



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA – UFRR
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

DANIELE ALVES DAMACENO GONDIM

**RELAÇÕES ENTRE PLANEJAMENTO REPRODUTIVO E FATORES
ASSOCIADOS EM MULHERES DO MUNICÍPIO DE BOA VISTA-RR**

Boa Vista
RORAIMA

RELAÇÕES ENTRE PLANEJAMENTO REPRODUTIVO E FATORES ASSOCIADOS EM MULHERES DO MUNICÍPIO DE BOA VISTA-RR

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde – PROCISA, da Universidade Federal de Roraima, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Ciência da Saúde. Área de concentração: Gestão de Sistemas de Saúde. Linha de Pesquisa 2: Política, Gestão e Sustentabilidade de Sistemas e Programas de Saúde.

Orientador: Prof. Dr. **Alexander Sibajev**

Boa Vista
RORAIMA
2020

Dados Internacionais de Catalogação na publicação (CIP)
Biblioteca Central da Universidade Federal de Roraima

G637r Gondim, Daniele Alves Damaceno.
Relações entre planejamento reprodutivo e fatores
associados em mulheres do município de Boa Vista-RR /Daniele
Alves Damaceno Gondim. - Boa Vista, 2020.
107 f. : il.

Orientador: Prof. Dr. Alexander Sibajev. Dissertação
(mestrado) - Universidade Federal de
Roraima, Programa de Pós-Graduação em Ciências da
Saúde.

1 - Planejamento Familiar. 2 - Serviços de Planejamento
Familiar. 3 - Saúde Sexual e Reprodutiva. I - Título. II - Sibajev,
Alexander {orientador}.

CDU - 618.17(811.4)

DANIELE ALVES DAMACENO GONDIM

RELAÇÕES ENTRE PLANEJAMENTO REPRODUTIVO E FATORES ASSOCIADOS EM MULHERES DO MUNICÍPIO DE BOA VISTA-RR

Dissertação apresentada como pré-requisito para conclusão do Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Roraima. Na Área de Concentração em Gestão de Sistemas de Saúde. Defendida em: 30 de Novembro de 2020 e avaliada pela seguinte banca examinadora:

Prof. Dr. **ALEXANDER SIBAJEV**
Orientador / PROCISA - UFRR

Prof.Dr
Membro Técnico Interno / CALVINO CAMARGO PROCISA - UFRR

Prof. Dr.
Membro Técnico Externo / ANANIAS NORONHA FILHO - IFRR

Dificuldades e
obstáculos são
fontes valiosas de
saúde e força para
Qualquer Sociedade.

(Albert Einstein)

RESUMO

Introdução: O planejamento familiar consiste em um conjunto de ações que orientam sobre saúde sexual e reprodutiva, espaçamento e número de filhos, opções de métodos contraceptivos e demais assuntos relacionados. Sua condução deve respeitar os direitos que toda mulher, homem e/ou casal possuem de escolher de forma livre e por meio da informação, sem discriminação, coerção ou violência como planejar sua família.

Objetivo: Investigar as relações entre planejamento reprodutivo e fatores associados em mulheres cadastradas ou não na Estratégia Saúde da Família do Município de Boa Vista-RR.

Método: Estudo transversal e descritivo, realizado entre 7 a 29 de setembro de 2020, por meio da disponibilização de questionário eletrônico contendo 13 questões sobre o assunto abordado na pesquisa. O público-alvo foi composto por mulheres residentes no município de Boa Vista/RR, desde que com idade entre 18 e 49 anos. Os dados foram analisados no software Stata v.15. A análise descritiva contemplou cálculo de frequências para variáveis categóricas e de medidas de posição e dispersão para variáveis quantitativas. Na análise inferencial foram aplicados os testes de associação exato de Fisher ou qui-quadrado de Pearson, a depender da distribuição das variáveis. O nível de significância adotado foi de 5%. O estudo foi aprovado em Comitê de Ética em Pesquisa, sob parecer nº 4.054.425.

Resultados: Participaram 247 mulheres, predominantemente na faixa etária de 29 a 39 anos (43,72%), com ensino superior completo (49,80%) e casadas (38,46%). A maioria não era beneficiária do Programa Bolsa Família (94,33%) e possuía renda entre um e dois salários mínimos (21,86%). Das participantes, 24,7% não possuíam filhos. Dentre as que eram mães, a maior parcela tinha um ou dois filhos e a maioria (44,53%) informou que nenhum de seus filhos foi planejado, não sendo identificada associação com a renda. Apenas 10,93% das mulheres não estava familiarizadas com o termo planejamento familiar e 58,30% relataram participação em ações desse âmbito, majoritariamente em Unidades Básicas de Saúde. A presença de filhos não planejados ocorreu majoritariamente em mulheres com renda entre um e dois salários mínimos. A possibilidade de realizar procedimento de aborto foi cogitada majoritariamente por mulheres com idade entre 29 e 39 anos (46,15%) e solteiras (41,03%). Em média, as participantes conheciam 7,78 ($\pm 3,3$) métodos contraceptivos e utilizavam 1,12 ($\pm 0,93$). Os mais utilizados foram: camisinha masculina e/ou feminina (38,06%), pílula (19,84%) e injeção (12,96%). A participação em ações de planejamento familiar mostrou associação significativa com o uso de três métodos: camisinha masculina e/ou feminina ($p=0,038$), laqueadura tubária ($p=0,001$) e vasectomia ($p=0,016$).

Conclusão: O estudo permitiu evidenciar possibilidades de melhorias na realização do planejamento familiar no município de Boa Vista, principalmente quanto ao provimento de educação em saúde sobre gravidez não planejada, procedimentos de aborto e uso adequado de métodos contraceptivos, especialmente a camisinha, por seu papel na prevenção de ISTs.

Palavras-chave: Planejamento Familiar. Serviços de Planejamento Familiar. Saúde Sexual e Reprodutiva.

ABSTRACT

Introduction: Family planning consists of a set of actions that provide guidance on sexual and reproductive health, spacing and number of children, options for contraceptive methods and other related matters. Its conduct must respect the rights that every woman, man and / or couple have to choose freely and through information, without discrimination, coercion or violence, as to plan their family.

Objective: To investigate the relationships between family planning and associated factors in women registered or not in the Family Health Strategy of the Municipality of Boa Vista-RR. **Methods:** Cross-sectional and descriptive study, carried out from September 7 to 29, 2020, through the provision of an electronic questionnaire containing 15 questions on the subject addressed in the research. The target audience was composed of women residing in the municipality of Boa Vista / RR, aged between 18 and 49 years. The data were analyzed using the Stata v.15 software. The descriptive analysis included calculation of frequencies for categorical variables and measures of position and dispersion for quantitative variables. In inferential analysis, Fisher's exact or Pearson's chi-square tests were applied, depending on the distribution of variables. The level of significance adopted was 5%. It was approved by the Research Ethics Committee, under number 4.054.425. **Results:** 247 women participated, predominantly in the age group from 29 to 39 years old (43.72%), with complete higher education (49.80%) and married (38.46%). Most were not beneficiaries of the Bolsa Família Program (94.33%) and had an income between one and two minimum wages (21.86%). Of the participants, 24.7% had no children. Among those who were mothers, the largest share had one or two children and the majority (44.53%) reported that none of their children were planned, with no association with income being identified. Only 10.93% of women were not familiar with the term family planning and 58.30% reported participation in actions of this scope, mostly in Basic Health Units. The presence of unplanned children occurred mainly in women with an income between one and two minimum wages. The possibility of having an abortion procedure was considered mainly by women aged between 29 and 39 years (46.15%) and single (41.03%). On average, the participants knew 7.78 (± 3.3) contraceptive methods and used 1.12 (± 0.93). The most used were: male and / or female condoms (38.06%), pill (19.84%) and injection (12.96%). Participation in family planning actions showed a significant association with the use of three methods: male and / or female condoms ($p = 0.038$), tubal ligation ($p = 0.001$) and vasectomy ($p = 0.016$). **Conclusion:** The study made it possible to highlight possibilities for improvements in carrying out family planning in the municipality of Boa Vista, mainly regarding the provision of health education on unplanned pregnancies, abortion procedures and the proper use of contraceptive methods, especially condoms, for their role in prevention of STIs.

Key words: Family Planning. Family Planning Services. Sexual and Reproductive Health

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Projeções demográficas preliminares. Dados Diretos: MS/SVS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. Notas: Taxas estimadas com os dados informados ao SINASC corrigidos por fatores obtidos na Pesquisa de Busca Ativa realizada na Amazônia Legal e no Nordeste, no ano de 2018.	18
Figura 2 - Projeções da taxa de fecundidade da região Norte.	18
Figura 3 - Bairro de residência das participantes.	40
Figura 4 - Distribuição do número de filhos por faixa etária das mães.	41
Figura 5 - Distribuição do número de filhos por renda das mães.	42
Figura 6 - Quantidade de métodos contraceptivos conhecidos pelas participantes do estudo.	49
Figura 7 - Quantidade de métodos contraceptivos utilizados pelas participantes do estudo.	50

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica das participantes do estudo	39
Tabela 2 - Caracterização econômica	40
Tabela 3 - Caracterização do planejamento de filhos das participantes	41
Tabela 4 - Caracterização do planejamento familiar das participantes do estudo	43
Tabela 5 - Associação entre gravidez não planejada e características demográficas	44
Tabela 6 - Associação entre gravidez não planejada e características socioeconômicas	45
Tabela 7 - Associação entre gravidez não planejada e participação em ações de planejamento familiar	45
Tabela 8 - Associação entre percepção sobre aborto e características demográficas	46
Tabela 9 - Associação entre percepção sobre aborto e características socioeconômicas	47
Tabela 10 - Associação entre percepção sobre aborto e participação em ações de planejamento familiar	48
Tabela 11 - Métodos contraceptivos conhecidos pelas participantes do estudo	49
Tabela 12 - Métodos contraceptivos utilizados pelas participantes do estudo	50
Tabela 13 - Média e desvio-padrão da quantidade de métodos contraceptivos conhecidos e utilizados pelas participantes. Boa Vista, Roraima, Brasil, 2020	51
Tabela 14 - Distribuição do percentual de conhecimento sobre os métodos contraceptivos, por faixa etária	51
Tabela 15 - Distribuição do percentual de uso dos métodos contraceptivos, por faixa etária	52
Tabela 16 - Associação entre ter ouvido falar de planejamento familiar e detenção de conhecimento sobre métodos contraceptivos	53
Tabela 17 - Associação entre participação em ações de planejamento familiar e detenção de conhecimento sobre métodos contraceptivos	53
Tabela 18 - Associação entre ter ouvido falar de planejamento familiar e uso de métodos contraceptivos	54
Tabela 19 - Associação entre participação em ações de planejamento familiar e uso de métodos contraceptivos	55

LISTA DE ABREVIATURAS

SUS	Sistema Único de Saúde
RR	Roraima
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
BEMFAM	Sociedade Civil Bem-estar Familiar no Brasil
PPGAR	Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher
DIU	Dispositivo intrauterino
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PSF	Programa Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
CNS	Conferência Nacional de Saúde
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
APS	Atenção Primária à Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
1.1	Objetivos	11
1.1.1	Objetivo geral	11
1.1.2	Objetivos específicos	12
1.2	Justificativa	12
2	REFERENCIAL TEÓRICO	14
2.1	Contextualização do controle de natalidade e da evolução da taxa de natalidade no Brasil	14
2.1.1	Princípios do controle de natalidade no Brasil	14
2.1.2	Evolução da taxa de fecundidade no Brasil	16
2.1.3	Taxas de fecundidade no estado de Roraima	17
2.2	Diversidade sociocultural e o contexto histórico no planejamento familiar	20
2.3	Saúde da Mulher no contexto do sistema Único de Saúde	25
2.4	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)	29
2.5	Planejamento reprodutivo no âmbito das ações de saúde da mulher na prática da Estratégia Saúde da Família – ESF	31
3	METODOLOGIA	36
3.1	Desenho do estudo	36
3.2	Cenário do estudo	36
3.3	População e amostra	36
3.4	Procedimentos de coleta de dados	37
3.5	Análise de dados	37
3.6	Aspectos éticos e legais	38
4	RESULTADOS	39
4.1	Caracterização dos participantes	39
4.2	Relações entre planejamento familiar e gravidez não planejada	44
4.3	Relações entre planejamento familiar e percepção sobre procedimentos de aborto	45
4.4	Estratificação do conhecimento e do uso de métodos contraceptivos	48
4.5	Relações entre planejamento familiar e uso de métodos contraceptivos	52
5	DISCUSSÃO	56
6	CONCLUSÃO	67
7	PRODUTOS TÉCNICOS	69
	REFERÊNCIAS	72
	APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados	81
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	83
	APÊNDICE C – Folder voltado à capacitação de profissionais de saúde na realização do planejamento familiar	84
	APÊNDICE D – Folder orientativo a usuários do serviço de planejamento familiar	86
	APÊNDICE E – ARTIGO CIENTÍFICO	88
	ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	102

1 INTRODUÇÃO

O planejamento familiar consiste em um conjunto de ações que auxiliam as pessoas que pretendem ter filhos e também aquelas que preferem adiar o aumento da família. O número de filhos, o espaçamento entre eles e a escolha do método anticoncepcional mais adequado são opções que toda mulher, homem e/ou casal devem ter o direito de escolher de forma livre e por meio da informação, sem discriminação, coerção ou violência (BRASIL, 1984).

A Constituição Federal de 1988 ampliou o conceito de família quando reconheceu como entidade familiar a união estável entre um homem e uma mulher e a família constituída de um dos pais com seus filhos, além da família oriunda do matrimônio, e consagrou o direito ao planejamento familiar (CARDIN e FROSI, 2010).

Portanto, o planejamento reprodutivo deve ser tratado dentro do contexto do biodireito, sobretudo os direitos sexuais e reprodutivos, fundado nos princípios da dignidade humana e cidadania. É dever do Estado propiciar o acesso aos serviços, à informação e orientação para o exercício desse direito, previsto na Constituição Federal (CARVALHO, *et al.*, 2005).

Dentro desse contexto e com tal preocupação sobre o controle de natalidade, surgiu o projeto de lei que regulamenta o planejamento reprodutivo, o qual foi aprovado pelo Congresso Nacional e sancionado pela Presidência da República. A lei estabelece que as instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS), estão obrigadas a garantir uma assistência a concepção e contracepção como parte das demais ações que compõem a assistência integral à saúde (BRASIL, 1996).

A lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996, regulamenta o planejamento familiar, democratizando o acesso aos meios contraceptivos nos serviços públicos de saúde em todos os municípios, assim como regulamenta essa prática na rede privada sob controle do SUS (BRASIL, 1996).

No entanto, fatores econômicos, sociais e culturais, influenciam marcadamente a decisão quanto ao número de filhos. Nas classes de melhor nível econômico, a limitação da prole se faz automaticamente, ou seja, os casais de modo consciente e voluntário têm pequeno número de filhos, já nas

classes com menor poder econômico, cresce o número de filhos por não limitarem a prole eficientemente (MALDONADO, 1988).

Os problemas sócio-econômicos, tão discutidos na atualidade, colocaram na ordem do dia a questão do planejamento familiar, trazendo a tona um dos temas mais importantes: o controle da natalidade (COELHO; LUCENA; SILVA, 2000; SANTOS; FREITAS, 2011). À medida que uma sociedade se torna mais fluente, seu índice de natalidade sofre uma queda uniforme, porém, nos países subdesenvolvidos, observa-se que o índice de natalidade continua a crescer (YUNES, 1971; VASCONCELOS; GOMES, 2012; CARREIRA et al., 2019).

Portanto, a inclusão do planejamento reprodutivo deve ser considerado um componente importante na assistência à saúde da mulher, devido a sua relação com a prevenção da ilegalidade do aborto e a gravidez indesejada, mortalidade materna e outros agravos relacionados à morbimortalidade reprodutiva, sendo que a prática do aborto que representa a quarta causa de morte materna no país (BRASIL, 2001).

O estado de Roraima apresenta as maiores taxas de fecundidade do Brasil e, com a imigração venezuelana, as projeções indicam que essas crescerão ainda mais nos próximos anos. A sustentação de taxas de fecundidade elevadas consistem em desafio para o sistema de saúde pública do estado, sendo a oferta dos serviços de planejamento familiar fundamental para fornecer suporte à concepção e à contracepção das famílias. Com o fortalecimento desse serviço, pretende-se aumentar a qualidade de vida de mulheres, homens e casais, mediante acesso a orientações de saúde e métodos contraceptivos que os permitam planejar o tamanho de suas famílias com autonomia.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo geral

Investigar as relações entre planejamento familiar e fatores associados em mulheres cadastradas ou não na Estratégia Saúde da Família do Município de Boa Vista-RR.

1.1.2 Objetivos específicos

- Traçar o perfil sociodemográfico;
- Identificar os métodos contraceptivos conhecidos e utilizados pelas participantes;
- Estratificar o conhecimento e o uso de métodos contraceptivos por características sociodemográficas;
- Levantar a percepção das participantes sobre procedimento de aborto;
- Verificar a associação entre participação em ações de planejamento familiar e ocorrência de gravidez não planejada e percepção sobre procedimento de aborto.

1.2 Justificativa

O interesse pela área de estudos sobre planejamento reprodutivo surgiu a partir da observação do aumento do índice de gravidez no município de Boa Vista, entre 2015 e 2017. Conforme dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC, 2018), em 2017 a capital de Roraima apresentou aumento de 3,8% desse indicador, totalizando 31.264 nascidos vivos. No SISPRENATAL WEB, verificou-se que 20.032 gestantes encontravam-se cadastradas e acompanhadas nas Unidades Básicas de Saúde no Município de Boa Vista, em 2018.

Face à importância da oferta dos serviços de planejamento familiar no município, emergiu a necessidade de investigar as relações entre planejamento familiar e fatores associados em mulheres cadastradas ou não na Estratégia Saúde da Família do Município de Boa Vista-RR. A identificação dos métodos contraceptivos conhecidos e utilizados pelas mulheres, bem como a participação em ações educativas de planejamento familiar e a percepção sobre aborto, será relevante para fornecer subsídios à proposição de estratégias voltadas ao aprimoramento dos serviços ofertados no município.

Assim, este estudo possui como questão de pesquisa: Como se comportam as relações entre planejamento familiar e e fatores associados em mulheres cadastradas ou não na Estratégia Saúde da Família do Município de Boa Vista-RR?

De acordo com o questionamento a cima, foram delineadas as seguintes hipóteses:

- A maior parte das mulheres possui familiaridade com o termo “planejamento familiar” e já participou de ações nesse âmbito.
- A ocorrência de gravidez não planejada está associada à renda, escolaridade e participação em ações de planejamento familiar.
- A percepção sobre realização de procedimentos de aborto está associada à renda, escolaridade e participação em ações de planejamento familiar.
- O conhecimento e a utilização de métodos contraceptivos estão associados à renda, escolaridade e participação em ações de planejamento familiar.

Com o estudo, espera-se contribuir para o aprimoramento dos serviços de planejamento familiar no município, por meio de ações direcionadas ao perfil e às fragilidades identificadas. Com isso, estima-se que, a médio e longo prazo, haverá redução em índices de gravidez não planejada, realização de procedimentos de aborto inseguro e contaminação por Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Contextualização do controle de natalidade e da evolução da taxa de natalidade no Brasil

Para compreender o contexto demográfico brasileiro e o papel do planejamento familiar na autonomia, na saúde reprodutiva e no bem-estar de indivíduos e famílias, discute-se adiante a evolução do controle de natalidade e das taxas de fecundidade no Brasil e, especialmente, no estado de Roraima.

2.1.1 Princípios do controle de natalidade no Brasil

O rápido crescimento populacional tornou-se assunto comum na agenda política internacional após a Segunda Guerra Mundial (1939-1945). Se por um lado o aumento da população atendia à necessidade da economia, que, em crescimento, demandava maior oferta de mão-de-obra, por outro esse aspecto trazia barreiras ligadas, principalmente, ao acesso à terra e à divisão de riquezas (CARVALHO e BRITO, 2005).

Os países mais desenvolvidos, em sua maioria, já tinham avançado anteriormente na transição em direção a um desacelerado ritmo de crescimento populacional, ao passo que os países subdesenvolvidos, onde se localizava a maior parte da população mundial, vivenciavam o declínio das taxas de mortalidade, combinado com altas taxas de fecundidade. Nos anos 50, esses países, entre eles o Brasil, apresentavam taxas de crescimento populacional muito acima daquelas observadas entre os países mais desenvolvidos em toda a sua história pós-revolução industrial (CARVALHO e BRITO, 2005). O Brasil apresentava sociedade majoritariamente rural e tradicional, com famílias numerosas e altas taxas de mortalidade infantil (VASCONCELOS e GOMES, 2012).

Com o desenvolvimentismo pós-guerra, o Estado assumiu uma tendência pró-natalista, porém no cenário internacional surgiam as ideias acerca do

controle de natalidade, do filósofo Thomas Malthus, que alertava sobre os perigos da superpopulação, uma vez que não ocorria o crescimento da produção de alimentos no mesmo patamar (ALVES, 2014). Assim, países mais ricos e organizações multilaterais passaram a defender que políticas de controle de natalidade fizessem parte dos pacotes de colaboração econômica, política e militar (CARVALHO e BRITO, 2005). Desta maneira, foram impostas no país as primeiras ações nesse âmbito.

Historicamente, o papel da mulher no Brasil se limitou, na visão da sociedade, às funções de procriação, realização de afazeres domésticos e cuidados com a família. O Código Civil de 1916 preocupou-se mais com a família, contudo manteve o patriarcalismo conservador das Ordenações. A partir de 1930, inúmeras leis foram criadas para proteger a família, sendo a mais importante a Lei nº 4.121/1962, que emancipou a mulher casada e estabeleceu um tratamento mais equânime entre os cônjuges no que se refere aos efeitos jurídicos do casamento e às relações patrimoniais. Na década de 1930, foram criados o salário-família e o auxílio-natalidade (BATICH, 2004; MARQUES; MELO, 2008).

Em 1965, durante a XV Jornada Brasileira de Ginecologia e Obstetria, médicos, economistas, sociólogos e aplicadores do direito fundaram a Sociedade Civil Bem-estar Familiar no Brasil (BEMFAM), associando ao planejamento reprodutivo a paternidade responsável, através da utilização consciente dos instrumentos necessários para evitar concepções. A introdução desses programas não foi capaz de causar uma discussão pública a respeito da necessidade do planejamento reprodutivo. Contudo, entre 1978 a 1984, o BEMFAM investiu mais de 13 milhões de dólares em programas de planejamento reprodutivo e distribuição em massa de contraceptivos orais (CARDIN, 2019).

Nos anos 1970, o Ministério da Saúde implementou o Programa de Saúde Materno Infantil, em que o planejamento reprodutivo foi denominado “paternidade responsável”. Foi elaborado o Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco (PPGAR), que não chegou a ser implantado e que pretendia colocar à disposição das populações de baixa renda informações e meios referentes à regulação da fecundidade, pois o aumento demográfico preocupava as autoridades quanto ao equilíbrio desse aumento e à taxa de expansão do

emprego (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

Nessa fase, as políticas de saúde reprodutiva no país foram predominantemente direcionadas para o excesso da intervenção média sobre o corpo feminino, especialmente com uso da esterilização como método contraceptivo, sem que a mulher recebesse orientações e cuidados necessários (ALMEIDA, 2005).

2.1.2 Evolução da taxa de fecundidade no Brasil

A taxa de fecundidade expressa a condição reprodutiva média das mulheres. Para que a reposição populacional seja assegurada, a taxa de fecundidade não pode ser inferior a 2,1 filhos por mulher, pois as duas crianças substituem os pais e a fração 0,1 é necessária para compensar os indivíduos que morrem antes de atingir a idade reprodutiva (BRASIL, 2013).

Na União Europeia, a taxa de fecundidade média é menor que 1,38 filhos por mulher. Na França, a taxa está em 1,8, na Inglaterra (1,6), na Grécia (1,3), na Alemanha (1,3), na Itália (1,2) e na Espanha (1,1). No Brasil, a taxa de fecundidade passou de 2,14 filhos por mulher, em 2004, para 1,74 em 2014, queda de 18,6% (IBGE, 2015).

Nas últimas décadas o Brasil tem vivenciado reduções substanciais nos níveis de fecundidade e mortalidade precoce. Em 2000, somente a região Norte apresentava número médio de filhos por mulher superior a 3,0 (VASCONCELOS e GOMES, 2012).

Vale mencionar que, desde 2005, as taxas de fecundidade total no Brasil têm sido inferiores ao nível de reposição populacional de 2,1 filhos/mulher, indicando que, em longo prazo, a tendência será de redução do volume populacional. Em 2012, essa taxa foi ainda mais baixa, alcançando o valor de 1,77 filhos/mulher. Destaca-se que, com exceção da Região Norte, com taxa de 2,24, todas as demais regiões apresentaram Taxa de Fecundidade Total inferiores ao nível de reposição. As mulheres indígenas foram as únicas que mantiveram a taxa de 3,8 filhos. O menor valor foi encontrado no Sul, onde a taxa alcançou 1,66 filhos/mulher (BRASIL, 2013).

Entre 1980 e 2010, as quedas dos níveis de fecundidade foram acentuadas em todas as regiões brasileiras (VASCONCELOS e GOMES, 2012). Ressalta-se

que a partir de 2010, observou-se uma estabilização dos menores níveis de fecundidade em torno de 1,67, nas regiões Sudeste e Sul (BRASIL, 2013). O aumento da esperança de vida também pôde ser observado em todas as regiões, com valores maiores que 70 anos em 2010 (VASCONCELOS e GOMES, 2012).

