

**Atenção em anticoncepção oferecida por equipe de PSF em São Gonçalo do Amarante – CE**

**Attention in contraception offered for PSF team in São Gonçalo do Amarante - CE**

**Atención sobre los métodos anticonceptivos ofrecidos por el equipo de PSF en São Gonçalo do Amarante - CE**

Liana Mara Rocha Teles<sup>I</sup>, Samla Sena da Silva<sup>II</sup>, Kylvia Gardênia Torres Eduardo<sup>III</sup>,  
Escolástica Rejane Ferreira Moura<sup>IV</sup>, Ana Kelve de Castro Damasceno<sup>V</sup>

<sup>I</sup> Enfermeira. Mestranda em Enfermagem, Bolsista Capes, Universidade Federal do Ceará (UFC). E-mail: [lianinhamara@yahoo.com.br](mailto:lianinhamara@yahoo.com.br).

<sup>II</sup> Enfermeira. Hospital Geral de Fortaleza. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: [samlasena@yahoo.com.br](mailto:samlasena@yahoo.com.br).

<sup>III</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Enfermeira do Programa Saúde da Família, Prefeitura de São Gonçalo do Amarante/CE. São Gonçalo do Amarante, CE, Brasil. E-mail: [kylviaeduardo@yahoo.com.br](mailto:kylviaeduardo@yahoo.com.br).

<sup>IV</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem (FFOE), UFC. Pesquisadora do CNPq. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: [escolpaz@yahoo.com.br](mailto:escolpaz@yahoo.com.br).

<sup>V</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente, FFOE, UFC. Pesquisadora do CNPq. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: [anakelve@hotmail.com](mailto:anakelve@hotmail.com).

## RESUMO

Conhecer o perfil dos usuários de serviços de Planejamento Familiar (PF) do Programa de Saúde da Família (PSF) e a atenção em anticoncepção dispensada é de fundamental importância para a elaboração de estratégias adequadas às necessidades da população. Objetivou-se conhecer o perfil socioeconômico e gineco-obstétrico de mulheres usuárias de um serviço de PF do PSF; identificar os Métodos Anticoncepcionais (MAC) mais utilizados por essa clientela e queixas relacionadas ao uso destes; e verificar a regularidade do acompanhamento dessas usuárias. Estudo retrospectivo, documental, quantitativo, realizado em 2008, em São Gonçalo do Amarante – CE. Entre 171 prontuários do serviço de PF de duas micro-áreas do PSF Croata II, escolhidos aleatoriamente, 158 (92,4%) correspondiam a usuários do gênero feminino. Os MAC mais utilizados pelas usuárias, antes e após a atenção recebida em PF, foram o Anticoncepcional Combinado Oral (ACO) e o condom. As queixas mais frequentes entre as usuárias de MAC estiveram associadas ao uso de dispositivo intra-uterino e contraceptivo injetável, sendo o deslocamento e dismenorréia, respectivamente. Quanto à regularidade de acompanhamento das usuárias no serviço de PF, verificaram-se ausências de retorno e retornos repetitivos que sugerem a reorganização do protocolo de acompanhamento das mesmas pelo programa.

**Descritores:** Planejamento familiar; Anticoncepção; Programa Saúde da Família.

## ABSTRACT

Knowing the user's profile of Family Planning (PF) in the Family Health Program (FHP) and the contraception's attention that is dispensed has fundamental importance for developing appropriate strategies to the needs of the population. The objectives was to know the social-economic, gynecological and obstetric profile in users of PF service; to identify the Contraceptive Methods (MAC) used by the clientele and complaints related during the use of these; and to analyze the regularity of the accompaniment of these users. Retrospective, documentary, quantitative study realized in 2008, occurred in São Gonçalo do Amarante-CE. Had been revised 171 handbooks of all the users of the PF service of two micron-areas of the Family health program's team Croata II, chosen in a random way. Between 171 (100%) handbooks revised, 158 (92,4%), were women. The MAC more used before and after the attention received in PF were the low-dose oral hormonal contraceptives (OHC) and the condom. Displacement was the most common complaint between DIU users; and menstrual alterations between users of injectable. About the attendance dynamics, were verified users without return and users with unnecessary comings to the service, demanding the necessity of reorganization in the accompaniment of the program users.

**Descriptors:** Family planning, Contraception, Family Health Program.

## RESUMEN

Conocer el perfil de los usuarios de los servicios de Planeamiento Familiar (PF) del Programa Salud de la Familia (PSF) y la atención in anticoncepción prestada es de fundamental importancia para el desarrollo de estrategias adecuadas a las necesidades de la población. El objetivo fue determinar el perfil socioeconómico, ginecológico y obstétrico de los usuarios del servicio de PF del PSF; identificar los métodos anticonceptivos (MAC) más utilizados por los clientes y las quejas relacionadas con el uso de estos y verificar la regularidad del acompañamiento de esas usuarias. Estudio retrospectivo, basada en documentos, cuantitativo, que se realizó en 2008, en São Gonçalo do Amarante - CE. Se revisaron 171 historias clínicas de todas las usuarias del servicio de PF en dos micro-zonas de la PSF de Croata II, seleccionados de forma aleatoria. Entre 171 (100%) historias clínicas de los pacientes examinados, 158 (92,4%) eran mujeres. El MAC más utilizado antes y después de la atención recibida en PF fueron el contraceptivo combinado oral (ACO) y el condón masculino. El desplazamiento fue la queja más común entre las usuarias de DIU, y dismenorrea entre las usuarias de la inyección. Cuanto a la dinámica de la atención, no hay retorno de los usuarios al servicio y otros usuarios vienen al servicio sin necesidad, lo que exige la reorganización y el control de los usuarios del programa.

