02	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	02	3,0	12	16,2	
TOTAL	05	17	04	05	-	02	17	11	12	04	-	-	08	14	12	03	01	01	02	08	04	-	01	01	-	05	01	02	-	01	67	100,0	74	100,0	

FONTE: Pesquisadora.

- \* ESCOLARIDADE: A – Analfabeta + Primário incompleto
- B – Primário completo + Ginásio completo
- C – Ginásio completo + outra.



Na faixa etária de 31-35 anos, das 14 clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no HC, 6 (42,9%) sem escolaridade ou de baixa escolaridade (primário incompleto) apontam como fonte de informação a "amiga", 4 (23,5%) têm a mesma escolaridade e dizem receber as informações da "área de saúde".

Na faixa etária de 36-40 anos ressalta na tabela que das 12 clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no HC 7 (41,2%) responderam ser a "área de saúde" a fonte de informação a respeito dos métodos anticoncepcionais, clientes estas sem escolaridade ou com primário incompleto.

Pelos dados obtidos, observa-se que nas faixas etárias de 16-20, 21-25 e 26-30 anos a distribuição da opinião das clientes que freqüentam o pré-natal no HC foi muito dispersa, não sendo por isso citada; o mesmo ocorrendo com as faixas etárias de 31-35 e 36-40 anos, onde não foi descrita a distribuição de respostas das clientes do pré-natal do CSM.

No serviço de pré-natal do HC a maior incidência de respostas é na "área de saúde", enquanto que no serviço de pré-natal do CSM é a "família" quem mais dá informações às clientes sobre métodos anticoncepcionais. Aparece também número significativo de clientes do HC que recebem informações através da "amiga", estando estas na maioria entre 31 e 35 anos.

No serviço de pré-natal do HC a maior incidência de opiniões é na "área de saúde", com número significativo de respostas na faixa etária de 36-40 anos, enquanto que no serviço de pré-natal do CSM é a "família" quem mais dá informa-

ções às clientes sobre métodos anticonceptivos, obtendo-se maior número de respostas na faixa etária de 16-20 anos.

Conclui-se pelo exposto que as clientes mais velhas, entre 31-40 anos, recebem informações ou na "área de saúde" (médico, enfermeiro, farmacêutico, ...) ou da "amiga" (vizinha, colega, ...), enquanto que as clientes mais jovens, entre 16-20 anos, recebem informações da "família" (irmã, mãe, sogra, marido, ...).

A alternativa "outra fonte" relaciona-se a livros, revistas, jornais, televisão, curso, professor etc.

A Tabela 37 evidencia a opinião das clientes entrevistadas sobre quem deve escolher o método anticoncepcional a ser utilizado, relacionada à faixa etária.

Observa-se, na faixa etária de 16-20 anos, que das 22 clientes que freqüentam o serviço de pré-natal do CSM, 10 (52,6%) afirmam que é o "casal" quem deve escolher o método a ser utilizado, 8 (44,4%) das clientes dizem ser "ela mesma"

**TABELA 37 – FAIXA ETÁRIA SEGUNDO QUEM DEVE ESCOLHER O MÉTODO ANTICONCEPCIONAL**

FAIXA ETÁRIA	ESCOLHA DO MÉTODO ANTICONCEPCIONAL																TOTAL			
	VOCE				MARIDO				CASAL				MÉDICO				TOTAL		TOTAL	
	CSM	%	HC	%	CSM	%	HC	%	CSM	%	HC	%	CSM	%	HC	%	CSM	%	HC	%
Até 15 Anos	–	–	–	–	01	100,0	–	–	–	–	01	3,7	–	–	–	–	01	2,0	01	2,0
16 – 20	08	44,4	01	7,2	–	–	02	66,7	10	52,6	04	14,8	04	33,3	01	14,3	22	44,0	08	16,0
21 – 25	08	44,4	05	35,7	–	–	01	33,3	02	10,5	11	40,8	05	41,7	03	42,9	15	30,0	20	40,0
26 – 30	01	5,6	02	14,3	–	–	–	–	05	26,3	05	18,5	02	16,7	02	28,5	08	16,0	09	18,0
31 – 35	–	–	03	21,4	–	–	–	–	01	5,3	03	11,1	01	8,3	01	14,3	02	4,0	07	14,0
36 – 40	01	5,6	03	21,4	–	–	–	–	01	5,3	03	11,1	–	–	–	–	02	4,0	06	12,0
TOTAL	18	100,0	14	100,0	01	100,0	03	100,0	19	100,0	27	100,0	12	100,0	07	100,0	50	100,0	51	100,0

**FONTE:** Pesquisadora.

OBS : No HC, na faixa etária de 21–25 uma cliente respondeu duas alternativas.

**TABELA 37 – FAIXA ETÁRIA SEGUNDO QUEM DEVE ESCOLHER O MÉTODO ANTICONCEPCIONAL**

FAIXA ETÁRIA	ESCOLHA DO MÉTODO ANTICONCEPCIONAL																TOTAL			
	VOCÊ				MARIDO				CASAL				MÉDICO							
	CSM	%	HC	%	CSM	%	HC	%	CSM	%	HC	%	CSM	%	HC	%	CSM	%	HC	%
Até 15 Anos	–	–	–	–	01	100,0	–	–	–	–	01	3,7	–	–	–	–	01	2,0	01	2,0
16 – 20	08	44,4	01	7,2	–	–	02	66,7	10	52,6	04	14,8	04	33,3	01	14,3	22	44,0	08	16,0
21 – 25	08	44,4	05	35,7	–	–	01	33,3	02	10,5	11	40,8	05	41,7	03	42,9	15	30,0	20	40,0
26 – 30	01	5,6	02	14,3	–	–	–	–	05	26,3	05	18,5	02	16,7	02	28,5	08	16,0	09	18,0
31 – 35	–	–	03	21,4	–	–	–	–	01	5,3	03	11,1	01	8,3	01	14,3	02	4,0	07	14,0
36 – 40	01	5,6	03	21,4	–	–	–	–	01	5,3	03	11,1	–	–	–	–	02	4,0	06	12,0
TOTAL	18	100,0	14	100,0	01	100,0	03	100,0	19	100,0	27	100,0	12	100,0	07	100,0	50	100,0	51	100,0

FONTE: Pesquisadora.

OBS : No HC, na faixa etária de 21–25 uma cliente respondeu duas alternativas.

**TABELA 37 – FAIXA ETÁRIA SEGUNDO QUEM DEVE ESCOLHER O MÉTODO ANTICONCEPCIONAL**

FAIXA ETÁRIA	ESCOLHA DO MÉTODO ANTICONCEPCIONAL																TOTAL			
	VOCÊ				MARIDO				CASAL				MÉDICO							
	CSM	%	HC	%	CSM	%	HC	%	CSM	%	HC	%	CSM	%	HC	%	CSM	%	HC	%
Até 15 Anos	–	–	–	–	01	100,0	–	–	–	–	01	3,7	–	–	–	–	01	2,0	01	2,0
16 – 20	08	44,4	01	7,2	–	–	02	66,7	10	52,6	04	14,8	04	33,3	01	14,3	22	44,0	08	16,0
21 – 25	08	44,4	05	35,7	–	–	01	33,3	02	10,5	11	40,8	05	41,7	03	42,9	15	30,0	20	40,0
26 – 30	01	5,6	02	14,3	–	–	–	–	05	26,3	05	18,5	02	16,7	02	28,5	08	16,0	09	18,0
31 – 35	–	–	03	21,4	–	–	–	–	01	5,3	03	11,1	01	8,3	01	14,3	02	4,0	07	14,0
36 – 40	01	5,6	03	21,4	–	–	–	–	01	5,3	03	11,1	–	–	–	–	02	4,0	06	12,0
TOTAL	18	100,0	14	100,0	01	100,0	03	100,0	19	100,0	27	100,0	12	100,0	07	100,0	50	100,0	51	100,0

FONTE: Pesquisadora.

OBS · No HC, na faixa etária de 21–25 uma cliente respondeu duas alternativas.

quem escolhe e 4 (33,3%) das clientes responderam que é o "médico" quem escolhe o método a ser adotado; enquanto que das 8 clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no HC, 4 (14,8%) apontam como sendo o "casal" quem deve escolher o método a ser adotado.

Verifica-se que, na faixa etária de 21-25 anos, das 20 clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no HC, 11 (40,8%) afirmam que é o "casal" quem deve escolher o método anticoncepcional e 5 (35,7%) responderam ser "ela mesma" quem escolhe, enquanto que das 15 clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no CSM, 8 (44,4%) apontam como sendo "elas mesmas" quem escolhem o método a ser utilizado, e 5 (41,7%) das clientes optaram pela alternativa que é o "médico" quem escolhe o método anticoncepcional a ser adotado.

Na faixa etária de 26-30 anos, das 9 clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no HC, 5 (18,5%) afirmam ser o "casal" quem escolhe o método anticonceptivo a ser adotado e das 8 clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no CSM, 5 (26,3%) das clientes responderam também ser o "casal" quem escolhe o método a ser utilizado.

Conclui-se, pelo exposto, que a maior concentração das clientes fica em que "o casal" é quem escolhe o método a ser adotado, em seguida, surge a resposta "ela mesma" como sendo quem escolhe o anticoncepcional a ser utilizado. A opção está correta, desde que devidamente orientadas, porque é exatamente "o casal" quem deve escolher o método a ser adotado. Esta orientação será feita por profissionais da área de saúde em instituições especializadas em planejamento familiar,

onde o casal teria condições de escolher livremente, entre todos os métodos anticonceptivos, aquele que melhor se adaptasse, considerados os aspectos de saúde dos usuários.

A Tabela 38 ressalta as respostas das clientes entrevistadas, sobre o conhecimento das mesmas sobre a utilização dos métodos anticoncepcionais, de acordo com a faixa etária.

Destaca-se, na faixa etária de 16-20 anos, que das 22 clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no CSM, 12 (44,4%) delas responderam "não" saber como se usam os métodos anticonceptivos, 9 (47,3%) das clientes afirmam saber apenas "de alguns"; enquanto que, das 8 (16%) das clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no HC, 6 (17,1%) afirmam que sabem como se usam "alguns" dos métodos contraceptivos.

Verifica-se na faixa etária de 21-25 anos, das 19 clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no HC, 12 (34,3%) dizem saber como se usam apenas "de alguns" e 7 (46,7%) afirmam "não" saber como se utilizam os métodos anticonceptivos; enquanto que das 15 clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no CSM, 8 (29,7%) das clientes apontam "não" saber como se utilizam os métodos e 6 (31,6%) delas dizem saber apenas "de alguns".

Na faixa etária de 26-30 anos, das 9 clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no HC, 7 (20%) afirmam saber "de alguns" métodos, como são utilizados; e das 8 (16%) clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no CSM, 5

**TABELA 38 – FAIXA ETÁRIA SEGUNDO O USO DOS MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS**

FAIXA ETÁRIA	SABE COMO SE USAM OS MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS												TOTAL			
	SIM				NÃO				DE ALGUNS							
	CSM	%	HC	%	CSM	%	HC	%	CSM	%	HC	%	CSM	%	HC	%
Até 15 anos	–	–	–	–	01	3,7	01	6,7	–	–	–	–	01	2,0	01	2,0
16 – 20	01	25,0	–	–	12	44,4	02	13,3	09	47,3	06	17,1	22	44,0	08	16,0
21 – 25	01	25,0	–	–	08	29,7	07	46,7	06	31,6	12	34,3	15	30,0	19	38,0
26 – 30	02	50,0	–	–	05	18,5	02	13,3	01	5,3	07	20,0	08	16,0	09	18,0
31 – 35	–	–	–	–	01	3,7	03	20,0	01	5,3	04	11,5	02	4,0	07	14,0
36 – 40	–	–	–	–	–	–	–	–	02	10,5	06	17,1	02	4,0	06	12,0
TOTAL	04	100,0	–	–	27	100,0	15	100,0	19	100,0	35	100,0	50	100,0	50	100,0

FONTE: Pesquisadora.



(18,5%) responderam "não" saber como são utilizados os métodos anticoncepcionais.

Na faixa etária de 31-35 anos, das 7 clientes que frequentam o serviço de pré-natal no HC, 4 (11,5%) afirmam saber como se usam alguns métodos, obtendo-se a mesma resposta das 6 (12%) clientes do pré-natal do HC, na faixa etária de 35-40 anos.

Pode-se ressaltar que a maior incidência no serviço de pré-natal do CSM foi a resposta "não", enquanto que no serviço de pré-natal do HC a maioria das clientes afirma saber como se usam alguns métodos anticoncepcionais. Conclui-se que as clientes do HC estão melhor informadas quanto à utilização dos métodos contraceptivos.

### 7.3.8 CONHECIMENTO DE EFEITOS COLATERAIS

A Tabela 39 destaca a opinião das clientes entrevistadas, segundo o conhecimento que possuem de efeitos colaterais causados pelo uso de métodos anticoncepcionais de acordo com a faixa etária.

Destaca-se, na faixa etária de 16-20 anos, que das 22 clientes que frequentam pré-natal no CSM, 13 (42%) delas "não" sabem dos efeitos colaterais causados pelos anticoncepcionais e 8 (44,4%) dizem saber dos efeitos colaterais causados; e das 8 (16%) clientes que frequentam o serviço de pré-natal no HC, 4 (23,5%) apontam "não" saber dos efeitos causados pelo uso de métodos anticonceptivos.

