

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS USUÁRIAS DO PLANEJAMENTO FAMILIAR DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE SANTO ANTÔNIO DOS PRAZERES EM FEIRA DE SANTANA – BA, 2003 - 2004

Profile Epidemiologist of the Users of the Familiar Planning of the Unit of Health of the Santo Antônio dos Prazeres in Feira de Santana - Ba, 2003 - 2004

Elisabeth Silva Miranda

Enfermeira atuante no Programa de Saúde da Família, Pós-Graduada em Saúde Pública, Feira de Santana - Ba

Juliana Alves Leite

Enfermeira atuante no Programa de Saúde da Família, Mestre em Saúde Coletiva, Pós-Graduada em Auditoria em Sistemas de Saúde e Gestão em Saúde, Feira de Santana - Ba

Leandro Silva Miranda

Estudante de Educação Física, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana - Ba

Resumo

Descrever o perfil das usuárias do Planejamento Familiar da Unidade de Saúde da Família de Santo Antônio dos Prazeres e conhecer aspectos relacionados à Saúde Reprodutiva/Sexual, Feira de Santana/Bahia, 2003 – 2004. Estudo quantitativo, descritivo, variáveis: idade, sexo, instrução, estado civil, profissão, história obstétrica/contraceptiva. Resultados: 20-29 anos 51,3% (273), 15-19 30,8% (164); 1º completo 48,1% (256), 2º completo 26,6% (138); 64,5% (342) donas-de-casa, 21,9% (114) estudantes. Menarca: 13 anos 24,4% (130), 12, 23,3% (124); 1,7% (9) virgens, 98,3% (523) atividade sexual; 1ª relação sexual 15-19 anos 67,3% (352); primeira gravidez 15-19 62,2% (288), maioria primigestas 44,3% (205), 20-29 anos 20,8% (96); primíparas 49,7% (230), nulíparas 2º completo 2,4% (11); parto normal 81,7% (362), cesáreo 17,8% (79) e fórceps 0,5% (2); anticoncepcional oral mais utilizado 30,6% (163), condom 28,4% (151), 19,9% (106) não utilizavam métodos. Deve-se promover melhoria nas ações de saúde adolescente, disponibilizar mais métodos contraceptivos, ampliar políticas públicas para gravidez/parto/puerpério.

Palavras-chave: Saúde da Mulher, Planejamento Familiar, Contracepção.

Summary

To describe the profile of the users of the Familiar Planning of the Unit of Health of the Family of Santo Antonio dos Prazeres and to know aspects related to Sexual the Reproductive Health, Feira de Santana/Bahia, 2003 - 2004. Quantitative, descriptive study, changeable: age, sex, instruction, civil state, profession, contraceptive obstétrica history. Results: 20-29 years 51.3% (273), 15-19 30.8% (164); 1º complete 48.1% (256), 2º 26.6% (138); 64.5% (342) owner-of-house, 21.9% (114) students. First menses: 13 years 24.4% (130), 12, 23.3% (124); 1.7% (9) virgins, 98.3% (523) sexual activity; 1ª sexual relation 15-19 years 67.3% (352); first pregnancy 15-19 62.2% (288), majority primigestas 44.3% (205), 20-29 years 20.8% (96); first parturition complete 49.7% (230), zero parturition 2º 2.4% (11); normal childbirth 81.7% (362), Caesarean 17.8% (79) and fórceps 0.5% (2); contraceptive oral more used 30.6% (163), condom 28.4% (151), 19.9% (106) did not use methods. It must be promoted improvement in the actions of adolescent health, be disponibilizar more contraceptive methods, be extended public politics for pregnancy/puerpério childbirth.

Key words: Health of the Woman, Familiar Planning, Contracepcion.