De maneira geral, a literatura aponta que o Brasil viveu duas fases da transição da fecundidade. A primeira foi semelhante à transição europeia, isto é, longa, lenta e limitada, e concentrou-se no Centro-Sul do país. A segunda ocorreu a partir da década de 1960 nas demais partes do Brasil e foi rápida, tal qual se observou em grande parte dos países em desenvolvimento (GONÇALVES *et al.*, 2019).

Em 2018, a taxa de fecundidade total foi de 1,77 filho por mulher. Até esse ano, os estados do Norte e Maranhão (1,93), Espírito Santo (1,83), Paraná (1,80) e Goiás (1,79) possuíam taxa de fecundidade total acima da média nacional. Roraima (2,31), Amazonas (2,28), Acre (2,22) e Amapá (2,11) são os únicos que têm a fecundidade acima do nível de reposição em 2018 (2,1 filhos por mulher) (IBGE, 2018).

2.1.3 Taxas de fecundidade no estado de Roraima

Em 2060, o número médio de filhos por mulher no Brasil deverá reduzir para 1,66. Entre os estados, as maiores taxas de fecundidade serão em Roraima (1,95), seguido por Pará, Amapá, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, todos com 1,80. As menores deverão ser no Distrito Federal (1,50) e em Goiás, Rio de Janeiro e Minas Gerais, todos com 1,55 (IBGE, 2018).

Identifica-se que houve tendência de queda da taxa de fecundidade do Brasil e Roraima no período de 2000 a 2012, quando registravam taxas de

2,29 e 3,57, respectivamente e reduziram para 1,77 e 2,50 filho/mulher (BRASIL, 2013), conforme apresentado na Figura 1.

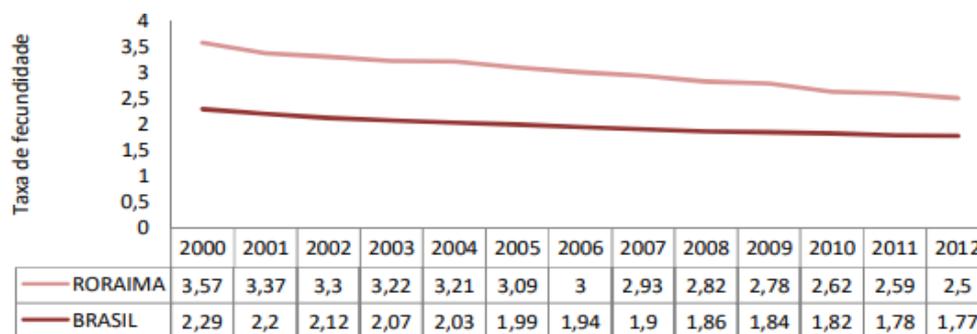


Figura 1 - Projeções demográficas preliminares. Dados Diretos: MS/SVS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. Notas: Taxas estimadas com os dados informados ao SINASC corrigidos por fatores obtidos na Pesquisa de Busca Ativa realizada na Amazônia Legal e no Nordeste, no ano de 2018.

Já em 2060, o estado de Roraima deverá continuar com a maior taxa de fecundidade no país (1,95), seguido por Pará, Amapá, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, todos com 1,80. As menores deverão ser Distrito Federal (1,50). Goiás, Rio de Janeiro e Minas Gerais, os três com 1,55 (Figura 2) (IBGE, 2018).

Unidades da Federação	Taxas de fecundidade								
	Estimadas			Projetadas					
	2000	2010	2015	2018	2020	2030	2040	2050	2060
Brasil	2,32	1,75	1,80	1,77	1,76	1,72	1,69	1,67	1,66
Norte	3,14	2,21	2,11	2,03	2,00	1,88	1,83	1,81	1,80
Rondônia	2,55	1,84	1,88	1,88	1,87	1,82	1,79	1,77	1,76
Acre	3,94	2,45	2,37	2,22	2,14	1,89	1,80	1,77	1,75
Amazonas	3,43	2,47	2,39	2,28	2,22	2,01	1,89	1,83	1,79
Roraima	3,50	2,48	2,30	2,31	2,25	2,06	1,99	1,96	1,95
Pará	3,09	2,14	1,99	1,92	1,89	1,82	1,80	1,80	1,80
Amapá	3,82	2,55	2,29	2,11	2,04	1,86	1,82	1,80	1,80
Tocantins	2,73	2,03	1,96	1,93	1,91	1,83	1,80	1,79	1,78

Fonte: IBGE, 2018

Figura 2 - Projeções da taxa de fecundidade da região Norte.

Entre 2015 e 2017, 20,5 mil venezuelanos migraram para Roraima, número que deverá aumentar em 185,4%, ao considerar a projeção de 58,5 mil entre 2018 e 2022. Na elaboração dos parâmetros e hipóteses para a migração internacional para a revisão 2018 da projeção da população, foram monitorados

os fluxos migratórios de todas as nacionalidades, chegando-se à conclusão de que as entradas e saídas no território nacional se compensavam com saldo migratório próximo de zero. A única exceção foram os fluxos oriundos da Venezuela, em função do impacto local em Roraima, tal fator com potencial de aumento da taxa de fecundidade no Estado (IBGE, 2018).

O crescente fluxo de imigração venezuelana no território de Roraima representa fator com potencial de impacto substancial nas taxas de fecundidade do estado. Sabe-se que a imigração não repercute, necessariamente, como uma ameaça à saúde dos povos, mas reconhece-se que seu aumento sem adequação da infraestrutura do sistema de saúde pode aumentar a vulnerabilidade dos sujeitos nativos e migrantes, bem como dos próprios sistemas de saúde (GUERRA e VENTURA, 2017).

Barbosa, Sales e Souza (2020) afirmam que o desafio de acomodar e integrar imigrantes venezuelanos em Roraima é um dos maiores já enfrentados na história do estado. Sua capital, Boa Vista, tem buscado construir estratégias para acolher e melhorar as condições de vida da população venezuelana, o que impacta na dinâmica de funcionamento da cidade e, a longo prazo, trará reflexos na demografia do estado.

A sustentação de taxas elevadas de fecundidade em Roraima, quando comparado aos demais estados brasileiros, e a imigração venezuelana revelam a importância de prover serviços acessíveis e efetivos de planejamento familiar à população do estado. Ressalta-se que, apesar de as taxas de fecundidade representarem uma preocupação, a oferta dos serviços de planejamento familiar possui como objetivo principal o aumento da qualidade de vida dos indivíduos, mediante acesso a orientações de saúde e métodos contraceptivos que os permitam planejar o tamanho de suas famílias com autonomia.

A literatura reconhece que os imigrantes muitas vezes enfrentam desafios únicos para acessar os serviços de planejamento familiar devido às barreiras linguísticas e de cobertura dos sistemas de saúde. Para agravar ainda mais essas barreiras, diversos países aprovaram, na última década, mudanças legislativas que reduziram o acesso de pessoas imigrantes a cuidados de saúde. Essas políticas persistem, apesar da existência de evidências robustas que mostram que restringir o acesso à contracepção para imigrantes não é custo-efetivo (DEHLENDORF et al., 2010).

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 determina que o acesso à saúde é direito de todos e dever do Estado, o que foi realçado, recentemente, pela nova Lei da Imigração, de nº 13.445/2017 (BRASIL, 2017). O atendimento sem discriminação ainda é preconizado pelo Código de Ética Médica e o Decreto nº 18.956/1929, o qual estabelece que estrangeiros, domiciliados ou em passagem, possuem garantias ao gozo dos mesmos direitos civis essenciais que os nacionais. Desse modo, verifica-se que há fundamentação legal no Brasil para que a assistência à saúde provida aos imigrantes seja equânime àquela provida aos brasileiros.

É sabido que os indicadores de saúde ginecológica e reprodutiva de imigrantes tende a se aproximar daqueles existentes no país anfitrião, como resultado do processo de aculturação (DIAZ et al., 2019). Com base nessas evidências e nos princípios de equidade, universalidade e integralidade do SUS, é pertinente que o investimento em treinamento de profissionais de saúde para realização de estratégias de planejamento familiar, bem como no provimento de métodos contraceptivos, seja destinado a toda a população do estado.

Segundo dados da Organização das Nações Unidas (ONU), os programas de planejamento reprodutivo foram responsáveis pela diminuição de um terço da fecundidade mundial, entre os anos de 1972 e 1994. A Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta que 120 milhões de mulheres no mundo desejam evitar a gravidez. Apesar disso, nem elas nem seus parceiros usam métodos contraceptivos. A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), feita em 2006, financiada pelo Ministério da Saúde, revelou que que 80% das mulheres usam de algum método para evitar a gravidez. Tal fator relaciona-se à política de distribuição de meios contraceptivos, meio que possibilitou a diminuição no número de gravidezes indesejadas. Esse fator pode ter contribuído com a queda nos índices de abortos inseguros e, conseqüentemente, na mortalidade materna, indica o Ministério da Saúde (BRASIL, 2018).

2.2 Diversidade sociocultural e o contexto histórico no planejamento familiar

No contexto antropológico, o casamento é entendido como uma aliança,

sendo um fenômeno universal observado em todas as culturas e sociedades (OLIVEIRA, 2009). A mulher se apresenta como um ser que irá interferir diretamente no processo reprodutivo, visto que a construção cultural da paternidade não tem a mesma força social que a maternidade. Isso é retratado na percepção social de que a gestação faz com que as mulheres sejam as principais responsáveis pelos filhos, bem como pelo controle de natalidade.

Daniel, Posse e Cravo (1995, p.04) retratam que:

“A reprodução humana permeia o universo feminino e masculino com vários significativos, a mulher tem que ter filhos porque é isso que a sociedade espera dela, para o homem ela é necessária para provar sua virilidade, através de gestações e do número de filho da parceira, o que reforça a mulher como sinônimo de mãe, observa-se que a questão cultural e sua diversidade interfere quanto ao número de filhos, pois para a sociedade a função da mulher deve estar fundamentada em casar e procriar, pois o sexo está relacionado a reprodução e os métodos contraceptivos prejudicam o seu desempenho sexual.”

Entretanto, com o passar do tempo, o simbolismo da maternidade e da responsabilidade parental tem sofrido modificações – que variam de sociedade para sociedade. No Brasil, a década de 60 foi marcada pela maior inserção das mulheres no mercado de trabalho, expansão da consciência feminista e chegada maciça dos métodos anticoncepcionais, como pílula e dispositivo intrauterino (DIU). Coincide com uma cena política de contestação cultural, o que facilitou a aceitação pelas mulheres, principalmente da pílula, sendo os contraceptivos divulgados como instrumentos eficazes e imprescindíveis para a liberação feminina, permitindo dissociar a sexualidade da procriação.

À época, as mulheres aderiram principalmente à contracepção hormonal, no entanto sem orientação adequada. Como consequência, os métodos contraceptivos acarretaram comprometimentos de saúde (COELHO; LUCENA, SILVA, 2000). Além disso, a oferta de métodos era precária e sob forte controle médico (XAVIER *et al.*, 1989).

No final da década de 70, as mulheres passaram a defender a regulação da fecundidade como direito de cidadania, reivindicando, assim, controle sobre o próprio corpo. Uma vez que as políticas de controle de natalidade advinham de interesses internacionais baseados em teorias malthusianas, passaram a haver

contestações também sobre os reais propósitos da inserção dos métodos contraceptivos no país (COELHO; LUCENA, SILVA, 2000).

Os movimentos sociais ressurgiram no início dos anos 80 e marcaram conquistas importantes, como o processo de redemocratização no país e a remodelação da saúde pública. Esta foi obtida pela organização do Movimento Sanitário, que demandava soluções para os graves problemas sociais existentes e agravados durante a ditadura militar, como precarização das condições gerais de saúde, baixo investimento na rede pública de saúde e capitalização da medicina (COSTA; GUILHEM; SILVER, 2006).

Diante desse contexto, percebe-se que a atenção à saúde da mulher vem sendo construída no Brasil a partir de sucessivas reivindicações por mudanças nas políticas públicas de saúde. Até a década de 1970, a percepção da saúde da mulher era limitada a sua dimensão procriativa, priorizando-se cuidados voltados ao ciclo gravídico-puerperal, visto que a saúde pública tinha caráter pró-natalista e a medicina reforçava a naturalização das diferenças entre os sexos, enfatizando a visão da mulher como mãe (CARVALHO e BRITO, 2005).

Com a Constituição Federal de 1988, o conceito de família foi ampliado. Paasou a ser reconhecida como entidade familiar a união estável entre um homem e uma mulher e a família constituída de um dos pais com seus filhos, além da família oriunda do matrimônio, e foi consagrado o direito ao planejamento familiar (CARDIN, 2010).

O Movimento Feminista brasileiro também possui contribuição significativa na construção do novo modelo das políticas de saúde da mulher, uma vez que expôs problemas gerais, como falta de água e saneamento básico, e específicos do gênero feminino, como sexualidade, contracepção e violência. Essas lutas culminaram no desenvolvimento das primeiras políticas de apoio e humanização à saúde materno-infantil (NETO *et al.*, 2008).

O Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil (PMI) foi criado em 1975, seis anos após a recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS). Para efeito de determinação da população alvo, isto é, o grupo materno-infantil, a OMS orientou o critério da relação risco/classe social, considerando a importância biológica, socioeconômica e numérica do grupo, sendo prioritário o mais pobre, mais carente, mais marginalizado, identificando claramente uma classe social. O PMI acelerou as especializações, a tecnificação, a concentração

médica nos grandes centros urbanos (MARQUES, 1978).

Posteriormente, no início dos anos 1980, a Portaria 18 do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) regulamentou a obrigatoriedade do alojamento conjunto na rede assistencial nacional. Este tem por objetivo proporcionar maior contato entre a mãe e o recém-nascido para o incentivo do aleitamento materno e simboliza uma série de transformações no campo assistencial da saúde, fundamentadas na necessidade de efetivação de práticas humanizadas no parto e no puerpério (NETO *et al.*, 2008).

A partir dos anos 80, o movimento de mulheres interveio no debate nacional sobre o planejamento familiar, "instituído-se a noção de que a assistência à contracepção deveria compor uma política ampla de saúde reprodutiva, passando a questão reprodutiva a ser vista como decisão ética individual e um direito social" (CORREA, 1992). Esta visão era consenso entre os diferentes movimentos sociais, como o de mulheres, sanitaristas, demógrafos, cientistas sociais e militantes de partidos políticos, o que resultou na formulação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1983.

O PAISM então passou a ser adotado como política de assistência à saúde da mulher, com o objetivo de atender às mulheres por meio de atividades de assistência integral clínico-ginecológica e educativa, voltadas para o aprimoramento do controle pré-natal, do parto e do puerpério; e do controle de infecções sexualmente transmissíveis, do câncer cervicouterino e mamário e da assistência para a concepção e a contracepção (BRASIL, 1996).

O processo de construção do SUS teve grande influência na implantação e implementação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que surgiu em 1984, formulado pelo Ministério da Saúde, que incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços (BRASIL, 2004).

A implantação do PAISM foi consequência de uma compreensão do planejamento familiar como um dos componentes da saúde da mulher, fortalecido principalmente como a nova moldura política e ideológica introduzido pelo movimento feminista (CARVALHO e BRITO, 2005).

Os serviços de planejamento familiar tradicionais atuam em função da vida reprodutiva com responsabilidade exclusivamente feminina e prioridade social. As opções contraceptivas mais utilizadas pelas mulheres são sugeridas pelos

serviços de saúde e requerem desenvolvimento tecnológico e monitoramento médico, consolidando o processo de medicalização da população (MOURA *et al.*, 2007).

Portanto, o planejamento familiar é compreendido como um direito reprodutivo e sexual, previsto na legislação Brasileira, que estabelece que as instancias do SUS, em todos os seus níveis, estão obrigadas a garantir à mulher, homem e ou casal, em toda a sua rede de serviços, assistência a concepção e a contracepção, sendo parte integrante de um conjunto de ações educativas prioritárias a mulher/ família, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde. Considerando essencial entender, por meio da mulher e ou família, quais as implicações culturais que afetam o planejamento familiar, tendo como denominação inicial o controle de natalidade, porém pouco depois esse termo seria inadequado, optou-se por planejamento familiar, o que a pessoa definiria a época de nascimento e do número de filhos que desejaria ter (MOURA e SILVA, 2005).

O planejamento familiar permite que as gestações ocorram de acordo com o desejo dos componentes familiares, o que, por sua vez, possui impacto direto na saúde, no bem-estar e nos aspectos sociais dos membros da família. O espaçamento adequado contribui para reduzir riscos de problemas de saúde, principalmente no caso de mulheres muito jovens, e reduz as taxas de gravidez indesejada e de realização de abortos inseguros (MOURA e GOMES, 2014).

O planejamento familiar é, atualmente, foco de um dos principais programas na área da saúde, o Programa de Saúde da Família (PSF), posteriormente designado de Estratégia Saúde da Família (ESF). Considera-se que as limitações de sua aplicação podem ter consequências importantes para o desenvolvimento familiar (MOURA; SILVA; GALVÃO, 2007; SANTOS; FREITAS, 2011). Cabe à ESF, além da assistência em planejamento familiar, a integração com outros serviços ligados à saúde reprodutiva, de pós-parto e aborto, prevenção do câncer do colo do útero e de controle das infecções sexualmente transmissíveis (IST), a fim de promover assistência global à usuária em qualquer contato com o serviço de saúde (BRASIL, 2002).

A criação da Estratégia Saúde da Família e a do planejamento familiar como parte de suas ações demonstram que a saúde da família é umas das prioridades para a saúde pública, o que revela ser um indicativo de que o governo

compreende a importância da família como sistema. A ação sobre a unidade familiar é maior do que a ação isolada com os membros da família. Apesar do foco sobre a família nas políticas de saúde pública, algumas lacunas têm sido observadas (SANTOS; FREITAS, 2011). Estas concentram-se, primordialmente, no acesso aos serviços de planejamento familiar e nas restrições que condições socioeconômicas desfavoráveis impõem à adesão a ações efetivas de planejamento. As origens e implicações dessas lacunas serão discutidas em maior profundidade no tópico que se segue.

2.3 Saúde da Mulher no contexto do sistema Único de Saúde

A Constituição Federal de 1988, no artigo 196, retrata que:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”.

A inclusão da saúde como direito garantido na constituição advém de lutas históricas do Movimento Sanitário. Em 1980, a 7ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) debateu a reforma da Política Nacional de Saúde e buscou incorporar ao discurso do governo, temas como universalização da cobertura, atenção primária, hierarquização e regionalização. Com isso, buscou diminuir as divergências entre o governo e o Movimento Sanitário (COELHO et al, 2000).

Posteriormente, em 1986, foi realizada a 8ª CNS, com ampla participação de diversos setores da sociedade civil. Nela, foi discutida a situação da saúde no país e aprovado um relatório com recomendações de descentralização, participação popular e eficiência da gestão local. Essas recomendações passaram a constituir o projeto da Reforma Sanitária Brasileira, que possuía como objetivo a implementação do Sistema Único de Saúde, o SUS (NATALINI, 2004).

O conceito de saúde como princípio de cidadania, estabelecido pela Constituição Federal de 1988, norteia o SUS. É, ainda, um princípio que está colaborando para desenvolver a dignidade aos brasileiros, como cidadãos (SCLIAR, 2007).

A saúde, nessa concepção mais ampla, mais do que ausência de doenças, é um estado adequado de bem estar físico, mental e social que permite aos indivíduos identificar e realizar suas aspirações e satisfazer suas necessidades. Tem-se, portanto, que a perspectiva unicamente assistencial não contempla o conceito ampliado de saúde, sendo necessário incorporar as perspectivas da prevenção de doenças e da promoção da saúde (COHN e ELIAS, 2003).

O SUS foi delineado com o objetivo de melhorar a saúde e implementar um sistema que contemple a universalidade da assistência em todos os níveis de atenção, combata a pobreza e principalmente a exclusão social e torne obrigatório o atendimento de saúde público e gratuito a todos os cidadãos brasileiros (BRASIL, 2001). Foi desenvolvido sobre os pilares da universalização, descentralização e integralidade da assistência e desencadeou estratégias setoriais pelo Ministério da Saúde, no sentido de reorientar o modelo assistencial brasileiro.

Ainda que esses princípios não tenham sido atingidos na sua plenitude, é impossível negar os importantes avanços obtidos nessa última década no processo de consolidação do SUS, dentro os quais se destaca a descentralização com efetiva municipalização (SOUZA e COSTA, 2010).

O SUS possui as funções de regular, fiscalizar, controlar e executar ações voltadas a diversos segmentos populacionais. Dentre esses, a saúde da mulher figura como pilar fundamental para a produção de saúde. As políticas públicas de saúde voltadas ao reconhecimento do valor das mulheres na sociedade, ao respeito ao seu corpo e decisões, à manutenção e à melhoria da saúde e à prevenção das doenças que acometem o ser feminino são demandas incontestáveis do SUS.

Os conceitos que envolvem a saúde feminina passaram por mudanças ao longo das últimas décadas. Esse âmbito era inicialmente designado como saúde materna, evoluiu para saúde reprodutiva e atualmente é concebido como saúde da mulher. Percebe-se que as mudanças representam avanços no que diz respeito à visão sobre a condição feminina, de modo que a designação mais atual (saúde da mulher) expressa em maior magnitude todos os contextos sociais, psíquicos e físicos em que esta se insere. Assim, o termo saúde da mulher inclui aspectos relativos a enfermidades, mas também a bem-estar, relações sociais, condições de vida e trabalho, planejamento familiar, promoção

da saúde, prevenção de doenças, diagnósticos precoces e cura (MORI; COELHO; ESTRELLA, 2006).

A Academia Nacional de Saúde da Mulher define saúde da mulher como eixo que se dedica a facilitar a preservação do bem-estar e a prevenção de doenças em mulheres, o que inclui triagem, diagnóstico e gestão de condições que são únicas, mais comuns ou mais sérias em mulheres. Além disso, segundo a Academia, a saúde da mulher também reconhece a necessidade do estudo das diferenças de gênero, a importância das abordagens realizadas por equipes multidisciplinares e a diversidade das necessidades de saúde das mulheres ao longo do ciclo de vida. Ressalta-se que essas necessidades refletem diferenças de raça, classe, etnia, cultura, preferência sexual e níveis de educação e acesso a cuidados médicos, e inclui o empoderamento das mulheres para serem participantes informadas sobre seus próprios cuidados de saúde (KARNEY, 2000).

Costa e Aquino (2002) destacam que, até a década de 1970, a saúde da mulher possuía ênfase pronatalista. Isto reiterava a diferenciação entre os sexos, a qual associava a mulher ao papel de mãe/reprodutora. Como consequência, as políticas públicas de saúde da mulher voltavam-se, quase que totalmente, ao ciclo gravídico-puerperal, com poucos cuidados direcionados às demais necessidades físicas, psíquicas e sociais das mulheres.

Os movimentos sociais tiveram papel decisivo na transformação dessas perspectivas e na produção da agenda de reformas das políticas de saúde da mulher, ao reivindicarem a democratização das decisões, a ampliação do acesso aos serviços públicos, a melhoria das condições de vida, a redução das desigualdades de classe, o suporte à contracepção, dentre outros. Somou-se a esse cenário o movimento feminista, que possuía como foco a superação das desigualdades presentes nas relações entre homens e mulheres (FARAH, 2004).

Assim, a redemocratização, a promulgação da Constituição Federal de 1988, a implantação do SUS os movimentos sociais e o movimento feminista geraram um novo pensar e agir sobre questões relacionadas à saúde das mulheres (Costa e Aquino, 2002). A partir da interlocução entre representantes dos movimentos e os profissionais da área da saúde, foi consolidada a percepção de atenção integral à saúde da mulher, de modo que o conceito de

integral não enfatizasse somente estruturas orgânicas, mas, também, outros aspectos não físico-biológicos da vida das mulheres. Assim, deu-se o pontapé para que mulheres fossem atendidas como seres completos, que vivem um momento emocional específico e estão inseridos em determinado contexto socioeconômico com influência sobre sua vida e saúde (HILLESHEIM et al., 2009).

Essa interlocução permitiu que políticas voltadas ao gênero feminino evoluíssem da perspectiva materno-infantil/reprodutiva para a visão integral sobre a saúde das mulheres. Esse rompimento com a visão tradicional acerca da saúde feminina representa um marco na história da saúde pública brasileira.

Em resposta, foi criado, em 1984, o PAISM, que possuía como foco a integralização de eixos fundamentais ao provimento de cuidados às mulheres: prevenção de doenças, educação em saúde, promoção da saúde, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação no âmbito de ginecologia, pré-natal, parto e puerpério, climatério, planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis e câncer de mama e de útero. Além disso, buscava prover acesso da população aos meios de contracepção (OSIS, 1998; MORI; COELHO; ESTRELLA, 2006; FREITAS et al., 2009). Com a criação do PAISM, o Estado brasileiro propôs, oficial e explicitamente, pela primeira vez, um programa que incluiu o planejamento familiar dentre suas ações (OSIS, 1998).

O conceito de assistência integral proposto no PAISM envolvia a oferta de ações globalmente dirigidas ao atendimento de todas as necessidades em saúde do grupo em questão. Todo e qualquer contato que a mulher viesse a ter com os serviços de saúde deveria ser utilizado em benefício da promoção, proteção e recuperação de sua saúde (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009).

Demandas e transformações sociais dos anos que seguiram a promulgação do PAISM conduziram à elaboração de vários textos legais que buscaram dar maior sustentação às ações voltadas à saúde da mulher. Entre esses, destaca-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), criada em 2004 e vigente até os dias atuais.

Em suas diretrizes, a PNAISM se propõe a atingir mulheres em todos os ciclos de vida, levando em conta as especificidades de distintos grupos populacionais. São dois os eixos que suportam as diretrizes da PNAISM: perspectiva de gênero, raça e de etnia e ampliação do enfoque para que seja

possível avançar das preocupações com saúde sexual e reprodutiva para a implementação de ações voltadas a todos os aspectos da saúde da mulher (BRASIL, 2004). A PNAISM e seus reflexos na situação da saúde da mulher no Brasil serão discutidos a seguir.