**TABELA 39 – FAIXA ETÁRIA SEGUNDO OS EFEITOS COLATERAIS DOS MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS**

FAIXA ETÁRIA	EFEITOS COLATERAIS												TOTAL			
	SIM				NÃO				DE ALGUNS				CSM	%	HC	%
	CSM	%	HC	%	CSM	%	HC	%	CSM	%	HC	%				
Até 15 anos	–	–	–	–	01	3,2	01	5,9	–	–	–	–	01	2,0	01	2,0
16 – 20	08	44,4	03	10,7	13	42,0	04	23,5	01	100,0	01	20,0	22	44,0	08	16,0
21 – 25	07	38,8	09	32,1	08	25,8	08	47,1	–	–	02	40,0	15	30,0	19	38,0
26 – 30	01	5,6	07	25,0	07	22,6	02	11,7	–	–	–	–	08	16,0	09	18,0
31 – 35	01	5,6	05	17,9	01	3,2	01	5,9	–	–	01	20,0	02	4,0	07	14,0
36 – 40	01	5,6	04	14,3	01	3,2	01	5,9	–	–	01	20,0	02	4,0	06	12,0
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>	<b>28</b>	<b>100,0</b>	<b>31</b>	<b>100,0</b>	<b>17</b>	<b>100,0</b>	<b>01</b>	<b>100,0</b>	<b>05</b>	<b>100,0</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

FONTE: Pesquisadora.

Na faixa etária de 21-25 anos, das 19 clientes que frequentam o serviço de pré-natal no HC, 9 (32,1%) afirmam saber dos efeitos colaterais causados pelos contraceptivos e 8 (47,1%) responderam "não" saber dos efeitos; das 15 (30%) clientes que frequentam o serviço de pré-natal no CSM, 8 (25,8%) das clientes dizem "não" saber dos efeitos colaterais causados pelo uso de métodos anticoncepcionais e 7 (38,8%) das clientes afirmam que sabem dos efeitos.

Observa-se na faixa etária de 26-30 anos, das 9 clientes que frequentam o serviço de pré-natal no HC, 7 (25%) dizem saber dos efeitos colaterais; e das 8 (16%) das clientes que frequentam o serviço de pré-natal no CSM, 7 (22,6%) delas apontam "não" saber dos efeitos causados pelo uso de métodos anticoncepcionais.

Na faixa etária de 31-35 anos, das 7 clientes do serviço de pré-natal do HC, 5 (17,9%) delas dizem saber dos efeitos colaterais causados pelo uso de métodos anticoncepcionais; e das 6 (12%) das clientes do mesmo serviço, na faixa etária de 36-40 anos, 4 (14,3%) responderam também conhecer os efeitos causados pelos contraceptivos.

Conclui-se portanto que, a maioria das clientes do serviço de pré-natal do CSM "não" conhece nada a respeito de efeitos colaterais, enquanto que, a maior parte das clientes do pré-natal do HC afirmam conhecer os efeitos causados pelo uso de métodos anticoncepcionais. A exemplo da Tabela 36, nota-se que as clientes do CSM são mais desinformadas do que as clientes do HC.

A Tabela 40 mostra a distribuição das respostas das clientes quanto à procura, ou não, de algum serviço de Planejamento Familiar, de acordo com a faixa etária.

Observa-se que das 50 clientes entrevistadas no CSM, 49 (98%) das clientes afirmam não ter procurado um serviço de Planejamento Familiar, enquanto que das 50 clientes que frequentam o serviço de pré-natal do HC, 47 (94%) informam não ter da mesma forma procurado um serviço de Planejamento Familiar.

Pelo exposto, nota-se que a maioria das clientes entrevistadas, do CSM e HC, "não" procuram serviço de Planejamento Familiar. Concluimos que não procuram pela inexistência dos mesmos ou por desconhecimento daqueles já estruturados na comunidade.

Verifica-se, ainda, que das 50 clientes entrevistadas no CSM, apenas 1 (2%) procurou algum serviço, enquanto que 3 (6%) das clientes do HC também afirmam ter procurado este tipo de serviço.

TABELA 40 – FAIXA ETÁRIA SEGUNDO A PROCURA DE ALGUM TIPO DE SERVIÇO DE PLANEJAMENTO FAMILIAR

FAIXA ETÁRIA	PROCURA								TOTAL			
	SIM				NÃO							
	CSM	%	HC	%	CSM	%	HC	%	CSM	%	HC	%
Até 15 anos	–	–	–	–	01	2,0	01	2,1	01	2,0	01	2,0
16 – 20	–	–	–	–	22	44,9	08	17,0	22	44,0	08	16,0
21 – 25	01	100,0	02	66,7	14	28,6	17	36,2	15	30,0	19	38,0
26 – 30	–	–	–	–	08	16,3	09	19,2	08	16,0	09	18,0
31 – 35	–	–	–	–	02	4,1	07	14,9	02	4,0	07	14,0
36 – 40	–	–	01	33,3	02	4,1	05	10,6	02	4,0	06	12,0
TOTAL	01	100,0	03	100,0	49	100,0	47	100,0	50	100,0	50	100,0

FONTE: Pesquisadora.

## 7.4 DADOS RELACIONADOS A GESTAÇÕES TERMINADAS EM ABORTAMENTO

### 7.4.1 NÚMERO DE ABORTAMENTOS

TABELA 41. DADOS RELACIONADOS AO NÚMERO DE GESTAÇÕES INTERROMPIDAS DEVIDO AO ABORTAMENTO.

GESTAÇÃO TERMINADA EM ABORTO	FREQUÊNCIA			
	CSM	%	HC	%
Sim	7	14,0	14	28,0
Não	43	86,0	36	72,0
TOTAL	50	100,0	50	100,0

FONTE: Pesquisadora.

A Tabela 41 ressalta o número de gestações terminadas em abortamentos em ambos os serviços de pré-natal pesquisados.

Observa-se que das 50 clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no CSM, 7 (14%) delas responderam que tiveram gestações terminadas em abortamentos e das 50 clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no HC, há 14 (28%) clientes que já tiveram um abortamento.

De acordo com os dados supracitados, verifica-se que o número de abortamentos é significativo em ambos os serviços.

## 7.4.2 TIPO DE ABORTAMENTO

TABELA 42. DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA DE ACORDO COM O TIPO DE ABORTO

TIPO DE ABORTO	FREQUÊNCIA			
	CSM	%	HC	%
Espontâneo	5	71,4	11	78,6
Provocado	2	28,6	2	14,3
Terapêutico	-	-	1	7,1
TOTAL	7	100,0	14	100,0

FONTE: Pesquisadora.

Na Tabela 42 observa-se que das 7 (14%) clientes que frequentam o serviço de pré-natal no CSM e que já tiveram uma gestação terminada em aborto, 5 (71,4%) delas afirmam ter sido espontâneo o abortamento e 2 (28,6%) das clientes, que o abortamento foi provocado.

Ainda se tem que das 14 (28%) clientes que frequentam o serviço de pré-natal no HC e que já tiveram uma gestação terminada em abortamento, 11 (78,6%) delas responderam que o abortamento foi espontâneo, 2 (14,3%) delas afirmam ter sido abortamento provocado e 1 (7,1%) das clientes diz que o abortamento foi terapêutico.

## 7.4.3 CONHECIMENTO DA CAUSA DO ABORTAMENTO

TABELA 43. DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA DE ACORDO COM A CAUSA DO ABORTAMENTO.

SABE A CAUSA DO ABORTAMENTO	FREQUÊNCIA			
	CSM	%	HC	%
Sim	4	57,1	9	64,3
Não	3	42,9	5	35,7
TOTAL	7	100,0	14	100,0

FONTE: Pesquisadora.

Na Tabela 43 obteve-se que das 7 clientes que já tiveram uma gestação terminada em abortamento e que frequentam o serviço de pré-natal no CSM, 4 (57,1%) afirmam saber a causa do abortamento e 3 (42,9%) dizem não saber.

Encontra-se ainda, nesta tabela, uma distribuição das 14 clientes que frequentam o serviço de pré-natal no HC e que já tiveram uma gestação que terminou em abortamento, 9 (64,3%) afirmam que sabem a causa do abortamento e 5 (35,7%) dizem não saber por que ocorreu o abortamento.

Pelas respostas obtidas das clientes que afirmam saber a causa do abortamento, tem-se que segundo as clientes do CSM, os motivos do aborto expostos por elas foram: "susto, nervosismo, sonda, injeção para tirar" e das clientes do HC as causas apontadas foram: "ingestão de drogas para causar o aborto, hemorragia, trompas entupidas, susto, queda, RX e operação de cisto de ovário.



TABELA 44. DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA DE ACORDO COMO ENFRENTOU O ABORTAMENTO.

ALTERNATIVAS	FREQUÊNCIA			
	CSM	%	HC	%
Naturalmente	3	33,3	1	5,3
Com problemas econômicos	-	-	2	10,5
Com problemas físicos	1	11,1	6	31,6
Com problemas psicológicos	4	44,5	7	36,8
Com problemas sociais	1	11,1	1	5,3
Outra condição	-	-	2	10,5
TOTAL	9	100,0	19	100,0

FONTE: Pesquisadora.

OBS.: Outra condição: assustada, não sabia que ia perder.

Na Tabela 44, observa-se a distribuição da opinião das clientes entrevistadas de como enfrentou o abortamento.

Obteve-se que das 7 clientes que frequentam o serviço de pré-natal no CSM e que já tiveram uma gestação que terminou em abortamento, 4 (44,5%) enfrentaram a situação com problemas psicológicos, 3 (33,3%) enfrentaram naturalmente.

Quanto às clientes do HC, das 14 que responderam já ter tido uma gestação que terminou em abortamento, 7 (36,8%) enfrentaram a situação com problemas psicológicos, 6 (31,6%) com problemas físicos, 2 (10,5%) com problemas econômicos e 2 (10,5%) outra condição, ou seja, "assustada, não sabia que ia perder".

Algumas entrevistadas responderam mais de uma alternativa, por isso de 7 clientes do CSM obteve-se 9 respostas e de 14 clientes do HC, tem-se 19 respostas.

TABELA 45. DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO O ABORTO: SE OCORREU ANTES DO PRIMEIRO FILHO NASCIDO VIVO

ALTERNATIVAS	FREQUÊNCIA			
	CSM	%	HC	%
Sim	5	71,4	9	64,3
Não	2	28,6	5	35,7
TOTAL	7	100,0	14	100,0

FORTE: Pesquisadora.

Observa-se, na Tabela 45, que das 7 clientes que frequentam o serviço de pré-natal no CSM e que já tiveram uma gravidez que terminou em abortamento, 5 (71,4%) responderam que o abortamento ocorreu antes do primeiro filho nascido vivo e 2 (28,6%) das clientes afirmam que não foi antes do primeiro filho nascido vivo.

Tem-se ainda que das 14 clientes que frequentam o serviço de pré-natal no HC, e que já tiveram uma gestação que terminou em abortamento, 9 (64,3%) dizem que o abortamento ocorreu antes do primeiro filho nascido vivo e 5 (35,7%) das clientes que ocorreu após o nascimento do primeiro filho.

#### 7.4.4 QUANDO AO ABORTAMENTO DEVE SER FEITO

A Tabela 46 retrata a opinião das clientes entrevistadas segundo os casos considerados em que o abortamento deve ser feito, relacionada à faixa etária.

TABELA 46 – FAIXA ETÁRIA SEGUNDO EM QUE CASOS O ABORTO DEVE SER FEITO

FAIXA ETÁRIA	ALTERNATIVAS														TOTAL			
	A		B		C		D		E		F		G		CSM	%	HC	%
	CSM	HC	CSM	HC	CSM	HC	CSM	HC	CSM	HC	CSM	HC	CSM	HC				
Até 15 anos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	01	-	-	01	1,7	01	1,3
16 – 20	01	02	04	03	01	01	01	-	02	-	16	05	-	-	25	44,6	11	14,9
21 – 25	-	03	03	13	02	05	-	01	-	-	11	07	01	01	17	30,4	30	40,5
26 – 30	-	02	02	04	01	01	01	01	-	-	05	04	-	01	09	16,1	13	17,6
31 – 35	-	01	-	03	-	03	-	-	-	-	01	04	01	-	02	3,6	11	14,9
36 – 40	-	01	01	01	-	01	-	-	-	-	01	05	-	-	02	3,6	08	10,8
TOTAL	01	09	10	24	04	11	02	02	02	-	35	26	02	02	56	100,0	74	100,0

FONTE: Pesquisadora.

OBS Tivemos 130 respostas nos dois grupos porque algumas das entrevistadas responderam mais de uma alternativa

- \* ALTERNATIVAS
  - A – No caso da mulher ter sido violentada
  - B – No caso de risco de vida da mãe
  - C – No caso de má formação do feto
  - D – Se a mulher não tiver condições psicológicas para manter seu filho
  - E – Se a mulher não tiver condições financeiras para manter seu filho
  - F – Não deve ser feito em nenhuma condição
  - G – Outra condição.

Na faixa etária de 16-20 anos, das 25 clientes que freqüentam o serviço de pré-natal do CSM, 16 (45,7%) dizem que o aborto "não deve ser feito em nenhuma condição" e 4 (40%) responderam que o aborto deve ser efetuado em "caso de risco de vida da mãe"; e das 11 (14,9%) clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no HC, 5 (19,2%) responderam que o aborto "não deve ser feito em nenhuma condição".

Na faixa etária de 21-25 anos, das 30 clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no HC, 13 (54,2%) apontam que o aborto deve ser feito em "casos de risco de vida da mãe", 7 (26,9%) que o aborto "não deve ser feito em nenhuma condição" e 5 (45,4%) dizem que o aborto deve ser feito "no caso de má formação do feto"; e das 17 (30,4%) clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no CSM, 11 (31,4%) afirmam que o aborto "não deve ser feito em nenhuma condição".

Na faixa etária de 26-30 anos, das 13 clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no HC, 4 (16,7%) dizem que o aborto deve ser feito "no caso de risco de vida da mãe" e 4 (15,4%) que "não deve ser feito em nenhuma condição"; e das 9 (16,1%) clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no CSM, 5 (14,3%) afirmam que o aborto "não deve ser feito em nenhuma condição".

Na faixa etária de 31-35 anos, das 11 clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no HC, 4 (15,4%) apontam que o aborto "não deve ser feito em nenhuma condição".