**Descriptor:** Planificación familiar, Anticoncepción, Programa de Salud Familiar.

## INTRODUÇÃO

Nos últimos 30 anos a fecundidade vem decrescendo. Em quatro décadas, a taxa de fecundidade brasileira caiu de seis filhos por mulher, até 1960, para dois, em 2006<sup>(1)</sup>. As causas dessa mudança são múltiplas, destacando-se a oferta dos MAC pelo serviço público, a ampliação do atendimento em Planejamento Familiar (PF) na atenção básica, o fortalecimento das políticas públicas na área da saúde da mulher e o desejo feminino por uma prole pequena, uma vez que as funções maternas têm sido divididas com as funções laborais<sup>(2)</sup>.

As políticas nacionais voltadas à saúde da mulher, do início do século XX, enfocavam a saúde materno-infantil, destacando os cuidados com a gravidez, o parto e o puerpério. A mulher era vista, basicamente, no aspecto biológico da procriação, como mãe e “dona de casa”<sup>(3)</sup>. Foi em 1985, com a implantação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que o Estado passou a intervir nessa área do cuidado de forma integral e equânime, incorporando um conjunto de ações educativas, preventivas, de diagnóstico precoce, tratamento e/ou recuperação, em que a mulher adquirisse conhecimento para exercer maior controle sobre sua saúde<sup>(4)</sup>.

Em 1994, surge o Programa Saúde da Família (PSF), uma estratégia de implantação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde (UBS), constituídas por um médico, um enfermeiro, uma auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, com a responsabilidade de acompanhar cerca de 1.000 famílias vivendo em uma área geográfica adstrita. Atualmente, o PSF tem uma cobertura nacional de, aproximadamente, 40,9% da população, com atenção prioritária para grupos com vulnerabilidades específicas, tais como: criança, mulheres e idosos. No âmbito da saúde da mulher, ganham destaque a assistência ao pré-natal, prevenção do câncer de colo do útero e de mama e PF<sup>(5)</sup>. Esta última área, por sua vez, constitui o objeto deste estudo.

O PF consiste em um conjunto de ações pelas quais são oferecidos recursos para auxiliar a concepção e a anticoncepção, conforme a escolha da(o) usuária(o) e/ou casal. Para serem indicados aos usuários do serviço, esses recursos devem ser cientificamente aceitos, não por em risco a saúde e a vida das pessoas que fazem uso e serem ofertados em variedade e quantidade satisfatórias para garantir aos usuários o direito de livre escolha<sup>(6)</sup>.

Na prática, o atendimento de mulheres, homens e/ou casais no PF é realizado, predominantemente, por enfermeiros que atuam no PSF, devendo ser marcado por ações educativas, nas quais a clientela tenha oportunidade de conhecer os MAC e optar por aquele que julgar melhor às suas condições socioeconômicas, culturais e de saúde<sup>(7)</sup>.

Sendo o enfermeiro o principal responsável pelo acompanhamento dos clientes no Programa de PF dentro das Equipes de Saúde da Família, surgiu a necessidade de realizar um estudo para conhecer o perfil dessa clientela e verificar a atenção dispensada a ela, a fim de oferecer subsídios para elaboração de estratégias adequadas às necessidades da população.

Para tanto, o presente estudo teve como objetivos conhecer o perfil socioeconômico e gineco-obstétrico de mulheres usuárias de um serviço de PF; identificar os MAC mais utilizados por essa clientela e queixas relacionadas ao

uso destes; e verificar a regularidade do acompanhamento dessas usuárias.

## MÉTODOS

Estudo retrospectivo, documental, com abordagem quantitativa, realizado no Município de São Gonçalo do Amarante-CE. Com uma população de 41.382 habitantes, este possui 14 áreas adstritas, todas com ESF<sup>(8)</sup>. Optou-se por este município por ser campo de atuação de uma das pesquisadoras, sendo os resultados relevantes à tomada de decisões e implementação de mudanças concernentes à melhoria da qualidade da atenção em planejamento familiar, baseadas em evidências.

O atendimento ao PF segue o seguinte fluxo: cada usuária possui o prontuário, no qual há um formulário específico para o acompanhamento do PF – “Ficha de PF”, contendo informações sobre as condições socioeconômicas, história gineco-obstétrica, antecedentes patológicos pessoais e familiares, MAC utilizados e acompanhamento periódico da pressão arterial e do peso. Na primeira consulta, a usuária e/ou casal é orientado sobre os MAC, pela enfermeira. Quando a escolha do MAC é hormonal, a usuária é encaminhada para consulta médica. Quando a escolha é por outros MAC, a mulher é encaminhada para consulta com o enfermeiro, que faz também o seguimento realizando as consultas subsequentes. Realizada a consulta, o MAC é entregue mensalmente pelo auxiliar de enfermagem e, trimestralmente, pelo enfermeiro. Essa rotina foi estabelecida devido à quantidade de métodos disponíveis na unidade básica de saúde. Ressalta-se que a “ficha de PF” passou a ser utilizada e atualizada na unidade em estudo a partir de junho de 2007, contudo estudamos somente as informações do último ano de atendimento, ou seja, de junho de 2007 a junho de 2008.