2.4 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)

Em 2004, o Ministério da Saúde lançou o documento intitulado Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes (BRASIL, 2004). A PNAISM reitera as propostas do PAISM e tem como objetivo enfatizar a importância do empoderamento das usuárias do SUS e sua participação nas instâncias de controle social.

A PNAISM considera a multidiversidade presente no país para incorporar, em um enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores. Além disso, busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na obtenção de melhores resultados em diversos eixos: atenção obstétrica, planejamento familiar, atenção ao abortamento inseguro e combate à violência doméstica e sexual. Agrega, ainda, diretrizes para prevenção e tratamento de mulheres vivendo com HIV/Aids, doenças crônicas não transmissíveis e câncer ginecológico (BRASIL, 2004).

De acordo com a PNAISM,

“A humanização e a qualidade da atenção são condições essenciais para que as ações de saúde traduzam na resolução dos problemas identificados na satisfação das usuárias, no fortalecimento da capacidade das mulheres frente à identificação de suas demandas, no reconhecimento e reivindicação de seus direitos e na promoção do autocuidado” (BRASIL, 2004).

A PNAISM segue demais documentos oficiais do Ministério da Saúde ao enfatizar a importância da atenção humanizada e da busca por sensibilizar as equipes de saúde para os aspectos emocionais, culturais e socioeconômicos envolvidos em uma política de atenção integral à saúde (HILLESHEIM et al., 2009).

Ao relacionar a importância da humanização com as práticas voltadas à saúde da mulher, a Política reforça aspectos imprescindíveis para o alcance da integralidade. A abordagem do termo “atendimento integral/integralidade” é

recorrente nas políticas públicas em saúde na perspectiva do SUS, uma vez que integralidade é um princípio doutrinário do Sistema. A PNAISM corrobora esse atendimento ao colocar o ser feminino como muito além de um corpo que reproduz. Em vez disso, a Política traduz a mulher em perspectivas que não se restringem ao ser biológico e que incluem dimensões simbólicas, éticas, sociais e políticas (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009).

Outro aspecto basilar da PNAISM é o enfoque de gênero, sob o qual se pretende compreender que diferentes populações são expostas a variados tipos e graus de risco. Mulheres e homens, em razão da organização social das relações de gênero, são expostos a padrões distintos de sofrimento, adoecimento e morte. A incorporação dessa perspectiva na Política possui o objetivo de promover melhoria das condições de vida, igualdade e direitos de cidadania. Para tanto, as ações delimitadas devem tomar por base o perfil epidemiológico e as preferências da população-alvo (BRASIL, 2004).

Após mais de uma década da implantação da PNAISM, a sua efetividade ainda é um desafio. Principalmente nas regiões onde há maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde, as mulheres continuam sendo discriminadas, fazendo com que essa situação contribua para as desigualdades econômicas, sociais e de saúde de suas famílias durante todo o ciclo da vida (SANTANA et al., 2019).

Para Gomes (2011), ainda que os objetivos da PNAISM tenham logrado êxito ao longo de sua existência, permanecem havendo dificuldades no que tange às abordagens biomédicas reducionistas, descontextualização da integralidade da mulher no campo das relações de gênero, domínio da heteronormatividade, limitações de acesso a serviços de saúde e comprometimentos na quantidade e na qualidade da oferta de serviços públicos de saúde no Brasil.

Assim, para que a produção da saúde integral à mulher se concretize, faz-se necessário que mudanças estruturais ocorram. Dentre essas, a identificação da mulher usuária dos serviços como portadora de necessidades que se apresentam em formas diversas e únicas e que demandam escuta qualificada, humanização vinculação, redes comunicativas e articulação intersetorial. Já não cabe o caráter reducionista da saúde, que expressa o modelo médico hegemônico, quando se quer alcançar a integralidade do cuidado à saúde da

mulher. Nesse âmbito, o acolhimento surge como possibilidade viável de promover uma nova modelagem na organização da assistência em saúde e a PNAISM se mostra como diretriz operacional com potencial para respeitar esse enfoque.

Assim, os desafios que se mantêm mesmo após mais de uma década de publicação da PNAISM não devem ser concebidos como paralisantes; ao contrário, devem servir de mote para que se caminhe em direção à garantia da atenção à saúde da mulher (GOMES, 2011).

2.5 Planejamento reprodutivo no âmbito das ações de saúde da mulher na prática da Estratégia Saúde da Família – ESF

Apesar de a regulação do SUS ter ocorrido em 1990 (BRASIL, 1990), o provimento de serviços de saúde nos moldes estabelecidos para o Sistema viveu, e ainda vive, transformações e adequações para alcançar a imagem-objetivo produzida por suas diretrizes.

Ainda na década de 90, percebe-se que o modelo assistencial hospitalocêntrico, predominante no país, utilizava recursos de modo irracional e possuía baixa resolubilidade, além de não atender aos princípios do SUS em totalidade. Ao longo dos anos, diversas pesquisas indicaram que modelos focados na atenção primária, isto é, dispondo de unidades básicas de saúde com funcionamento adequado, oportuno e humanizado são capazes de ser muito mais resolutivos (ROSA e LABATE, 2005).

Ao analisar esse contexto e visando reorientar o modelo assistencial brasileiro, o Ministério da Saúde assumiu, em 1994, como resposta à conjuntura descrita, a implantação do PSF. Este foi aprimorado nos anos subsequentes como Estratégia de Saúde da Família (ESF) e constitui o principal mecanismo utilizado para induzir a expansão da cobertura da Atenção Primária a Saúde (APS) no Brasil (GOMES, GUTIERREZ, SORANZ, 2020). O ato normativo determinante para a implantação das equipes de PSF foi a Norma Operacional Básica NOB/SUS/95. Esta modificava substancialmente a lógica do financiamento da saúde pública brasileira e, assim, permitia mudanças estruturais no modelo assistencial vigente (SORANZ, 2019).

Cabe ressaltar que, até 2006, a APS era regulada por inúmeras portarias e normas publicadas pelo Ministério da Saúde para orientar a descentralização do SUS. A primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi publicada em 2006 com objetivo de estabelecer diretrizes organizacionais, com base nos princípios propostos pelos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, bem como a expansão nacional do PSF (BRASIL, 2006).

Em 2011, houve a primeira revisão da PNAB. O novo texto manteve a essência daquele de 2006 e introduziu inovações direcionadas à ampliação de acesso, cobertura e resolutividade da APS, com destaque para o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB). Desde então, vasta gama de programas e ações foram modificados ou introduzidos na APS, tais como: Programa Mais Médicos, instrumentos para consolidação da integração ensino-serviço, Programa Telessaúde, dentre outras. Face à necessidade de incorporação desses elementos à política, em 2015 foi iniciada a segunda revisão da PNAB (ALMEIDA et al., 2018).

O texto da terceira edição da PNAB, lançada em 2017 e vigente até os dias atuais, apresentou modificações na composição e no crescimento da ESF no Brasil. Na época de suas discussões, as principais instituições representativas do SUS alertaram para a presença possíveis ameaças às conquistas do SUS no âmbito da APS (GOMES; GUTIERREZ; SORANZ, 2020).

Na avaliação de Giovanella, Franco e Almeida (2020), a PNAB de 2017 trouxe retrocessos ao modelo assistencial da ESF ao permitir que equipes de Saúde da Família possam ser estabelecidas com apenas um Agente Comunitário de Saúde (ACS) e as equipes de Atenção Primária possam não ter ACS. A extinção do credenciamento e financiamento federal dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) também enfraqueceu o componente multiprofissional da ESF. Assim, a ideia de multiprofissionalidade e interdisciplinaridade da ESF deixou de ser incentivada e sua existência poderá sucumbir em médio prazo.

A fragilização da ESF é aspecto de preocupação entre instituições representativas do SUS em razão da atuação das equipes em uma vasta gama de serviços ofertados na APS e do papel das equipes na consolidação da promoção da saúde, autonomia dos sujeitos, participação popular e demais princípios do SUS.

Dentre seus diversos âmbitos de ações, destaca-se o papel da ESF na realização de ações voltadas ao planejamento familiar. Este é um direito de mulheres, homens e casais e está amparado pela Constituição Federal e pela Lei nº 9.263, de 1996 (BRASIL, 1996). É dever do Estado prover recursos educacionais e tecnológicos para o exercício desse direito, que contempla a concepção e a anticoncepção.

São determinados seis elementos que compõem a qualidade da assistência oferecida em planejamento familiar: oferta e livre escolha por métodos anticoncepcionais, disponibilização de informações, competência técnica dos profissionais, relações interpessoais entre clientes e profissionais, acompanhamento dos clientes que fazem uso de métodos e integração do planejamento familiar ao atendimento em saúde reprodutiva (BRUCE, 1990).

No Brasil, apesar de o planejamento familiar ser de responsabilidade de todos os níveis de atenção em saúde, este é ofertado, principalmente, na APS, pelas equipes da ESF, seguindo um modelo de política pública de saúde baseado no trabalho em equipe, na vinculação dos profissionais com a comunidade e na valorização e no incentivo à participação comunitária (MOURA; SILVA; GALVÃO, 2007). A APS revela-se como o nível de atenção mais próximo às premissas do planejamento familiar, uma vez que nessa há maior espaço para autonomia, reconstrução de práticas de modo a atender expectativas e necessidades dos clientes, atuação multiprofissional e participação popular (PIERRE e CLAPIS, 2010).

A competência profissional no campo do planejamento familiar deve incluir conhecimentos técnicos, científicos e culturais atualizados aos meios contraceptivos e orientativos vigentes. Deve, ainda, direcionar-se ao atendimento das necessidades de saúde sexual e reprodutiva das pessoas em atendimento. Isso inclui habilidade para orientar e realizar educação em saúde, informar-se e comunicar-se adequadamente, acolher e participar da tomada de decisões quanto aos métodos anticoncepcionais adotados como provedor de informações e não como decisor (MOURA e SILVA, 2005).

É essencial que os serviços de saúde sejam espaços propícios para o desenvolvimento das ações pertinentes ao planejamento familiar. Sabe-se que o fornecimento adequado de métodos anticoncepcionais é uma das ações-chave

no âmbito do planejamento familiar e a oferta necessária somente ocorre se houver uma rede apropriada e coordenada de serviços.

Isto é, os profissionais da ESF são responsáveis por julgar o fornecimento de métodos anticoncepcionais adequadamente e dentro do espaço articulado da Estratégia. Para que a ação seja efetivada, a rede de serviços deve oferecer às mulheres, homens ou casais, fácil acesso aos métodos, por meio de descentralização e variedade de pontos de entrega. Assim, tem-se redução da descontinuidade de uso do método anticoncepcional (BRUCE, 1990; MOURA; SILVA; GALVÃO, 2007).

Estudo recente identificou que, no Brasil, a prevalência de uso de métodos contraceptivos foi de 81% entre mulheres de 15 a 44 anos. Dessas, 60% relataram uso de contracepção de emergência pelo menos uma vez na vida e essa frequência foi proporcional à idade e ao número de parceiros ao longo da vida. Os métodos mais frequentemente utilizados foram preservativos masculinos (28,2%) e pílula anticoncepcional, por 23% (OLSEN et al., 2018).

Perfil mais antigo, de 2006, com mulheres de 20 a 60 anos com vida sexual ativa, mostrou que 61,1% utilizavam algum método contraceptivo. Na faixa etária entre 20 a 49 anos, 48,8% referiram utilizar anticoncepcionais orais, seguido por ligadura tubária (18,7%), camisinha masculina (17,3%) e dispositivo intrauterino (7,3%). Já na faixa de 50 a 60 anos, o método mais prevalente foi a ligadura tubária, com 79,6% (CARRENO *et al.*, 2006).

Observa-se que o uso de métodos contraceptivos é bastante frequente entre mulheres com vida sexual ativa, principalmente aqueles que demandam recebimento constante e, por sua vez, não podem ter entrega descontinuada. Isso reforça a importância da efetividade da rede de serviços e das habilidades de orientação dos profissionais responsáveis pela realização do planejamento familiar.

Esses aspectos são igualmente preponderantes no âmbito da ocorrência de gravidez não planejada e na realização ou tentativa de realização de abortos. Serviços de planejamento familiar realizados por profissionais competentes e habilitados, associados à rede de serviços com fácil acesso aos métodos contraceptivos, são capazes de reduzir substancialmente as taxas de gravidez indesejada e, por consequência dos abortos inseguros. Estes correspondem a 13% da maternidade materna global (HADDAD, 2009) e possuem repercussões

sociais e psicológicas nas famílias, especialmente nas mulheres.

Nader, Blandino e Macie (2007) afirmam que a valorização do planejamento familiar e a ampliação das possibilidades de planejamento da gestação são essenciais para enfrentar a problemática da gravidez indesejada, haja vista que está associada ao aborto induzido.

Assim, é possível perceber que a APS e, por conseguinte, as equipes da ESF possuem papel preponderante na realização de ações de planejamento familiar pautadas em autonomia, empoderamento, acolhimento e promoção da saúde. Estas devem ser voltadas ao provimento de orientações e acesso que permitam às mulheres, aos homens e/ou aos casais o acesso a meios que forneçam bem-estar à família por meio do planejamento da concepção e da anticoncepção, bem como do conhecimento e do respeito às decisões tomadas sobre a saúde sexual e reprodutiva em geral.

3. METODOLOGIA

3.1 Desenho do estudo

Trata-se de estudo transversal analítico, com abordagem quantitativa.

Para Gil (2002), o estudo descritivo tem como objetivo a descrição das características da população alvo, estabelecendo as relações necessárias entre os fenômenos que forem detectados. Já o estudo analítico é definido pelo autor como aquele que tem por finalidade ordenar e resumir as informações contidas nas fontes, de forma que estas possibilitem a obtenção da resposta ao problema.

Os estudos transversais descrevem uma situação ou fenômeno em um momento no tempo, sendo utilizado quando a exposição é relativamente constante no tempo. Assim, representa um corte instantâneo que se faz em uma população (HOCHMAN, 2005).

3.2 Cenário do estudo

O estudo foi realizado na cidade de Boa Vista, capital de Roraima com 223.644,527 km², população estimada em 631.181 habitantes e densidade demográfica de 2,01 hab/km². Em 2010, o Índice de Desenvolvimento Humano de Boa Vista era de 0,707 (IBGE, 2018).

3.3 População e amostra

A população do estudo compreendeu uma amostra estatisticamente significativa das mulheres residentes no Município de Boa Vista/RR, com idade entre 18 a 49 anos. Para compor a amostra, foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: idade entre 18 e 49 anos, residência no município de Boa Vista, RR e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para o cálculo do tamanho amostral, a prevalência do alto índice de gravidez em mulheres cadastradas ou não na Estratégia Saúde da Família (ESF) foi estimada em 20%, baseada nos resultados do número de mulheres

cadastradas e acompanhadas pelo SISPRENATAL/WEB 2018, que foi de 20.032 mulheres.

Adotou-se nível de significância de 95%, erro aceitável de 1% e perda de até 5% de dados.

Para o cálculo amostral, foi utilizada a fórmula a seguir:

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 \cdot p \cdot q}{E^2}$$

Equação 2

Onde:

n = Número de indivíduos na amostra

$Z_{\alpha/2}$ = Valor crítico que corresponde ao grau de confiança desejado.

p = Proporção populacional de indivíduos que pertence a categoria que estamos interessados em estudar.

q = Proporção populacional de indivíduos que não pertence à categoria que estamos interessados em estudar ($q = 1 - p$).

E = Margem de erro ou erro máximo de estimativa. Identifica a diferença máxima entre a proporção amostral e a verdadeira proporção populacional (p).

Assim, o tamanho amostra estimado foi de 247 participantes.

3.4 Procedimentos de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de questionário eletrônico contendo 13 questões objetivas sobre o assunto abordado no estudo. O instrumento de coleta de dados (APÊNDICE A) incluiu variáveis sociodemográficas, conhecimento acerca dos métodos contraceptivos, uso de métodos contraceptivos, familiarização e participação em ações educativas de planejamento familiar e percepção sobre realização de procedimentos de aborto.

O instrumento de coleta de dados foi divulgado e disponibilizado em redes sociais, no período compreendido entre 7 a 29 de setembro de 2020. Neste intervalo de tempo, permaneceu disponível ao recebimento de respostas.

3.5 Análise de dados

O banco de dados foi exportado para o Microsoft Excel® e analisado no software Stata v.15. A análise estatística descritiva foi realizada com cálculo de frequências para as variáveis categóricas. Para a idade, variável quantitativa discreta, foram calculadas medidas de posição e dispersão. Os resultados foram apresentados em tabelas e gráficos.

Na análise estatística inferencial, foram aplicados os testes de associação exato de Fisher ou qui-quadrado de Pearson, a depender da distribuição das variáveis. Foram verificadas associações entre variáveis demográficas, socioeconômicas, participação em ações de planejamento familiar, gravidez não planejada e percepção sobre aborto.

3.6 Aspectos éticos e legais

O protocolo de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Roraima e aprovado sob parecer nº 4.054.425 (ANEXO A). A condução de todas as etapas do estudo atendeu a todas as considerações, princípios e normas reguladoras da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (2012).

4. RESULTADOS

4.1 Caracterização das participantes

Participaram do estudo 247 mulheres, predominantemente na faixa etária de 29 a 39 anos (43,72%), com ensino superior completo (49,80%) e casadas (38,46%), conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica das participantes do estudo.

Variável	n	%
Faixa etária		
18 a 28 anos	82	33,20
29 a 39 anos	108	43,72
40 a 49 anos	57	23,08
Escolaridade máxima		
Ensino Fundamental Completo ou Incompleto	7	2,82
Ensino Médio Incompleto	9	3,64
Ensino Médio Completo	108	43,72
Ensino Superior Completo	123	49,80
Estado Civil		
Solteira	80	32,39
Casada	95	38,46
União estável	56	22,67
Divorciada	12	4,86
Viúva	4	1,62

Fonte: Pesquisa de campo.

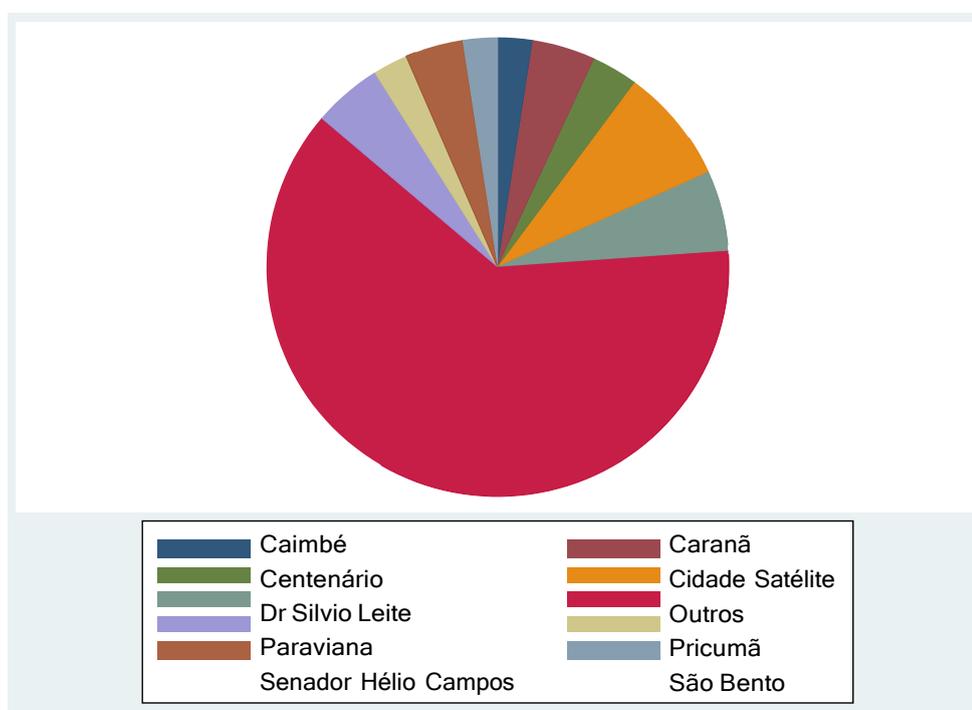
A Tabela 2 mostra que a maioria das participantes não era beneficiária do Programa Bolsa Família (94,33%) e possuía renda entre um e dois salários mínimos (21,86%).

Tabela 2 - Caracterização econômica.

Variável	n	%
Renda pessoal		
Menos de um salário mínimo	52	21,05
Entre um e dois salários mínimos	54	21,86
Entre dois e três salários mínimos	41	16,60
Acima de quatro salários mínimos	62	25,20
Nenhuma renda	38	15,38
Beneficiária do Programa Bolsa Família		
Sim	14	5,67
Não	233	94,33

Fonte: Pesquisa de campo.

As participantes residiam em áreas geográficas diversas, com concentração nos bairros Cidade Satélite (8,10%), Doutor Silvio Leite (5,67%), Paraviana (4,86%), Caranã (4,45%), Senador Hélio Campos (4,05%) e Centenário (3,24%). Nos bairros Caimbé, Pricumã e São Bento, residiam 2,43% da amostra, sendo o restante nos demais bairros, de acordo com a Figura 3.



Fonte: Pesquisa de campo.

Figura 3 - Bairro de residência das participantes.

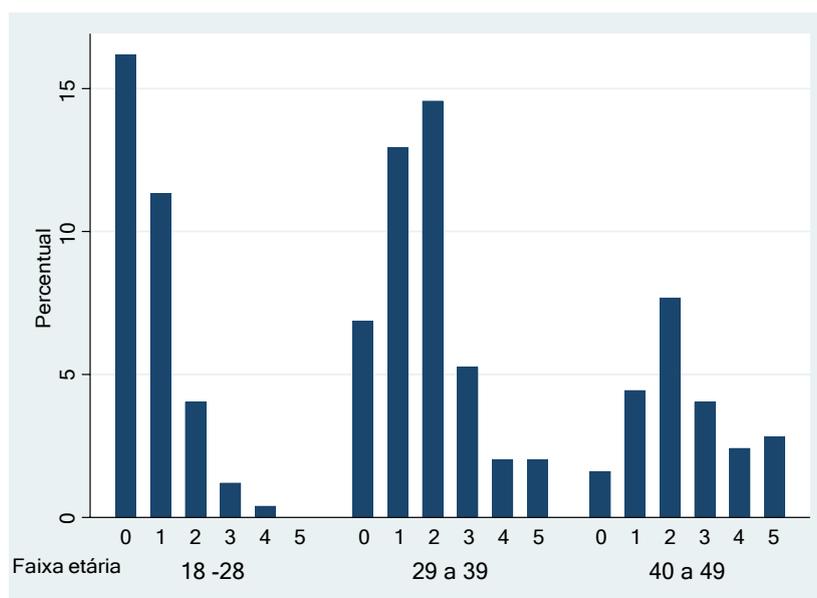
Das participantes, 24,7% não possuíam filhos. Dentre as mulheres que eram mães, a maior parcela tinha um ou dois filhos. A maioria (44,53%) informou que nenhum de seus filhos foi planejado, enquanto 23,08% planejaram todos seus filhos (Tabela 3).

Tabela 3 - Caracterização do planejamento de filhos das participantes.

Variável	n	%
Número de filhos		
Não possui filhos	61	24,70
Um filho	71	28,74
Dois filhos	65	26,32
Três filhos	26	10,53
Quatro filhos	12	4,86
Cinco filhos ou mais	12	4,86
Número de filhos planejados		
Apenas o primeiro filho	32	12,96
Apenas o último filho	9	3,64
Nenhum dos filhos	110	44,53
Todos os filhos	57	23,08
Não possui filhos	39	15,79
Considerou opção de aborto		
Sim	39	15,79
Não	208	84,21

Fonte: Pesquisa de campo.

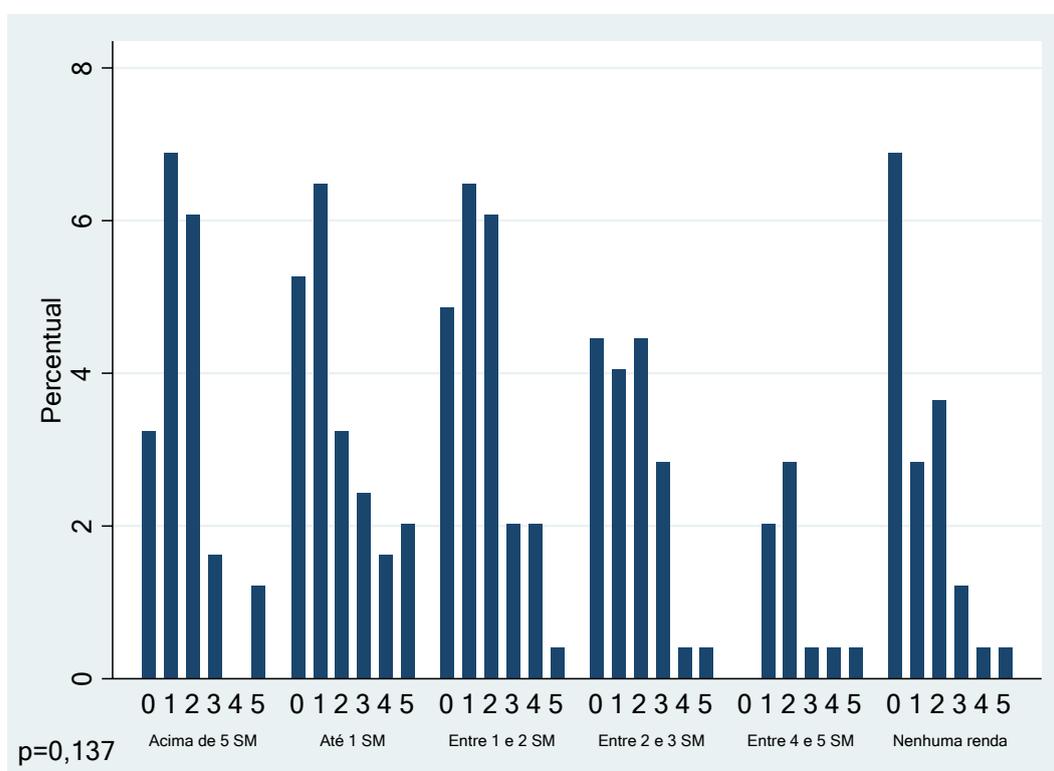
A Figura 4, apresentada a seguir, mostra a distribuição do número de filhos por faixa etária. Percebe-se que a maior parte das mulheres com idade entre 18 e 28 anos não possui filhos, enquanto que nas demais faixas etárias a presença de dois filhos é mais frequente, seguida por um filho.