Na faixa etária de 36-40 anos, das 8 clientes que freqüentam o serviço de pré-natal do HC, 5 (19,2%) afirmam que o aborto "não deve ser feito em nenhuma condição".

Observa-se, pelo exposto, que grande parte da clientela entrevistada, em ambos os serviços, optou pela alternativa de que o aborto "não deve ser feito em nenhuma condição", seguindo-se a condição "de risco de vida da mãe".

Pode-se inferir que apesar da pouca escolaridade das clientes entrevistadas, a maioria tem coerência na opinião quanto ao abortamento, optando pelas respostas que zelam pela continuidade de uma gestação.

A Tabela 47 demonstra a opinião das clientes entrevistadas a respeito de quem deve decidir a realização de um aborto, de acordo com a faixa etária.

Observa-se que na faixa etária de 16-20 anos, das 23 clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no CSM, 8 (66,7%) opinaram que "ninguém" deve decidir fazer um aborto, 6 (46,2%) responderam ser "o casal" que decide e 5 (26,3%) dizem que a decisão de fazer um abortamento é "da mulher"; e das 8 (16%) clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no HC, 4 (20%) consideram que "ninguém" deve fazer um abortamento.

Na faixa etária de 21-25 anos, das 19 clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no HC, 10 (52,6%) afirmam ser "do casal" a decisão, 5 (50%) dizem que a decisão é "da mulher" e 4 (20%) que "ninguém deve decidir sobre a execução de um abortamento; dws 15 (30%) clientes que freqüentam

TABELA 47 – FAIXA ETÁRIA SEGUNDO DE QUEM É A DECISÃO DE FAZER ABORTO

FAIXA ETÁRIA	ALTERNATIVAS										TOTAL			
	A		B		C		D		E		CSM	%	HC	%
	CSM	HC	CSM	HC	CSM	HC	CSM	HC	CSM	HC				
Até 15 anos	01	–	–	–	–	01	–	–	–	–	01	1,9	01	2,0
16 – 20	05	02	01	–	06	02	03	–	08	04	23	44,2	08	16,0
21 – 25	06	05	–	–	05	10	03	–	01	04	15	28,9	19	38,0
26 – 30	04	03	–	–	01	02	–	01	03	03	08	15,4	09	18,0
31 – 35	01	–	–	–	01	03	–	–	–	04	02	3,8	07	14,0
36 – 40	02	–	–	–	–	01	01	–	–	05	03	5,8	06	12,0
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>10</b>	<b>01</b>	<b>–</b>	<b>13</b>	<b>19</b>	<b>07</b>	<b>01</b>	<b>12</b>	<b>20</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

FONTE: Pesquisadora.

OBS Duas das entrevistas responderam mais de uma alternativa

- ALTERNATIVAS
  - A – Da mulher
  - B – Do marido
  - C – Do casal
  - D – Outra, pessoa, no caso responderam o médico
  - E – Ninguém

**TABELA 48 – FAIXA ETÁRIA SEGUNDO O DESEJO DA ÚLTIMA GESTAÇÃO**

FAIXA ETÁRIA	DESEJO DA ÚLTIMA GESTAÇÃO								TOTAL			
	SIM				NÃO							
	CSM	%	HC	%	CSM	%	HC	%	CSM	%	HC	%
Até 15 anos	01	3,3	01	4,5	–	–	–	–	01	2,0	01	2,0
16 – 20	14	46,7	06	27,3	08	40,0	02	7,1	22	44,0	08	16,0
21 – 25	08	26,7	07	31,8	07	35,0	12	42,9	15	30,0	19	38,0
26 – 30	04	13,3	03	13,7	04	20,0	06	21,4	08	16,0	09	18,0
31 – 35	01	3,3	04	18,2	01	5,0	03	10,7	02	4,0	07	14,0
36 – 40	02	6,7	01	4,5	–	–	05	17,9	02	4,0	06	12,0
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>	<b>20</b>	<b>100,0</b>	<b>28</b>	<b>100,0</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

FONTES: Pesquisadora.

Observa-se na faixa etária de 16-20 anos, que das 22 clientes que frequentam o serviço de pré-natal no CSM, 14 (46,7%) afirmam que desejavam a última gravidez, 8 (40%) que "não" desejavam; e das 8 (16%) que frequentam o serviço de pré-natal no HC, 6 (27,3%) das clientes dizem que desejavam a última gestação.

Na faixa etária de 21-25 anos, das 19 clientes que frequentam o serviço de pré-natal no HC, 12 (42,9%) responderam "não" desejar a última gestação e 7 (31,8%) afirmam que desejavam a última gravidez; enquanto que das 15 (30%) clientes que frequentam o serviço de pré-natal no CSM, 8 (26,7%) das clientes responderam que desejavam e 7 (35%) que "não" desejavam a última gravidez.

Destaca-se ainda na faixa etária de 26-30 anos, que das 9 clientes que frequentam o serviço de pré-natal no HC, 6 (21,4%) dizem "não" desejar esta última gestação, e das 8 (16%) que frequentam o serviço de pré-natal no CSM, 4 (13,3%) afirmam desejar e 4 (20%) responderam que "não" desejavam esta última gestação.

Na faixa etária de 31-35 anos, das 7 clientes que frequentam o pré-natal no HC, 4 (18,2%) das clientes, afirmam que desejavam-na, enquanto que na faixa etária de 36-40 anos, no mesmo serviço de 6 (12%) clientes, 5 (17,9%) responderam que "não" desejavam a última gravidez.

Pode-se concluir, pelo exposto, que das clientes que frequentam o pré-natal no HC, a maioria "não" desejava, enquanto que, das clientes do pré-natal do CSM, a maioria desejava a última gestação. Observa-se que é muito grande o nú-



mero de clientes que estão grávidas de uma gestação não desejada.

Para MALDONADO, "a decisão de ter um filho é muito séria, principalmente porque envolve um compromisso irreversível para o resto da vida, uma modificação bastante grande da maneira de viver".<sup>175</sup>

Afirma ainda a autora, que quando a gravidez ocorre num momento inesperado e oportuno, pode prevalecer o sentimento de não querer o filho, como se percebe, uma gestação não desejada pode trazer sérios prejuízos ao casal e filho que virá.

Daí inferir-se da necessidade de existir serviços de Planejamento Familiar onde a mulher ou casal possa receber todas as orientações para que melhor planeje sua família.

Na Tabela 49, pode-se observar a opinião das clientes deste estudo segundo o desejo de NÃO engravidar agora de acordo com a faixa etária. Vale ressaltar que somente foram computados os dados das clientes que responderam "não", quanto ao desejo da última gravidez.

Na faixa etária de 16-20 anos, das 8 clientes que frequentam o serviço de pré-natal no CSM, 7 (43,75%) responderam que "desejavam outro filho, porém mais tarde".

Na faixa etária de 21-25 anos, de 21 clientes que frequentam o serviço de pré-natal no HC, 6 (40%) das clientes, "não desejavam mais outro filho" e 6 (46,2%) "desejavam outro filho, porém mais tarde"; enquanto que das 7 (35%) clientes

**TABELA 49 – FAIXA ETÁRIA SEGUNDO O DESEJO DE NÃO ENGRAVIDAR AGORA**

FAIXA ETÁRIA	DESEJO DE NÃO ENGRAVIDAR AGORA								TOTAL			
	A				B							
	CSM	%	HC	%	CSM	%	HC	%	CSM	%	HC	%
Até 15 anos	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
16 – 20	01	25,0	–	–	07	43,75	02	15,4	08	40,0	02	7,1
21 – 25	–	–	06	40,0	07	43,75	06	46,2	07	35,0	12	42,9
26 – 30	02	50,0	03	20,0	02	12,5	03	23,0	04	20,0	06	21,4
31 – 35	01	25,0	01	6,7	–	–	02	15,4	01	5,0	03	10,7
36 – 40	–	–	05	33,3	–	–	–	–	–	–	05	17,9
<b>TOTAL</b>	<b>04</b>	<b>100,0</b>	<b>15</b>	<b>100,0</b>	<b>16</b>	<b>100,0</b>	<b>13</b>	<b>100,0</b>	<b>20</b>	<b>100,0</b>	<b>28</b>	<b>100,0</b>

FONTE: Pesquisadora.

ALTERNATIVAS: A – Não desejava mais outro filho

B – Desejava outro filho, porém mais tarde

OBS Foram computados apenas os dados das clientes que não desejavam engravidar agora

que frequentam o serviço de pré-natal no CSM, 7 (43,75%) responderam que "desejavam outro filho, porém mais tarde".

Na faixa etária de 36-40 anos, de 5 clientes que frequentam o serviço de pré-natal no HC, 5 (33,3%) opinaram que "não desejavam mais outro filho".

Observa-se pelo exposto que a maioria das clientes do CSM, "desejava outro filho, porém mais tarde", e das clientes do HC, a maioria "não desejava mais outro filho".

A Tabela 50 demonstra a opinião das clientes em estudo, segundo o uso de métodos anticoncepcionais quando engravidou pela última vez, de acordo com a faixa etária.

Observa-se que na faixa etária de 16-20 anos, das 22 clientes que frequentam o serviço de pré-natal no CSM, 18 (47,4%) das clientes, responderam "não" estar utilizando métodos anticoncepcionais quando engravidaram da última vez, 4 (33,3%) afirmam que estavam utilizando; e das 8 (16%) clientes que frequentam o serviço de pré-natal no HC, 6 (17,7%) apontam que "não" estavam usando nada.

Na faixa etária de 21-25 anos, das 19 clientes que frequentam o serviço de pré-natal no HC, 12 (35,3%) das clientes dizem "não" estar utilizando nenhum método, 7 (43,8%) dizem que estavam usando algum método anticoncepcional; e das 15 (30%) clientes que frequentam o serviço de pré-natal no CSM, 11 (28,9%) apontam que "não" estavam utilizando métodos contraceptivos quando da última gravidez e 4 (33,3%) afirmam que estavam utilizando algum método.

**TABELA 50 – FAIXA ETÁRIA SEGUNDO O USO DE MÉTODO ANTICONCEPCIONAL QUANDO ENGRAVIDOU**

FAIXA ETÁRIA	USAVA MÉTODO ANTICONCEPCIONAL								TOTAL			
	SIM				NÃO							
	CSM	%	HC	%	CSM	%	HC	%	CSM	%	HC	%
Até 15 anos	–	–	–	–	01	2,6	01	2,9	01	2,0	01	2,0
16 – 20	04	33,3	02	12,5	18	47,4	06	17,7	22	44,0	08	16,0
21 – 25	04	33,3	07	43,8	11	28,9	12	35,3	15	30,0	19	38,0
26 – 30	03	25,0	04	25,0	05	13,2	05	14,7	08	16,0	09	18,0
31 – 35	01	8,4	01	6,2	01	2,6	06	17,6	02	4,0	07	14,0
36 – 40	–	–	02	12,5	02	5,3	04	11,8	02	4,0	06	12,0
TOTAL	12	100,0	16	100,0	38	100,0	34	100,0	50	100,0	50	100,0

FONTE: Pesquisadora.

Na faixa etária de 26-30 anos, das 9 clientes que frequentam o serviço de pré-natal no HC, 5 (14,7%) dizem "não" estar utilizando nenhum método anticoncepcional e 4 (25%) das clientes afirmam que estavam utilizando algum método quando engravidaram da última vez; das 8 (16%) clientes que frequentam o serviço de pré-natal no CSM, 5 (13,2%) delas afirmam que "não" estavam usando nenhum método.

Destaca-se ainda nesta tabela, na faixa etária de 31-35 anos, que das 7 (14%) clientes que frequentam o serviço de pré-natal no HC, 6 (17,6%) responderam "não" estar utilizando métodos anticoncepcionais por ocasião da última gravidez.

Enquanto que, na faixa etária de 36-40 anos, das 6 clientes que frequentam o serviço de pré-natal no HC, 4 (11,8%) dizem "não" estar utilizando métodos anticonceptivos.

Pode-se deduzir, pelo exposto, que a grande maioria das clientes, "não" estava utilizando métodos anticoncepcionais quando engravidaram da última vez, porém ressalta ainda a tabela que muitas delas estavam usando algum método e engravidaram. Conclui-se que a gestação ocorreu, provavelmente, pelo uso ou tipo inadequado de métodos anticoncepcionais, pois a clientela tem pouco conhecimento a respeito dos métodos, como pode ser verificado na Tabela 30.

A Tabela 51 mostra a opinião das clientes entrevistadas, segundo o motivo pelo qual não estavam usando nenhum método anticoncepcional, quando engravidaram da última vez, de acordo com a faixa etária.

TABELA 51 – FAIXA ETÁRIA SEGUNDO O MOTIVO PELO QUAL NÃO ESTAVA USANDO NENHUM MÉTODO ANTICONCEPCIONAL

FAIXA ETÁRIA	MOTIVO PELO QUAL NÃO ESTAVA USANDO														TOTAL			
	A		B		C		D		E		F		G		CSM	%	HC	%
	CSM	HC	CSM	HC	CSM	HC	CSM	HC	CSM	HC	CSM	HC	CSM	HC				
Até 15 Anos	01	01	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	01	2,6	01	3,0
16 – 20	12	03	02	01	–	–	01	–	–	–	–	01	03	01	18	47,4	06	17,6
21 – 25	05	06	–	–	–	01	–	–	–	–	01	01	05	04	11	28,9	12	35,3
26 – 30	04	02	–	–	–	01	–	–	–	–	–	01	01	01	05	13,2	05	14,7
31 – 35	01	04	–	–	–	01	–	–	–	01	–	–	–	–	01	2,6	06	17,6
36 – 40	–	–	–	–	–	–	01	01	–	01	–	–	01	02	02	5,3	04	11,8
TOTAL	23	16	02	01	–	03	02	01	–	02	01	03	10	08	38	100,0	34	100,0

FONTE: Pesquisadora.