Entre as quatro micro-áreas do PSF Croatá I, duas foram selecionadas aleatoriamente para o estudo. As mesmas possuíam 171 prontuários que foram revisados para obtenção de dados desta pesquisa. Os dados foram coletados no período de junho a julho de 2008, na Unidade Básica de Saúde Croatá I, a partir da Ficha de Planejamento Familiar. Como instrumento de coleta, utilizou-se um formulário pré-elaborado contendo as seguintes variáveis: dados socioeconômicos, história gineco-obstétrica, história de patologias pregressa, MAC anterior e atual, queixas relacionadas ao uso do método e periodicidade das consultas de planejamento familiar. Como os usuários do gênero feminino representaram a maioria (92,4%), a discussão dos dados abordou somente as informações contidas nos prontuários das mesmas.

Para a análise dos dados, foi utilizado o *Statistical Package for the Social Sciences* (13.0) (SPSS), sendo as informações apresentadas em gráficos e tabelas com frequência e percentual. Devido ao registro incompleto de informações em diversos prontuários, o número investigado se diferenciou entre algumas variáveis.

O projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, obtendo parecer favorável conforme protocolo nº 93/08. Guardou-se o anonimato das usuárias de planejamento familiar constantes nos prontuários, segundo as normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre os 171 prontuários do serviço de PF de duas micro-áreas do PSF Croata I, selecionados aleatoriamente, 158 (92,4%) eram de usuários do gênero feminino e 13 (7,6%) do gênero masculino (Tabela 1). Este resultado reforça que a elevada participação feminina nos serviços de

PF no Brasil, culturalmente, está relacionada à maior responsabilidade da mulher nas decisões reprodutivas. Isto aponta para o papel social desempenhado pelo homem em uma sociedade historicamente patriarcal, que impõe à mulher a responsabilidade pela contracepção<sup>(8)</sup>.

**Tabela 1:** Distribuição do número de usuárias atendidas no serviço de planejamento familiar, segundo variáveis socioeconômicas. PSF de Croata I, São Gonçalo do Amarante-CE, 2008.

Variáveis Socioeconômicas	Usuárias	
	N	%
<b>Idade (n= 158)</b>		
14-19	31	19,62
20-34	103	65,18
35-60	24	15,2
<b>Escolaridade (n=152)</b>		
Analfabeta	4	2,63
Ensino Fundamental Incompleto	71	46,71
Ensino Fundamental Completo	28	18,42
Ensino Médio Incompleto	7	4,6
Ensino Médio Completo	39	25,65
Ensino Superior Incompleto	1	0,65
Ensino Superior Completo	2	1,34
<b>Tipo de união (n=158)</b>		
Solteiro(a)	40	25,32
Casada	46	29,11
União Consensual	72	45,57
Viúvo(a)	0	0
<b>Ocupação (n=126)</b>		
Do lar	47	37,3
Doméstica	39	30,95
Estudante	13	10,31
Agricultor(a)	10	7,93
Outros	17	13,49

Entre as mulheres, predominou a faixa de idade entre 20 e 34 anos, o que é esperado por demarcar a principal faixa reprodutiva. Todavia, a atenção ao PF necessita ter um enfoque particular para as faixas etárias que representam elevado risco reprodutivo, ou seja, a faixa da adolescência (menores de 19 anos), devido à imaturidade dos órgãos reprodutivos e o despreparo emocional e financeiro da maioria para assumir a maternidade; e para a faixa acima dos 35 anos, devido ao maior risco de complicações maternas e anomalias fetais, traduzindo-se em morbidade e mortalidade materna e perinatal<sup>(9)</sup>. Em junho de 2010, das 330 gestantes cadastradas em São Gonçalo do Amarante, 73 (22,1%) possuíam menos de 20 anos de idade<sup>(10)</sup>. Isso demonstra a necessidade da busca desse público-alvo ao serviço de planejamento familiar.

A maioria das usuárias do serviço de PF havia cursado entre ensino fundamental incompleto e completo (99 – 65,13%). A baixa escolaridade trata-se também de um resultado esperado em população rural de município do interior cearense. Conhecer a escolaridade de uma clientela assistida em PF é de extrema relevância, pois é sabido que quanto maior a escolaridade, melhores são as oportunidades para o exercício da livre escolha quanto ao uso dos MAC, bem como quanto as escolhas reprodutivas (número de filhos, intervalo gestacional e melhor época para procriar)<sup>(4)</sup>. Por outro lado, a escolaridade poderá proporcionar melhor adesão ao uso dos MAC e maior chance de uso correto. Assim, cabe a equipe de PSF, cuja prática

deve estar embasada na intersectorialidade, mobilizar a população para motivar o seu interesse pela escola e encaminhá-la para o setor de educação local, estabelecendo uma rede PSF-Educação com a meta de reduzir o analfabetismo e a baixa escolaridade.

Quanto ao tipo de união, obteve-se que a maioria das usuárias vivia com o parceiro (118 – 74,68%), sendo a maioria por união consensual e oficial, respectivamente. Corroborando estes dados, Nascimento<sup>(11)</sup> traz que o número de uniões consensuais entre 1980 e 2000 aumentou consideravelmente, passando de 11,7% em 1980, para 18,5% em 1991 e para 28,6% em 2000. Ressalta-se aqui, a importância da captação de mulheres solteiras para o serviço de PF, visto que a menor participação masculina e consequente diminuição de apoio afetivo e emocional, torna mais difícil a vivência de uma futura gravidez por estas mulheres.