Fonte: Pesquisa de campo.

Figura 4 - Distribuição do número de filhos por faixa etária das mães.

A Figura 5 mostra que não há diferença estatisticamente significativa do número de filhos entre as diferentes faixas de renda analisadas ($p=0,137$).



Fonte: Pesquisa de campo.

Figura 5 – Distribuição do número de filhos por renda das mães.

De acordo com a Tabela 4, apenas 10,93% das mulheres não estavam familiarizadas com o planejamento familiar. Relataram ter ouvido sobre esse assunto predominantemente em Unidades Básicas de Saúde (36,44%), seguido por escolas ou faculdades (25,51%). A participação em palestras educativas foi relatada por 58,30%, sendo igualmente mais frequente nas UBS (27,94%).

Tabela 4 - Caracterização do planejamento familiar das participantes do estudo.

Variável	n	%
Ouviu falar de planejamento familiar		
Sim	220	89,07
Não	27	10,93
Onde ouviu falar de planejamento familiar		
Unidade Básica de Saúde	90	36,44
Escola/faculdade	63	25,51
Trabalho	21	8,50
Mídias	20	8,10
Em casa/entre família ou amigos	13	5,26
Hospital/Maternidade	11	4,45
Outros	3	1,21
Nunca ouvi falar	26	10,53
Participação em palestras educativas de planejamento familiar		
Sim	144	58,30
Não	103	41,70
Onde participou de palestras educativas de planejamento familiar		
Unidade Básica de Saúde	69	27,94
Hospital/Maternidade	15	6,07
Cursos/faculdade	12	4,86
Escola	11	4,64
Outros	25	10,12
Não participou	115	46,56

Fonte: Pesquisa de campo.

4.2 Relações entre planejamento familiar e gravidez não planejada

Conforme apresentado na Tabela 5, o relato de possuir um ou mais filhos não planejados foi mais frequente em mulheres casadas, com idade entre 29 a 39 anos e ensino médio completo como escolaridade máxima. Não foram identificadas associações estatisticamente significativas entre as variáveis sociodemográficas e a presença de gravidez não planejada.

A Tabela 6 mostra que, em relação aos aspectos econômicos, a presença de filhos não planejados ocorreu majoritariamente em mulheres com renda entre um e dois salários mínimos e não contempladas com benefícios do Programa Bolsa Família. Da mesma maneira que nas características demográficas, não foram verificadas associações entre o desfecho e variáveis de ordem econômica.

Tabela 5 – Associação entre gravidez não planejada e características demográficas.

Variáveis	<u>Um ou mais filhos não planejados</u>		Valor de p
	Sim (N=151)	Não (N=96)	
Faixa etária			
18 a 28 anos	46 (30,46)	36 (37,50)	0,068
29 a 39 anos	75 (49,67)	33 (34,38)	
40 a 49 anos	30 (19,87)	27 (28,13)	
Escolaridade máxima			
Ensino Médio Incompleto ou grau inferior	12 (7,95)	4 (4,17)	0,200
Ensino Médio Completo	70 (46,36)	38 (39,58)	
Ensino Superior Completo	69 (45,70)	54 (56,25)	
Estado Civil			
Solteira	41 (27,15)	39 (40,63)	0,130
Casada	61 (40,40)	34 (35,42)	
União estável	40 (26,49)	16 (16,67)	
Divorciada	6 (3,97)	6 (6,25)	
Viúva	3 (1,99)	1 (1,04)	

Fonte: Pesquisa de campo.

Tabela 6 – Associação entre gravidez não planejada e características socioeconômicas.

Variáveis	Um ou mais filhos não planejados		Valor de p
	Sim (N=151)	Não (N=96)	
Renda pessoal			
Menos de um salário mínimo	32 (21,19)	20 (20,83)	0,314
Entre um e dois salários mínimos	38 (25,17)	16 (16,67)	
Entre dois e três salários mínimos	22 (14,56)	19 (19,79)	
Acima de quatro salários mínimos	35 (23,20)	27 (28,13)	
Nenhuma renda	24 (15,88)	14 (14,58)	
Beneficiária do Bolsa Família			
Sim	10 (6,62)	4 (4,17)	0,416
Não	141 (93,38)	92 (95,83)	

Fonte: Pesquisa de campo.

A Tabela 7 mostra que já ter ouvido falar em planejamento familiar mostrou-se associado com possuir um ou mais filhos não planejados ($p=0,006$), enquanto participar em ações desse âmbito não apresentou associação com gravidez não planejada ($p=0,993$).

Tabela 7 - Associação entre gravidez não planejada e participação em ações de planejamento familiar.

Variáveis	Um ou mais filhos não planejados		Valor de p
	Sim (N=151)	Não (N=96)	
Ouviu falar de planejamento familiar			0,006
Sim	141 (64,09)	79 (35,91)	
Não	10 (37,04)	17 (62,96)	
Participação em palestras de planejamento familiar			0,993
Sim	88 (61,11)	56 (38,89)	
Não	63 (61,17)	40 (38,83)	

Fonte: Pesquisa de campo.

4.3 Relações entre planejamento familiar e percepção sobre procedimentos de aborto

Segundo resultados da Tabela 8, a possibilidade de realizar procedimento de aborto foi cogitada majoritariamente por mulheres com idade entre 29 e 39 anos (46,15%), solteiras (41,03%) e com ensino médio completo como grau máximo de escolaridade (53,85%). As variáveis demográficas analisadas não se mostraram estatisticamente associadas à intenção de realizar abortos.

A percepção sobre realização de aborto caso este se tratasse de procedimento legal no país foi igualmente mais presente em mulheres de 29 a 39 anos (43,48%) e com ensino médio completo como escolaridade máxima (43,48%). Quanto ao estado civil, foi mais frequente nas participantes casadas (40%), sendo essa uma variável estatisticamente associada ($p=0,007$) ao desfecho analisado.

Tabela 8 – Associação entre percepção sobre aborto e características demográficas.

Variável	Já considerou abortar		Valor de p	Abortaria se fosse legal		Valor de p
	Sim (N=39)	Não (N=208)		Sim (N=39)	Não (N=208)	
Faixa etária						
18 a 28 anos	13 (33,33)	69 (33,17)	0,907	6 (35,29)	76 (33,04)	0,859
29 a 39 anos	18 (46,15)	90 (43,27)		8 (47,06)	100 (43,48)	
40 a 49 anos	8 (20,51)	49 (23,56)		3 (17,65)	54 (23,48)	
Escolaridade máxima						
Ensino Médio Incompleto ou grau inferior	4 (10,26)	12 (5,77)	0,142	3 (17,65)	13 (5,65)	0,115
Ensino Médio Completo	21 (53,85)	87 (41,83)		8 (47,06)	100 (43,48)	
Ensino Superior Completo	14 (35,90)	109 (52,40)		6 (35,29)	117 (50,87)	
Estado Civil						
Solteira	16 (41,03)	64 (30,77)	0,073	6 (35,29)	74 (32,17)	0,007
Casada	9 (23,08)	86 (41,35)		3 (17,65)	92 (40)	
União estável	11 (28,21)	45 (21,63)		5 (29,41)	51 (22,17)	
Divorciada	1 (2,56)	11 (5,29)		1 (5,88)	11 (4,78)	
Viúva	2 (5,13)	2 (0,96)		2 (11,76)	2 (0,87)	

Fonte: Pesquisa de campo.

Renda pessoal e ser beneficiária do Programa Bolsa Família não se mostraram associados às percepções sobre aborto. A maior parte das mulheres que já considerou abortar possui renda entre um e dois salários mínimos (28,21%), seguida por aquelas com renda inferior a um salário mínimo (25,64%). A realização de procedimentos de aborto caso esses fossem legais foi relatada majoritariamente por mulheres sem fontes de renda (29,41%), no entanto a afirmação sobre realização do procedimento apresentou baixa frequência geral na amostra (Tabela 9).

Tabela 9 – Associação entre percepção sobre aborto e características socioeconômicas.

Variável	Já considerou abortar		Valor de p	Abortaria se fosse legal		Valor de p
	Sim (N=39)	Não (N=208)		Sim (N=39)	Não (N=208)	
Renda pessoal			0,227			0,531
Menos de um salário mínimo	10 (25,64)	42 (20,19)		3 (17,65)	49 (21,30)	
Entre um e dois salários mínimos	11 (28,21)	43 (20,67)		4 (23,53)	50 (21,74)	
Entre dois e três salários mínimos	6 (15,38)	35 (16,83)		3 (17,65)	38 (16,52)	
Entre quatro e cinco salários mínimos	2 (5,13)	13 (6,25)		1 (5,88)	14 (6,09)	
Acima de cinco salários mínimos	2 (5,13)	45 (21,63)		1 (5,88)	46 (20)	
Nenhuma renda	8 (20,51)	30 (14,42)		5 (29,41)	33 (14,35)	
Beneficiária do Programa Bolsa Família			0,551			0,968
Sim	3 (21,43)	11 (78,57)		1 (7,14)	13 (92,86)	
Não	36 (15,45)	197 (84,55)		16 (6,87)	217 (93,13)	

Fonte: Pesquisa de campo.

A Tabela 10 mostra que a percepção das mulheres sobre aborto não está associada a já ter ouvido falar sobre planejamento familiar e participar de ações educativas nesse âmbito.

A frequência do relato de ocorrência da intenção de abortar e da realização do procedimento caso esse fosse legal foi de 15% entre as

participantes que já ouviram falar de planejamento familiar e de 22,22% naquelas que desconheciam esse termo, sem diferenças estatisticamente significativas. De maneira similar, já ter considerado abortar esteve presente em 15,97% das mulheres que haviam participado de ações de planejamento familiar e em 15,53% daquelas sem histórico de participação.

A afirmação sobre realização de procedimentos de aborto caso esse fosse legal no país foi mais frequente em mulheres que não ouviram falar de planejamento familiar (11%), mas sem diferenças estatisticamente significativas em comparação com aquelas que já estavam familiarizadas com o termo (6,35%). A participação em ações de planejamento familiar também não se mostrou associada com o desfecho.

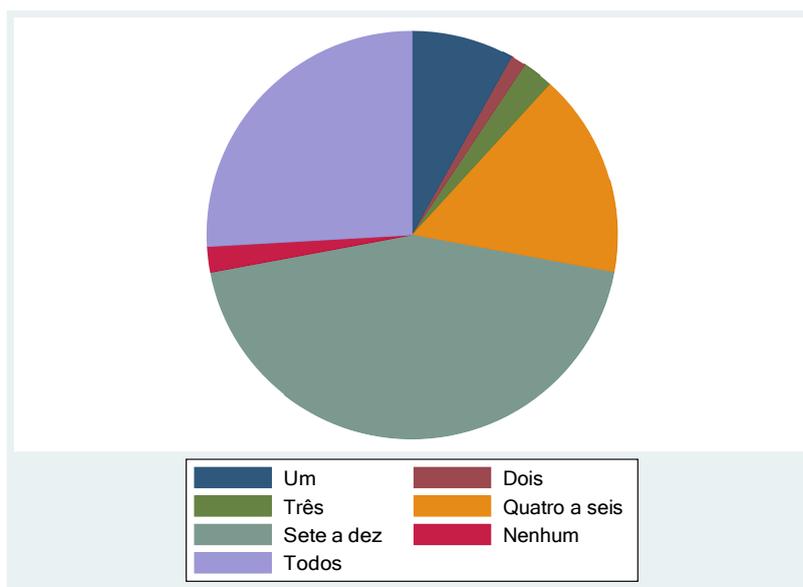
Tabela 10 - Associação entre percepção sobre aborto e participação em ações de planejamento familiar.

Variável	Já considerou abortar		Valor de p	Abortaria se fosse legal		Valor de p
	Sim (N=39)	Não (N=208)		Sim (N=39)	Não (N=208)	
Ouviu falar de planejamento familiar			0,331			0,358
Sim	33 (15,00)	187 (85,00)		14 (6,36)	206 (93,64)	
Não	6 (22,22)	21 (77,78)		3 (11,11)	24 (88,89)	
Participação em palestras educativas de planejamento familiar			0,926			0,642
Sim	23 (15,97)	121 (84,03)		9 (6,25)	135 (93,75)	
Não	16 (15,53)	87 (84,47)		8 (7,77)	95 (92,23)	

Fonte: Pesquisa de campo.

4.4 Estratificação do conhecimento e do uso de métodos contraceptivos

A Figura 6 mostra que a maior parte das mulheres conhecia entre sete e 10 métodos contraceptivos (44,13%). Somente 64 participantes (25,91%) estavam cientes de todos os onze métodos apresentados.



Fonte: Pesquisa de campo.

Figura 6 – Quantidade de métodos contraceptivos conhecidos pelas participantes do estudo.

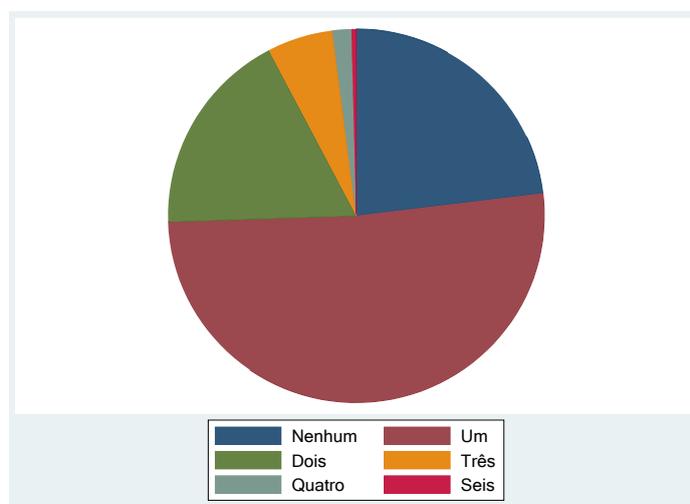
Conforme a Tabela 11, os métodos mais conhecidos pelas participantes foram: camisinha masculina e/ou feminina (90,69%), pílula anticoncepcional (89,88%) e injeção (87,04%). O espermicida mostrou-se o menos identificado (29,15%).

Tabela 11 - Métodos contraceptivos conhecidos pelas participantes do estudo.

Método	n	%
Camisinha masculina e/ou feminina	224	90,69
Pílula anticoncepcional	222	89,88
Injeção	215	87,04
DIU	202	81,78
Pílula do dia seguinte	195	78,95
Vasectomia	187	75,71
Laqueadura tubária	181	73,28
Tabelinha	154	62,35
Coito interrompido	144	58,30
Diafragma	128	51,82
Espermicida	72	29,15

Fonte: Pesquisa de campo.

A maior parte das participantes utiliza um método contraceptivo (51,42%) e 23,08% utilizam nenhum deles (Figura 7).



Fonte: Pesquisa de campo.

Figura 7 - Quantidade de métodos contraceptivos utilizados pelas participantes do estudo.

Os seguintes métodos foram relatados como os mais utilizados pelas mulheres incluídas no estudo: camisinha masculina e/ou feminina (38,06%), pílula (19,84%) e injeção (12,96%). O uso de diafragma e espermicida não foi relatado (Tabela 12).

Tabela 12 - Métodos contraceptivos utilizados pelas participantes do estudo.

Método	n	%
Camisinha masculina e/ou feminina	94	38,06
Pílula anticoncepcional	49	19,84
Injeção	32	12,96
Laqueadura tubária	25	10,12
Coito interrompido	24	9,72
Pílula do dia seguinte	17	6,88
Tabelinha	15	6,07
DIU	11	4,45
Vasectomia	12	4,86
Diafragma	0	-
Espermicida	0	-

Fonte: Pesquisa de campo.

Conforme a Tabela 13, em média, as participantes do estudo conhecem 7,78 ($\pm 3,3$) métodos contraceptivos e utilizam 1,12 ($\pm 0,93$).

Tabela 13 – Média e desvio-padrão da quantidade de métodos contraceptivos conhecidos e utilizados pelas participantes.

Variável	Média	Desvio-padrão
Quantidade de métodos conhecidos	7,78	3,30
Quantidade de métodos utilizados	1,12	0,93

Fonte: Pesquisa de campo.

Conforme apresentado na Tabela 14, identificou-se associação entre faixa etária e conhecimento sobre os métodos contraceptivos somente para diafragma ($p=0,007$) e espermicida ($p<0,001$), sendo as mulheres com idade entre 29 e 39 anos as que relataram conhecê-los com maior frequência. Ainda que outras associações estatisticamente significativas não tenham sido verificadas, a faixa etária entre 29 e 39 anos relatou conhecer com maior frequência todos os métodos contraceptivos, sendo seguida pela faixa entre 18 e 28 anos.

Tabela 14 – Distribuição do percentual de conhecimento sobre os métodos contraceptivos, por faixa etária.

Método conhecido	Faixa etária			Valor de p
	18 a 28	29 a 39	40 a 49	
Camisinha masculina e/ou feminina	77 (34,38)	98 (43,75)	49 (21,88)	0,285
Pílula anticoncepcional	74 (33,33)	97 (43,69)	51 (22,97)	0,989
Injeção	72 (33,49)	96 (44,65)	47 (21,86)	0,489
Laqueadura tubária	53 (29,28)	85 (46,96)	43 (23,76)	0,087
Coito interrompido	45 (31,25)	65 (45,14)	34 (23,61)	0,742
Pílula do dia seguinte	68 (34,87)	85 (43,59)	42 (21,54)	0,420
Tabelinha	47 (30,52)	67 (43,51)	40 (25,97)	0,305
DIU	65 (32,18)	91 (45,05)	46 (22,77)	0,658
Vasectomia	60 (32,09)	85 (45,45)	42 (22,46)	0,625
Diafragma	31 (24,22)	62 (48,44)	35 (27,34)	0,007
Espermicida	9 (12,50)	36 (50)	27 (37,50)	<0,001

Fonte: Pesquisa de campo.

A Tabela 15 mostra que existe associação entre faixa etária e uso dos seguintes métodos contraceptivos: camisinha masculina e/ou feminina ($p < 0,001$), pílula anticoncepcional ($p = 0,031$), laqueadura tubária ($p < 0,001$), pílula do dia seguinte ($p = 0,040$) e vasectomia ($p = 0,035$). Mulheres com idade entre 18 e 28 anos são as que mais utilizam camisinha feminina e/ou masculina, pílula anticoncepcional, injeção e tabelinha. Na faixa entre 29 e 39 anos, o uso de pílula do dia seguinte, DIU, coito interrompido e vasectomia é predominante. A laqueadura tubária é presente predominantemente nas mulheres com idade entre 40 e 49 anos.

Tabela 15 - Distribuição do percentual de uso dos métodos contraceptivos, por faixa etária.

Método utilizado	Faixa etária			Valor de p
	18 a 28	29 a 39	40 a 49	
Camisinha masculina e/ou feminina	42 (44,68)	41 (43,62)	11 (11,70)	<0,001
Pílula anticoncepcional	22 (44,90)	22 (44,90)	5 (10,20)	0,031
Injeção	16 (50)	11 (34,38)	5 (15,63)	0,093
Laqueadura tubária	0	10 (40)	15 (60)	<0,001
Coito interrompido	8 (33,33)	13 (54,17)	3 (12,50)	0,377
Pílula do dia seguinte	8 (47,06)	9 (52,94)	0	0,040
Tabelinha	8 (53,33)	4 (26,67)	3 (20)	0,215
DIU	1 (9,09)	7 (63,64)	3 (27,27)	0,207
Vasectomia	0	7 (58,33)	5 (41,67)	0,035
Diafragma	0	0	0	-
Espemicida	0	0	0	-

Fonte: Pesquisa de campo.

4.5 Relações entre planejamento familiar e uso de métodos contraceptivos

De acordo a Tabela 16, existe associação entre ter ouvido falar do termo planejamento familiar e a detenção de conhecimento sobre os seguintes métodos contraceptivos: pílula anticoncepcional ($p = 0,004$), laqueadura tubária ($p < 0,001$), coito interrompido ($p = 0,018$), tabelinha ($p = 0,004$), DIU ($p < 0,001$), vasectomia ($p = 0,035$), diafragma ($p < 0,001$) e espermicida ($p = 0,002$).

Tabela 16 – Associação entre ter ouvido falar de planejamento familiar e detenção de conhecimento sobre métodos contraceptivos.

Método conhecido	Ouviu falar de planejamento familiar		Valor de p
	Sím	Não	
Camisinha masculina e/ou feminina	202 (90,18)	22 (9,82)	0,081
Pílula anticoncepcional	202 (90,99)	20 (9,01)	0,004
Injeção	194 (90,23)	21 (9,77)	0,129
Laqueadura tubária	169 (93,37)	12 (6,63)	<0,001
Coito interrompido	134 (93,06)	10 (6,94)	0,018
Pílula do dia seguinte	176 (90,26)	19 (9,74)	0,247
Tabelinha	144 (93,51)	10 (6,49)	0,004
DIU	188 (93,07) ¹	14 (6,93)	<0,001
Vasectomia	171 (91,44)	16 (8,56)	0,035
Diafragma	124 (96,88)	4 (3,13)	<0,001
Espermicida	71 (98,61)	1 (1,39)	0,002

Fonte: Pesquisa de campo.

Já a participação em ações educativas sobre planejamento familiar mostrou-se associada à detenção de conhecimento sobre menor quantidade de métodos contraceptivos, sendo esses: laqueadura tubária ($p=0,001$), coito interrompido ($p<0,001$), pílula do dia seguinte ($p=0,046$), tabelinha ($p=0,029$), diafragma ($p<0,001$) e espermicida ($p<0,001$), conforme apresentado na Tabela 17.

Tabela 17 - Associação entre participação em ações de planejamento familiar e detenção de conhecimento sobre métodos contraceptivos.

(continua)

Método conhecido	Participou de planejamento familiar		Valor de p
	Sím	Não	
Camisinha masculina e/ou feminina	129 (57,59)	95 (42,41)	0,480
Pílula anticoncepcional	131 (59,01)	91 (40,99)	0,500

Injeção	87 (40.47)	128 (59.53)	0,307
Laqueadura tubária	117 (64.64)	64 (35.36)	0,001
Coito interrompido	98 (68.06)	46 (31.94)	<0,001
Pílula do dia seguinte	120 (61.54)	75 (38.46)	0,046
Tabelinha	56 (36.36)	98 (63.64)	0,029
DIU	123 (60.89)	79 (39.11)	0,080
Vasectomia	115 (61.50)	72 (38.50)	0,072
Diafragma	89 (69.53)	39 (30.47)	<0,001
Espermicida	55 (76.39)	17 (23.61)	<0,001

Fonte: Pesquisa de campo.

A Tabela 18 mostra que já ter ouvido falar de planejamento familiar não está associado ao uso de nenhum método contraceptivo. O uso de diafragma e espermicida não foi relatado pelas participantes, de modo que não foi possível investigar sua associação com o desfecho.

Tabela 18 - Associação entre ter ouvido falar de planejamento familiar e uso de métodos contraceptivos.

Método utilizado	Ouviu falar de planejamento familiar		Valor de p
	Sim	Não	
Camisinha masculina e/ou feminina	82 (87.23)	12 (12.77)	0,469
Pílula anticoncepcional	40 (81.63)	9 (18.37)	0,062
Injeção	29 (90.63)	3 (9.38)	0,762
Laqueadura tubária	25 (100)	0 (0)	0,065
Coito interrompido	24 (100)	0 (0)	0,071
Pílula do dia seguinte	16 (94.12)	1 (5.88)	0,489
Tabelinha	14 (93.33)	1 (6.67)	0,585
DIU	11 (100)	0 (0)	0,235
Vasectomia	12 (100)	0 (0)	0,213
Diafragma	0 (0)	0 (0)	-
Espermicida	0 (0)	0 (0)	-

Fonte: Pesquisa de campo.

Já a participação em ações desse âmbito apresenta associação estatisticamente significativa com o uso de três métodos: camisinha masculina e/ou feminina ($p=0,038$), laqueadura tubária ($p=0,001$) e vasectomia ($p=0,016$), conforme disposto na Tabela 19.

O uso de diafragma e espermicida não foi relatado pelas participantes, de modo que não foi possível investigar sua associação com o desfecho.

Tabela 19 - Associação entre participação em ações de planejamento familiar e uso de métodos contraceptivos.

Método utilizado	Participou de planejamento familiar		Valor de p
	Sim	Não	
Camisinha masculina e/ou feminina	47 (50)	47 (50)	0,038
Pílula anticoncepcional	23 (46.94)	26 (53.06)	0,072
Injeção	19 (59.38)	13 (40.63)	0,895
Laqueadura tubária	22 (88)	3 (12)	0,001
Coito interrompido	17 (70.83)	7 (29.17)	0,190
Pílula do dia seguinte	8 (47.06)	9 (52.94)	0,330
Tabelinha	9 (60)	6 (40)	0,890
DIU	5 (45.45)	6 (54.55)	0,377
Vasectomia	11 (91.67)	1 (8.33)	0,016
Diafragma	0 (0)	0 (0)	-
Espermicida	0 (0)	0 (0)	-

Fonte: Pesquisa de campo.