• MOTIVO.

- A – Desejava engravidar
- B – Desconhecia a existência
- C – Falta de condições financeiras para comprar os métodos
- D – Por achar desnecessário
- E – Por crenças religiosas
- F – Por estar amamentando

G – Outro motivo.

OBS : Foram computados os dados apenas das clientes que responderam não

Somente foram computados os dados das clientes que responderam "não" à utilização de algum método, quando da última gestação.

Observa-se que, na faixa etária de 16-20 anos, das 18 (47,4%) clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no CSM, 12 (52,2%) responderam que não estavam utilizando nenhum método porque "desejavam engravidar".

Na faixa etária de 21-25 anos, das 12 (35,3%) clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no HC, 6 (37,5%) dizem que não estavam utilizando porque "desejavam engravidar"; 4 (50%) responderam "outro motivo" como sendo "por problemas de saúde", "desconhecia outros métodos além da pílula e esta faz mal", "porque não precisava, não ficava grávida e por cirurgia recente de ovário/ e "falta de informação", e das 11 (28,9%) clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no CSM, 5 (21,7%) responderam que não estavam utilizando nada porque "desejavam engravidar" e 5 (50%) responderam "outro motivo", sendo os mesmos citados pelas clientes do HC.

Na faixa etária de 26-30 anos, das 5 (13,2%) clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no CSM, 4 (17,4%) responderam que "desejavam engravidar".

Obteve-se ainda nesta tabela que na faixa etária de 31-35 anos, das 6 (17,6%) clientes que freqüentam o serviço de pré-natal no HC, 4 (25%) responderam que não estavam utilizando nada porque "desejavam engravidar".

Houve pouca distribuição de respostas nas outras alternativas, como por desconhecer a existência de métodos,

falta de condições financeiras para comprar os anticoncepcionais, por achar desnecessário o uso, por crenças religiosas e por estar amamentando. A maior incidência foi na alternativa de que "desejavam engravidar", em ambos os serviços.

A Tabela 52 demonstra a opinião das clientes deste estudo, segundo se vai usar algum tipo de método anticoncepcional após o último parto, de acordo com a faixa etária.

Observa-se, na faixa etária de 16-20 anos, que das 22 clientes que frequentam o serviço de pré-natal no CSM, 20 (43,5%) responderam que "sim" e das 8 (16%) clientes que frequentam o pré-natal no HC, 5 (11,6%) das clientes dizem que "sim".

Na faixa etária de 21-25 anos, das 19 clientes que frequentam o serviço de pré-natal no HC, 16 (37,2%) das clientes afirmam que "sim" e das 15 (30%) clientes que frequentam o serviço de pré-natal no CSM, 14 (30,5%) delas responderam que "sim", ou seja, utilizarão algum método anticoncepcional após o último parto.

Na faixa etária de 26-30 anos, das 9 clientes que frequentam o serviço de pré-natal no Hc, 9 (20,9%) responderam "sim" e das 8 (16%) clientes que frequentam o serviço de pré-natal no CSM, 7 (15,2%) optaram pela alternativa "sim".

Destaca-se, ainda, que na faixa etária de 31-35 anos, das 7 clientes que frequentam o serviço de pré-natal no HC, 7 (16,3%) responderam "sim", obtendo-se a mesma resposta das 6 (12%) clientes do mesmo serviço, porém na faixa etária de 36-40 anos, onde todas as 6 (14%) responderam afirmativamente.



**TABELA 52 – FAIXA ETÁRIA SEGUNDO A OPINIÃO SE VAI USAR ALGUM TIPO DE MÉTODO ANTICONCEPCIONAL APÓS O PRÓXIMO PARTO**

FAIXA ETÁRIA	OPINIÃO QUANTO AO USO DO MÉTODO												TOTAL			
	SIM				NÃO				NÃO SABE							
	CSM	%	HC	%	CSM	%	HC	%	CSM	%	HC	%	CSM	%	HC	%
Até 15 anos	01	2,2	–	–	–	–	–	–	–	–	01	25,0	01	2,0	01	2,0
16 – 20	20	43,5	05	11,6	–	–	03	100,0	02	66,7	–	–	22	44,0	08	16,0
21 – 25	14	30,5	16	37,2	01	100,0	–	–	–	–	03	75,0	15	30,0	19	38,0
26 – 30	07	15,2	09	20,9	–	–	–	–	01	33,3	–	–	08	16,0	09	18,0
31 – 35	02	4,3	07	16,3	–	–	–	–	–	–	–	–	02	4,0	07	14,0
36 – 40	02	4,3	06	14,0	–	–	–	–	–	–	–	–	02	4,0	06	12,0
<b>TOTAL</b>	<b>46</b>	<b>100,0</b>	<b>43</b>	<b>100,0</b>	<b>01</b>	<b>100,0</b>	<b>03</b>	<b>100,0</b>	<b>03</b>	<b>100,0</b>	<b>04</b>	<b>100,0</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Pesquisadora.

Os métodos apontados para uso foram:

– Pílula 28 – (08)

– Orientação médica 03

– Amamentação 03

– DIU. 05 – (04)

– Tabela 01

– Condon 01

– Coito interrompido: 01

– Laqueadura tubária 05 (no HC tivemos: 08 21-25; 06: 26-30; 05 31-35, 06 36-40) –

– Implante 02 – (05)

– Injeções contraceptivas mensais 01

– Não sabe qual usar 01 – (04)

OBS.: Os dados com um círculo são do HC.

Fode-se concluir que a maioria das clientes, em ambos os serviços, tenciona utilizar algum método anticoncepcional após o último parto. Enfatizando-se a necessidade desta clientela interessada, ser muito bem orientada para o retorno de controle pós-parto, quando então será instituído algum método, conforme seu estado geral de saúde e sua vontade.

## CAPÍTULO 8

### CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

#### 8.1 CONCLUSÕES

A análise dos resultados da presente pesquisa nos leva a conclusões já encontradas na literatura científica, a partir de pesquisas similares com populações de características semelhantes, em outras partes do mundo.

Delas, parece-nos indispensável ressaltar que, da amostra desta pesquisa, a grande maioria dos sujeitos situa-se entre 16 e 25 anos; vive predominantemente em união consensual; tem baixa ou nenhuma escolaridade; é católica; não exerce qualquer atividade profissional e, quando o faz, limita-se à realização de atividades bastante humildes para as quais não se exige sequer semiquificação profissional; tem baixa renda familiar, ganhando salário individual, na maior parte das vezes menor que o salário mínimo vigente no País.

Da caracterização da amostra, importa ainda enfatizar que, para a grande maioria, a menarca ocorreu entre 12 e 14 anos e o início de sua vida sexual ativa deu-se por volta de 15 anos, sem que, para isso, houvesse o necessário amadurecimento biopsicológico.

De modo geral, as mulheres sujeitos de nossa investigação têm número maior de filhos do que realmente sua parca renda familiar pode permitir. Não conhecem, entretanto, qualquer iniciativa pública de planejamento familiar, nem sabiam elas próprias, ao início da pesquisa, sequer da existência do planejamento familiar. Nessa medida, não conhecem a diversidade de métodos contraceptivos disponíveis.

De modo significativo, atribuem o tamanho da prole à "vontade do casal", "outros motivos" e à "vontade da mulher", o que nos leva a crer, pela observação da população pesquisada, que essa "vontade" não representa, na verdade, um ato volitivo, razoavelmente consciente, de real opção, mas tão somente uma atitude de aceitação e resignação ante fato consumado e irreversível.

Embora a grande maioria não tenha relatado a ocorrência de aborto provocado, sabe-se que de cada 50 mulheres que freqüentam o serviço pré-natal do HC, 14 já se submeteram à interrupção da gravidez.

Aborto espontâneo, entretanto, foi relatado e em uma porcentagem bastante significativa: 28%.

A respeito do conhecimento que a amostra apresenta sobre planejamento familiar e sua importância, mais da metade dos sujeitos ignora a própria existência do planejamento familiar, como já foi dito. Entretanto, após a informação prestada por esta pesquisadora, a totalidade dos sujeitos conferiu-lhe importância. Em decorrência, a aprovação do planejamento familiar foi quase total.

Embora adeptas de alguma religião em sua grande maioria, as mulheres sujeitos desta investigação não recebem qualquer orientação desse teor sobre limitação de filhos. Nenhuma igreja, nenhum credo, realizam qualquer programa de orientação contraceptiva ou sexual ou sequer familiar.

A Igreja Católica, à qual a maioria está ligada, nas reduzidas oportunidades em que o faz, prega a resignação à vontade de Deus, condenando a utilização de anticonceptivos em geral e o aborto.

Certamente, a omissão das religiões face à questão do nascimento vem dificultar em muito a profilaxia da saúde pública, colaborando, indiretamente, com o agravamento das questões sociais.

Os motivos sócio-econômicos constituem, para os sujeitos da amostra, a razão primordial da regulação da natalidade.

Apesar das inúmeras outras razões possíveis, como o trabalho da mulher e melhores cuidados à prole, nenhum outro motivo justificaria, entre os sujeitos, a limitação do número de filhos.

Ficou, ainda, claramente demonstrado que essas mulheres sequer aventam a possibilidade de o Estado interferir em sua vida sexual pelo controle à natalidade. E se assim é, certamente não sucede porque a amostra tenha consciência de seu direito à liberdade, mas tão somente por ignorância de que, eventualmente, o Estado possa tomar para si tal competência.

A totalidade das mulheres-sujeitos desconhece os vários métodos anticoncepcionais. A maioria conhece o condom e a pílula diária, embora nenhuma relate o uso do primeiro pelo companheiro e quase todas relatem o uso da segunda antes de sua gravidez atual.

A ignorância sobre o mecanismo da contracepção é tão densa que algumas mulheres relataram o uso de lavagens vaginais, de pílulas e dispositivo intrauterino mesmo durante a gravidez.

Dos métodos aprovados, a quase totalidade da amostra aprova o uso de pílula anticoncepcional e a laqueadura tubária, após o nascimento do número de filhos desejados. A maioria não aprova o uso do condom e a prática do coito interrompido como métodos contraceptivos. Também a lactação prolongada não teve aprovação.

Dado o desconhecimento generalizado sobre os demais métodos pelos sujeitos da amostra, sua aprovação, ou não, fica prejudicada.

De qualquer modo, a totalidade dos sujeitos considera de grande importância o uso de anticoncepcionais, afirmando, entretanto, que é direito do casal a sua escolha.

A maioria, porém, não sabe como utilizá-los e não procura serviços de planejamento familiar, apesar da pretensão de, a partir da presente gravidez, passar a usar dos recursos à regulação da natalidade, o que nos conduz à conclusão de que programas de planejamento familiar, mais do que de educação sexual pura e simples, devam ser imediatamente via-

dos serviços de saúde materno-infantil recebam, durante as consultas de enfermagem, informações e orientações adequadas à realização de um consciente planejamento familiar.

Também recomendamos o debate aberto da população sobre a questão do planejamento familiar no Brasil através dos meios de comunicação de massas, nas associações de bairros e de moradores, nos postos de saúde, nas igrejas e nas escolas, através de movimentos operários, de mulheres e de juventude e de programas informais de educação.

Também uma educação sexual intencional e sistemática através dos sistemas regulares e formais de ensino parece-nos urgente, com vistas não apenas a informar a natureza da sexualidade humana e os mecanismos da reprodução, mas também a desenvolver a consciência de que a sexualidade constitui parte essencial da vida de cada um e que está não só intimamente vinculada ao desenvolvimento integral da personalidade, mas também com a felicidade das relações interpessoais e, finalmente, com o bem-estar social.

### 8.3 PROPOSIÇÕES FINAIS

O planejamento familiar não é idéia nova no Brasil. Há já bastante tempo, os casais brasileiros de classes socialmente privilegiadas planejam a família. É comum entre as mulheres de classe média e alta o conhecimento dos métodos e recursos contraceptivos temporários e/ou definitivos.

Corroborando os resultados do XXII Seminário Brasileiro de Planejamento Familiar realizado em Curitiba, de 25 a 29 de setembro de 1981, temos a propor, ainda, um programa de planejamento familiar adequado à realidade nacional.<sup>177</sup> Nessa instância, deverá:

- ser um programa oficial, sob a responsabilidade do governo federal, com vistas a atingir toda a população e muito especialmente os segmentos menos favorecidos;

- envolver as instituições públicas e particulares do setor de Saúde para, de forma coordenada, assegurar a colimação dos objetivos postos;

- fomentar a participação consciente, ativa e mobilizadora da comunidade, das lideranças naturais e institucionais e a formação de grupos voluntários para o desempenho de ações organizadas e supervisionadas;

- incrementar as pesquisas biomédicas e sociais aplicadas ao planejamento familiar;

- colaborar com as instituições de educação formal e informal, objetivando a motivação e orientação permanentes sobre planejamento familiar e paternidade e maternidade responsáveis nos mais diversos segmentos da população;

- promover a formação de recursos humanos de níveis superior, médio, auxiliar e voluntário, de modo a atender às necessidades do planejamento familiar no País.



Especificamente em relação à adolescência, temos a propor, ao nível de pesquisa, da formação de mentalidade nacional e da ação política e educativa, medidas tais como:

- atenção permanente à gravidez e parto de adolescentes nos diferentes meios culturais;

- identificação continuada pelos serviços de saúde e programas de educação sexual dos adolescentes das variáveis que influenciam a atividade sexual e reprodutora juvenil;

- divulgação às famílias do caráter instável do comportamento sexual dos adolescentes e, em particular, a vulnerabilidade desse grupo etário à gravidez indesejada e à busca do aborto;

- sensibilização das autoridades sobre a importância do comportamento reprodutor da adolescente com vistas à realização de programas adequados para as jovens dentro dos programas de planejamento familiar;

- criação de programas de educação sexual para os sistemas formal e informal de ensino que não se limitem a informações sobre a fisiologia da reprodução, mas que se estendam aos mecanismos da contracepção, organização e bem-estar da vida familiar, paternidade e maternidade responsáveis, objetivando à formação de uma consciência nacional ampla e profunda sobre as relações existentes entre o exercício individual da sexualidade e o equilíbrio e bem-estar da sociedade e da Nação.