Em relação à ocupação das usuárias do serviço de PF o predomínio (86 – 68,25%) foi do lar e doméstica, respectivamente. Essa realidade vem ao encontro da baixa escolaridade da maioria das mulheres pesquisadas, pois, via de regra, reduz as chances de inserção no mercado de trabalho, mantendo-as a margem de melhores perspectivas de trabalho e renda. Por outro lado, a pesquisa foi realizada em uma comunidade rural do Ceará, sendo pertinente ressaltar a pouca disponibilidade de empregos formais nesta região, o que contribui para a baixa condição socioeconômica desta população.

Pouco mais da metade das mulheres (56,41%) teve menarca entre 13 e 15 anos, seguida por 56 (35,89%) cuja menarca ocorreu entre 10 e 12 anos (Tabela 2). Assim, somaram 144 (92,3%) usuárias com menarca abaixo dos 15 anos de idade, informação relevante para quem acompanha o PF, pois demarca o início da fertilidade. A média de idade da menarca no Brasil é de 12 aos 13

anos<sup>(12)</sup>. Menarca mais precoce expõe a adolescente a uma gravidez também precoce, já que há uma antecipação da fertilidade. Assim, ao invés da idade da adolescente, a iniciação de sua fertilidade é que deve ser o parâmetro para que esse público-alvo seja atraído para o serviço de anticoncepção.

**Tabela 2:** Distribuição do número de prontuários de acordo com usuárias atendidas em PF, segundo variáveis gineco-obstétricas. PSF de Croata I, São Gonçalo do Amarante-CE, 2008.

Variáveis gineco-obstétricas	N	%
<b>Idade da menarca (em anos) (n=156)</b>		
10-12	56	35,89
13-15	88	56,41
> 15	12	7,7
<b>Padrão menstrual (n=144)</b>		
Regular	127	88,2
Irregular	17	11,8
<b>Idade da iniciação sexual (n=65)</b>		
10-15	33	50,76
16-20	26	40,0
21-25	4	6,15
>25	2	3,09
<b>Idade da primeira gestação (em anos) (n=106)</b>		
<19	71	67,0
20-35	34	32,0
> 35	1	1,0
<b>Número de filhos (n=125)</b>		
< 4 filhos	114	91,2
> 4 filhos	11	8,8
<b>Tipos de parto (n=135)</b>		
Natural	106	78,5
Cesárea	29	21,5

Dezessete (11,8%) da população estudada não apresentou ciclo menstrual regular (entre 24 e 31 dias). Esse padrão menstrual tem influência na escolha do MAC, pois os métodos comportamentais, por exemplo, dependem da observação de sinais e sintomas que ocorrem no organismo feminino ao longo do ciclo menstrual. Portanto, o padrão menstrual irregular torna-se um obstáculo ao uso destes métodos. Em contrapartida, o ACO (anticoncepcionais orais combinados) traz, como benefícios não contraceptivos, a redução da dismenorréia e dos ciclos hipermenorrágicos<sup>(10)</sup>.

No tocante ao início da vida sexual, apenas em 65 (41,13%) prontuários este dado foi contemplado, sendo que 33 (50,76%) usuárias do serviço de PF que responderam a este questionamento tiveram início da vida sexual aos 15 anos de idade ou menos, resultado que corresponde a um panorama nacional. De acordo com a PNDS (Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher) de 2006, até este ano, 33% das mulheres com menos de 15 anos de idade já haviam iniciado a vida sexual, valor que representa o triplo do ocorrido em 1996<sup>(12)</sup>. Com o início da atividade sexual precoce, os jovens, na maioria das vezes, iniciam a sexualidade de maneira imatura e despreparada, expondo-se a riscos como uma gravidez não planejada e DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis). Neste estudo, a primeira gestação ocorreu antes dos 20 anos de idade, em 71 (67%) usuárias, índice bem acima da média nacional, que é de 23%<sup>(12)</sup>.

Assim, torna-se necessário o estabelecimento de uma corresponsabilidade entre o serviço de PF e o adolescente, preparando-o para a vivência segura e saudável da sexualidade, por meio de escolhas conscientes e responsáveis. No serviço em estudo, apenas 19,62% das usuárias são adolescentes. Isto sugere que a iniciação da vida sexual muitas vezes ocorre na adolescência, no entanto, muitas mulheres só procuram o serviço após a primeira gestação.

Pode-se comprovar essa afirmativa ao observar a Tabela 1 e perceber que a maior parte das mulheres que procurou o serviço de PF estava na faixa etária dos 20 aos 35 anos e, no entanto, iniciaram a vida sexual ainda na adolescência. O conhecimento sobre os MAC e sobre os riscos advindos de relações sexuais desprotegidas é fundamental para que os adolescentes adotem prática de sexo seguro, prevenindo-se da gravidez indesejada e das DST/aids.

O declínio da fecundidade é uma tendência entre as mulheres brasileiras, tendo a média de filhos por mulher passado de 2,5, em 1996, para 1,8 em 2006, realidade demarcada predominantemente pelas mulheres com rendas mais favoráveis<sup>(12)</sup>. A maioria das usuárias teve menos que quatro filhos, fator positivo frente à realidade socioeconômica dessas mulheres evidenciadas nesse estudo. Além disso, um número reduzido de filhos infere maior proximidade com os MAC e, consequentemente, no controle sobre sua saúde reprodutiva.