Endereço para correspondência:

Rua Santo Expedito, nº 481, Bairro Santa Mônica, Feira de Santana – Ba, CEP: 44050-520.
Tel: (75) 3616-7417/(75) 9131-4953. E-mail: elis_miranda@hotmail.com

Introdução

A estratégia de Saúde da Família está centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social. A adscrição da clientela possibilita uma aproximação aos sujeitos permitindo a caracterização do território e o conhecimento das condições de vida, aumentando a capacidade de resolubilidade e intervenção nas diversas situações vivenciadas, além de promover o acolhimento, a humanização do atendimento, o estabelecimento de vínculos, de compromisso, de coresponsabilidade entre os profissionais e a comunidade.

Os profissionais integrados ao Programa de Saúde da Família devem conhecer o território onde irão atuar. Isto, somente, é possível através do estudo dos perfis epidemiológicos das classes sociais (dos grupos homogêneos que se assemelham nas formas de trabalhar e viver) que servem de objeto para a intervenção em Saúde Coletiva.

O Planejamento Familiar têm importância fundamental e pode causar impacto positivo sobre o bem-estar de toda a família, principalmente na vida de mulheres e crianças. Os métodos anticoncepcionais reduzem a probabilidade de gravidez de risco, gravidez não-planejada, ajuda a diminuir a incidência de abortos, melhora a saúde sexual e reprodutiva dos indivíduos exercitando sua sexualidade com responsabilidade e segurança, prevenindo a mortalidade materna e infantil, desacelerando o crescimento populacional e evitando a proliferação de doenças sexualmente transmissíveis, tais como a AIDS.

Este estudo tem como objetivo geral descrever o perfil das usuárias do Planejamento Familiar da Unidade de Saúde da Família de Santo Antônio dos

Prazeres; e como objetivo específico: conhecer aspectos relacionados à Saúde Reprodutiva e Sexual das usuárias do Planejamento Familiar da Unidade de Saúde da Família de Santo Antônio dos Prazeres.

Metodologia

Estudo quantitativo, descritivo onde foram analisadas as variáveis: idade, sexo, grau de instrução, estado civil, profissão, história obstétrica (gesta, paridade, tipos de parto, número de abortos, idade da primeira gestação, menarca, idade da primeira relação sexual) e história da contracepção (métodos utilizados e tempo de uso).

O bairro Santo Antônio dos Prazeres, localizado na zona urbana da cidade de Feira de Santana, a maior do interior baiano, e se constitui no maior entroncamento rodoviário do Norte/Nordeste do país. A cidade possui uma economia bastante variada com plantação de hortaliças, criação de bovinos em regime extensivo (criação/engorda) e também avicultura. Possui algumas indústrias com fabricação de roupas, vassouras e bolas, e pontos comerciais. Uma característica do bairro onde está localizada a unidade é que existem “boates/prostíbulos” que, apesar de não serem considerados pontos comerciais, atraem muitas pessoas em troca de lazer e diversão.^{1,2}

Este bairro é composto por sete (07) microáreas (M.A.) contíguas sob a assistência de uma Equipe de Saúde da Família, onde residem 1.094 famílias e aproximadamente 4.800 pessoas. A população desta localidade reside em casas construídas de alvenaria, em sua maioria (98,9%), possuem energia elétrica (92%), o abastecimento de água é através da rede pública municipal (88,7%), a água para consumo é filtrada

(65,6%), existe coleta pública de lixo (66,6%) e que os dejetos são destinados à fossa séptica (52,5%) e também se encontram a céu aberto (25,9%).³

A população do estudo consiste em mulheres, na faixa etária de 10 a 50 anos, que realizavam Planejamento Familiar na Unidade de Saúde da Família de Santo Antônio dos Prazeres e foram cadastradas no período de julho de 2003 a dezembro de 2004 significando todo o universo – 532 usuárias deste serviço.