Isto posto, cremos ter abordado os principais aspectos que envolvem a questão.

## NOTAS DE REFERÊNCIA

<sup>1</sup> SIMONSEN, Mário Henrique. Crescimento econômico e explosão demográfica. Planejamento familiar. Rio de Janeiro, BEMFAM, 1981. p.15-20.

<sup>2</sup> MÉDICI, André C. & AGUIAR, Marco Antônio de S. Planejamento Familiar & Planejamento Governamental. Saúde em debate. Rio de Janeiro, Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, 15-16:25-8, 1984.

<sup>3</sup> SIMONSEN, p.15-20.

<sup>4</sup> TIRO na natalidade. Isto é, Rio de Janeiro, 452:36-42, ago.1985.

<sup>5</sup> ISTO É, p.36-42.

<sup>6</sup> SIMÕES, Cleamaria. Glossário de enfermagem. São Paulo, Atheneu, 1983. s.p.

<sup>7</sup> FORTES, Hugo & PACHECO, Genésio. Dicionário médico. Rio de Janeiro, Fábio M.de Mello, s.d. 1139 p.

<sup>8</sup> PEIXOTO, Sérgio. Pré-natal. São Paulo, Menole, 1978. 503 p.

<sup>9</sup> FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Novo dicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1975.

<sup>10</sup> MEIRA, Affonso Renato. Noções de planejamento familiar e do controle da natalidade. São Paulo, Artes Gráficas, 1982. p.17.

<sup>11</sup> MEIRA, p.53.

<sup>12</sup> RODRIGUES, Walter. Planejamento familiar - atividade básica e fundamental no programa de assistência materno-infantil. Rio de Janeiro, BEMFAM, 1981. p.27.

<sup>13</sup> RODRIGUES, p.27.

<sup>14</sup> UM ABISMO a evitar. Veja, São Paulo, 793: 72-80, nov. 1983.

<sup>15</sup> VEJA, p.72-80.

<sup>16</sup> COSTA, Rubens Vaz da. A dívida social. In: SALVATORE, C.A. Temas de contracepção. São Paulo, Almed, s.d. p.1.

<sup>17</sup> COSTA, p.1.

<sup>18</sup> MENDONÇA, Ana Maria. Democracia e natalidade. Brasília, Pró-Família, 1983. p.19.

<sup>19</sup> MENDONÇA, p.20.

<sup>20</sup> MENDONÇA, p.22.

<sup>21</sup> COSTA, p.1.

<sup>22</sup> COSTA, p.1.

<sup>23</sup> MENDONÇA, p.23.

<sup>24</sup> MENDONÇA, p.24.

<sup>25</sup> MENDONÇA, p.24.

<sup>26</sup> MENDONÇA, p.24.

<sup>27</sup> MENDONÇA, p.24-5.

<sup>28</sup> MÉDICI & AGUIAR, p.25.

<sup>29</sup> MÉDICI & AGUIAR, p.25-6.

<sup>30</sup> MÉDICI & AGUIAR, p.26-7.

<sup>31</sup> MÉDICI & AGUIAR, p.27.

<sup>32</sup> MENDONÇA, p.25-6.

<sup>33</sup> MENDONÇA, p.25.

<sup>34</sup> MENDONÇA, p.25.

<sup>35</sup> MÉDICI & AGUIAR, p.27.

<sup>36</sup> MÉDICI & AGUIAR, p.27.

<sup>37</sup> PACHECO, Mário Victor de Assis. Controle da natalidade, imperialismo e o FMI. Petrópolis, Vozes, 1985. p.21.

<sup>38</sup> MICHILIS, Eunice. Pronunciamento feito no Senado Federal. Brasília, abr.1983.

<sup>39</sup> COSTA, p.1-2.

<sup>40</sup> EASTOS, Álvaro da C. & CASTRO, Marcos Paulo P. de. Anticoncepção e saúde infantil. In: SALVATORE, C.A. Temas de contracepção. São Paulo, Almed, s.d. p.3.

<sup>41</sup> VIEL, B. Esterilização voluntária: un problema de la salud pública. Servicio de noticias. (FIPF/RHO), v.V,1: 2-5, 1977.

<sup>42</sup> FAÚNDES, A. Programa de planificación familiar en la población San Gregorio, Santiago, Chile (Londrina, Brasil - First Brazilian Family Planning Seminar). 1968.

<sup>43</sup> CABRERA, R. Influencia de la edad de la madre y la paridad en la mortalidad infantil. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. v.XL, 5, 1975.

<sup>44</sup> PUFFER, R.R. & SERRANO, C.V. Birthweight, maternal age, and birth order: three important determinants in infant mortality. Washington, D.C., Pan American Health Organization, Scientific Publication, n.294, 1975. 42 p.

<sup>45</sup> BASTOS & CASTRO, p.4.

<sup>46</sup> BASTOS & CASTRO, p.4.

<sup>47</sup> HUNT II, W.B. A fertilidade na adolescência - riscos e conseqüências. Population Reports. Série J, n.10, 1976.

<sup>48</sup> MARTIN, E.C. El intervalo entre nacimientos y el desarrollo de los niños de 9 años en Singapur. Boletín Médico de IPPF, v.12, n.3, 1978.

<sup>49</sup> SAI, F.T. How does family planning contribute to family health? Hearing of the U.S. House Select Committee on Population. Draper Fund Report, 7:19, 1979.

<sup>50</sup> BASTOS & CASTRO, p.4.

<sup>51</sup> BASTOS & CASTRO, p.4.

<sup>52</sup> BASTOS & CASTRO, p.4.

<sup>53</sup> RODRIGUES, Walter. Painel sobre planejamento familiar. Rio de Janeiro, BEMFAM, 1978. p.26.

<sup>54</sup> RODRIGUES, p.26.

<sup>55</sup> RODRIGUES, p.26.

<sup>56</sup> RODRIGUES, p.26.

<sup>57</sup> RODRIGUES, p.26.

<sup>58</sup> JOÃO XXIII. Sobre a recente evolução da questão social; carta encíclica Mater et Magistra. 9.ed. Petrópolis, Vozes, 1984. (Documentos Pontifícios, 135). n.182, p.48.

<sup>59</sup> JOÃO XXIII, n.184, p.49.

<sup>60</sup> JOÃO XXIII, n.186, p.49.

<sup>61</sup> CONCÍLIO VATICANO II. A Igreja no mundo de hoje; Constituição Pastoral; Gaudium et Spes. 14.ed. Petrópolis, Vozes, 1983. (Documentos Pontifícios, 155). n.8, p.11.

<sup>62</sup> PAULO VI. Desenvolvimento dos povos; carta encíclica Populorum Progressio. 13.ed. Petrópolis, Vozes, 1983. (Documentos Pontifícios, 165). n.37, p.21.

<sup>63</sup> PAULO VI. Carta apostólica Octogesima Adveniens sobre as necessidades novas de um mundo em transformação. 4.ed. Petrópolis, Vozes, 1979. (Documentos Pontifícios, 180). n.19, p.16.

<sup>64</sup> MOSER, Antonio. O problema demográfico e as esperanças de um mundo novo. Petrópolis, Vozes, 1978. p.39.

<sup>65</sup> RODRIGUES, Walter. Planejamento familiar: direito humano básico. Rio de Janeiro, BEMFAM, 1981. p.1-6

<sup>66</sup> RODRIGUES, p.1-6.

<sup>67</sup> JOÃO XXIII, n.186, p.49.

<sup>68</sup> CONCÍLIO VATICANO II, n.64, p.81.

<sup>69</sup> JOÃO XXIII, n.189, p.50.

<sup>70</sup> CONCÍLIO VATICANO II, n.87, p.111.

<sup>71</sup> CONCÍLIO VATICANO II, n.87, p.111.

<sup>72</sup> PAULO VI. A regulação da natalidade; encíclica Humanae Vitae e outros documentos. 6.ed. Petrópolis, Vozes, 1983. (Documentos Pontifícios, 176). n.23, p.33.

<sup>73</sup> JOÃO XXIII, n.189, p.50.

<sup>74</sup> PAULO VI, n.37, p.21.

<sup>75</sup> PAULO VI, n.7, p.21.

<sup>76</sup> JOÃO XXIII, n.186, p.49.

<sup>77</sup> PAULO VI, n.19, p.16.

<sup>78</sup> BORDIGNON, S. Il problema demografico dopo Bucarest. Sessualità e responsabilità oggi. Bologna, Dehoniane, 1976. p.49.

<sup>79</sup> PAULO VI, n.19, p.16.

<sup>80</sup> MOSER, p.42.

<sup>81</sup> PAULO VI, n.9, p.23.

<sup>82</sup> CODES, José S. de. Prefácio. In: HATCHER, Robert A. et alii. Planejamento Familiar. Rio de Janeiro, Ao Livro Técnico, 1983. p.v.

<sup>83</sup> CODES, p.v.

<sup>84</sup> CODES, p.v.

<sup>85</sup> KLOETZEL, Kurt. Qual é a questão do controle da natalidade. São Paulo, Brasiliense, 1985. p.82.

<sup>86</sup> KLOETZEL, p.82.

<sup>87</sup> CODES, p.v.

<sup>88</sup> CODES, p.v.

<sup>89</sup> MEIRA, p.79.

<sup>90</sup> MEIRA, p.79.

<sup>91</sup> MEIRA, p.79.

<sup>92</sup> MEIRA, p.80.

<sup>93</sup> MEIRA, p.80.

<sup>94</sup> SANCHEZ, Alfredo Pérez. Planificación natural de la familia. Chile, Pontificia Universidade Católica do Chile (mimeografado). p.30.

<sup>95</sup> SANCHEZ, p.32-3.

<sup>96</sup> SANCHEZ, p.34.

<sup>97</sup> SANCHEZ, p.41.

<sup>98</sup> MEIRA, p.83.

<sup>99</sup> HATCHER, Robert A. et alii. Planejamento familiar. Rio de Janeiro, Ao Livro Técnico, 1983. p.115.

<sup>100</sup> HATCHER, p.115.

<sup>101</sup> HATCHER, p.115.

<sup>102</sup> HATCHER, p.115.

<sup>103</sup> HATCHER, p.83.

<sup>104</sup> MEIRA, p.82.

<sup>105</sup> THE JOHN'S HOPKINS UNIVERSITY. Novidades em anticoncepção vaginal. Populations Reports, fev.1985,n.7: H-1aH-35. p.H-2.

<sup>106</sup> THE JOHN'S HOPKINS..., p.H-10.

<sup>107</sup> THE JOHN'S HOPKINS..., p.H-6.

<sup>108</sup> THE JOHN'S HOPKINS..., p.H-6.

<sup>109</sup> THE JOHN'S HOPKINS..., p.H-2.

<sup>110</sup> KOIFMAN, Sérgio. A utilização dos anticonceptivos orais e sua aplicação em programas de planejamento familiar. Jornal Brasileiro de Ginecologia, Rio de Janeiro, 91(2): 129-35, mar./abr.1981.

<sup>111</sup> MEIRA, p.85.

<sup>112</sup> RODRIGUES, Walter. Planejamento familiar - atividade básica e fundamental no programa de assistência materno-infantil. Rio de Janeiro, BEMFAM, 1981. p.33.



- <sup>113</sup> KOIFMAN, p.130.
- <sup>114</sup> KOIFMAN, p.131.
- <sup>115</sup> MEIRA, p.90.
- <sup>116</sup> MEIRA, p.90.
- <sup>117</sup> MEIRA, p.90.
- <sup>118</sup> MEIRA, p.91.
- <sup>119</sup> MEIRA, p.95.
- <sup>120</sup> MEIRA, p.95.
- <sup>121</sup> MEIRA, p.96.
- <sup>122</sup> MEIRA, p.96.
- <sup>123</sup> NORPLANT; implantes anticonceptivos. Finlândia, Leiras, s.d. 12 p.
- <sup>124</sup> SEGAL, S.J. The development of norplant implants. Studies in Family Planning, 14:161, 1983.
- <sup>125</sup> MEIRA, p.97.
- <sup>126</sup> MEIRA, p.99.
- <sup>127</sup> ANDRADE, Amaury T.L. Dispositivos intra-uterinos. Femina, Rio de Janeiro, 11(6):450-2, jun.1983.
- <sup>128</sup> ANDRADE, p.450.
- <sup>129</sup> ANDRADE, p.452.
- <sup>130</sup> MEIRA, p.100.
- <sup>131</sup> MEIRA, p.104.

<sup>132</sup> SCIARRA, John J. Esterilização feminina: métodos cirúrgicos. In: SALVATORE, C.A. et alii. Temas de contracepção. São Paulo, Almed, 1980. p.87.

<sup>133</sup> SCIARRA, p.88.

<sup>134</sup> SCIARRA, p.88.

<sup>135</sup> SCIARRA, p.88.

<sup>136</sup> SCIARRA, p.88.

<sup>137</sup> SCIARRA, p.92.

<sup>138</sup> SCIARRA, p.93.

<sup>139</sup> SCIARRA, p.93.

<sup>140</sup> THE JOHN'S HOPKINS UNIVERSITY. Esterilização masculina. Population Reports, 4:D-1 a D-48, dez.1984.

<sup>141</sup> ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. El embarazo y el aborto en la adolescencia. Série Informes Técnicos. 583, Genebra, 1975. p.1-27.

<sup>142</sup> SILVA, João Luiz Pinto e. Fertilidade na adolescência. Jornal Brasileiro de Ginecologia, Rio de Janeiro, 91 (2):119-23, mar./abr.1981.

<sup>143</sup> RODRIGUES, Marlene. Psicologia educacional - uma crônica do desenvolvimento humano. São Paulo, McGraw-Hill do Brasil, 1978. p.107.