Gostaríamos de ressaltar que alguns prontuários omitiram dados referentes às variáveis gineco-obstétricas, o que justifica o fato da Tabela 2 apresentar um valor de 135 mulheres com partos e somente 125 com filhos ou ainda apenas 106 referindo idade da primeira gestação.

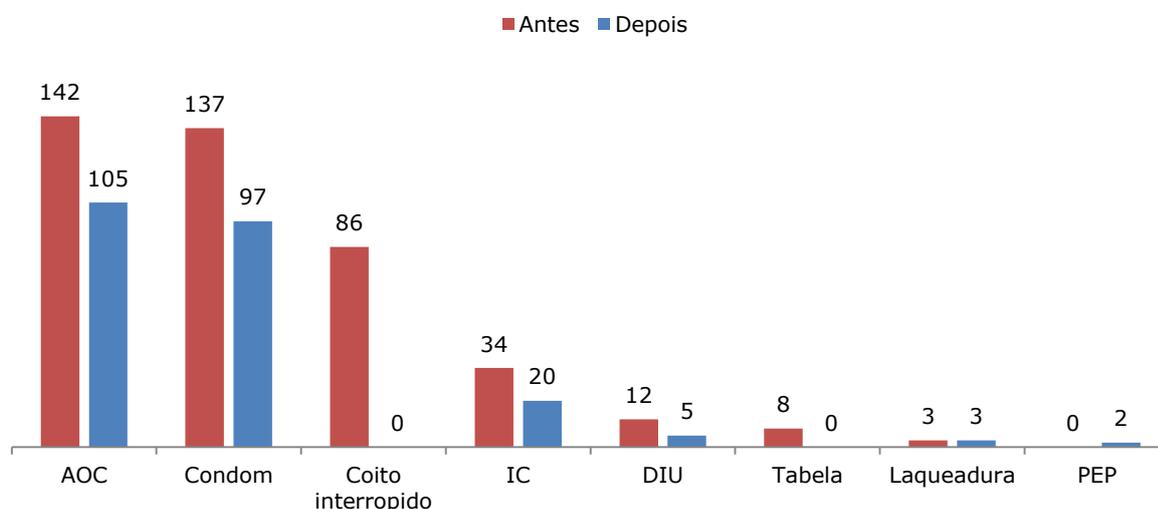
Quanto ao tipo de parto, obtivemos registro no prontuário de 135 usuárias. Destes, 29 (21,5%) foi cesáreo, o que é desfavorável à saúde materna e infantil quando realizada sem critérios médicos que o indiquem. Em estudo prospectivo realizado com 170 mulheres no período puerperal, observou-se maior morbidade materna em puérperas que tiveram parto cesáreo<sup>(13)</sup>. A porcentagem de parto cesáreo no município é de 20,63%, portanto acima da recomendação da OMS, que é de 10 a 15%.

Por outro lado, estatística nacional tem revelado um aumento do número de partos cesarianos nos últimos anos,

elevando-se de 36,4% para 44% de 1996 a 2006, tanto da rede pública quanto privada. Esse dado se torna mais agravante entre as gestantes acompanhadas no serviço privado alcançando percentuais acima de 80%<sup>(12)</sup>.

O ACO é o método mais utilizado pelas mulheres antes e após a inserção destas no programa de PF (Gráfico 1), evidenciando que as usuárias com e sem acompanhamento fazem uso da pílula, o que é preocupante uma vez que é um método que exige avaliação e indicação médica para o uso. Também chamou a atenção a redução de 23,41% no percentual de mulheres em uso de ACO e de 8,86% no percentual de mulheres em uso de IC (Contraceptivos Injetáveis) após adentrarem ao programa, o que poderá estar relacionado à suspensão do método pelas condições anteriormente comentadas, sugerindo estudos futuros a esse respeito.

**Gráfico 1:** Distribuição do uso dos MAC, pelas usuárias do serviço de Planejamento Familiar, antes e após sua inserção no programa de atendimento. PSF de Croata I, São Gonçalo do Amarante-CE, 2008.



Apesar de o Gráfico 1 demonstrar redução do uso do preservativo masculino após a entrada das usuárias no programa, é importante esclarecer que o uso anterior a entrada no programa era apenas esporádico e após, em todas as relações sexuais. Ressalta-se que 48,2% das mulheres exercem dupla proteção, associando o condom a outro MAC.

O uso do coito interrompido e da tabela mostrou-se ausente após a inserção das usuárias no programa, aspecto que analisamos nas seguintes perspectivas: estaria o programa desencorajando as usuárias para os respectivos métodos? Ou as usuárias, uma vez tendo acesso a métodos de uso "mais seguro" ou mais "fácil" fizeram opções pelos mesmos? Trabalhar com a primeira hipótese seria desaconselhado, pois apesar de serem métodos com baixa eficácia, não devem ser excluídos do elenco de métodos que devem ser promovidos. A segunda hipótese seria aceitável, uma vez que as usuárias estariam gozando da livre escolha do MAC.

Foi ausente o registro da Lactação com Amenorréia (LAM) como MAC nos prontuários examinados. Porém, 19,2% das mulheres em acompanhamento estavam amamentando e destas 6,8% há menos de seis meses, representando uma oportunidade perdida de uso da LAM, apesar de sua elevada eficácia (98%) e duplo benefício

(nutrição infantil e anticoncepção), de valor particular para uma comunidade com condições socioeconômicas desfavoráveis e como solução de continuidade na provisão de MAC<sup>(14)</sup>.