Este estudo utilizou como fonte primária as Fichas de Cadastros das usuárias do Planejamento Familiar são preenchidas sempre que uma usuária deseja iniciar o Planejamento Familiar. As variáveis foram definidas da seguinte maneira: **Idade** – anos completos desde a data de nascimento até a data do cadastro; **Sexo** - Feminino (F), e foi excluído o sexo masculino por não existirem usuários cadastrados; **Grau de Instrução** – última série escolar completada nas seguintes categorias: analfabeta, 1º grau completo ou incompleto, 2º grau completo ou incompleto, 3º grau completo ou incompleto; **Estado Civil** – condição de ser casada, solteira, convivência estável ou outro; **Profissão** – ocupação da usuária remunerada ou não-remunerada; **História obstétrica** – refere-se ao número de gravidezes, número e tipos de parto (césareo, natural, fórceps), número de abortos, idade da primeira gestação, menarca, idade da primeira relação sexual e **História da contracepção** - refere-se à utilização de métodos contraceptivos e ao tempo de uso dos mesmos.

Os dados foram processados e analisados em microcomputador Pentium, utilizando o EPI INFO 6.0. e foram apresentados em tabelas através do estudo das variáveis. Para o tratamento estatístico dos dados foram realizadas

freqüências absoluta e simples e análise entre variáveis sócio-demográficas como idade, sexo, grau de instrução, estado civil, profissão, com a história obstétrica e história da contracepção.

Considerações Éticas

Foi solicitada a permissão para utilização das Fichas de Cadastro da Unidade de Saúde da Família de Santo Antônio dos Prazeres a Supervisora desta referida unidade e também a Coordenadora da Atenção Básica mediante ofício esclarecendo a utilização das mesmas em caráter científico.

Resultados

A população em estudo é composta exclusivamente por mulheres (n=532), observa-se que o maior percentual de mulheres cadastradas pertencem a faixa etária de 20-29 anos com 51,3% (273), seguida de 15-19 anos com 30,8% (164) e que a maioria das mulheres possuem apenas o 1º grau completo representando 48,1% (256) (ensino fundamental), e com 2º grau completo apenas 26% (138) (ensino médio), não foi referido 3º grau completo ou incompleto pelas usuárias deste serviço. Quando questionadas quanto ao estado civil diziam-se casadas 54,9% (292), solteira 27,6% (147), convivência estável 17,3% (92) e outro 0,2% (1) conforme demonstra a Tabela 1.

Com relação à ocupação observa-se uma enorme variedade de profissões, mas a maioria das mulheres são donas-de-casa 64,5% (342) e 21,5% (114) ainda estão estudando, percebe-se que devido ao baixo grau de escolaridade da população em estudo, as ocupações existentes não revelam qualificação profissional e que a maioria das mulheres estão desempregadas.

TABELA 1 – Distribuição das Usuárias do Programa de Planejamento Familiar do Bairro Santo Antônio dos Prazeres, jul 2003 – 2004, segundo a faixa etária, grau de instrução e estado civil.

FAIXA ETÁRIA (anos)	N	%
10 - 14	13	2,5%
15 - 19	164	30,8%
20 - 29	273	51,3%
30 - 39	73	13,7%
40 - 49	8	1,5%
50	1	0,2%
TOTAL	532	100%
GRAU DE INSTRUÇÃO	N	%
Analfabeta	7	1,3%
1º Grau Completo	256	48,1%
1º Grau Incompleto	92	17,3%
2º Grau Completo	138	26%
2º Grau Incompleto	39	7,3%
TOTAL	532	100%
ESTADO CIVIL	N	%
Casada	292	54,9%
Solteira	147	27,6%
Estável	92	17,3%
Outro	1	0,2%
TOTAL	532	100%

A maior frequência de idade da primeira menstruação (menarca) aparece entre 13, 12 e 14 anos, respectivamente 24,4% (130), 23,3% (124) e 21,1% (112). A iniciação sexual acontece, em sua maioria, entre adolescentes de 15-19 anos de idade representando 67,3% (352). Nesta população em estudo, revelaram-se virgens 1,7% (9) das usuárias que manifestaram interesse em iniciar o planejamento familiar visando manter atividade sexual sem risco de engravidarem. Entretanto, as demais 98,3% (523) já tinham iniciado a atividade sexual quando foram cadastradas no planejamento familiar.