<sup>144</sup> VALENTE, Carlos Alberto et alii. Assistência pré e perinatal à mãe adolescente. Jornal Brasileiro de Ginecologia, Rio de Janeiro, 83(5):229-35, maio 1977.

<sup>145</sup> SILVA, p.120.

<sup>146</sup> VALENTE, p.234.

<sup>147</sup> SILVA, p.120.

<sup>148</sup> ROA, P.M. et alii. Embarazo precoz. Revista de Obstetricia y Ginecologia de Venezuela, Venezuela, 30:225, 1970.

<sup>149</sup> VALENTE, p.230.

<sup>150</sup> CASTELLANOS, R. et alii. Estudio de la gestante adolescente. Revista de Obstetricia y Ginecologia de Venezuela, Venezuela, 130(2):197, 1977.

<sup>151</sup> SUÁREZ, O.O. et alii. Assistência pré-natal. Revista de Obstetricia y Ginecologia de Venezuela, Venezuela, 30:205, 1970.

<sup>152</sup> VALENTE, p.234.

<sup>153</sup> BATTAGLIA, F.C. et alii. Obstetrics and pediatric complications of juvenily pregnancy. Pediatrics, s.l., 32:902, 1963.

<sup>154</sup> VALENTE, p.231.

<sup>155</sup> ROA, p.225.

<sup>156</sup> PUFFER, R. & SERRANO, C.V. Birth weight maternal age and birth order: three important determinants in infant mortality. Publ.cient., 294, Washington, PHAO, 1975.

<sup>157</sup> SILVA, p.121.

<sup>158</sup> VITIELLO, Nelson. Gestação na adolescência. Femina, Rio de Janeiro, 9(7):527-32, jul.1981.

<sup>159</sup> LOPES, Gerson Pereira & MELO, Francisco Otávio Coelho e. Anticoncepção na adolescência. Femina, Rio de Janeiro, 11(8):626-30, ago.1983.

<sup>160</sup> SILVA, p.121.

<sup>161</sup> SILVA, p.121.

<sup>162</sup> SILVA, p.121.

- <sup>163</sup> SILVA, p.121.
- <sup>164</sup> LOPES & MELO, p.628.
- <sup>165</sup> RAUH, J.L. et alii. The reproductive adolescent. Pediatric Clinics of North America, Washington, 20(4):1005-20, 1973.
- <sup>166</sup> SILVA, p.122.
- <sup>167</sup> LOPES & MELO, p.630.
- <sup>168</sup> SILVA, p.121.
- <sup>169</sup> BURKET, Raul J. & BROOKMAN, R. Contraception for the teenager. Med.Clin.North America, Waghington, 59:1407, 1975.
- <sup>170</sup> LOPES & MELO, p.630.
- <sup>171</sup> SILVA, p.122.
- <sup>172</sup> SCHERMANN, José. Puberdade normal. In: QUINET, A.A. & PÓVOA, L.C. Endocrinologia ginecológica II. 2.ed. Rio de Janeiro, Cultura Médica, 1979. p.39-44.
- <sup>173</sup> MOURA, Paulo Eduardo de Almeida & DELASCIO, Domingos. Abortamento séptico. In: DELASCIO, Domingos. Síndromes hemorrágicas da gestação. São Paulo, Sarvier, 1977. p.15.-26.
- <sup>174</sup> MALDONADO, Maria Tereza et alii. Nós estamos grávidos. 3.ed. Rio de Janeiro, Bloch Editores, 1981. p.13.
- <sup>175</sup> ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Conferência mundial sobre população. Genebra, OMS, 1974.
- <sup>176</sup> ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE.
- <sup>177</sup> BEMFAM. Relatório do XXII Seminário Brasileiro de Planejamento Familiar. Curitiba, 25-29/1981.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALEIXO, Pedro Pinto. Gestaõ na adolescência. Jornal Brasileiro de Ginecologia, Rio de Janeiro, 91(6):439-42, nov./dez.1981.
- BASTOS, N.C. de Brito. Educaõ para a saõ na assistência à saõ da família. Revista da Fundação SESP, Rio de Janeiro, 24(1):107-14, 1979.
- CALDWELL, John C. et alii. Manual de encuestas de fecundidad y planificacion familiar. Conocimiento, actitudes y práctica. Bogotá, Antares, 1973. 340 p.
- CANELLA, Paulo. Planejamento familiar na õtica dos usuários. Femina, Rio de Janeiro, 11(7):576-8, jul.1983.
- CORADINI, Sõnia Regina & BARBIANI, Rosmari. A profissional enfermeira frente às influências da evoluõ histõrica da mulher. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, 36(3e4):246-54, jul./dez.1983.
- COUTINHO, Elsimar. Anticoncepõ no puerpério. Femina, Rio de Janeiro, 10(9):738-9, set.1982.
- CRANCH, G.S. Funciones de enfermeria obstetricia en los servicios materno infantiles. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, Oficina Sanitaria Panamericana. Seminário sobre aspectos de enfermeria obstetricia en salud materno infantil y planificaciõn de la familia, Washington, 1972. Washington, 1974. p.33-8. (Publicacion científica, 291).

- CUNHA, Franklin. A explosão demográfica e o admirável Mundo Novo. Femina, Rio de Janeiro, 12(3):248-52, mar.1984.
- DELGADO, Hernán. Modelo integrado y simplificado de servicios de salud, nutrición y planificación familiar para zonas rurales. Boletín de la oficina sanitaria panamericana, Washington, 94(4):362-80, abr.1983.
- EGRY, Emiko Yoshikawa. Opinião de graduandos de enfermagem sobre algumas práticas sexuais. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, 19(1):55-73, 1985.
- FERRARI, Branca T. Adolescência. A difícil fase de transição entre infância e idade adulta. Revista Brasileira Clínica Terapêutica, Rio de Janeiro, 14(4):109-15, abr.1985.
- FISCHER, Vera Marieta. Orientação e informação de sexualidade com base em um caso clínico. Revista Médica do Paraná, Curitiba, 38/39:70-1, 1978/1979.
- FOUCAULT, Michel. História da sexualidade I: a vontade de saber. 6.ed. Rio de Janeiro, Graal, 1985. 152 p.
- FRANÇA, Genival Veloso de. Controle de natalidade. Um caso especial de saúde. Femina, Rio de Janeiro, 11(7):580-2, jul.1983.
- GOLDBERG, Maria Amélia Azevedo. Concepções sobre o papel da mulher no trabalho, na política e na família. Cadernos de Pesquisa, São Paulo, 15:86-120, dez.1975.
- \_\_\_\_\_. Educação sexual. Uma proposta, um desafio. 2.ed. São Paulo, Cortez, 1984. 105 p.
- GOMES, Daisy Leslie Steagall. As implicações do valor ético nas ações de saúde. Revista Paulista de Enfermagem, São Paulo, 3(1):9-11, jan./fev.1983.

- GREGERSEN, Edgar. Práticas sexuais. A história da sexualidade humana. São Paulo, Roca, 1983. 323 p.
- HASSEY, Eduardo Garcia et alii. Conducta sexual y anticonceptiva en jóvenes solteros. Ginecología y Obstetricia de México, México, 49(296):343-57, jun.1981.
- IMHOFF, J.C. Atencion maternal en el seno de la familia. In: ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD, Oficina Sanitaria Panamericana. Seminario sobre aspectos de enfermeria obstetricia en salud materno infantil y planificacion de la familia, Washington, 1972. Washington, 1974. p.60-1. (Publicacion cientifica, 291).
- LA MUJER en la salud y el desarrollo. II. Algunos problemas de población, de influencia y de higiene ambiental. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Washington, 93(5):442-52, nov.1982.
- \_\_\_\_\_. III. Algunas dificultades que plantea su actuación en la atención de salud. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Washington, 93(6):522-32, dic.1982.
- LANGER, Marie. Maternidad y sexo. Buenos Aires, Paidós, 1972. 253 p.
- LASSO, Fernando Herrera & DIAZ, José. Embarazo en la adolescencia. Ginecología y Obstetricia de México, México, 48(285):59-68, jul.1980.
- LEPARGNEUR, Hubert. Demografia, ética e Igreja. São Paulo, Ática, 1983. 169 p.
- LOPES, Gerson Pereira & COELHO JUNIOR, Jairo Luiz. Contracepção pós-parto e aleitamento. Femina, Rio de Janeiro, 12(5):427-9, maio 1984.

- MALDONADO, Maria Tereza P. Psicologia da gravidez, parto e puerpério. 2.ed. Petrópolis, Vozes, 1977. 118 p.
- MATHIAS, L.Maia & MAIA, Filho. Complicações obstétricas nas primigestas precoces. Ginecologia Obstetrícia Brasileira, 3:437, 1980.
- MATHIAS, Lenir et alii. Gravidez na adolescência. I - Primi-gestas de 9 a 15 anos. Jornal Brasileiro de Ginecologia, Rio de Janeiro, 95(3):89-91, mar.1985.
- MAZÍN, Rafael et alii. Planejamento familiar. Jornal Brasi-leiro de Medicina, Rio de Janeiro, 46(4):49-50, abr.1984.
- MUNJACK, Dennis & OZIEL, L. Jerome. Sexologia. Diagnóstico e tratamento. Rio de Janeiro, Atheneu, 1984. 397 p.
- MURARO, Rose Marie. Sexualidade da mulher brasileira. Corpo e classe social no Brasil. 3.ed. Petrópolis, Vozes, 1983. 501 p.
- MURILLO, Jorge E. Medina et alii. Bases de trabajo comunita-rio para la implementacion de un modelo de salud reprodu-tiva. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecologia, Bogotá, 35(2):142-152, mar./abr.1984.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Aspectos sanitarios de la planificación familiar. Série Informes Técnicos, 442, Ge-nebra, 1970.
- \_\_\_\_\_. La planificación de la familia en la acción sanita-ria. Série Informes Técnicos, 476, Genebra, 1971.
- \_\_\_\_\_. Desarrollo humano y salud pública. Série Informes Técnicos, 485, Genebra, 1972.
- \_\_\_\_\_. Necesidades de salud de los adolescentes. Série In-formes Técnicos, 609, Genebra, 1977.



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, Oficina Sanitaria Panamericana. Marco de referencia del papel de la enfermería obstétrica en la atención de salud materno infantil. In: \_\_\_\_\_. Papel da la enfermeria obstetricia en la atencion materno infantil. Informe de un grupo de trabajo. Washington, 1977. p.8-12. (Informes de Enfermeria, 19).

\_\_\_\_\_. Implicaciones que surgen al implementar las funciones ampliadas del personal de enfermería obstétrica en la atención materno infantil y planificación familiar. In: \_\_\_\_\_. Papel de la enfermeria obstetricia en la atencion materno infantil. Informe de un grupo de trabajo. Washington, 1977. p.16-26. (Informes de Enfermeria, 19).

PACHECO, Mário Victor de Assis. Planejamento familiar e libertação do Brasil. Petrópolis, Vozes, 1983. 102 p.

\_\_\_\_\_. Racismo, machismo e planejamento familiar. 2.ed. Petrópolis, Vozes, 1981. 134 p.

PAIM, Jairnilson Silva. O movimento pelo planejamento de saúde na América Latina. Revista Baiana de Saúde Pública, Salvador, 10(1):46-52, jan./mar.1983.

PANDOLFI, Antonio Pompeu. Planejamento familiar - vinte anos de lutas no Brasil. Femina, Rio de Janeiro, 12(5):430-34, maio 1984.

PEREIRA, José Carlos. Aspectos sociais da contracepção. Ciência e Cultura, São Paulo, 37(11):1772-82, nov.1985.

PEREIRA, Vitor. Aspectos ético-legais da prática obstétrica. In: PIATO, Sebastião & TEDESCO, J. Júlio de A. Diagnóstico e terapêutica das patologias obstétricas. Rio de Janeiro, Atheneu, 1984. p.137-43.

- PRADO, Danda. O que é o aborto. São Paulo, Brasiliense, 1984. 87 p.
- RAMETTA, José. Planejamento familiar. Femina, Rio de Janeiro, 11(1):63-6, jan.1983.
- RIBAS, José M. Mendez. Adolescência y fertilidad. Obstetrícia e Ginecologia latino-americanas. Buenos Aires, 40(3/4): 169-76, mar./abr.1982.
- ROBERTS, Marcos Cusminsky y Edna N. Demografía, nivel de salud y metas propuestas para el año 2.000. In: Salud materno infantil y atención primaria en las Américas. Hechos y tendencias. México, OPS/OMS, 1984. p.25-47
- RODRIGUES, Francisco Victor. F.Victor Rodrigues e a limitação da natalidade. Femina, Rio de Janeiro, 12(5):253-5, mar.1984.
- RODRIGUES, Walter et alii. Pesquisa sobre saúde materno-infantil e planejamento familiar. Piauí. Rio de Janeiro, BEMFAM, 1979. 98 p.
- ROSEMBERG, Fúlvia. Educação sexual na escola. Cadernos de Pesquisa, São Paulo, 53:11-19, maio 1985.
- RUIZ, Fausto Fernández et alii. Participación de la partera rural en el programa de planificación familiar: Experiencia en Puebla. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 22(2):127-32, mar./abr.1984.
- SANDVOLD, I.O. La enfermera y la obstetriz como agentes multiplicadores. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, Oficina Sanitaria Panamericana. Seminario sobre aspectos de enfermería obstetricia en salud materno infantil y planificación de la familia, Washington, 1972. Washington, 1974. p.39-45. (Publicación científica, 291.)