5 DISCUSSÃO

O desenvolvimento deste estudo permitiu, além de conhecer as relações entre planejamento familiar e fatores associados em mulheres do município de Boa Vista – RR, transitar por relevantes aspectos que permeiam o campo da saúde da mulher.

A expressão “planejamento familiar” é conhecida pela parcela majoritária das mulheres do município de Boa Vista, sendo esse termo mais comumente discutido nas UBS e em espaços de convívio social, como trabalho, escola ou faculdade e mídias físicas ou digitais. As unidades da atenção primária são reconhecidamente os espaços de ampla realização das ações voltadas ao planejamento familiar (BRASIL, 2006). No entanto, a literatura aponta que a assistência fornecida nesse nível de atenção requer adequações relacionadas à provisão de capacitação para profissionais de saúde, expansão de atividades coletivas e asseguramento dos direitos reprodutivos (PIERRE e CLAPIS, 2010).

As instituições de educação, como escolas e faculdade, mostraram-se como locus de apreensão de conhecimento sobre assuntos relacionados ao planejamento familiar, o que representa a expansão positiva de espaços de discussão sobre o tema. Silva *et al.* (2015) ressaltam a importância de transmitir informações sobre planejamento reprodutivo e saúde sexual nas escolas, bem como a sustentada incipiência de conhecimento e formação de educadores para realizar educação em saúde nesse tema. Experiências de treinamento de profissionais da educação sobre o aparelho reprodutor feminino e masculino, utilização adequada de métodos contraceptivos e prevenção de ISTs alcançaram resultados satisfatórios na ampliação do provimento de orientações sobre planejamento familiar em institutos educacionais (SILVA *et al.*, 2011; SILVA *et al.*, 2015).

No Brasil, há lacunas de evidências quanto à relação existente entre relações sociais e conhecimento sobre ações de planejamento reprodutivo/saúde sexual. No âmbito internacional, a literatura indica que a natureza do comportamento e dos diálogos tidos com as pessoas que convivem juntas possui influência no comportamento reprodutivo e sexual das mulheres. Ademais, vizinhos e amigos com maior nível de escolaridade contribuem para estimular o uso adequado de métodos contraceptivos. De modo geral, os

aspectos socioculturais podem dispor até de mais influência no comportamento sexual e contraceptivo das mulheres do que suas próprias características sociodemográficas (COLLERAN; MACE, 2015; YEE; SIMON, 2020).

No presente estudo, observou-se que a frequência de participação em ações de planejamento familiar é substancialmente inferior à de familiaridade com o tema. Os achados são consistentes com estudos anteriores (VIEIRA, 2010; SILVA; NUNES, 2017). As UBS mostraram-se como os espaços mais frequentes de realização das intervenções de planejamento familiar, o que já era esperado pela atuação das equipes da ESF nesses equipamentos de saúde (MOURA; SILVA; GALVÃO, 2007).

No entanto, diferentemente do âmbito de familiarização com o tema, os hospitais e maternidades foram apontados como o segundo local mais frequente de participação em atividades relacionadas ao planejamento familiar. A oferta de serviços de planejamento familiar no nível terciário de atenção é prevista nos marcos legais sobre o tema disponíveis no Brasil (BRASIL, 1996), uma vez que todos baseiam-se nos princípios do SUS e a integralidade é um deles.

Esse resultado sinaliza a ampliação do cumprimento das normativas legais sobre o planejamento familiar para os demais níveis de atenção. Ainda que a literatura pertinente traga poucas informações sobre as características das ações de planejamento familiar em hospitais brasileiros, o website de instituições hospitalares do país divulgam algumas das atividades ofertadas sobre a temática, como o ambulatório de Planejamento Familiar do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, que auxilia mulheres e casais a decidirem quantos filhos querem ter e qual o melhor momento da vida para que isso ocorra (HCFMB, 2016) e projeto “Por dentro da Maternidade”, da Maternidade Escola Januário Cicco, que apresenta à população a funcionalidade dos serviços ofertados e as experiências vivenciadas pelas pacientes na maternidade (MEJC, 2020).

Evidências oriundas de países dos continentes africano e europeu mostram que as intervenções de planejamento familiar que ocorrem em hospitais são focadas na escolha de métodos contraceptivos a serem utilizados após o fim da gestação (RAWAL; DAS; KISHEN, 2005; ADEBAYO *et al.*, 2016), o que representa uma concepção bastante limitada sobre os pressupostos do planejamento familiar. Destaca-se que as políticas sobre este tema determinam

que as ações devem ir além da contracepção e envolver preservação de direitos reprodutivos, autonomia, provimento de conhecimento para tomada de decisão sobre expansão ou manutenção do tamanho da família, prevenção de ISTs, dentre outros aspectos (BRASIL, 1996; BRASIL, 2006).

Este estudo não investigou os aspectos discutidos na realização do planejamento familiar em âmbito hospitalar, uma vez que não possuía este aprofundamento como propósito. No entanto, destaca-se a demanda pela realização, no Brasil, de pesquisas futuras que busquem contribuir com a compreensão desse panorama no país.

Além de identificar os níveis de conhecimento da expressão “planejamento familiar” e da participação em ações nesse âmbito, o presente estudo averigou aspectos intrínsecos aos pontos que se deseja alcançar com a realização de ações de planejamento familiar.

Nesse contexto, revelou que a maior parte das mulheres do município de Boa Vista possui um filho (28,74%), seguida pela parcela que possui dois filhos (26,32%) e nenhum filho (24,70%). Assim, verificou-se que a taxa de fecundidade das participantes tem se mantido, predominantemente, abaixo de 2,0 filhos por mulher, o que vai ao encontro às mudanças no perfil demográfico no Brasil, ocorrida nas últimas décadas (RIBEIRO; GARCIA; FARIA, 2019).

Ao contrário do que apontam algumas evidências (BHATTACHARYYA, 1975; CHIAVEGATTO; KAWACHI, 2015), o número de filhos não se mostrou associado à renda das mulheres. Com isso, não se identifica, na população de mulheres de Boa Vista, aumento significativo no número de filhos em estratos inferiores de renda.

Observa-se que, no Brasil, ainda há importante diferença entre o número de filhos nos extremos das faixas de renda. No entanto, a taxa de fecundidade tem estado cada vez mais homogênea entre os diferentes níveis socioeconômicos dos grupos sociais (BERQUÓ; CAVENAGHI, 2014).

Os resultados apontam para a possibilidade de as famílias do município de Boa Vista estarem seguindo uma tendência de avaliar sua renda e buscar intuir o número de filhos compatível com sua situação socioeconômica (SEN, 2000), associada à propensão de redução do número de filhos, identificada, atualmente, em quase todas as partes do globo (BERQUÓ; CAVENAGHI, 2006).

No âmbito do número de nascimentos não planejados, identificou-se que

nenhum dos filhos da maior parte das mulheres (44,53%) foi planejado. Em 2006, a prevalência de prole não planejada no Brasil era de 46% (LAGO, 2015), o que evidencia que, em Boa Vista, esse indicador ainda se mantém similar ao geral do país há mais de 15 anos. Certamente, com a evolução da sociedade, a maior disponibilidade de meios contraceptivos e a ampliação dos serviços de saúde, esperava-se que esse índice apresentasse mais satisfatório na atualidade.

No entanto, o retrato verificado em Boa Vista é similar ao de outras partes do Brasil: em 2007, o índice de gravidez não planejada no extremo Sul do país era de 65% (PRIETSCH *et al.*, 2011); no estado da Bahia, em 2010, era de 66,5% (COELHO *et al.*, 2012); e no estado de Mato Grosso, 75% em 2018 (BONATTI *et al.*, 2018). Nessa perspectiva, a prevalência de nascimentos não planejados na cidade de Boa Vista se mostra inferior a de demais partes do país. No entanto, permanece sendo um indicador com níveis que geram preocupação, sobretudo por representar problema de saúde pública passível de intervenções baseadas em educação em saúde no campos de ação do planejamento familiar.

A presença de filhos não planejados não se mostrou associada, neste estudo, a aspectos sociodemográficos, como idade, escolaridade, renda, estado civil e cadastro no Programa Bolsa Família. Adicionalmente, a participação em ações educativas de planejamento familiar não apresentou relação estatisticamente significativa com a ocorrência de gravidez não intencional. Somente “ter ouvido falar” de planejamento familiar mostrou associação com o desfecho, no entanto verificou-se que as mulheres que estavam familiarizadas com o termo “planejamento familiar” relataram maior frequência de gravidez não planejada, em comparação aos que não tinham ouvido falar do termo.

Isso vai de encontro ao estudo de Coelho *et al.* (2012), no qual verificou-se associação positiva entre idade, situação conjugal e ocupação com gravidez não planejada. Já Wellings *et al.* (2013) constataram que os únicos fatores associados ao nascimento não planejado foram: primeira relação sexual antes dos 16 anos, uso recente de drogas, baixo nível educacional, alta atividade sexual, recebimento de educação sexual e depressão.

Ainda que o foco do estudo de Wellings *et al.* não tenha sido o efeito do planejamento familiar na ocorrência de gravidez não intencional, mostrou que a participação em ações educativas sobre saúde reprodutiva e sexual influenciou

na frequência de filhos não planejados. Ao não identificar a mesma associação, o presente estudo sugere que a realização de práticas de planejamento familiar no município de Boa Vista vem apresentando falhas no que concerne às orientações sobre planejamento reprodutivo. Este é um aspecto que deve ser aprimorado no município, por meio de oferta de capacitações, expansão de discussões multiprofissionais, desenvolvimento de estratégias de educação em saúde e monitoramento dos resultados na comunidade.

Os achados sobre número de filhos e planejamento da prole destacam a importância de os profissionais de saúde de Boa Vista serem capacitados para orientar, no âmbito do planejamento familiar, as famílias a avaliarem a sustentabilidade do planejamento reprodutivo e seus fatores relacionados: renda, ocupação dos pais, condições de moradia, suporte social, dentre outros. Ressalta-se que, além do treinamento, a execução de ações adequadas é preponderante para o avanço nos indicadores relatados.

O estudo investigou, ainda, as relações entre percepção por aborto e planejamento familiar. Já ter considerado abortar e intenção de realizar procedimentos de aborto caso este fosse legal no Brasil não se mostraram associados a maior parte das características demográficas, socioeconômicas e de participação em ações de planejamento familiar. Somente o estado civil apresentou associação, de modo que mulheres solteiras relataram com maior frequência já ter considerado abordar e intenção de realizar aborto caso este fosse legal.

Altos índices de gravidez não planejada, como os identificados neste estudo, acendem o alerta para a realização de procedimentos de aborto. Por sua vez, estes colocam em risco à saúde materna, uma vez que costumam ser realizados de maneira insegura.

A assistência à saúde sexual e reprodutiva ofertada no Brasil ainda é deficiente e tem por alicerce serviços de planejamento familiar ainda demasiadamente centrados e limitados na distribuição de métodos contraceptivos. Essa percepção é corroborada neste estudo, que mostrou que as ações de planejamento familiar não têm tido influência no número de filhos não intencional e nas percepções sobre aborto.

É imperativa a remodelação dessa realidade, mediante ampliação de discussões abertas sobre planejamento reprodutivo e inúmeras consequências

biopsicossociais da realização de práticas clandestinas e/ou inseguras de aborto no país (ANJOS *et al.*, 2013).

Cabe destacar que às equipes da ESF cabe, além da assistência em planejamento familiar, a integração com demais serviços de cuidado com a saúde reprodutiva, de pós-parto e aborto, prevenção de câncer do colo do útero e de ISTs, no intuito de promover assistência global em quaisquer contatos com os serviços de saúde (MOURA; GOMES, 2014).

Destarte, há necessidade de aprimoramento das habilidades dos profissionais de saúde das equipes da ESF sobre abordagens, intervenções e monitoramento de indicadores relacionados a gestações não planejadas e intenção/realização de procedimentos de aborto. Cabe destacar que a mera discussão ou a transmissão de conhecimentos não é garantia de um processo de reflexão e de transformação das opiniões e práticas. Dado seu caráter de tabu na sociedade e as diversas visões religiosas, pessoais e políticas que debatem o assunto, é desafiante a efetivação de práticas de educação permanente dos profissionais de saúde voltadas aos direitos reprodutivos (LEMOS; RUSSO, 2014).

A presente pesquisa adentrou no aspecto mais comumente realizado no âmbito do planejamento familiar: os métodos contraceptivos. Os resultados revelaram que, em média, as mulheres do município de Boa Vista conhecem 7,78 métodos contraceptivos e utilizam 1,12. A maioria conhece mais de sete métodos diferentes e utiliza um.

Os métodos contraceptivos mais conhecidos foram camisinha masculina e/ou feminina, pílula anticoncepcional, injeção, DIU e pílula do dia seguinte. Ao passo que camisinha masculina e/ou feminina, pílula anticoncepcional, injeção, laquadura tubária, coito interrompido e pílula do dia seguinte mostraram-se como os mais utilizados.

Os achados são consistentes com o estudo de Ferrera *et al.* (2019), que identificou o contraceptivo oral e o preservativo masculino como os métodos mais conhecidos e utilizados pelas mulheres do litoral do Rio de Janeiro. Autores ainda abordam a elevada frequência de mau uso associada a ambos os métodos, uma vez que a camisinha costuma ser abandonada quando a mulher passa a considerar sua relação estável e habitual o esquecimento da ingestão da pílula (TRUSSEL, J., 2011; FERRERA *et al.*, 2019).

O risco de mau uso associado aos métodos contraceptivos mais frequentemente utilizados pelas mulheres de Boa Vista faz emergir a importância de voltar as ações de planejamento familiar realizadas no município para o reforço sobre a adesão adequada aos métodos, no que tange à regularidade, frequência, manutenção e conferência de aspectos relacionados à qualidade. Cabe ressaltar que o mesmo rol de informações deve ser provido sobre os demais métodos contraceptivos disponíveis.

Salienta-se que é papel dos profissionais de saúde envolvidos no planejamento familiar prover informação e conhecimento sobre todos os métodos contraceptivos disponíveis, bem como suas funcionalidades, possíveis efeitos colaterais e complicações (FERRERA *et al.*, 2019).

É comum identificar que os métodos anticoncepcionais que apresentam maior eficácia comprovada cientificamente e que estão mais disponíveis na unidade de saúde ou em pactuações municipais são os mais comumente orientados e oferecidos nas ações de planejamento familiar. Essa postura não é adequada e pode revelar insuficiente competência técnica profissional, uma vez que, no planejamento familiar, todos os métodos devem ser apresentados e ofertados, ficando à cargo dos clientes a tomada de decisão quanto à escolha (PIERRE e CLAPIS, 2010).

Para além das informações técnicas, devem ser aplicadas estratégias de educação em saúde adequadas às particularidades e à individualidade de cada mulher, para que o método escolhido seja compatível com sua singularidade e suas necessidades naquele momento da vida (FERRERA *et al.*, 2019). Díaz e Díaz (1999) reforçam que os clientes do planejamento familiar devem receber informações sobre a diversidade dos métodos de forma igualitária e ter acesso amplo, para escolherem livremente, de forma segura, confiável e adequada, de acordo com a sua história de saúde, sua adaptação ao método e seu momento de vida reprodutiva.

A participação em ações de planejamento familiar no município de Boa Vista mostraram-se associadas à detenção de conhecimento sobre seis métodos contraceptivos: laqueadura tubária, coito interrompido, pílula do dia seguinte, tabelinha, diafragma e espermicida. Apesar de a camisinha masculina e/ou feminina e a pílula anticoncepcional representarem os métodos sobre os quais as mulheres possuem maior conhecimento, o planejamento familiar não

apresentou associação com esse saber.

Estima-se que a ausência de associação tenha ocorrido em razão de informações sobre camisinha e pílula anticoncepcional estarem amplamente disponíveis em meios externos aos serviços de saúde, como mídias sociais, internet, revistas e outros. Desse modo, receber ou não informações sobre os dois métodos durante as ações de planejamento familiar não influencia significativamente no nível geral de conhecimento sobre ambos.

Já o conhecimento sobre métodos menos discutidos no senso comum, como laqueadura tubária, pílula do dia seguinte e tabelinha, possui influência da participação nas ações de planejamento familiar.

Marcolino (2004) ressaltam a importância e a complexidade das ações realizadas com mulheres que pretendem realizar laqueadura tubária. Costumeiramente, as pacientes são encaminhadas a psicólogo, enfermeiro e/ou assistente social e, posteriormente, ao médico responsável pelo procedimento. Nesse contexto, é imprescindível que os profissionais envolvidos valorizem os elementos da vida das mulheres, as escutem, respeitem suas decisões e valorizem a dimensão ética decisória que tende a deslocar o saber do campo do conhecimento científico biomédico para um saber apoiado no conhecimento psicológico, sociológico e ético. As equipes de ESF não devem negligenciar esse aspecto.

A contracepção de emergência, marcada pela pílula do dia seguinte, é sensível e costuma gerar dúvidas entre as mulheres. Faz-se necessário prover acesso à informação de qualidade em relação ao produto, de modo a possibilitar que as mulheres o utilizem de maneira adequada, isto é, sem abandono do preservativo, uma vez que se trata do único método eficaz na prevenção das ISTs (ALANO *et al.*, 2012). Suas características devem ser reforçadas no planejamento familiar e os resultados deste estudo indicam que isso está ocorrendo no município de Boa Vista.

A tabelinha também se configura como método que pode causar confusão entre as mulheres. Para utilizá-lo, a mulher deve anotar ao menos os seis últimos ciclos e, a partir daí, estimar o início do período fértil ao subtrair 18 dias do comprimento do ciclo mais curto e estimar o fim do período fértil subtraindo 11 dias do ciclo mais longo. É válido somente para mulheres com ciclos regulares e possui chance de falha de 40 por 100 mulheres/ano (ALMEIDA,

2010). Dada sua complexidade, a condução adequada das ações de planejamento familiar é fundamental para a apreensão de informações corretas sobre o método.

No âmbito dos métodos contraceptivos utilizados pelas mulheres de Boa Vista, mostraram-se associados à participação nas ações de planejamento familiar: camisinha masculina e/ou feminina, laqueadura tubária e vasectomia. Percebe-se que é um panorama distinto daquele composto pelas relações entre conhecimento e planejamento familiar.

Os achados são consistentes com os de Hernández-Girón et al. (1999), que identificaram o planejamento familiar como um dos principais motivos para o uso de camisinha masculina. Estima-se que contribua para a associação a disponibilidade da camisinha nas UBS, que costuma ser maior em comparação aos demais métodos (SILVA et al., 2011).

Brandão (2009) ressalta que, no âmbito dos métodos de barreira, os profissionais de saúde responsáveis pela realização devem orientar sobre transtornos comuns, como irritação ou alergias, e a presença de crenças que associam o uso de camisinha à interrupção da sensação de prazer nas relações sexuais. Adicionalmente, é relevante que os clientes do planejamento familiar sejam orientados sobre a prevenção de ISTs agregada à característica de contracepção, que esse método possui (MADUREIRA; TRENTINI, 2008).

Estima-se que a associação da participação nas ações e o uso de camisinha evidencie a realização adequada das intervenções de planejamento familiar, o que, pela natureza do método, contribui substancialmente para a prevenção de ocorrência de ISTs na população feminina do município de Boa Vista.

Os resultados gerais do estudo evidenciaram os aspectos da saúde reprodutiva em que as ações de planejamento familiar estão influenciando ou não e sua análise faz emergirem reflexões relevantes ao aprimoramento da condução dessas intervenções no município de Boa Vista. Uma delas é a necessidade de reforçar, entre profissionais de saúde e clientes, a percepção de que as ações de planejamento familiar somente são efetivas se a participação não for passiva e se o modo de realização das atividades de educação em saúde for direcionado às particularidades do momento de vida dos clientes.

Assim, é importante que o planejamento familiar seja enxergado como

mais que um mecanismo de limitação da reprodução feminina e passe a ser um real meio de discussão e troca sobre planejamento responsável da expansão da família, aquisição de informações para prevenção de doenças, compartilhamento de anseios e divisão de atribuições (SANTOS e FREITAS, 2011).

Para tanto, as ações educativas em planejamento familiar devem ser planejadas de modo a contemplar os enfoques coletivos e individuais, bem como buscar agregar toda a família, já que, tradicionalmente, as mulheres tendem a participar mais que os homens (MARCOLINO; GALASTRO, 2001). À toda a família, deve ser ofertada informação adequada, que possibilite ao cliente exercer seus direitos, reconhecer métodos contraceptivos e fazer escolhas com autonomia. É essencial, ainda, abranger todos os métodos e técnicas para controle da fecundidade, como demais aspectos da saúde reprodutiva (PIERRE e CLAPIS, 2010).

A construção coletiva dos espaços de Educação Popular em Saúde mostra-se importante para integrar os saberes de todos os envolvidos no processo de planejamento familiar, unindo forças para a concretização de ações benéficas à população, de modo a transforçar os cenários de práticas reais (BEZERRA *et al.*, 2018).

Para a realização de ações efetivas de planejamento familiar, há, portanto, que se buscar evitar algumas inadequações comuns. Uma delas é direcionar a responsabilidade do planejamento reprodutivo exclusivamente à mulher e suprimir o papel do homem nesse âmbito. Revisão integrativa recente indica que as habilidades dos profissionais de saúde responsáveis pelo planejamento familiar precisam incluir os homens na promoção da saúde sexual e reprodutiva, primordialmente na APS, conforme preconizam os protocolos pertinentes (FRANZE *et al.*, 2019).

Mota *et al.* (2015) ressaltam o papel primordial e indispensável dos profissionais da enfermagem nesse âmbito. Estes possuem grande influência sobre a comunidade e possuem formação que contempla conhecimentos teóricos biomédicos e sociais específicos à área. Estima-se que, quanto maior seja o conhecimento e as habilidades da equipe multiprofissional, mais efetivo ela será na conscientização de mulheres, homens e casais quanto à limitação ou à diminuição do número de filhos, o espaçamento entre uma gestação e outra e o momento mais adequado para construção da família, por meio de orientações

fundamentais (MEIRELES; NEGREIROS; MAIA, 2014).

Embora tenha levantado evidências relevantes sobre as relações entre planejamento familiar e fatores associados em mulheres da cidade de Boa Vista, este estudo apresenta algumas limitações. A disponibilização virtual de aplicação do instrumento de coleta de dados, que por natureza demandava uso de dispositivo eletrônico com acesso à internet, pode ter limitado o acesso por pessoas de estratos socioeconômicos inferiores. Além disso, a ausência de perguntas sobre os modos de utilização dos métodos contraceptivos impediu a exploração desse aspecto e de sua relação com a participação nas ações de planejamento familiar.

6 CONCLUSÃO

Este estudo identificou que as mulheres, cadastradas ou não na Estratégia Saúde da Família do Município de Boa Vista – RR, possuem, em maioria, o seguinte perfil: um (28,74%) ou dois filhos (26,32%), não planejou nenhum de seus filhos (44,53%), não consideram a opção de aborto (84,21%), já ouviram falar (89,07%) e participaram (58,30%) de ações de planejamento familiar, principalmente em UBS. Verificou-se que os métodos mais conhecidos pelas mulheres do município são: camisinha masculina e/ou feminina (90,69%), pílula anticoncepcional (89,88%) e injeção (87,04%). Já camisinha masculina e/ou feminina (38,06%), pílula (19,84%) e injeção (12,96%) são os mais utilizados.

A ocorrência de gravidez não intencional não apresentou associação com idade, escolaridade, renda e estado civil. A pesquisa constatou que conhecimento sobre o serviço de planejamento familiar está associado à presença de um ou mais filhos não planejados.

O conhecimento sobre os seguintes métodos contraceptivos está associado à participação em ações de planejamento familiar: laqueadura tubária ($p=0,001$), coito interrompido ($p<0,001$), pílula do dia seguinte ($p=0,046$), tabelinha ($p=0,029$), diafragma ($p<0,001$) e espermicida ($p<0,001$). A participação nas ações mostrou associação com o uso de três métodos: camisinha masculina e/ou feminina ($p=0,038$), laqueadura tubária ($p=0,001$) e vasectomia ($p=0,016$). Percepção sobre aborto não se mostrou relacionada ao planejamento familiar.

O estudo permitiu evidenciar possibilidades de melhorias na realização do planejamento familiar no município de Boa Vista, principalmente quanto ao provimento de educação em saúde sobre gravidez não planejada, procedimentos de aborto e uso adequado de métodos contraceptivos, especialmente a camisinha, por seu papel na prevenção de ISTs.

Destaca-se a importância de as capacitações de profissionais de saúde do município, para atuar no âmbito do planejamento familiar, reforçarem a necessidade de ofertar informações adequadas e que permitam à mulher, o homem e o casal fazerem escolhas com plena autonomia. Deve-se integrar os saberes de todos os envolvidos no planejamento familiar, respeitar os direitos

reprodutivos e estimular vínculos de confiança entre clientes, profissionais e serviços de saúde.

7 PRODUTOS TÉCNICOS

Justificativa para elaboração dos produtos

Percebeu-se a necessidade de elaborar produtos técnicos a partir das evidências sobre o perfil reprodutivo das mulheres do município de Boa Vista e o planejamento familiar realizado no município evidenciadas nesta pesquisa. Considerou-se pertinente a elaboração de produtos técnicos voltados aos dois públicos envolvidos nas oportunidades de melhoria identificadas no estudo: os profissionais de saúde responsáveis pela condução do planejamento familiar e os usuários desse serviço.