Dessa maneira, após a entrada das usuárias no programa de PF o condom e os métodos hormonais continuaram mais prevalentes, enquanto os métodos comportamentais menos procurados. Achado semelhante ocorreu em estudo que buscava analisar os fatores determinantes na escolha do MAC, onde se observou maior familiaridade da população frente ao condom, ACO e DIU, respectivamente, 49 (98%), 46 (92%) e 42 (84%), sendo os métodos naturais os menos lembrados<sup>(15)</sup>.

A investigação dos antecedentes patológicos das mulheres usuárias do serviço de PF se faz importante por influenciar diretamente na indicação e contra-indicação dos MAC, bem como para o provedor estar seguro, no acompanhamento de usuárias de MAC, quais desses fatores são antecedentes ou são complicadores do uso de determinados MAC. Os antecedentes patológicos mais prevalentes foram: varizes (35,6%), cefaléia/enxaquecas (27%), anemia (25,3%), história familiar de AVC/infarto antes dos 50 anos (19,5%), hipertensão (12,1%), edema (6%) e diabetes (1,1%).

A inocuidade de um MAC, ou seja, a ausência de quaisquer efeitos secundários adversos associados ao seu uso seria uma condição ideal, no entanto, nenhum método atingiu este patamar. O relato de reações adversas foi frequente.

Neste estudo, entre as mulheres que fizeram uso de ACO (142 mulheres), 19 (13,38%) apresentaram queixas (Tabela 3), sendo as mais frequentes: cefaléia e dor em

MMII. Em estudo qualitativo realizado com 31 mulheres, verificou-se que o ACO, escolhido por sua alta eficácia, acaba potencializando o risco de gravidez devido à descontinuidade em seu uso, provocada pelo conflito constante entre não querer interromper o uso da pílula, por medo de engravidar e, ao mesmo tempo, não poder mais tolerar seus efeitos colaterais<sup>(16)</sup>.

**Tabela 3:** Distribuição das queixas das usuárias do serviço de PF relacionadas ao uso anterior dos MAC.  
PSF de Croata I, São Gonçalo do Amarante-CE, 2008.

Métodos e queixas relacionadas	N	%
<b>Anticoncepcional Oral (ACO)</b>		
Cefaléia	6	31,57
Dor em MMII	3	15,78
Náuseas e mal-estar	2	10,53
Epigastralgia	2	10,53
Hemorragia	2	10,53
Esquecimento	2	10,53
Edema	2	10,53
Total de queixas	19	100,0
<b>Dispositivo Intra-Uterino (DIU)</b>		
Deslocamento	3	42,86
Metrorragia	2	28,58
Expulsão	1	14,28
Dor em região supra-púbica	1	14,28
Total de queixas	7	100,0
<b>Contraceptivo Injetável (IC)</b>		
Dismenorréia	5	38,46
Metrorragia	3	23,08
Vômitos	2	15,39
Cefaléia	1	7,69
Alergia	1	7,69
Aumento de peso	1	7,69
Total de queixas	13	100,0
<b>Coito interrompido</b>		
Gravidez	3	100,0
Total de queixas	3	100,0
<b>Preservativo masculino</b>		
Desconfortável	7	58,34
Alergia	2	16,67
Parceiro não gosta	1	8,33
Gravidez	1	8,33
Diminui o prazer	1	8,33
Total de queixas	12	100,0
<b>Tabelinha</b>		
Gravidez	3	100,0
Total das queixas	3	100,0

Apesar da elevada eficácia, o DIU ainda é pouco utilizado, principalmente, devido aos mitos e tabus religiosos e à difusão de possíveis reações clínicas associadas, bem como à escassez de profissionais capacitados para realizar a inserção. Das 12 usuárias do DIU, sete (58,3%) referiram queixas, sendo o deslocamento do dispositivo e a metrorragia as mais relatadas. Mudanças na menstruação são comuns com o uso do DIU, causando sangramentos mais longos e intensos e aumento da intensidade de cólicas ou dor durante a menstruação, principalmente, nos primeiros três a seis meses<sup>(17)</sup>. Assim, usuárias do DIU necessitam de avaliação periódica para verificar o correto posicionamento do dispositivo assim

como para investigar a intensidade das reações clínicas associadas ao uso do mesmo.

O uso do IC pode ocasionar mudanças no padrão menstrual, diminuindo volume e duração do fluxo<sup>(17)</sup>. No presente estudo, 13 das 34 usuárias do IC verbalizaram queixas relacionadas a mudanças no padrão menstrual, prevalecendo a dismenorréia e a metrorragia.

Quanto ao condom, 12 das 137 usuárias apresentaram queixas, sendo o desconforto e a alergia ao látex as mais citadas. O desconforto causado pelo uso do preservativo masculino, via de regra, gera incômodo e diminuição da sensibilidade no ato sexual, o que contribui para a não aceitação do uso pelos casais. O condom de poliuretano surgiu como alternativa segura para pessoas com

hipersensibilidade ao látex, sendo menor a ocorrência de irritação genital.