- SILVA, João Luiz Pinto. Aspectos biológicos e sociais da gravidez na adolescência. Jornal Brasileiro de Ginecologia. Rio de Janeiro, 94(6):227-32, jun.1984.
- \_\_\_\_\_. Gravidez na adolescência. Conduta frente à anticoncepção e ao sexo. Jornal Brasileiro de Ginecologia. Rio de Janeiro, 90(6):283-7, dez.1980.
- SILVA, Roberto Sizenando. Adolescência. Femina, Rio de Janeiro, 11(5):386-90, maio 1983.
- SILVEIRA, Gustavo Gomes. Aspectos atuais da contracepção oral. Femina, Rio de Janeiro, 11(2):99-103, fev.1983.
- SIVIN, I. et alii. A four year clinical study of norplant implants. Studies in Family Planning, 14:184, 1983.
- SMITH, M. Benefits and risks of hormonal contraception - interpretation. In: ROLLAND, R. & HARRISON, R.F. Advances in fertility control and the treatment of sterility. Boston, MTP Press Limited, 1983. p.51-6.
- SOLÍS, José A. Salud maternoinfantil y planificación familiar. In: Salud maternoinfantil y atención primaria en las Américas. Hechos y tendencias. México, OPS/OMS, 1984. p. 178-93.
- SOUZA, Ruth Guedes de. et alii. Educação em saúde. Enfoque cultural no ciclo grávido-puerperal. Revista Baiana de Saúde Pública, Salvador, 7/8(1/4 e 1/2) : 20-2, jan.1980/jun. 1981.
- VITIELLO, Nelson et alii. Assistência obstétrica à adolescente. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Rio de Janeiro, 4(4):165-72, out./nov./dez.1982.

VITIELLO, Nelson. Projeto de assistência às adolescentes. Femina, Rio de Janeiro, 12(7):638-42, jul.1984.

WEREBE, Maria José Garcia. Sexualidade e população, crescimento demográfico e planejamento familiar. Ciência e Cultura, São Paulo, 37(11):1805-14, nov.1985.

ANEXOS

TABELA 53 – FAIXA ETÁRIA SEGUNDO A ATIVIDADE PROFISSIONAL: TRABALHA, E O ESTADO CIVIL

FAIXA ETÁRIA	ATIVIDADE PROFISSIONAL																		TOTAL					
	TRABALHA																							
	ESTADO CIVIL						ESTADO CIVIL						ESTADO CIVIL											
	SOLTEIRA						CASADA						UNIÃO CONSENSUAL											
	CSM	%	% S/T	HC	%	% S/T	CSM	%	% S/T	HC	%	% S/T	CSM	%	% S/T	HC	%	% S/T	CSM	%	% S/T	HC	%	% S/T
Até 15 anos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
16 – 20	03	75,0	6,0	01	16,7	2,0	02	50,0	4,0	-	-	-	01	20,0	2,0	-	-	-	06	46,1	12,0	01	7,7	2,0
21 – 25	01	25,0	2,0	04	66,6	8,0	-	-	-	02	50,0	4,0	02	40,0	4,0	01	33,3	2,0	03	23,1	6,0	07	53,8	14,0
26 – 30	-	-	-	-	-	-	01	25,0	2,0	-	-	-	01	20,0	2,0	01	33,3	2,0	02	15,4	4,0	01	7,7	2,0
31 – 35	-	-	-	01	16,7	2,0	01	25,0	2,0	01	25,0	2,0	-	-	-	-	-	-	01	7,7	2,0	02	15,4	4,0
36 – 40	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	25,0	2,0	01	20,0	2,0	01	33,4	2,0	01	7,7	2,0	02	15,4	4,0
TOTAL	04	100,0	-	06	100,0	-	04	100,0	-	04	100,0	-	05	100,0	-	03	100,0	-	13	100,0	-	13	100,0	-

FONTE: Pesquisadora.

OBS \* % S/T é a porcentagem sobre o total de entrevistadas, no caso 50

**TABELA 54 – FAIXA ETÁRIA DE ACORDO COM A IDADE DA PRIMEIRA MENSTRUÇÃO**

FAIXA ETÁRIA	IDADE DA PRIMEIRA MENSTRUÇÃO												TOTAL			
	ATÉ 14 ANOS				14 – 16				MAIS DE 16 ANOS							
	CSM	%	HC	%	CSM	%	HC	%	CSM	%	HC	%	CSM	%	HC	%
Até 15 anos	01	3,3	01	3,7	–	–	–	–	–	–	–	–	01	2,0	01	2,0
16 – 20	17	56,7	02	7,4	04	23,5	04	26,7	01	33,3	02	25,0	22	44,0	08	16,0
21 – 25	07	23,4	14	51,9	07	41,2	03	20,0	01	33,3	02	25,0	15	30,0	19	38,0
26 – 30	03	10,0	03	11,1	04	23,5	06	40,0	01	33,4	–	–	08	16,0	09	18,0
31 – 35	01	3,3	06	22,2	01	5,9	–	–	–	–	01	12,5	02	4,0	07	14,0
36 – 40	01	3,3	01	3,7	01	5,9	02	13,3	–	–	03	37,5	02	4,0	06	12,0
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>	<b>27</b>	<b>100,0</b>	<b>17</b>	<b>100,0</b>	<b>15</b>	<b>100,0</b>	<b>03</b>	<b>100,0</b>	<b>08</b>	<b>100,0</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

FONTE: Pesquisadora.

TABELA 55 – FAIXA ETÁRIA DE ACORDO COM O INÍCIO DA ATIVIDADE SEXUAL

FAIXA ETÁRIA	INÍCIO DA ATIVIDADE SEXUAL												TOTAL			
	ATÉ 15 ANOS				15 – 19				MAIS DE 19 ANOS							
	CSM	%	HC	%	CSM	%	HC	%	CSM	%	HC	%	CSM	%	HC	%
Até 15 anos	01	14,3	01	33,3	–	–	–	–	–	–	–	–	01	2,0	01	2,0
16 – 20	03	42,8	–	–	15	50,0	08	25,0	04	30,8	–	–	22	44,0	08	16,0
21 – 25	01	14,3	01	33,3	11	36,7	12	37,5	03	23,1	06	40,0	15	30,0	19	38,0
26 – 30	02	28,6	01	33,4	03	10,0	05	15,6	03	23,1	03	20,0	08	16,0	09	18,0
31 – 35	–	–	–	–	01	3,3	04	12,5	01	7,7	03	20,0	02	4,0	07	14,0
36 – 40	–	–	–	–	–	–	03	9,4	02	15,3	03	20,0	02	4,0	06	12,0
TOTAL	07	100,0	03	100,0	30	100,0	32	100,0	13	100,0	15	100,0	50	100,0	50	100,0

FONTE: Pesquisadora.



TABELA 56 – FAIXA ETÁRIA SEGUNDO O USO DOS MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS E OS EFEITOS COLATERAIS

FAIXA ETÁRIA	SABE COMO SE USAM OS MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS																		TOTAL			
	SIM						NÃO						DE ALGUNS									
	EFEITOS COLATERAIS						EFEITOS COLATERAIS						EFEITOS COLATERAIS									
	SIM		NÃO		DE ALGUNS		SIM		NÃO		DE ALGUNS		SIM		NÃO		DE ALGUNS					
	CSM	HC	CSM	HC	CSM	HC	CSM	HC	CSM	HC	CSM	HC	CSM	HC	CSM	HC	CSM	HC	CSM	%	HC	%
Até 15 anos	-	-	-	-	-	-	-	-	01	01	-	-	-	-	-	-	-	-	01	2,0	01	2,0
16 – 20	01	-	-	-	-	-	03	-	08	02	01	-	04	03	05	02	-	01	22	44,0	08	16,0
21 – 25	01	-	-	-	-	-	02	02	06	04	-	01	04	07	02	04	-	01	15	30,0	19	38,0
26 – 30	01	-	01	-	-	-	-	01	05	01	-	-	-	06	01	01	-	-	08	16,0	09	18,0
31 – 35	-	-	-	-	-	-	-	02	01	01	-	-	01	03	-	-	-	01	02	4,0	07	14,0
36 – 40	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	04	01	01	-	01	02	4,0	06	12,0
TOTAL	03	-	01	-	-	-	05	05	21	09	01	01	10	23	09	08	-	04	50	100,0	50	100,0

FONTE: Pesquisadora.

TABELA 57 – ANÁLISE DA FAIXA ETÁRIA, ESCOLARIDADE E RENDA FAMILIAR DE QUEM TEVE ALGUMA GESTAÇÃO TERMINADA EM ABORTO

FAIXA ETÁRIA	ESCOLARIDADE		RENDA FAMILIAR	
	CSM	HC	CSM	HC
16 – 20	Ginásio incompleto	Primário incompleto	Menos de um	Menos de um
21 – 25	Primário incompleto	Primário incompleto	Menos de um	Um salário
	Primário completo	Primário incompleto	Um salário	Um salário
	Ginásio completo	Primário incompleto	Um salário	Três salários *
	–	Primário completo	–	Um salário
	–	Ginásio incompleto	–	Acima de três
26 – 30	Primário incompleto	Primário incompleto	Menos de um *	Um salário
	Primário incompleto	Primário incompleto	Dois salários *	Um salário
	Primário completo	Primário incompleto	Acima de três	Três salários *
	–	Analfabeta	–	Dois salários
31 – 35	–	Primário incompleto	–	Menos de um
	–	Primário incompleto	–	Um salário
	–	Primário incompleto	–	Três salários

FONTE: Pesquisadora.

OBS: Os dados com um \* foram abortos provocados

VI | | - QUADRO DEMONSTRATIVO (GERAL) PARA ANÁLISE DOS DADOS

FAIXA ETÁRIA 16 – 20	INÍCIO DA PRIMEIRA MENSTRUÇÃO, INÍCIO NA ATIVIDADE SEXUAL, ESTADO CIVIL, NÚMERO DE GESTAÇÕES E ATIVIDADE PROFISSIONAL				RENDA FAMILIAR (SALÁRIO MÍNIMO)									TOTAL							
					MENOS DE UM			UM			MAIS DE UM										
					ESCOLARIDADE			ESCOLARIDADE			ESCOLARIDADE			A	B	C					
					A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C					
até 14 anos	Atividade sexual	até 14 anos	Estado civil	Número de gestações	uma	trabalha	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
					não trabalha	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
				Número de gestações	duas	trabalha	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
			não trabalha	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
		Número de gestações	mais de duas	trabalha	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
			não trabalha	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	-	-	
	mais de 14 anos	Atividade profissional	até 14 anos	Estado civil	Número de gestações	uma	trabalha	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	-	-	
						não trabalha	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	-
					Número de gestações	duas	trabalha	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01
			não trabalha	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
		Número de gestações	mais de duas	trabalha	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
			não trabalha	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
mais de 14	Atividade profissional	até 14 anos	Estado civil	Número de gestações	uma	trabalha	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
					não trabalha	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
				Número de gestações	duas	trabalha	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
			não trabalha	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
		Número de gestações	mais de duas	trabalha	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
			não trabalha	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
	mais de 14 anos	Atividade profissional	mais de 14	Estado civil	Número de gestações	uma	trabalha	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
						não trabalha	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
					Número de gestações	duas	trabalha	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
			não trabalha	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
		Número de gestações	mais de duas	trabalha	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
			não trabalha	-	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	01	-			

ESCOLARIDADE :  
 A – Analfabeto + primário incompleto  
 B – Primário completo + ginásio incompleto  
 C – Ginásio completo + outra.

## ENTREVISTA

## I DADOS BIO-SÓCIO-ECONÔMICOS BÁSICOS

1. Faixa etária:
  - a. ( ) até 15 anos
  - b. ( ) 16-20
  - c. ( ) 21-25
  - d. ( ) 26-30
  - e. ( ) 31-35
  - f. ( ) 36-40
  - g. ( ) acima de 40 anos
  
2. Escolaridade:
  - a. ( ) analfabeta
  - b. ( ) primário incompleto
  - c. ( ) primário completo
  - d. ( ) ginásio incompleto
  - e. ( ) ginásio completo
  - f. ( ) outro. Especifique: \_\_\_\_\_
  
3. Qual a sua religião:
  - a. ( ) católica
  - b. ( ) protestante
  - c. ( ) adventista
  - d. ( ) espírita
  - e. ( ) outras. Especifique: \_\_\_\_\_
  - f. ( ) sem religião
  
4. Quanto à religião, você:
  - a. ( ) é praticante e em geral segue as suas normas
  - b. ( ) é praticante e em geral não segue as suas normas
  - c. ( ) não é praticante
  - d. ( ) tem outra situação. Especifique qual:
  
5. Estado civil
  - a. ( ) casada
  - b. ( ) solteira
  - c. ( ) união consensual (vive maritalmente, juntada, amigada)
  - d. ( ) outra situação
  
6. Exerce alguma atividade profissional no momento?
  - a. ( ) sim
  - b. ( ) nãoEspecifique qual: \_\_\_\_\_
  
7. Qual a renda familiar?
  - a. ( ) menos de um salário
  - b. ( ) um salário
  - c. ( ) + de um salário
  - d. ( ) dois salários
  - e. ( ) + de dois salários
  - f. ( ) sem renda (desempregada)

8. Idade da primeira menstruação:  
\_\_\_\_\_ anos
9. Início da atividade sexual:  
\_\_\_\_\_ anos
10. Tem atualmente vida sexual ativa?  
a. ( ) sim  
b. ( ) não
11. Qual a idade que considera ideal para uma mulher se casar?  
a. ( ) até 15 anos  
b. ( ) 16-20  
c. ( ) 21-25  
d. ( ) 26-30  
e. ( ) 31-35  
f. ( ) 36-40  
g. ( ) acima de 40 anos
12. Quantos anos tinha quando se casou pela primeira vez?  
\_\_\_\_\_ anos
13. Qual a idade ideal para uma mulher engravidar?  
a. ( ) até 15 anos  
b. ( ) 16-20  
c. ( ) 21-25  
d. ( ) 26-30  
e. ( ) 31-35  
f. ( ) 36-40  
g. ( ) acima de 40 anos
14. Quantas vezes a senhora ficou grávida:  
\_\_\_\_\_ vezes.
15. Quantos filhos tem atualmente?  
\_\_\_\_\_ vivos  
\_\_\_\_\_ mortos  
\_\_\_\_\_ natimortos  
\_\_\_\_\_ abortamentos
16. O que levou em consideração para escolher o número de filhos que tem atualmente?  
a. ( ) sua vontade  
b. ( ) vontade do marido  
c. ( ) vontade do casal  
d. ( ) sua condição sócio-financeira  
e. ( ) sua religião  
f. ( ) o tempo que dispõe para criar os filhos  
g. ( ) outro motivo. Especifique: \_\_\_\_\_  
h. ( ) não sabe