Para os profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família, foi desenvolvido material didático (APÊNDICE C) com o propósito de informá-los sobre os principais achados do estudo e suas interações com o serviço de planejamento familiar ofertado. Buscou-se, ainda, contribuir com a capacitação voltada à adoção de práticas educativas que reforcem a autonomia na tomada de decisões reprodutivas, a inclusão dos homens nas ações e a vinculação com mulheres, homens e casais atendidos nos serviços de planejamento familiar.

Para os usuários dos serviços de planejamento familiar do município de Boa Vista, foi produzido material didático (APÊNDICE D) contendo uma compilação de informações sobre os principais métodos contraceptivos, com destaque para a camisinha, por seu papel na prevenção de ISTs.

Avanços tecnológicos/grau de novidade

Produto com médio teor inovativo, uma vez que combina conhecimentos pré-estabelecidos sobre planejamento reprodutivo adicionalmente, o material reforçou os direitos reprodutivos e de autonomia que devem ser garantidos às mulheres, homens e/ou casal baseado cientificamente em informações do Ministério da Saúde (MS). No entanto, é o primeiro produto de editoração a ser desenvolvido sobre a temática do planejamento reprodutivo no estado de Roraima.

Produto

O produto de editoração é resultado do trabalho realizado pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (PROCISA) vinculado à UFRR, desenvolvido pelos seguintes autores:

Docente Autor:

Nome: Prof^a. Dr^a. Alexander Sibajev

(x) Permanente; () Colaborador

Discente Autora:

Nome: Daniele Alves Damaceno Gondim

() Mes.tAcad; (x) MestProf; ()Doutorado

Conexão com a Pesquisa

- Projeto de Pesquisa vinculado à produção: “Relações entre planejamento reprodutivo e fatores associados em mulheres do município de Boa Vista-RR”
- Linha de Pesquisa vinculada à produção: “Política, Gestão e Sustentabilidade de Sistemas e Programas de Saúde.”

Recursos e vínculos da Produção Técnica/Tecnológica

- Data de início: 09/2020
- Fonte do Financiamento: Não há.

Aplicabilidade da Produção Técnica/Tecnológica

Acredita-se que o produto de editoração poderá influenciar positivamente a vida das mulheres, homem e/ou casal, sendo de grande relevância dentro das ações de prevenção e promoção a saúde da mulher, podendo contribuir para a diminuição dos índices de natalidade, diminuição dos casos de IST, diminuição do número de abortos devido a possível rejeição ao conceito. Buscou-se elaborar um produto com linguagem simples, clara e adequada, além de possuir figuras de ilustração favorecendo a compreensão, para alcançar o maior número de pessoas. Neste contexto, o produto de

editoração terá alta aplicabilidade, pois poderá ser disponibilizado fisicamente ou digitalmente pelos serviços de saúde.

Descrição da Abrangência Realizada

O produto será apresentado aos profissionais de saúde que trabalham nas Unidades Básicas de saúde, como também para os usuários dos serviços, onde o público alvo será constituído por indivíduos de ambos os gêneros, incluindo adolescentes, jovens e adultos.

Descrição da Abrangência potencial

Acredita-se que após a divulgação do produto de editoração aos profissionais de saúde da Atenção Básica, o mesmo será disponibilizado para todos os usuários atendidos localmente.

Descrição da Replicabilidade

O produto de editoração poderá ser replicado e transferido para outras Unidades Básicas de Saúde, serviços de saúde e ou centros de referência voltada para atendimento integral a saúde da mulher, distribuídos em todo país, através do meio físico ou digital.

A produção necessita estar no repositório? Sim

Documentos Anexados (em PDF)

(x) O produto de editoração em si (Apêndice C e D)

REFERÊNCIAS

ADEBAYO, A.M. *et al.* Family planning services in a tertiary hospital in a semi-urban area of south-western Nigeria: Uptake and determinants of contraceptive use. **Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v.36, n.7, 2016. doi: 10.1080/01443615.2016.1174820

ALANO, G.M. *et al.* Conhecimento, consumo e acesso à contracepção de emergência entre mulheres universitárias no sul do Estado de Santa Catarina. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.9, 2012.

ALMEIDA, C. M. O movimento da reforma sanitária: uma visão crítica, In: CONGRESSO NACIONAL DA REDE UNIDA - 20 ANOS DE PARCERIAS NA SAÚDE E NA EDUCAÇÃO, 6., 2005. Belo Horizonte. *Anais do VI Congresso da Rede UNIDA*, Belo Horizonte: Rede UNIDA, 2005. p. 25-32.

ALMEIDA, L.C. **Métodos contraceptivos: uma revisão bibliográfica.** Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais. Minas Gerais, 65 p., 2010.

ALMEIDA, R.R. *et al.* Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015-2017). **Revista PanAmericana de Salud Publica**, v.42, 2018. doi: 10.26633/RPSP.2018.180

ALVES, J.E.D. População, desenvolvimento e sustentabilidade: perspectivas para a CIPD pós-2014. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v.31, n.1, 2014. doi: 10.1590/S0102-30982014000100013

ANJOS, K.F. *et al.* Aborto e saúde pública no Brasil: reflexões sob a perspectiva dos direitos humanos. **Saúde debate**, v.37, n.98, 2013. doi: 10.1590/S0103-11042013000300014

BATICH, M. Previdência do trabalhador: uma trajetória inesperada. **São Paulo em perspectiva**, v.18, n.3, 2004. doi: 10.1590/S0102-88392004000300004

BERQUÓ, E.S.; CAVENAGHI, S.M. Notas sobre os diferenciais educacionais e econômicos da fecundidade no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, v.31, n.2, 2014.

BERQUÓ, R.; CAVENAGHI, S. Breve nota sobre a redução no número médio de filhos por mulher no Brasil. **Novos estudos CEBRAP**, n.74, 2006. doi: 10.1590/S0101-33002006000100001

BEZERRA, I.M.P.; SORPRESO, I.C.E. Conceitos de saúde e movimentos de promoção da saúde em busca da reorientação de práticas. **Journal of Human Growth and Development**, v.26, n.1, 2016. doi: 10.7322/jhgd.113709

BEZERRA, I.N.M. *et al.* Ações de educação em saúde e o planejamento familiar: um relato de experiência. **Revista Ciência Plural**, v.4, n.3, 2018.

BHATTACHARYYA, A.K. Income inequality and fertility: A comparative view. **Population Studies**, v.29, n.1, 1975. doi: 10.1080/00324728.1975.10410181.

BONATTI, A.F. et al. Fatores Associados ao Tipo de Gestação não Planejada na Estratégia de Saúde da Família. **Revista Cuidado é Fundamental (Online)**, v.10, n.3, 2018. doi: 10.9789/2175-5361.2018.v10i3.871-876

BRANDÃO, E.R. Desafios da contracepção juvenil: interseções entre gênero, sexualidade e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.4, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases para uma ação programática**. Brasília (DF): 1984. (Textos Básicos de Saúde, Série B, v. 6). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 7 nov. 2020.

BRASIL. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o §7º do artigo 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Disponível em URL: <http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/tecavirtual/dh/volume%20i/plajlei9263.htm>

BRASIL. Constituição (1988). Constituição Federal. Brasília (DF): Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia Prático do Programa Saúde da Família. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2001.

BRASIL. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes. Brasília. [Ministério da Saúde]. 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 7 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Gabinete do Ministro. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006-Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. **Diário Oficial da União**, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva / Ministério da Saúde,

Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - 1. ed., 1. reimpr. - Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 300 p.

BRASIL. Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017. Institui a Lei de Migração. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2017/lei/l13445.htm. Acesso em: 7 nov. 2020.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 7 nov. 2020.

BRUCE, J. Fundamental elements of the quality of care: a simple framework. **Studies in Family Planning**, v.21, n.2, 1990.

CARDIN, V.S.G.; FROSI, V.T. O afeto como valor jurídico. In: XIX Encontro Nacional do CONPEDI, 2010, Fortaleza. Anais do XIX Encontro Nacional do CONPEDI. Fortaleza, 2010, p.6857-6869.

CARDIN, V.S.G.; ROSA, L.C.B. Da evolução da família e do planejamento, da paternidade responsável e das políticas públicas. In: XVIII Congresso Nacional do CONPEDI, 2019, São Paulo. Anais do XVIII Congresso Nacional do CONPEDI. São Paulo, 2019.

CARREIRA, G.B. et al. Desigualdade social, desenvolvimento humano e padrão de fecundidade no Brasil, 2000-2010. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.19, n.1, 2019. doi: 10.1590/1806-93042019000100012

CARRENO, I. *et al.* Uso de métodos contraceptivos entre mulheres com vida sexual ativa em São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.22, n.5, 2006. doi: 10.1590/S0102-311X2006000500023

CARVALHO, J.A.M.; BRITO, F. A demografia brasileira e o declínio da fecundidade no Brasil: contribuições, equívocos e silêncios. **Revista Brasileira Estado e População**, v.22, n.2, 2005.

CHIAVEGATTO, A.D.P.; KAWACHI, I. Income inequality is associated with adolescent fertility in Brazil: a longitudinal multilevel analysis of 5,565 municipalities. **BMC Public Health**, v.15, 2015. doi: 10.1186/s12889-015-1369-2

COELHO, E.A.C. et al. Associação entre gravidez não planejada e o contexto socioeconômico de mulheres em área da Estratégia Saúde da Família. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.25, n.3, 2012. doi: 10.1590/S0103-21002012000300015.

COELHO, E.A.C. *et al.* Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.13, n.1, 2009.

- COELHO, E.A.C., LUCENA, M.F.G., SILVA, A.T.M. O planejamento familiar no Brasil no contexto das políticas públicas de saúde: determinantes históricos. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v.34, n.1, 2000.
- COLLERAN, H.; MACE, R. Social network- and community-level influences on contraceptive use: evidence from rural Poland. **Proceedings of the Royal Society - Biological Sciences**, v.282, 2015. doi: 10.1098/rspb.2015.0398
- CORRÊA, S. **PAISM**: uma história sem fim. Recife, SOS Corpo, 1992.
- COSTA, A. M.; AQUINO, E. A. Saúde da mulher na reforma sanitária brasileira. In: HAMMAM, E.M. *et al.* (org). **Saúde, equidade e gênero**: um desafio para as políticas públicas. Brasília, DF: Editora da Universidade, 2002.
- COSTA, A.M.; GUILHEM, D.; SILVER, L.D. Planejamento familiar: a autonomia das mulheres sob questão. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.6, n.1, 2006. doi: 10.1590/S1519-38292006000100009
- DANIEL, J.M.P.; CRAVO, V.Z.; POSSE, Z.C.S. A diversidade cultural e a reprodução humana. **Educar em Revista**, n.11, 1995. doi: 10.1590/0104-4060.142
- DEHLENDORF, C. *et al.* Disparities in Family planning. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v.202, n.3, 2010. doi: 10.1016/j.ajog.2009.08.022
- DIAZ, E. *et al.* Use of hormonal contraceptives among immigrant women and their daughters in Norway: Data from the Norwegian Prescription Database. **Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica**, v.98, n.2, 2019. doi: 10.1111/aogs.13469
- FARAH, M.F.S. Gênero e políticas públicas. **Estudos Feministas**, v.12, n.1, 2004.
- FERRERA, A.P.C. *et al.* (Des) conhecimento de mulheres sobre a utilização de métodos contraceptivos. **Rev enferm UFPE on line**, v.13, n.5, 2019.
- FRANZE, A.M.A.K. *et al.* Planejamento reprodutivo nas orientações em saúde: revisão integrativa. **REFACS (online)**, v.7, n.3, 2019.
- FREITAS, G.L. *et al.* a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.11, n.2, 2009.
- GOMES, R. Desafios da atenção à saúde integral da mulher. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.5, 2011. Acesso em: 7 nov. 2020.
- GONÇALVES, G.Q. *et al.* A transição da fecundidade no Brasil ao longo do século XX – uma perspectiva regional. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, v.36, e0098, 2019. doi: 10.20947/s0102-3098a0098
- GUERRA, K.; VENTURA, M. Bioética, imigração e assistência à saúde: tensões e convergências sobre o direito humano à saúde no Brasil na

integração regional dos países. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v.25, n.1, 2017. doi: 10.1590/1414-462X201700010185

HADDAD, L.B. Unsafe abortion: unnecessary maternal mortality. **Reviews in Obstetrics and Gynecology**, v.2, n.2, 2009.

HERNANDÉZ-GIRON, C. et al. Características de comportamento sexual em homens de la Ciudad de Mexico. **Salud Publica Mexico**, v.41, n.2, 1999.

HILLESHEIM, B. et al. Saúde da mulher e práticas de governo no campo das políticas públicas. **Psicologia em Revista (Belo Horizonte)**, v.15, n.1, 2009.

HOCHMAN, B. et al. Desenhos de pesquisa. **Acta Cirúrgica Brasileira**, v.20, n.2, 2005.

IBGE. Cidades e Estados – Roraima. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rr.html>. Acesso em: 7 nov. 2020.

IBGE. Indicadores de Desenvolvimento Sustentável. Tabela 3727 - Taxa de fecundidade total, 2015. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/3727>.

IBGE. Indicadores de Desenvolvimento Sustentável. Tabela 3727 - Taxa de fecundidade total, 2018. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/3727>.

KARNEY, P. Women's Health: na evolving mosaic. **Journal of General Internal Medicine**, v.15, n.8, 2000. doi: 10.1046/j.1525-1497.2000.00623.x

LAGO, T.G. Nascimentos não planejados no Brasil eram 46% em 2006. Diminuíram? **Revista Brasileira de Estudos de População**, v.32, n.2, 2015. doi: 10.1590/S0102-30982015000000022

LEMOS, A.; RUSSO, J.A. Profissionais de saúde e o aborto: o dito e o não dito em uma capacitação profissional em saúde. **Interface (Botucatu)**, v.18, n.49, 2014. doi: 10.1590/1807-57622013.0754

MADUREIRA, V.S.F.; TRENTINI, M. Da utilização do preservativo masculino à prevenção de DST/aids. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n.6, 2008. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000600015>

MALDONADO, M.T.P. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. Rio de Janeiro: Petrópolis, RJ: Vozes, 1988.

MARCOLINO, C. Planejamento familiar e laqueadura tubária: análise do trabalho de uma equipe de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n.3, 2004. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000300014>

MARCOLINO, C.; GALASTRO, E.E. As visões feminina e masculina acerca da participação de mulheres e homens no planejamento familiar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.9, n.3, 2001.

MARQUES, M. B. A atenção materno-infantil como prioridade política. In: GUIMARÃES, R. Saúde e medicina no Brasil: contribuição para um debate. Rio de Janeiro, GRAAL, 1978.

MARQUES, T.C.N.; MELO, H.P. Os direitos civis das mulheres casadas no Brasil entre 1916 e 1962 Ou como são feitas as leis. **Revista Estudos Feministas**, v.16, n.2, 2008. doi: 10.1590/S0104-026X2008000200008

MEDEIROS, P.F.; GUARESCHI, N.M.F. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. **Revista Estudos Feministas**, v.17, n.1, 2009. doi: 10.1590/S0104-026X2009000100003

MEDEIROS, P.F.; GUARESCHI, N.M.F. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. **Revistas Estudos Feministas**, v.17, n.1, 2009. doi: 10.1590/S0104-026X2009000100003

MEIRELES, G.M.S.; NEGREIROS, L.T.; MAIA, J.S. A atuação do enfermeiro no planejamento familiar. **Revista Recien**, v.10, n.4, 2014.

MORI, M.E.; COELHO, V.L.D.; ESTRELLA, R.C.N. Sistema Único de Saúde e políticas públicas: atendimento psicológico à mulher na menopausa no Distrito Federal, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.22, n.9, 2006. doi: 10.1590/S0102-311X2006000900013

MOTA, D.S. et al. Pesquisa-ação com grupo de mulheres sobre planejamento familiar: percepção das participantes. **SANARE**, v.14, n.02, 2015.

MOURA, E.R.F.; SILVA, R.M. Competência profissional e assistência em anticoncepção. **Revista de Saúde Pública**, v.39, n.5, 2005. doi: 10.1590/S0034-89102005000500015

MOURA, E.R.F.; SILVA, R.M.; GALVÃO, M.T.G. Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no Programa Saúde da Família no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.23, n.4, 2007.

MOURA, L.N.B; GOMES, K.R.O. Planejamento familiar: uso dos serviços de saúde por jovens com experiência de gravidez. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.3, 2014. doi: 10.1590/1413-81232014193.10902013

NADER, P. R. A; BLANDINO, V. R. P; MACIE, E. L. N. Características de abortamentos atendidos em uma maternidade pública do Município da Serra - ES. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.10, n4, 2007.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 651-657, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a21v10n3.pdf>.

NATALINI, G. Princípios Básicos do SUS. In: SUS: o que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde, vo. 01, São Paulo, Editora Atheneu, 2004.

NETO, E.T.S. et al. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde e Sociedade**, v.17, n.2, 2008. doi: 10.1590/S0104-12902008000200011

OLIVEIRA, NHD. Recomeçar: família, filhos e desafios [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 236 p.

OLSEN, J.M.; LAGO, T.D.G.; KALCKMANN, S.; ALVES, C.G.P.; ESCUDER, M.M.L. Práticas contraceptivas de mulheres jovens: inquérito domiciliar no Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.34, n.2, 2018. doi: 10.1590/0102-311X00019617

OSIS, M.J.M.D. Pasm: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.14, n.1, 1998. doi: 10.1590/S0102-311X1998000500011

PIERRE, L.A.S.; CLAPIS, M.J. Planejamento familiar em Unidade de Saúde da Família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.18, n.6, 2010.

Planejamento Familiar é um dos serviços oferecidos pelo HCFMB, 2016. Disponível em: <http://www.hcfmb.unesp.br/planejamento-familiar-e-um-dos-servicos-oferecidos-pelo-hcfmb/>. Acesso em: 10 nov. 2020.

Por dentro da Maternidade - Maternidade Escola Januário Cicco – MEJC. Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/web/mejc-ufrn/por-dentro-da-maternidade/-/asset_publisher/ZMFlySY4lYuK/content/id/2377757/2017-08-ambulatorio-planejamento-familiar-mejc-oferece-orientacao-a-concepcao-e-contracepcao. Acesso em: 10 nov. 2020.

PRIETSCH, S.O.M. et al. Gravidez não planejada no extremo Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, v.27, n.10, 2011. doi: 10.1590/S0102-311X2011001000004

RAWAL, N.; DAS, G.; KISHEN, M. Assessment of contraceptive services in a maternity unit of a district general hospital in the UK. **Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v.25, n.2, 2005. doi: 10.1080/01443610500051478.

RIBEIRO, A.M.; GARCIA, R.A.; FARIA, T.C.A.B. Baixa fecundidade e adiamento do primeiro filho no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, v.36, 2019.

ROSA, W.A.G.; LABATE, R.C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.13, n.6, 2005. doi: 10.1590/S0104-11692005000600016

SANTANA, T.D.B. et al. Avanços e desafios da concretização da Política Nacional da Saúde da Mulher: uma revisão de literatura. **Revista Atenção à Saúde**, v.17, n.61, 2019. doi: 10.13037/ras.vol17n61.6012

SANTOS, J.C.; FREITAS, P.M. Planejamento familiar na perspectiva do desenvolvimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, n.16, v.3, 2011.

SANTOS, J.C.; FREITAS, P.M. Planejamento familiar na perspectiva do desenvolvimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.3, 2011. doi: 10.1590/S1413-81232011000300017

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Revista de Saúde Coletiva**, v.17, n.1, 2007.

SEN, A. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

SILVA, J.M.B.; NUNES, M.A. Planejamento familiar: uma base de dados. **Revista Cuidado é Fundamental Online**, v.9, n.2, 2017. doi: 10.9789/2175-5361.2017.v9i2.510-519

SILVA, J.S. *et al.* PET AÇÃO EDUCATIVA: PLANEJAMENTO FAMILIAR NAS ESCOLAS. **Revista Extensão & Sociedade**, v. 3, n. 3, 2011.

SILVA, L.C.S. *et al.* Necessidades de saúde da mulher idosa no contexto da atenção básica: revisão integrativa. **Enfermería Global**, n.40, 2015.

SILVA, M.V.F. *et al.* Capacitação em planejamento familiar para professores: um relato de experiência. **REVISTA PROEX**, v.3, n.5, 2015.

SILVA, R.M. *et al.* Planejamento familiar: significado para mulheres em idade reprodutiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.5, 2011. doi: 10.1590/S1413-81232011000500010

Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. Acesso à informação. Indicadores, Ações e Programas. Disponível em: < <http://svs.aids.gov.br/dantps/cgiae/sinasc/> >.

SORANZ, D.R. Reformas de sistemas de saúde informadas em evidências. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.24, n.6, 2019.

SOUZA, G.C.A.; COSTA, I.C.C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde e Sociedade**, v.19, n.2, 2010. doi: 10.1590/S0104-12902010000300004

TRUSSEL, J. Contraceptive failure in the United States. *Contraception*, v.83, n.5, 2011. doi: 10.1016/j.contraception.2011.01.021

VASCONCELOS, A.M.N., GOMES, M.M.F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiologia & Serviços de Saúde**, v.21, n.4, 2012. doi: 10.5123/S1679-49742012000400003

VIEIRA, S.M. **Planejamento familiar na Estratégia Saúde da Família**. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais. Minas Gerais, p.26, 2010.

WELLINGS, K. et al. The prevalence of unplanned pregnancy and associated factors in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). **Lancet**, v.382, 2013. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62071-1

XAVIER, D. *et al.* Questões femininas para a ordem médica. In: LABRA, M. E. (Org.). *Mulher, saúde e sociedade no Brasil*. Petrópolis, Vozes, 1989.

YEE, L.M.; SIMON, M. The role of the social network in contraceptive decision-making among young, African American and Latina women. **Journal of Adolescent Health**, v.47, n.4, 2020. doi: 10.1016/j.jadohealth.2010.03.014

YUNES, J. A dinâmica populacional dos países desenvolvidos e subdesenvolvidos. **Revista de Saúde Pública**, v.5, n.1, 1971. doi: 10.1590/S0034-89101971000100015

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1. Qual sua idade?

- 18 a 28 anos 29 a 39 anos 40 a 49 anos

Qual seu bairro?

2. Qual sua renda?

- Sem renda Até 1 salário mínimo Entre 1 e 2 salários mínimos
 Entre 2 e 3 salários mínimos Entre 4 e 5 salários mínimos
 Acima de 5 salários mínimos

3. Quantos filhos você tem?

- Sem filhos Um filho Dois filhos Três filhos
 Quatro filhos Mais de quatro filhos

4. Quantos filhos foram planejados?

- Não possui filhos Nenhum filho Todos os filhos
 Apenas o primeiro filho Apenas o último filho

5. Já pensou em abortar?

- Sim Não

6. Qual seu estado civil?

- Solteira Casada União estável Divorciada Viúva

7. Qual seu nível máximo de escolaridade?

- Nunca estudou Ensino Fundamental Incompleto
 Ensino Fundamental Completo Ensino Médio Incompleto
 Ensino Médio Completo Ensino Superior Incompleto
 Ensino Superior Completo

8. Já ouviu falar em planejamento familiar?

- Sim Não

9. Se sim, onde?

- Unidade Básica de Saúde Hospital/maternidade
 Escola/faculdade Trabalho Mídias
 Em casa/entre família e amigos Outros Nunca ouvi falar

10. Já participou de ações de planejamento familiar?

- Sim Não

11. Se sim, onde?

- Unidade Básica de Saúde Hospital/maternidade
 Escola/faculdade Trabalho Mídias
 Em casa/entre família e amigos Outros Nunca ouvi falar

12. É beneficiária do Programa Bolsa Família?

- Sim Não

13. Se o aborto fosse legal, consideraria abortar?

- Sim Não

14. Qual desses métodos contraceptivos você utiliza?

- Camisinha masculina e/ou feminina Pílula anticoncepcional
 Pílula do dia seguinte Tabela DIU Injeção
 Espermicida Diafragma Coito interrompido
 Laqueadura tubária Vasectomia

15. Qual desses métodos contraceptivos você conhece?

- Camisinha masculina e/ou feminina Pílula anticoncepcional
 Pílula do dia seguinte Tabela DIU Injeção
 Espermicida Diafragma Coito interrompido
 Laqueadura tubária Vasectomia

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: **RELAÇÕES ENTRE PLANEJAMENTO REPRODUTIVO E FATORES ASSOCIADOS EM MULHERES DO MUNICÍPIO DE BOA VISTA-RR**

Pesquisadora Responsável: Daniele Alves Damaceno Gondim

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa de mestrado sobre o planejamento reprodutivo para as mulheres residentes no Município de Boa Vista. Dessa forma, este projeto tem como objetivo investigar as relações entre planejamento reprodutivo e fatores associados em mulheres cadastradas ou não na Estratégia Saúde da Família do Município de Boa Vista-RR.

Para tanto, será necessário realizar o seguinte procedimento:

Primeiramente, será realizada a aplicação de um questionário contendo 15 perguntas sobre os seus dados pessoais e sociais, como, idade, grau de escolaridade, conhecimentos acerca dos métodos contraceptivos e planejamento reprodutivo, entre outros.

Os **riscos** relacionados ao desenvolvimento da pesquisa estão relacionados à invasão de privacidade, reflexões internas sobre os questionamentos da pesquisa, tomada de tempo para responder a entrevista. Porém, a pesquisadora garante o sigilo e a confidencialidade das informações prestadas/obtidas em todas as fases da pesquisa. Quanto aos **benefícios**, o principal será contribuir para a diminuição dos índices de natalidade, diminuição dos casos de infecções sexualmente transmissíveis e do número de abortos nas ações de prevenção e promoção a saúde da mulher fornecendo informações acerca dos métodos contraceptivos.

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, você tem o direito de:

1. Receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa;

2. Retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sendo garantido que não haverá nenhum prejuízo para você ao recusar ou retirar a sua participação da pesquisa.