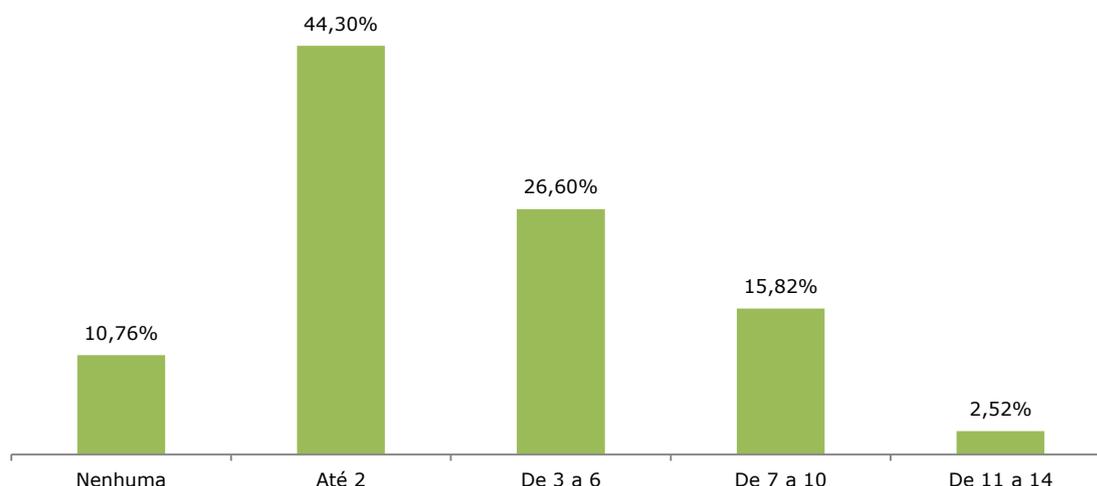
Apenas uma mulher relatou não utilizar o condom por não aceitação do parceiro, no entanto, infere-se que esse número seja maior. Carvalho refere restrito poder de negociação da mulher, que prefere usar algum método feminino, mesmo sofrendo efeitos colaterais, do que argumentar com seu parceiro sobre o uso do condom<sup>(16)</sup>.

Em relação ao coito interrompido, a única queixa foi de desconfiança no método, valendo o mesmo para a tabela, já que as mulheres que a experimentaram engravidaram no período em que faziam uso do método. Quando o coito interrompido for usado corretamente em todas as relações sexuais o risco de gravidez é de 4% no primeiro ano<sup>(17)</sup>. No entanto, tal método tem como vantagem a não necessidade de acompanhamento clínico e a comunicação do casal, podendo ser utilizado em todas as ocasiões, como método principal ou de apoio.

Referente ao método da “tabelinha” estima-se que haja um risco de 5 a 9% de gravidez durante o primeiro ano de uso, contribuindo para a baixa credibilidade por parte das mulheres<sup>(17)</sup>. Em contrapartida, como um método comportamental, o método da “tabelinha” além de proporcionar a anticoncepção, permite à mulher um maior conhecimento sobre seu organismo, sendo a usuária capaz de identificar alterações em seu padrão menstrual, assim como reconhecer a época e sinais/sintomas do período fértil.

Quanto a frequência das usuárias ao serviço para aquisição do método e/ou acompanhamento pelo profissional de saúde, 70 (44,3%) destas compareceram uma ou duas vezes à consulta de enfermagem no último ano. Por outro lado observou-se que 25 (15,82%) compareceram entre sete e dez vezes e 4 (2,52%) até 14 vezes, demonstrando retornos desnecessários ao serviço (Gráfico 2).

**Gráfico 2:** Distribuição da frequência de acompanhamento das usuárias do serviço de Planejamento Familiar no último ano (junho de 2007 a junho de 2008). PSF de Croata I, São Gonçalo do Amarante-CE, 2008.



Somente 17 (10,76%) não compareceram ao serviço no mesmo período, merecendo, pois, investir na busca dessas usuárias faltosas. Além disso, se faz importante investigar as causas do não-retorno ao programa, e se estas estão associadas à falha do MAC escolhido, à suspensão do uso deste, às barreiras institucionais impostas ou à preferência de utilizá-lo por conta própria.

Em estudo realizado por Moura acerca da dinâmica de PF no PSF, observou-se que o retorno mensal à unidade básica de saúde para o recebimento do método e a longa espera foram as queixas principais dos usuários do serviço<sup>(18)</sup>. Portanto, estratégias descentralizadas envolvendo a participação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), auxiliares/técnicos de enfermagem e usuários, da comunidade, experientes e treinados na divulgação e entrega MAC também são facilitadores para a melhora do acesso, informação e continuidade do uso do método.

## CONCLUSÃO

A atenção em anticoncepção oferecida pela equipe de PSF Croata I, em São Gonçalo do Amarante – CE, foi caracterizada pela baixa participação masculina confirmando

a maior responsabilidade feminina no controle reprodutivo. Também se observou os baixos níveis de escolaridade da maioria as usuárias, sendo importante a articulação de parcerias com o setor de educação local, de forma a reduzir o analfabetismo e a baixa escolaridade na área adscrita. Além disso, salienta-se a importância das equipes de saúde da família adequar as metodologias educativas ao nível de instrução dos clientes, favorecendo a compreensão dos conteúdos apresentados durante as atividades grupais e orientações individuais, propiciando efetiva adesão ao programa de PF.