Obs.: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

17. Quem cuida de seus filhos?
- a. ( ) atualmente ninguém
  - b. ( ) você
  - c. ( ) seus pais
  - d. ( ) creche
  - e. ( ) outra pessoa. Especifique: \_\_\_\_\_
18. Qual o número de filhos que considera ideal na família?
- a. ( ) nenhum
  - b. ( ) um filho só
  - c. ( ) 2 a 3 filhos
  - d. ( ) 4 a 5 filhos
  - e. ( ) 6 ou mais
  - f. ( ) quantos puder criar e educar

## II DADOS RELACIONADOS AO PLANEJAMENTO FAMILIAR

19. O que a senhora entende por planejamento familiar:
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

20. Na sua opinião o planejamento familiar é:
- a. ( ) muito importante
  - b. ( ) importante
  - c. ( ) pouco importante
  - d. ( ) indiferente
  - e. ( ) não tem opinião
21. Muitas mulheres fazem algo para planejar ou evitar a gravidez, fazendo com que tenham o número de filhos que desejam e no momento que os desejam. O que a senhora acha disso?
- a. ( ) aprova
  - b. ( ) desaprova
  - c. ( ) não está segura
  - d. ( ) não sabe
22. Se a senhora pudesse escolher hoje, quantos filhos gostaria de ter:
- \_\_\_\_\_ filhos
23. Já utilizou algum método para evitar gravidez?
- a. ( ) sim
  - b. ( ) não
24. Na sua opinião, o uso de métodos anticoncepcionais é:
- a. ( ) muito importante
  - b. ( ) importante
  - c. ( ) pouco importante
  - d. ( ) indiferente
  - e. ( ) não tem opinião

25. Seu orientador religioso (padre, pastor, ...) alguma vez já se pronunciou quanto ao uso de métodos anticoncepcionais?  
 a. ( ) sim  
 b. ( ) não  
 Que orientação recebeu? \_\_\_\_\_
26. Em que casos a senhora acha que o casal deve evitar gravidez:  
 a. ( ) para preservar a saúde da mãe  
 b. ( ) para prestar maior atenção a cada filho  
 c. ( ) pela situação sócio-econômico da família  
 d. ( ) pela ajuda e felicidade familiar  
 e. ( ) porque a família já tem o número de filhos que deseja  
 f. ( ) para que a mãe possa trabalhar  
 g. ( ) para que o casal tenha liberdade para outras coisas  
 h. ( ) convém ao País a diminuição da população  
 i. ( ) em nenhum caso
27. O que a impede de utilizar qualquer método para evitar a gravidez:  
 a. ( ) a religião  
 b. ( ) razões morais  
 c. ( ) danos à saúde  
 d. ( ) métodos anticoncepcionais muito caros  
 e. ( ) é muito complicado  
 f. ( ) os maridos desaprovam  
 g. ( ) desejo de muitos filhos  
 h. ( ) convém ao País ter grande população  
 i. ( ) nenhuma razão
28. Em relação ao seu marido ou companheiro, que pensa ele a respeito de fazer algo para evitar gravidez:  
 a. ( ) aprova  
 b. ( ) desaprova  
 c. ( ) considera ser responsabilidade da mulher  
 d. ( ) não sabe
29. Agora vamos apresentar uma relação de métodos anticoncepcionais à senhora. Assinale quais conhece, de acordo com o quadro abaixo:

MÉTODOS	NÃO CONHECE	CONHECE SUPERFI- CIALMENTE	CONHECE PROFUN- DAMENTE
1. CONDON (preservativo) .....	( )	( )	( )
2. ESPERMATICIDAS LOCAIS (espuma, ge- léia, óvulos, ...).....	( )	( )	( )
3. DIAFRAGMA .....	( )	( )	( )
4. OGINO-KNAUS (tabelinha, continência periódica) .....	( )	( )	( )
5. COITO INTERROMPIDO .....	( )	( )	( )
6. BILLINGS (muco cervical) .....	( )	( )	( )
7. LAVAGEM VAGINAL .....	( )	( )	( )
8. LACTAÇÃO PROLONGADA .....	( )	( )	( )
9. PÍLULA .....	( )	( )	( )
10. DIU (dispositivo intra-uterino) ....	( )	( )	( )
11. INJEÇÕES CONTRACEPTIVAS MENSAS .....	( )	( )	( )

MÉTODOS (continuação)	NÃO CONHECE	CONHECE SUPERFI- CIALMENTE	CONHECE PROFUN- DAMENTE
12. ANÉIS VAGINAIS .....	( )	( )	( )
13. IMPLANTE (Norplant) .....	( )	( )	( )
14. LAQUEADURA TUBÁRIA .....	( )	( )	( )
15. VASECTOMIA .....	( )	( )	( )
16. NENHUM .....	( )	( )	( )
17. OUTRO: Especifique _____			

30. Em relação ao uso de métodos anticoncepcionais, assinale:

MÉTODOS	USA ATUAL- MENTE	JÁ USOU ALGUMA VEZ	NUNCA USOU
1. CONDON .....	( )	( )	( )
2. ESPERMATICIDAS LOCAIS .....	( )	( )	( )
3. DIAFRAGMA .....	( )	( )	( )
4. OGINO-KNAUS .....	( )	( )	( )
5. COITO INTERROMPIDO .....	( )	( )	( )
6. BILLINGS .....	( )	( )	( )
7. LAVAGEM VAGINAL .....	( )	( )	( )
8. LACTAÇÃO PROLONGADA .....	( )	( )	( )
9. PÍLULA .....	( )	( )	( )
10. DIU .....	( )	( )	( )
11. INJEÇÕES CONTRACEPTIVAS MENSAS .....	( )	( )	( )
12. ANÉIS VAGINAIS .....	( )	( )	( )
13. IMPLANTE .....	( )	( )	( )
14. LAQUEADURA TUBÁRIA .....	( )	( )	( )
15. VASECTOMIA .....	( )	( )	( )
16. NENHUM .....	( )	( )	( )
17. OUTRO: Especifique: _____			

31. Qual a sua opinião quanto ao uso de métodos anticoncepcionais?

MÉTODOS	NÃO APROVA	APROVA TOTAL- MENTE	APROVA PARCIAL- MENTE	NÃO TEM OPINIÃO
1. CONDON .....	( )	( )	( )	( )
2. ESPERMATICIDAS LOCAIS .....	( )	( )	( )	( )
3. DIAFRAGMA .....	( )	( )	( )	( )
4. OGINO-KNAUS .....	( )	( )	( )	( )
5. COITO INTERROMPIDO .....	( )	( )	( )	( )
6. BILLINGS .....	( )	( )	( )	( )
7. LAVAGEM VAGINAL .....	( )	( )	( )	( )
8. LACTAÇÃO PROLONGADA .....	( )	( )	( )	( )
9. PÍLULA .....	( )	( )	( )	( )



MÉTODOS (continuação)	NÃO APROVA	APROVA TOTAL- MENTE	APROVA PARCIAL- MENTE	NÃO TEM OPINIÃO
10. DIU.....	( )	( )	( )	( )
11. INJEÇÕES CONTRACEPTIVAS MENSUAIS .....	( )	( )	( )	( )
12. ANÉIS VAGINAIS .....	( )	( )	( )	( )
13. IMPLANTE .....	( )	( )	( )	( )
14. LAQUEADURA TUBÁRIA .....	( )	( )	( )	( )
15. VASECTOMIA .....	( )	( )	( )	( )
16. NENHUM .....	( )	( )	( )	( )
17. OUTRO: Especifique: _____				

32. Alguma vez já recomendou qualquer método anticoncepcional a alguém?  
a. ( ) sim  
b. ( ) não  
Especifique a quem: \_\_\_\_\_
33. Qual a fonte de informação que possui a respeito de métodos anticoncepcionais:  
a. ( ) área de saúde. Especifique o profissional: \_\_\_\_\_  
b. ( ) irmã  
c. ( ) mãe  
d. ( ) sogra  
e. ( ) amiga  
f. ( ) marido  
g. ( ) farmácia  
h. ( ) professor  
i. ( ) livros, revistas, jornais, televisão ...  
j. ( ) curso  
k. ( ) nenhuma fonte  
l. ( ) outra fonte. Especifique: \_\_\_\_\_
34. Na sua opinião, quem deve escolher o método anticoncepcional a ser utilizado:  
a. ( ) você  
b. ( ) marido  
c. ( ) casal  
d. ( ) médico  
e. ( ) outra pessoa. Especifique: \_\_\_\_\_
35. A senhora sabe como se utilizam os métodos anticoncepcionais?  
a. ( ) sim  
b. ( ) não  
c. ( ) de alguns
36. A senhora possui conhecimento de efeitos colaterais causados pelo uso de métodos anticoncepcionais:  
a. ( ) sim (passe à questão seguinte)  
b. ( ) não (passe à questão 38)  
c. ( ) de alguns

37. A senhora apresentou qualquer destes problemas, com o uso de métodos anticoncepcionais:
- a. ( ) pressão alta
  - b. ( ) varizes
  - c. ( ) dor de cabeça
  - d. ( ) irritabilidade
  - e. ( ) distúrbios menstruais
  - f. ( ) outro. Especifique: \_\_\_\_\_
  - g. ( ) nenhum
- A qual método a senhora atribui o aparecimento desses efeitos? \_\_\_\_\_
38. A senhora já procurou algum serviço de planejamento familiar, alguma vez?
- a. ( ) sim (passe à questão seguinte)
  - b. ( ) não (passe à questão 42)
39. Por que a senhora procurou o serviço de planejamento familiar?
- a. ( ) desejava engravidar
  - b. ( ) não desejava engravidar no momento
  - c. ( ) não desejava engravidar nunca mais
  - d. ( ) desejava apenas informações
  - e. ( ) outra causa. Especifique: \_\_\_\_\_
40. Nesse serviço que procurou, a quais procedimentos a senhora se submeteu:
- a. ( ) ouviu primeiro uma palestra sobre a importância do planejamento familiar
  - b. ( ) foi orientada sobre todos os métodos anticoncepcionais existentes
  - c. ( ) foi medida sua pressão
  - d. ( ) foi medida sua altura
  - e. ( ) foi pesada
  - f. ( ) fez exame clínico
  - g. ( ) fez exame ginecológico
  - h. ( ) outros procedimentos. Especifique: \_\_\_\_\_
41. Que método anticoncepcional lhe foi indicado no referido serviço?  
Especifique: \_\_\_\_\_
- Ficou satisfeita com o método indicado?
- a. ( ) sim
  - b. ( ) não. Justifique: \_\_\_\_\_
42. Você já teve alguma gestação que terminou em aborto?
- a. ( ) sim (passe à questão seguinte)
  - b. ( ) não (passe à questão 46)
- Caso afirmativo, assinale o tipo de aborto:
- ( ) espontâneo
  - ( ) provocado
  - ( ) terapêutico
43. Sabe por que ocorreu o abortamento?
- a. ( ) sim
  - b. ( ) não
- Especifique a causa: \_\_\_\_\_

44. Foi antes do primeiro filho nascido vivo?  
 a.  sim  
 b.  não
45. Como você enfrentou o abortamento?  
 a.  naturalmente  
 b.  com problemas econômicos  
 c.  com problemas físicos (hemorragias, infecções, ...)  
 d.  com problemas psicológicos (tristeza, depressão, sentimento de culpa, ...)  
 e.  com problemas sociais (pressão familiar, religiosa, de amigos, ...)  
 f.  outra condição. Especifique: \_\_\_\_\_
46. Em que casos a senhora acha que o aborto deve ser feito:  
 a.  deve ser feito em caso da mulher ter sido violentada  
 b.  deve ser feito em caso de risco de vida da mãe  
 c.  deve ser feito em caso de má formação do feto  
 d.  deve ser feito se a mulher não tiver condições psicológicas para manter seu filho  
 e.  deve ser feito se a mulher não tiver condições financeiras para manter seu filho  
 f.  não deve ser feito em nenhuma condição  
 g.  outra condição. Especifique: \_\_\_\_\_
47. A decisão em fazer aborto deve ser:  
 a.  da mulher  
 b.  do marido  
 c.  do casal  
 d.  outra pessoa. Especifique: \_\_\_\_\_  
 e.  ninguém

### III DADOS RELACIONADOS À ÚLTIMA GRAVIDEZ

48. A última vez que ficou grávida foi porque desejou?  
 a.  sim (passe à questão 50)  
 b.  não (passe a questão seguinte)
49. Na época não desejava mais engravidar ou somente queria esperar mais tempo para ter outro filho?  
 a.  não desejava mais outro filho (limitar)  
 b.  desejava outro filho, porém mais tarde (espaçar)
50. Estava usando algum método anticoncepcional quando engravidou?  
 a.  sim (passe à questão 52)  
 b.  não (passe à questão seguinte)
51. Por que não estava usando nenhum método anticoncepcional quando engravidou?  
 a.  desejava engravidar  
 b.  desconhecia a existência  
 c.  falta de condições financeiras para comprar os métodos  
 d.  por achar desnecessário  
 e.  por crenças religiosas  
 f.  por estar amamentando  
 g.  outro motivo. Especifique: \_\_\_\_\_

52. Após o último parto, pensa em utilizar algum método anticoncepcional:

a. ( ) sim

b. ( ) não

c. ( ) não sabe

Caso afirmativo, especifique qual método: \_\_\_\_\_