3. Não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade.

4. Procurar esclarecimentos com a pesquisadora Daniele Damaceno Gondim, por meio do número de telefone (95) 98114-0270 ou no Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde (PROCISA) da Universidade Federal de Roraima, situado no endereço Av. Ene Garcez, 2413 - Campus Paricarana, Bairro Aeroporto - Boa Vista – RR, CEP: 69.304-000 em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos.

Eu, _____, declaro estar ciente do anteriormente exposto e concordo voluntariamente em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas e a outra com a pesquisadora.

Boa Vista-RR, ____ de _____ de _____.

Assinatura do participante da pesquisa

Eu, _____, declaro que forneci todas as informações referentes à pesquisa ao participante, de forma apropriada e voluntária.

Boa Vista-RR, ____ de _____ de _____

APÊNDICE C – PRODUTO DE EDITORAÇÃO VOLTADO À CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS NA REALIZAÇÃO DO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO

Direitos reprodutivos de mulheres, homens e casais

Conforme a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), é direito das mulheres:

- A oportunidade de serem sujeitos ativos no cuidado de sua saúde,
- Ter a maternidade como uma escolha e não uma obrigação.
- Ter acesso a serviços de saúde de qualidade, que ofereçam meios de prevenção às infecções sexualmente transmissíveis e aos métodos contraceptivos. Os serviços também devem respeitar seus direitos sexuais e reprodutivos em todos os aspectos fundamentais.
- Ser alvo de ações que busquem melhorar a atenção ao abortamento inseguro e à violência doméstica e sexual, reduzir a morbimortalidade por causas previsíveis e evitáveis e prevenir o câncer de mama e de colo de útero.

A Constituição Federal determina que o planejamento familiar é livre decisão do casal, cabendo ao Estado propiciar recursos para o exercício desse direito.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
PROCISA



Autora: Daniele Alves Damaceno Gondim
Contato: danieledamaceno@hotmail.com



Capacitação de profissionais de saúde na realização do planejamento familiar em Boa Vista, RR

Boa Vista, RR

2020

O que é planejamento familiar?

Conforme a lei federal nº 9.263/96, planejamento familiar se caracteriza como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garante direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

No planejamento familiar, é dada assistência a mulheres, homens e casais para que exerçam seu direito de ter filhos quando quiser, no momento que lhes for mais conveniente e mediante a aquisição de todas as orientações necessárias.

Quem deve participar do planejamento familiar?

Mulher, homem e casais.

Deve ser realizado, preferencialmente, por equipes multiprofissionais constituídas por enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais e outros.

Principais resultados do estudo "Relações entre planejamento familiar e fatores associados em mulheres do município de Boa Vista, RR"

- A maior parte das mulheres atendidas no município possui um ou dois filhos e o número de filhos não está associado à renda.
- Foi frequente o relato de gravidez não planejada, principalmente em mulheres com renda entre um e dois salários mínimos.
- Aproximadamente 90% das mulheres atendidas no município estão familiarizadas com o termo "planejamento familiar" e 58,3% participam de ações nesse âmbito, ocorridas principalmente em Unidades Básicas de Saúde.
- A possibilidade de realizar procedimento de aborto foi cogitada majoritariamente por mulheres com idade entre 29 e 39 anos e solteiras. A participação em ações de planejamento familiar não teve influência nessa percepção.
- Em média, as mulheres atendidas no município conhecem 7,78 ($\pm 3,3$) métodos contraceptivos e utilizam 1,12 ($\pm 0,93$).
- Os métodos mais utilizados são camisinha masculina e/ou feminina, pílula e injeção.
- A participação em ações de planejamento familiar âmbito mostrou associação significativa com o uso de três métodos contraceptivos: camisinha masculina e/ou feminina ($p=0,038$), laqueadura tubária ($p=0,001$) e vasectomia ($p=0,016$).

Oportunidades de melhoria nos serviços de planejamento familiar de Boa Vista, RR

- Intensificação da realização de ações de educação em saúde sobre gravidez não planejada, procedimentos de aborto e uso adequado de métodos contraceptivos, em especial a camisinha, por seu papel na prevenção de infecções sexualmente transmissíveis.
- Adoção de abordagens direcionadas às especificidades de mulheres, homens e casais que estão em atendimento, especialmente sobre o momento de vida reprodutiva pelo qual estão passando.
- Provimento de orientações sobre avaliação da sustentabilidade do planejamento reprodutivo e seus fatores relacionados: renda, ocupação dos pais, condições de moradia, suporte social, dentre outros.
- Ampliação das ações educativas individuais e coletivas.
- Avaliação contínua de indicadores de resultado das ações de planejamento familiar.

APÊNDICE D – PRODUTO DE EDITORAÇÃO - FOLDER ORIENTATIVO A USUÁRIOS DO SERVIÇO DE PLANEJAMENTO REPRODUTIVO

Direitos reprodutivos de mulheres, homens e casais

Conforme a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), é direito das mulheres:

- A oportunidade de serem sujeitos ativos no cuidado de sua saúde,
- Ter a maternidade como uma escolha e não uma obrigação.
- Ter acesso a serviços de saúde de qualidade, que ofereçam meios de prevenção às infecções sexualmente transmissíveis e aos métodos contraceptivos. Os serviços também devem respeitar seus direitos sexuais e reprodutivos em todos os aspectos fundamentais.
- Ser alvo de ações que busquem melhorar a atenção ao abortamento inseguro e à violência doméstica e sexual, reduzir a morbimortalidade por causas previsíveis e evitáveis e prevenir o câncer de mama e de colo de útero.

A Constituição Federal determina que o planejamento familiar é livre decisão do casal, cabendo ao Estado propiciar recursos para o exercício desse direito.



UFRR
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RORAIMA
PROCISA



Autora: Daniele Alves Damaceno Gondim

Contato: danieledamaceno@hotmail.com



Orientações sobre
planejamento familiar
para mulheres, homens e
casais do município de
Boa Vista, RR

Boa Vista, RR

2020

O que é planejamento familiar?

Conforme a lei federal nº 9.263/96, planejamento familiar se caracteriza como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garante direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

No planejamento familiar, é dada assistência a mulheres, homens e casais para que exerçam seu direito de ter filhos quando quiser, no momento que lhes for mais conveniente e mediante a aquisição de todas as orientações necessárias.

Quem deve participar do planejamento familiar?

Mulher, homem e casais.

Deve ser realizado, preferencialmente, por equipes multiprofissionais constituídas por enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais e outros.

Métodos contraceptivos

Pílula anticoncepcional:

É um contraceptivo oral contendo hormônios que precisa ser ingerido pela mulher, no mesmo horário todos os dias.

Camisinha masculina:

É uma capa de borracha (látex) que, ao ser colocada sobre o pênis ereto antes de ter relações sexuais. Para evitar gravidez e contaminação por infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), é preciso que seja colocada corretamente e que não apresente furos ou rasgos.

A camisinha, masculina ou feminina, é o único método contraceptivo que também protege contra infecções sexualmente transmissíveis!

Camisinha feminina:

Deve ser inserida na vagina ou no ânus antes do ato sexual como método contraceptivo e proteção contra infecções sexualmente transmissíveis (DSTs). Funciona como os outros preservativos; a diferença é que seu uso é interno.



Métodos contraceptivos

Anticoncepcional injetável (injeção):

É uma injeção com hormônios que impedem a liberação de óvulos. Deve ser administrada por profissional da saúde.

Laqueadura tubária

É o procedimento **voluntário** de esterilização definitiva da mulher. É realizado por meio de uma cirurgia simples, que promove a obstrução das tubas uterinas.

Vasectomia

É um método no qual são cortados os dois pequenos tubos por onde passam os espermatozoides. O procedimento é simples e feito com anestesia local.

A lei nº 9.263/96 estabelece que laqueadura e vasectomia somente podem ser realizadas se atendidos critérios e condições obrigatórias:

- Homens e mulheres devem ter capacidade civil plena e mais de 25 anos ou, pelo menos, dois filhos vivos;
- Em vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento de ambos os cônjuges (marido e mulher);
- Não é permitido realizar laqueadura durante o parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores.

APÊNDICE E – ARTIGO CIENTÍFICO

Relações entre planejamento familiar e fatores associados em Boa Vista, Roraima

Relationships between family planning and associated factors in Boa Vista, Roraima

Relaciones entre planificación familiar y factores asociados en Boa Vista, Roraima

Daniele Alves Damaceno Gondim; Alexander Sibajev

RESUMO

Objetivo: investigar as relações entre planejamento familiar e fatores associados em mulheres do município de Boa Vista, Roraima. **Método:** Estudo transversal, realizado em setembro de 2020, mediante aplicação de questionário eletrônico a 247 mulheres de 18 a 49 anos, residentes em Boa Vista. Variáveis sociodemográficas e relacionadas ao planejamento familiar foram analisadas com cálculo de frequência e testes de associação. O nível de significância adotado foi de 5%. **Resultados:** A maioria das mulheres (44,53%) possuía um ou mais filhos não planejados e esse resultado não se mostrou associado à renda. 58,30% das mulheres relataram participação em ações de planejamento familiar. Em média, as participantes conheciam 7,78 ($\pm 3,3$) métodos contraceptivos e utilizavam 1,12 ($\pm 0,93$). A participação em ações de planejamento familiar mostrou associação significativa com o uso de três métodos: camisinha masculina e/ou feminina ($p=0,038$), laqueadura tubária ($p=0,001$) e vasectomia ($p=0,016$). **Conclusão:** A análise do planejamento familiar e seus fatores associados mostrou que os serviços ofertados em Boa Vista devem ser aprimorados, principalmente, no que tange à oferta de orientações sobre planejamento e espaçamento de filhos e que possuem ação relevante no estímulo ao uso de camisinha.

Descritores: Planejamento Familiar. Serviços de Planejamento Familiar. Saúde Sexual e Reprodutiva

ABSTRACT

Objective: to investigate the relationship between family planning and associated factors in women in the municipality of Boa Vista, Roraima. **Method:** Cross-sectional study, carried out in September 2020, by applying an electronic questionnaire to 247 women aged 18 to 49 years, living in Boa Vista. Sociodemographic and family planning variables were analyzed with frequency calculation and association tests. The level of significance adopted was 5%. **Results:** Most women (44.53%) had one or more unplanned children and this result was not associated with income. 58.30% of women reported participation in family planning actions. On average, the participants knew 7.78 (\pm 3.3) contraceptive methods and used 1.12 (\pm 0.93). Participation in family planning actions showed a significant association with the use of three methods: male and / or female condoms ($p = 0.038$), tubal ligation ($p = 0.001$) and vasectomy ($p = 0.016$). **Conclusion:** The analysis of family planning and its associated factors showed that the services offered in Boa Vista should be improved, especially with regard to the provision of guidance on planning and spacing children and that they have a relevant action in encouraging the use of condoms.

Descriptors: Family Planning. Family Planning Services. Sexual and Reproductive Health

RESUMEN

Objetivo: investigar las relaciones entre planificación familiar y factores asociados en mujeres del municipio de Boa Vista, Roraima. **Método:** Estudio transversal, realizado en septiembre de 2020, mediante la aplicación de un cuestionario electrónico a 247 mujeres de 18 a 49 años residentes en Boa Vista. Se analizaron variables sociodemográficas y de planificación familiar con cálculo de frecuencia y pruebas de asociación. El nivel de significancia adoptado fue del 5%. **Resultados:** La mayoría de las mujeres (44,53%) tuvo uno o más hijos no planificados y este resultado no se asoció con los ingresos. El 58,30% de las mujeres informó haber participado en acciones de planificación familiar. En promedio, las participantes conocían 7,78 (\pm 3,3) métodos anticonceptivos y usaban 1,12 (\pm 0,93). La participación en acciones de planificación familiar mostró una asociación significativa con el uso de tres

métodos: condón masculino y / o femenino ($p = 0.038$), ligadura de trompas ($p = 0.001$) y vasectomía ($p = 0.016$). **Conclusión:** El análisis de la planificación familiar y sus factores asociados mostró que los servicios que se ofrecen en Boa Vista deben mejorarse, especialmente en lo que respecta a la provisión de orientación sobre planificación y espaciamiento de los hijos y que tienen una acción relevante en el fomento del uso de condones.

Descriptor: Planificación Familiar. Servicios de Planificación Familiar. Salud Sexual y Reproductiva

INTRODUÇÃO

No final da década de 70, movimentos sociais e feministas emergiram no Brasil com a defesa da regulação da fecundidade como direito de cidadania⁽¹⁾. Simultaneamente, o Movimento Sanitário buscava soluções para os graves problemas sociais existentes e agravados durante a ditadura militar, como precarização das condições gerais de saúde, baixo investimento na rede pública de saúde e capitalização da medicina⁽²⁾.

Das reivindicações, emergiram avanços nas políticas voltadas à saúde da mulher no Brasil: em 1975, foi criado o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil; em 1983, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM); e em 2004 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), vigente até os dias atuais⁽³⁾. A implantação do PAISM foi consequência de uma compreensão do planejamento familiar como um dos componentes da saúde da mulher, fortalecido principalmente como a nova moldura política e ideológica introduzido pelo movimento feminista⁽⁴⁾.

Nesse contexto, a concepção sobre planejamento familiar evoluiu ao longo das décadas da realização de ações restritas ao controle reprodutivo, para uma realidade de oferta de orientações ampliadas sobre direitos sexuais, métodos contraceptivos, aumento e espaçamento da prole e combate à violência sexual. Busca-se, ainda, ampliar a participação dos homens nas ações de planejamento familiar⁽⁵⁾.

Na legislação brasileira, o planejamento familiar é compreendido como um direito reprodutivo e sexual, que orienta as instâncias do SUS, em todos os seus níveis, a garantir à mulher, homem e ou casal, em toda a sua rede de serviços, assistência a concepção e a contracepção, dentro da visão de atendimento

global e integral à saúde⁽⁶⁾.

No Brasil, apesar de o planejamento familiar ser de responsabilidade de todos os níveis de atenção em saúde, este é ofertado, principalmente, na APS, pelas equipes da ESF, seguindo um modelo de política pública de saúde baseado no trabalho em equipe, na vinculação dos profissionais com a comunidade e na valorização e no incentivo à participação comunitária⁽⁷⁾. A APS revela-se como o nível de atenção mais próximo às premissas do planejamento familiar, uma vez que nessa há maior espaço para autonomia, reconstrução de práticas de modo a atender expectativas e necessidades dos clientes, atuação multiprofissional e participação popular⁽⁸⁾.

As ações de planejamento familiar realizadas pela APS guardam estreitas relações com as taxas de fecundidade do país, que vem apresentando queda nas últimas décadas⁽⁹⁾. O estado de Roraima, apesar de também ter registrado a tendência de queda, ainda apresenta as maiores taxas de fecundidade do Brasil. Estima-se que, em 2060, permaneça nessa posição, sendo seguido por Pará, Amapá e Maranhão⁽¹⁰⁾. O crescente fluxo de imigração venezuelana em Roraima possui potencial de impacto substancial na elevação desses índices no estado. Sabe-se que a imigração não repercute, necessariamente, como uma ameaça à saúde dos povos, mas reconhece-se que seu aumento sem adequação da infraestrutura do sistema de saúde pode aumentar a vulnerabilidade dos sujeitos nativos e migrantes, bem como dos próprios sistemas de saúde⁽¹¹⁾.

Face a essa realidade, pondera-se que é preponderante o fortalecimento dos serviços de planejamento familiar do estado, em especial de sua capital, Boa Vista. Destarte, este estudo estabelece como objetivo investigar as relações entre planejamento familiar e fatores associados em mulheres do município de Boa Vista, Roraima.

MÉTODO

Trata-se de estudo transversal analítico, com abordagem quantitativa. A população do estudo compreendeu uma amostra estatisticamente significativa das mulheres residentes no Município de Boa Vista/RR, com idade entre 18 a 49 anos. O cálculo amostral indicou um total de 247 participantes para o estudo.

A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de questionário eletrônico contendo 15 questões objetivas sobre o assunto abordado no estudo.

O instrumento de coleta de dados incluiu variáveis sociodemográficas, conhecimento acerca dos métodos contraceptivos, uso de métodos contraceptivos, familiarização e participação em ações educativas de planejamento familiar. O questionário eletrônico foi divulgado e disponibilizado em redes sociais, no período compreendido entre 7 a 29 de setembro de 2020. Neste intervalo de tempo, permaneceu disponível ao recebimento de respostas.

O banco de dados contendo as respostas foi exportado para o Microsoft Excel® e analisado no software Stata v.15. A análise estatística descritiva foi realizada com cálculo de frequências para as variáveis categóricas. Para a idade, variável quantitativa discreta, foram calculadas medidas de posição e dispersão. Os resultados foram apresentados em tabelas e gráficos.

Na análise estatística inferencial, foram aplicados os testes de associação exato de Fisher ou qui-quadrado de Pearson, a depender da distribuição das variáveis. Foram verificadas associações entre variáveis demográficas, socioeconômicas, participação em ações de planejamento familiar, gravidez não planejada e percepção sobre aborto.

O protocolo de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Roraima e aprovado sob parecer nº 4.054.425

RESULTADOS

Participaram do estudo 247 mulheres, predominantemente na faixa etária de 29 a 39 anos (43,72%), com ensino superior completo (49,80%), casadas (38,46%), sem benefício do Programa Bolsa Família (94,33%) e renda entre um e dois salários mínimos (21,86%), conforme apresentado na Tabela 1.

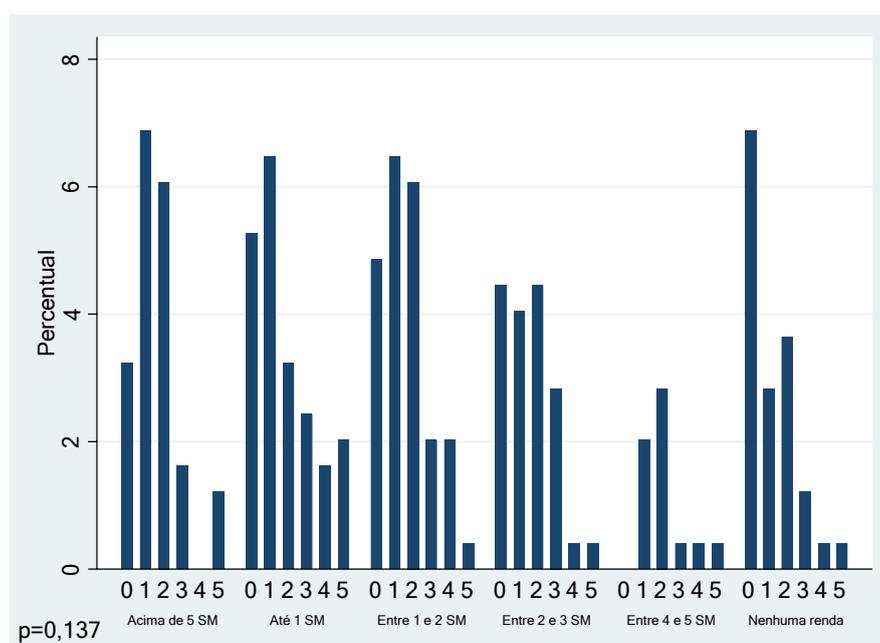
Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica das participantes do estudo.

Variável	n	%
Faixa etária		
18 a 28 anos	82	33,20
29 a 39 anos	108	43,72
40 a 49 anos	57	23,08
Escolaridade máxima		
Ensino Fundamental Completo ou Incompleto	7	2,82
Ensino Médio Incompleto	9	3,64
Ensino Médio Completo	108	43,72
Ensino Superior Completo	123	49,80
Estado Civil		
Solteira	80	32,39

Casada	95	38,46
União estável	56	22,67
Divorciada	12	4,86
Viúva	4	1,62
Renda pessoal		
Menos de um salário mínimo	52	21,05
Entre um e dois salários mínimos	54	21,86
Entre dois e três salários mínimos	41	16,60
Acima de quatro salários mínimos	62	25,20
Nenhuma renda	38	15,38
Beneficiária do Programa Bolsa Família		
Sim	14	5,67
Não	233	94,33

A Figura 1 mostra que não há diferença estatisticamente significativa do número de filhos entre as diferentes faixas de renda analisadas ($p=0,137$).

Figura 1 – Distribuição do número de filhos por renda das mães.



De acordo com a Tabela 2, já ter ouvido falar em planejamento familiar mostrou-se associado com possuir um ou mais filhos não planejados ($p=0,006$), enquanto participar em ações desse âmbito não apresentou associação com gravidez não planejada ($p=0,993$).

Tabela 2 - Associação entre gravidez não planejada e participação em ações de planejamento familiar.

Variáveis	Um ou mais filhos não	Valor de
-----------	-----------------------	----------

	planejados		p
	Sim (N=151)	Não (N=96)	
Ouviu falar de planejamento familiar			0,006
Sim	141 (64,09)	79 (35,91)	
Não	10 (37,04)	17 (62,96)	
Participação em palestras de planejamento familiar			0,993
Sim	88 (61,11)	56 (38,89)	
Não	63 (61,17)	40 (38,83)	

Conforme a Tabela 3, em média, as participantes do estudo conhecem 7,78 ($\pm 3,3$) métodos contraceptivos e utilizam 1,12 ($\pm 0,93$).

Tabela 3 – Média e desvio-padrão da quantidade de métodos contraceptivos conhecidos e utilizados pelas participantes. Boa Vista, Roraima, Brasil, 2020.

Variável	Média	Desvio-padrão
Quantidade de métodos conhecidos	7,78	3,30
Quantidade de métodos utilizados	1,12	0,93

A participação em ações de planejamento familiar apresenta associação estatisticamente significativa com o uso de três métodos: camisinha masculina e/ou feminina ($p=0,038$), laqueadura tubária ($p=0,001$) e vasectomia ($p=0,016$), conforme disposto na Tabela 4. O uso de diafragma e espermicida não foi relatado pelas participantes, de modo que não foi possível investigar sua associação com o desfecho.

Tabela 4 - Associação entre participação em ações de planejamento familiar e uso de métodos contraceptivos.

Método utilizado	Participou de planejamento familiar		Valor de p
	Sim	Não	
Camisinha masculina e/ou feminina	47 (50)	47 (50)	0,038
Pílula anticoncepcional	23 (46.94)	26 (53.06)	0,072
Injeção	19 (59.38)	13 (40.63)	0,895
Laqueadura tubária	22 (88)	3 (12)	0,001
Coito interrompido	17 (70.83)	7 (29.17)	0,190
Pílula do dia seguinte	8 (47.06)	9 (52.94)	0,330

Tabelinha	9 (60)	6 (40)	0,890
DIU	5 (45.45)	6 (54.55)	0,377
Vasectomia	11 (91.67)	1 (8.33)	0,016
Diafragma	0 (0)	0 (0)	-
Espermicida	0 (0)	0 (0)	-

DISCUSSÃO

O desenvolvimento deste estudo permitiu, além de conhecer as relações entre planejamento familiar e fatores associados em mulheres do município de Boa Vista – RR, transitar por relevantes aspectos que permeiam o campo da saúde da mulher.

Observou-se que a frequência de participação em ações de planejamento familiar é substancialmente inferior à de familiaridade com o tema. Os achados são consistentes com estudos anteriores e revelam que a ampliação da oferta de estratégias de educação em saúde sobre planejamento familiar e o estímulo à participação do casal representam oportunidades de melhoria^(12,13).

Ao contrário do que apontam algumas evidências⁽¹⁴⁾, o número de filhos não se mostrou associado à renda das mulheres. Observa-se que, no Brasil, ainda há importante diferença entre o número de filhos nos extremos das faixas de renda. No entanto, a taxa de fecundidade tem estado cada vez mais homogênea entre os diferentes níveis socioeconômicos dos grupos sociais⁽¹⁵⁾. Corroborando essa tendência, observou-se homogeneidade, na população de mulheres de Boa Vista, quanto ao número de filhos nos estratos de renda.

Os resultados apontam para a possibilidade de as famílias do município de Boa Vista estarem seguindo uma tendência de avaliar sua renda e buscar considerar o número de filhos de forma compatível com sua situação socioeconômica⁽¹⁶⁾, associada à uma tendência de redução do número de filhos, identificada, atualmente, em quase todas as partes do globo⁽¹⁷⁾.

No âmbito do número de nascimentos não planejados, identificou-se o número de filhos cuja gestação não foi planejada. Em 2006, a prevalência de prole não planejada no Brasil era de 46%⁽¹⁸⁾, o que evidencia que, em Boa Vista, esse indicador ainda se mantém similar ao geral do país há mais de 15 anos. Com a maior disponibilidade de meios contraceptivos e a ampliação dos serviços

de saúde, esperava-se que esse índice apresentasse uma redução na atualidade.

No entanto, o retrato verificado em Boa Vista é similar ao de outras partes do Brasil: em 2007, o índice de gravidez não planejada no extremo Sul do país era de 65%⁽¹⁹⁾; no estado da Bahia, em 2010, era de 66,5%⁽²⁰⁾; e no estado de Mato Grosso, 75% em 2018⁽²¹⁾. Nessa perspectiva, a prevalência de nascimentos não planejados na cidade de Boa Vista se mostra inferior a de demais partes do país. No entanto, permanece sendo um indicador com níveis que geram preocupação, sobretudo por representar problema de saúde pública passível de intervenções baseadas em educação em saúde no campos de ação do planejamento familiar.

A presença de filhos não planejados não se mostrou associada, neste estudo, à participação em ações educativas de planejamento familiar. Somente “ter ouvido falar” de planejamento familiar mostrou associação com o desfecho, no entanto verificou-se que as mulheres que estavam familiarizadas com o termo “planejamento familiar” relataram maior frequência de gravidez não planejada, em comparação aos que não tinham ouvido falar do termo.