Somando-se a baixa escolaridade, a clientela assistida caracterizava-se, em sua maioria, por não exercer profissão remunerada, terem parceiro fixo e dedicarem-se exclusivamente ao lar. São mulheres que tiveram filhos na adolescência o que contribuiu para o abandono dos estudos e ausência de capacitação para conquistar empregos e ampliar a renda familiar. Apesar da menarca e início da vida sexual precoce, antes dos 15 anos de idade, a maioria só procurou o serviço após os 20 anos, alertando os profissionais para desenvolverem estratégias a fim de atrair adolescentes para o serviço de planejamento familiar.

Percebeu-se a grande popularidade do ACO e condom entre as usuárias, por serem ofertados em maior quantidade e por não exigirem da usuária um conhecimento mais aprofundado da sua anatomia e fisiologia. Portanto, os métodos comportamentais tiveram pouca adesão, não se verificando nenhum registro referente ao uso de LAM, apesar de 19,2% das mulheres estarem amamentando. Estariam os profissionais de saúde divulgando e estimulando à utilização destes métodos? Tal questionamento surge como reflexão sobre as orientações fornecidas durante o atendimento de planejamento familiar.

O relato de reações adversas relacionadas aos MAC foi frequente. Isso sugere a necessidade de acompanhamento periódico das usuárias para investigar a aceitabilidade do MAC, ponderando os riscos e benefícios inerentes ao mesmo, de forma a maximizar sua eficácia.

Quanto à regularidade de acompanhamento das usuárias no serviço de PF, verificaram-se ausências de retorno e retornos repetitivos que sugerem a reorganização do protocolo de acompanhamento das mesmas pelo programa para facilitar a busca das faltosas e a descentralização do acesso das usuárias ao MAC escolhido.

Percebeu-se a importância da Ficha de PF para a organização da rotina do serviço de PF e acompanhamento dos usuários, no entanto, é necessário critério no preenchimento desse instrumento, visto que foi expressivo o número de prontuários com questões em aberto.

A adoção do prontuário específico para o acompanhamento em PF é imprescindível, já que este contempla as informações mínimas necessárias para um seguimento seguro do usuário de MAC. O preenchimento correto de todos os dados contidos no prontuário deve ser uma rotina entre os profissionais que atendem em PF, visto que estes dados irão permitir a visualização do perfil e características peculiares da população acompanhada, norteando a tomada de decisões e a adoção de estratégias adequadas à necessidade dos usuários.

Recomenda-se que outros estudos sejam realizados sobre queixas relacionadas ao uso de MAC, assim como a investigação de possíveis associações entre patologias pregressas apresentadas pela mulher e o uso prévio de MAC hormonais. Estudos sobre a dinâmica dos serviços de planejamento familiar também são recomendados, sugerindo estratégias que minimizem a evasão dos usuários.

## REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [cited 2010 dec 08]. Available from: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic\\_sociosaude/2009/indicosaude.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indicosaude.pdf)
2. Freitas GL, Vasconcelos CTM, Moura ERF, Pinheiro AKB. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009 [cited 2010 dec 08];11(2):424-8. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a26.htm>.
3. Mori ME, Coelho VLD, Estrella RCN. Sistema Único de Saúde e políticas públicas: atendimento psicológico à mulher na menopausa no Distrito Federal, Brasil. Cad Saude Publica. 2006;22(9):1825-33.
4. Ministério da Saúde. Política Nacional de Ação Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2001.
5. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2005.
6. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2006.
7. Amaral VZ, Sena J. Percepções da comunidade frente ao processo de trabalho da enfermeira no programa saúde da família. Cogitare Enferm. 2008;13(2):273-83.
8. Moreira MHC, Araújo JNG. Planejamento familiar: autonomia ou encargo feminino?. Psicol Estud. 2004;9(3):389-8.
9. Ministério da Saúde; Área Técnica de Saúde da Mulher. Assistência em planejamento familiar: manual técnico. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2002.
10. DATASUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde (BR) [cited 2010 dec 08]. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABS.CE.def>
11. Nascimento AM. População e família brasileira: ontem e hoje. In: XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais - ABEP [Internet]; 2006 Set 18-22. Minas Gerais, Brasil. 2006 [cited 2010 dec 08]. Available from: [http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/ABEP2006\\_476.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/ABEP2006_476.pdf)
12. Ministério da Saúde; Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) 2006. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2008.
13. Cardoso PO, Alberti LR, Petroianu A. Morbidade neonatal e maternas relacionada ao tipo de parto. Cien Saude Colet [Internet]. 2010 [cited 2010 dec 08];15(2):427-435. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n2/v15n2a19.pdf>.
14. Kennedy KI. Efficacy and effectiveness of LAM. Adv Exp Med Biol 2002;503:207-16.
15. Andrade EC, SILVA LR. Planejamento familiar: uma questão de escolha. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009 [cited 2010 dec 08];11(1):85-93. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/pdf/v11n1a11.pdf>.
16. Carvalho MLO, Schor N. Motivos de rejeição aos métodos contraceptivos reversíveis em mulheres esterelizadas. Rev Saude Publica. 2005;39(5):788-94.
17. Organização Mundial da Saúde; Escola Bloomberg de Saúde Pública, Centro de Programas de Comunicação da Universidade Johns Hopkins, Projeto INFO. Planejamento familiar: um manual global para prestadores de serviços de saúde. Baltimore: OMS; 2007.
18. Moura ERF, Silva RM, Galvão MTG. Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no Programa Saúde da Família no Brasil. Cad Saude Publica. 2007;23(4):961-70.

Artigo recebido em 03.09.2009

Aprovado para publicação em 25.10.2010

Artigo publicado em 31.12.2010