Nos Estados Unidos, foi identificada a associação entre nascimentos não planejados e recebimento de educação sexual e produtiva⁽²²⁾. Já no Brasil, informações relações existentes entre o planejamento familiar e o alcance de melhores índices de gravidez não planejada são escassas. O estudo avança nesse âmbito, ao verificar que em Boa Vista essa associação não foi encontrada, o que sugere que a realização de práticas de planejamento familiar no município vem apresentando falhas no que concerne às orientações sobre planejamento reprodutivo.

Os achados sobre número de filhos e planejamento da prole destacam a importância de os profissionais de saúde de Boa Vista serem capacitados para orientar, no âmbito do planejamento familiar, as famílias a avaliarem a sustentabilidade do planejamento reprodutivo e seus fatores relacionados: renda, ocupação dos pais, condições de moradia, suporte social, dentre outros. Ressalta-se que, além do treinamento, a execução de ações adequadas é preponderante para o avanço nos indicadores relatados.

A presente pesquisa adentrou no aspecto mais comumente realizado no âmbito do planejamento familiar: os métodos contraceptivos. Os resultados

revelaram que, em média, as mulheres do município de Boa Vista conhecem 7,78 métodos contraceptivos e utilizam 1,12. A maioria conhece mais de sete métodos diferentes e utiliza um.

No âmbito dos métodos contraceptivos utilizados pelas mulheres de Boa Vista, mostraram-se associados à participação nas ações de planejamento familiar: camisinha masculina e/ou feminina, laqueadura tubária e vasectomia. Percebe-se que é um panorama distinto daquele composto pelas relações entre conhecimento e planejamento familiar.

Os achados são consistentes com a literatura⁽²³⁾, que aponta o planejamento familiar como um dos principais motivos para o uso de camisinha masculina. Estima-se que contribua para a associação a disponibilidade da camisinha nas UBS, que costuma ser maior em comparação aos demais métodos⁽²⁴⁾. Ressalta-se que, no âmbito dos métodos de barreira, os profissionais de saúde responsáveis pela realização devem orientar sobre transtornos comuns, como irritação ou alergias, e a presença de crenças que associam o uso de camisinha à interrupção da sensação de prazer nas relações sexuais⁽²⁵⁾. Adicionalmente, é relevante que os clientes do planejamento familiar sejam orientados sobre a prevenção de ISTs agregada à característica de contracepção, que esse método possui⁽²⁶⁾.

Estima-se que a associação da participação nas ações e o uso de camisinha evidencie a realização adequada das intervenções de planejamento familiar, o que, pela natureza do método, contribui substancialmente para a prevenção de ocorrência de ISTs na população feminina do município de Boa Vista.

Os resultados gerais do estudo evidenciaram os aspectos da saúde reprodutiva em que as ações de planejamento familiar estão influenciando ou não e sua análise faz emergirem reflexões relevantes ao aprimoramento da condução dessas intervenções no município de Boa Vista. Uma delas é a necessidade de reforçar, entre profissionais de saúde e clientes, a percepção de que as ações de planejamento familiar somente são efetivas se a participação não for passiva e se o modo de realização das atividades de educação em saúde for direcionado às particularidades do momento de vida dos clientes. Assim, é importante que o planejamento familiar seja enxergado como mais que um mecanismo de limitação da reprodução feminina e passe a ser um real meio

de discussão e troca sobre planejamento responsável da expansão da família, aquisição de informações para prevenção de doenças, compartilhamento de anseios e divisão de atribuições⁽²⁷⁾.

Embora tenha levantado evidências relevantes sobre as relações entre planejamento familiar e fatores associados em mulheres da cidade de Boa Vista, este estudo apresenta algumas limitações. A disponibilização virtual de aplicação do instrumento de coleta de dados, que por natureza demandava uso de dispositivo eletrônico com acesso à internet, pode ter limitado o acesso por pessoas de estratos socioeconômicos inferiores. Além disso, a ausência de perguntas sobre os modos de utilização dos métodos contraceptivos impediu a exploração desse aspecto e de sua relação com a participação nas ações de planejamento familiar.

CONCLUSÃO

O estudo identificou que a participação das mulheres do município de Boa Vista em intervenções de planejamento familiar é substancialmente inferior à familiarização com o tema, indicando a importância de expandir o acesso e a inclusão dos casais em ações desse âmbito. Outras oportunidades de melhoria constatadas no estudo foi no que tange à oferta de orientações sobre planejamento e espaçamento de filhos, uma vez que a participação em atividades de planejamento familiar não se mostrou associada à redução da frequência de gravidez não planejada.

Já o uso de três métodos contraceptivos mostrou associação com a participação em ações de planejamento familiar: camisinha masculina e/ou feminina, laqueadura tubária e vasectomia. Estes são pontos fortes do serviço ofertado no município de Boa Vista, dada a relevância do uso de camisinha, por seu papel na prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, e a importância dos métodos de esterilização definitiva para a qualidade de vida, especialmente de mulheres com prole numerosa.

Destaca-se a importância de as capacitações de profissionais de saúde do município, para atuar no âmbito do planejamento familiar, reforçarem a necessidade de ofertar informações adequadas e que permitam à mulher, o homem e o casal fazerem escolhas com plena autonomia. Deve-se integrar os saberes de todos os envolvidos no planejamento familiar, respeitar os direitos

reprodutivos e estimular vínculos de confiança entre clientes, profissionais e serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Coelho EAC, Lucena MFG, Silva ATM. O planejamento familiar no Brasil no contexto das políticas públicas de saúde: determinantes históricos. *Rev Esc Enferm USP*. 2000;34(1):37-44. doi: 10.1590/S0080-62342000000100005.
2. Costa AM, Guilhem D, Silver LD. Planejamento familiar: a autonomia das mulheres sob questão. *Rev Bras Saúde Materno Infantil*;6(1):2006. doi: 10.1590/S1519-38292006000100009
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes. Brasília. [Ministério da Saúde]. 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulhe_r.pdf. Acesso em: 7 nov. 2020.
4. Carvalho JAM, Brito FA. A demografia brasileira e o declínio da fecundidade no Brasil: contribuições, equívocos e silêncios. *Rev Bras Estud Pop*. 2005;22(1). doi: 10.1590/S0102-30982005000200011
5. Casarin ST, Siqueira HCH. Planejamento familiar e a saúde do homem na visão das enfermeiras. *Esc Anna Nery*. 2014;18(4):662-668.
6. Gonçalves GQ, Carvalho JAM, Wong LLT e Turra CM. A transição da fecundidade ao longo do século XX - uma perspectiva regional. *Rev bras estud popul*. 2019;36(e0098). doi: 10.20947/s0102-3098a0098
7. Moura ERF, Silva RM, Galvão MTG. Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no Programa Saúde da Família no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2007;23(4):961-70.
8. Pierre LAS, Clapis MJ. Planejamento familiar em Unidade de Saúde da Família. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2010;18(6).
9. IBGE. Indicadores de Desenvolvimento Sustentável. Tabela 3727 - Taxa de fecundidade total, 2018. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/3727>.

10. Guerra K, Ventura M. Bioética, imigração e assistência à saúde: tensões e convergências sobre o direito humano à saúde no Brasil na integração regional dos países. *Cadernos de Saúde Coletiva*. 2017(25):1. doi: 10.1590/1414-462X201700010185
11. Vieira SM. Planejamento familiar na Estratégia Saúde da Família [Monografia]. Minas Gerais: Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.
12. Silva JMB, Nunes MA. Planejamento familiar: uma base de dados. *Revista Cuidado é Fundamental*. 2017;9(2). doi: 10.9789/2175-5361.2017.v9i2.510-519
13. Chiavegatto ADP, Kawachi I. Income inequality is associated with adolescent fertility in Brazil: a longitudinal multilevel analysis of 5,565 municipalities. *BMC Public Health*. 2015;15. doi: 10.1186/s12889-015-1369-2
14. Berquó ES, Cavenaghi SM. Notas sobre os diferenciais educacionais e econômicos da fecundidade no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*. 2014;31(2): 471-82.
15. Berquó R, Cavenaghi S. Fecundidade em declínio: breve nota sobre a redução no número médio de filhos por mulher no Brasil. *Novos estudos CEBRAP*. 2006; 74:11-5. doi: 10.1590/S0101-33002006000100001
16. Sen A. *Desenvolvimento como liberdade*. São Paulo: Companhia das Letras; 2000.
17. Lago TG. Nascimentos não planejados no Brasil eram 46% em 2006. Diminuíram? *Revista Brasileira de Estudos de População*. 2015;32(2): 387-94. doi: 10.1590/S0102-30982015000000022
18. Prietsch SOM, Chica DAG, Cesar JA, Sassi RAM. Gravidez não planejada no extremo Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. *Cadernos de Saúde Pública*. 2011; 27(10):1906-16. doi: 10.1590/S0102-311X2011001000004
19. Coelho EAM, Andrade MLS, Vitoriano LSVT, Souza JJ, Silva DO, Gusmão MEN et al. Associação entre gravidez não planejada e o contexto socioeconômico de mulheres em área da Estratégia Saúde da Família. *Acta paul. enferm*. 2012;25(3). doi: 10.1590/S0103-21002012000300015

20. Bonatti AF, Santos GWS, Ribeiro TAN, Santos DAS, Olinda RA, Oliveira JCS. Fatores Associados ao Tipo de Gestação não Planejada na Estratégia de Saúde da Família. *Rev Fund Care Online*. 2018; 10(3):871-876. doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i3.871-876>
21. Coelho EMA, Silva CTO, Oliveira JF, Silva A. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. *Esc. Anna Nery*. 2009; 13(1):154-60. doi: 10.1590/S1414-81452009000100021.
22. Wellings K, Jones KG, Mercer CH, Tanton C, Clifton S, Datta J et al. The prevalence of unplanned pregnancy and associated factors in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *Lancet*. 2013;382(9907):1807-16. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62071-1
23. Heilborn ML, Portella AP, Brandão ER, Cabral CS. Assistência em contracepção e planejamento reprodutivo na perspectiva de usuárias de três unidades do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2009;25(Sup.2).
24. Silva JS, Rêgo KS, Ferreira HNC, Sousa DE, Magalhães AG. PET Ação Educativa: Planejamento familiar nas escolas. *Revista Extensão & Sociedade*. 2011;3(3).
25. Brandão ER. Desafios da contracepção juvenil: interseções entre gênero, sexualidade e saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2009;14(4):1063-71. doi: 10.1590/S1413-81232009000400013
26. Madureira VSG, Trentini M. Da utilização do preservativo masculino à prevenção de DST/aids. *Ciênc. saúde coletiva*. 2008;13(6): 1807-16. doi: 10.1590/S1413-81232008000600015
27. Santos JC, Freitas PM. Planejamento familiar na perspectiva do desenvolvimento. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011;16(3):1813-20. doi: 10.1590/S1413-81232011000300017

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RORAIMA - UFRR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PLANEJAMENTO REPRODUTIVO: UMA ESTRATÉGIA DE MELHORIA PARA ASSISTÊNCIA A SAÚDE DA MULHER NO MUNICÍPIO DE BOA VISTA-RR

Pesquisador: DANIELE ALVES DAMACENO GONDIM

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 28804319.0.0000.5302

Instituição Proponente: Universidade Federal de Roraima - UFRR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.054.425

Apresentação do Projeto:

Introdução: O planejamento familiar consiste em um conjunto de ações que auxiliam as pessoas que pretendem ter filhos e também aquelas que preferem adiar o aumento da família. O número de filhos, o espaçamento entre eles e a escolha do método anticoncepcional mais adequado são opções que toda mulher, homem e/ou casal devem ter o direito de escolher de forma livre e por meio da informação, sem discriminação, coerção ou violência. A Constituição Federal de 1988 ampliou o conceito de família quando reconheceu como entidade familiar a união estável entre um homem e uma mulher e a família constituída de um dos pais com seus filhos, além da família oriunda do matrimônio, e consagrou o direito ao planejamento familiar. Portanto, o planejamento reprodutivo deve ser tratado dentro do contexto do biodireito sobretudo os direitos sexuais e reprodutivos, fundado nos princípios da dignidade humana e cidadania, sendo dever do Estado propiciar o acesso aos serviços, à informação e orientação para o exercício desse direito, previsto na Constituição Federal. Dentro desse contexto e com tal preocupação sobre o controle de natalidade, surgiu o projeto de lei que regulamenta o planejamento reprodutivo, que foi aprovado pelo Congresso Nacional e sancionado pela Presidência da República. A lei estabelece que as instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS), estão obrigadas a garantir uma assistência a concepção e contracepção como parte das demais ações que compõem a assistência integral à saúde. A lei 9.263 de 12 de Janeiro de 1996 regulamenta o planejamento familiar, democratizando o acesso aos meios contraceptivos nos serviços públicos de saúde em todos os municípios, assim

Endereço: Av. Cap. Ené Garcia, nº 2413, UFRR, Campus Paricanã, Bloco PRPPG/UFRR, Sala CER/UFRR.
Bairro: Aeroporto **CEP:** 69.310-000
UF: RR **Município:** BOA VISTA
Telefone: (95)3621-3112 **Fax:** (95)3621-3112 **E-mail:** ccep@ufrr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RORAIMA - UFRR



Continuação do Parecer: 4.054.426

como regulamenta essa prática na rede privada sob controle do SUS. No entanto, fatores econômicos, sociais e culturais, influenciam marcadamente a decisão quanto ao número de filhos. Nas classes de melhor nível econômico, a limitação da prole se faz automaticamente, ou seja, os casais de modo consciente e voluntário têm pequeno número de filhos, já nas classes pobres, cresce o número de filhos por não limitarem a prole eficientemente. Segundo Bastos (1998), os problemas sócio-econômicos tão discutidos na atualidade, colocaram na ordem do dia a questão do planejamento familiar, trazendo a tona um dos temas mais importantes: o controle da natalidade. A inclusão do planejamento reprodutivo é essencial para reduzir o número de mortes relacionadas ao aborto, que corresponde a 13% da mortalidade materna, por prevenir a gravidez indesejada, além de prevenir a mortalidade por causas obstétricas indiretas, que frequentemente afetam as mulheres. Guttmacher (1994), afirma que na medida em que uma sociedade se torna mais afliente, seu índice de natalidade sofre uma queda uniforme, porém nos países subdesenvolvidos, observa-se que o índice de natalidade continua a crescer. Portanto, a inclusão do planejamento reprodutivo deve ser considerado um componente importante na assistência à saúde da mulher, devido a sua relação com a prevenção da ilegalidade do aborto e a gravidez indesejada, mortalidade materna e outros agravos relacionados à morbimortalidade reprodutiva, sendo que a prática do aborto que representa a quarta causa de morte materna no país. Diante do exposto, o interesse por esse tema surgiu a partir da observação do aumento do índice de gravidez no município de Boa Vista nos anos de 2015 a 2017, com aumento de 3,8% em 2017, com um total de 31.624 nascidos vivos, de acordo com os dados do Sistema de Informação SINASC/2018. No SISPRENATAL WEB/2018, obtivemos 20.032 gestantes cadastradas e acompanhadas nas Unidades Básicas de Saúde no Município de Boa Vista (SINASC; SISPRENATAL WEB, 2018). Observa-se a necessidade de investigar o alto índice de gravidez em mulheres de baixa renda e os fatores relacionados a ocorrência de gravidez não planejada e nos interessa avaliar a possível rejeição ao conceito, como também a adesão ou não aos métodos contraceptivos em grupos de mulheres atendidas nas Unidades Básicas e na Estratégia de Saúde da Família. Portanto, diante do problema, percebe-se a importância dessa problemática dentro do contexto sócio econômico, e nos interessa avaliar qual a possível relação entre os níveis sócio econômicos e o índice de natalidade na população de baixa renda? Diante da relevância do tema dentro das ações de prevenção e promoção a saúde da mulher viu-se a necessidade de investigar a da utilização dos métodos contraceptivos em grupo de mulheres atendidas na Estratégia de Saúde da Família, assim como a adesão aos métodos contraceptivos, podendo assim contribuir para a diminuição dos índices de natalidade, diminuição no número de Infecções Sexualmente

Endereço: Av. Cap. Ené Garcia, nº 2413, UFRR, Campus Paricanara, Bloco PRPPG/UFRR, Sala CEP/UFRR.
Cidade: Aeroporto **CEP:** 69.310-000
UF: RR **Município:** BOA VISTA
Telefone: (95)3621-3112 **Fax:** (95)3621-3112 **E-mail:** cep@ufr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RORAIMA - UFRR



Continuação do Protocolo: 4.054.435

Transmissíveis (IST) em gestantes e possivelmente diminuição do número de abortos ilegais nesse grupo populacional.

Hipótese: Falta de conhecimento a cerca dos métodos contraceptivos; Falta de adesão ou má utilização aos métodos contraceptivos; As ações de educação em saúde não sensibiliza as mulheres com relação a temática em questão; A gestão não disponibiliza todos os métodos preconizados pelo Ministério da Saúde.

Metodologia: O município de Boa Vista está representada por 32 unidades básicas de saúde distribuídas na área urbana do município. Iniciou o exercício de 2016 com 55 Equipes de Saúde da Família e em julho de 2016, ampliou para 56 Equipes da Estratégia de Saúde da Família. O município encontra-se dividido em oito macroáreas. O local onde a pesquisa será realizada, será a Macroárea 03 e 08. A população alvo compreende as mulheres cadastradas na Estratégia de Saúde da Família residentes nos bairros que compõem a Macroárea 03 e 08, como também as mulheres residentes na área fora de abrangência da Estratégia Saúde da Família, no Município de Boa Vista/RR. As Unidades de Saúde que participarão da pesquisa serão: UBS 31 de Março, UBS Dr. Sílvio Botelho, UBS São Vicente, UBS São Pedro, UBS Mecejana, UBS Délio Tupinambá, UBS Raiar do Sol e UBS São Bento. Será realizado uma análise comparativa dos dados obtidos na pesquisa das duas macroáreas estudadas. Para o cálculo do tamanho amostral, a prevalência do alto índice de gravidez em mulheres cadastradas ou não na Estratégia Saúde da Família (ESF) foi estimada em 20%, baseada nos resultados do número de mulheres cadastradas e acompanhadas pelo SISPRENATAL/WEB 2018 que foi 20.032. Considerando intervalo de confiança de 95% e erro aceitável de 1%, supondo uma perda de até 5% de dados, o tamanho de amostra final foi de n=247 participantes. Para a realização da coleta de dados será realizada o procedimento de contato inicial com as participantes através da abordagem convite realizada pela pesquisadora para todas as mulheres que estiverem agendadas para consultas médicas ou de enfermagem, como também as mulheres que estiverem utilizando os serviços ofertados na Unidade Básica de Saúde, no momento da coleta de dados, as mesmas serão convidadas a participarem da pesquisa após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e em seguida será realizada a coleta de dados. E para o procedimento da coleta de dados as mulheres responderão o instrumento que será um questionário contendo 13 questões objetivas sobre o assunto que diz respeito à temática da pesquisa e o mesmo conterá questões abertas e fechadas de múltipla escolha, abordando as seguintes variáveis (dados sócio-econômicos, idade, renda familiar, número de filhos, estado civil, conhecimento acerca dos planejamento familiar, métodos contraceptivos, participação em grupos educativos, gravidez indesejada, rejeição ao conceito e recebimento do Bolsa Família).

Endereço: Av. Cap. Ene Garcia, nº 2413, UFRR, Campus Paricanana, Bloco PRPPG/UFRR, Sala CEP/UFRR.

Bairro: Aeroporto

CEP: 69.310-000

UF: RR

Município: BOA VISTA

Telefone: (95)3621-3112

Fax: (95)3621-3112

E-mail: coesp@ufrr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RORAIMA - UFRR



Continuação do Protocolo: 4.054.435

Critérios de inclusão: A pesquisa destinará à todas as mulheres, que aceitarem participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, o mesmo estará disponível na língua materna, espanhol e em inglês; Estar cadastrada ou não na Unidade Básica Saúde da Família; Ter idade entre 18 e 49 anos; Ser de nacionalidade brasileira, Venezuela e ou Guianense, tendo em vista que o Estado de Roraima encontra-se inserido no Contexto Regional Fronteiriço: Brasil – Venezuela – Guiana.

Critérios de exclusão: Não aceitar participar da pesquisa; Estar fora da faixa etária determinada; Ser indígena.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Investigar a prevalência da gravidez em mulheres cadastradas ou não na Estratégia Saúde da Família e a relação com a gravidez não planejada no Município de Boa Vista –RR.

Objetivos Secundários: Identificar o perfil sócio-econômico e o nível de escolaridade das mulheres estudadas; Identificar os métodos contraceptivos mais utilizados pelas mulheres e avaliar a adesão aos métodos contraceptivos nos grupos operativos de planejamento familiar; Identificar a ocorrência da gravidez indesejada e a as intercorrências com a possível rejeição do conceito.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Avaliação dos Riscos: Risco ao constrangimento das participantes ao Responder o questionário e Cansaço ao responder o mesmo (PIB) e no TCLE: Os riscos relacionados ao desenvolvimento da pesquisa estão relacionados à invasão de privacidade, reflexões internas sobre os questionamentos da pesquisa, tomada de tempo para responder a entrevista. Porém, a pesquisadora garante o sigilo e a confidencialidade das informações prestadas/obtidas em todas as fases da pesquisa.

Avaliação dos Benefícios: O presente estudo é de importante relevância dentro das ações de prevenção, promoção a saúde da mulher, podendo contribuir para a diminuição dos índices de natalidade, diminuição dos casos de Infecções Sexualmente Transmissíveis e conseqüentemente para diminuição do número de abortos (PIB) e no TCLE: o principal será contribuir para a diminuição dos índices de natalidade, diminuição dos casos de infecções sexualmente transmissíveis e do número de abortos nas ações de prevenção e promoção a saúde da mulher fornecendo informações acerca dos métodos contraceptivos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: Trata-se de um Projeto de Dissertação de

Endereço: Av. Cap. Ene Garcia, nº 2413, UFRR, Campus Paricamaná, Bloco PRPPG/UFRR, Sala CEP/UFRR.
Bairro: Aeroporto **CEP:** 69.310-000
UF: RR **Município:** BOA VISTA
Telefone: (95)3621-3112 **Fax:** (95)3621-3112 **E-mail:** coep@ufr.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RORAIMA - UFRR**



Continuação do Parecer: 4.054.435

Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Roraima que retorna ao CEP/UFRR para sanar as seguintes pendências:

PENDÊNCIA 1: Na Folha de rosto inserir a assinatura do coordenador do curso de mestrado em Ciência da Saúde da UFRR;

PENDÊNCIA 2: Nos critérios de inclusão você aponta "Ser estrangeira". Você não incluirá brasileiras no seu estudo? E no caso das estrangeiras, a que nacionalidade você está se referindo? Defina mais detalhadamente, tanto no projeto básico (Plataforma) quanto no detalhado, seus critérios de inclusão e exclusão.

PENDÊNCIA 3: inserir o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o instrumento de coleta de dados (questionário) na língua materna para as participantes estrangeiros. **PENDÊNCIA 4:** No Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) inserir o endereço do CEP/UFRR.

PENDÊNCIA 5: Na Carta de Anuência consta o espaço para informar a data, entretanto este espaço não foi preenchido pela pesquisadora. A carta deverá estar datada.

PENDÊNCIA 6: O público-alvo compreende as mulheres cadastradas na Estratégia de Saúde da Família residentes nos bairros que compõem a Macroárea 03 e 08 e mulheres residentes na área fora de abrangência da Estratégia Saúde da Família, em Boa Vista/RR. Nos critérios de inclusão consta que a participante irá "Comparecer a Unidade de Saúde para consulta no período determinado para coleta de dados". Portanto, descrever, de forma detalhada, como será realizado o procedimento de contato inicial com as participantes e também o procedimento de coleta de dados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação foram apresentados e as seis pendências foram sanadas.

Recomendações:

Vide conclusões ou pendências e lista de inadequações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomenda-se a aprovação do protocolo de pesquisa, pois não foram observados óbices éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: Av. Cap. Ene Garcia, nº 2413, UFRR, Campus Paricanana, Bloco PRPPG/UFRR, Sala CEP/UFRR.

Bairro: Aeroporto **CEP:** 69.310-000

UF: RR **Município:** BOA VISTA

Telefone: (95)3621-3112 **Fax:** (95)3621-3112 **E-mail:** coep@ufr.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RORAIMA - UFRR**



Continuação do Parecer: 4.054.425

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1442200.pdf	28/04/2020 01:23:49		Aceito
Outros	carta_resposta_parecer.pdf	28/04/2020 01:21:35	DANIELE ALVES DAMACENO GONDIM	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	28/04/2020 01:18:19	DANIELE ALVES DAMACENO GONDIM	Aceito
Orçamento	or.pdf	23/04/2020 22:58:56	DANIELE ALVES DAMACENO GONDIM	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCL_todos.pdf	23/04/2020 22:32:29	DANIELE ALVES DAMACENO GONDIM	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	cartaanuenciadatada.pdf	23/04/2020 21:23:26	DANIELE ALVES DAMACENO GONDIM	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoassimada.pdf	23/04/2020 20:49:43	DANIELE ALVES DAMACENO GONDIM	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	28/11/2019 22:58:53	DANIELE ALVES DAMACENO GONDIM	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BOA VISTA, 28 de Maio de 2020

Assinado por:
Bianca Jorge Sequeira
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Cap. Ené Garcia, nº 2413, UFRR, Campus Paricarana, Bloco PRPPG/UFRR, Sala CER/UFRR.
Bairro: Aeroporto **CEP:** 69.310-000
UF: RR **Município:** BOA VISTA
Telefone: (95)3621-3112 **Fax:** (95)3621-3112 **E-mail:** coep@ufrr.br