De acordo com a Tabela 2, infere-se que as adolescentes de 10-14 anos já mantinham relações sexuais no mesmo período da menarca, logo com risco de engravidar, o que revela risco reprodutivo. Demonstra também que as

mulheres com maior grau de escolaridade 1º grau completo 32,5% (170) e 2º completo 18,7% (98) tem a primeira relação sexual ainda na adolescência entre 15-19 anos e não houve referência para a primeira relação sexual entre 40-50 anos.

Dentre as usuárias do programa, 87% (463) informaram que já possuíam história obstétrica e 13% (69) referiram que nunca tinham engravidado. Analisando pela faixa etária, a maior predominância, entre as que nunca engravidaram, são adolescentes de 15-19 anos perfazendo 7,2% (38), em contrapartida as adolescentes de 15-19 anos com história obstétrica apresentam 23,7% (126) das gestações (gravidezes) perdendo somente para as mulheres entre 20-29 anos com 47,1% (251) das gestações desta localidade em estudo (Tabela 3).

TABELA 2 - Distribuição das Usuárias do Programa de Planejamento Familiar do Bairro Santo Antônio dos Prazeres, jul 2003 – 2004, segundo associação entre menarca e grau de instrução com a faixa etária da primeira relação sexual.

MENARCA (anos)	FAIXA ETÁRIA DA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL (anos)									
	10-14		15-19		20-29		30-39		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
9	1	0,2	2	0,4	-	-	-	-	3	0,6
10	10	1,9	10	1,9	1	0,2	-	-	22	4,1
11	27	5,1	21	4	1	0,2	-	-	49	9,2
12	32	6,1	78	14,9	12	2,3	-	-	124	23,3
13	24	4,6	89	17,1	14	2,7	-	-	130	24,4
14	13	2,5	84	16,1	13	2,5	-	-	112	21,1
15	2	0,4	49	9,2	11	2,1	-	-	62	11,7
16	1	0,2	19	3,7	8	1,5	1	0,2	30	5,6
TOTAL	110	21	352	67,3	60	11,5	1	0,2	523	100

GRAU DE INSTRUÇÃO	FAIXA ETÁRIA DA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL									
	10-14		15-19		20-29		30-39		TOTAL	
	n	%	n	%	n	n	%	n	%	n
Analfabeta	4	0,7	2	0,4	1	0,2	-	-	7	1,3
1º Grau Completo	63	12	170	32,5	20	3,9	-	-	253	48,4
1º Grau Incompleto	28	5,4	53	10,1	8	1,5	1	0,2	90	17,2
2º Grau Completo	10	1,9	98	18,7	27	5,2	-	-	135	25,8
2º Grau Incompleto	5	1	29	5,6	4	0,7	-	-	38	7,3
TOTAL	110	21	352	67,3	60	11,5	1	0,2	523	100

TABELA 3 - Distribuição das Usuárias do Programa de Planejamento Familiar do Bairro Santo Antônio dos Prazeres, jul 2003 – 2004, segundo a faixa etária e história obstétrica.

FAIXA ETÁRIA (anos)	HISTÓRIA OBSTÉTRICA					
	SIM		NÃO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
10 - 14	7	1,3%	6	1,2%	13	2,5%
15 - 19	126	23,7%	38	7,2%	164	30,8%
20 - 29	251	47,1%	22	4,1%	273	51,3%
30 - 39	70	13,2%	3	0,5%	73	13,7%
40 - 49	8	1,5%	-	-	8	1,5%
50	1	0,2%	-	-	1	0,2%
TOTAL	463	87%	69	13%	532	100%

O estudo revela também que na adolescência predomina a primeira gestação, 15-19 anos representando 62,2% (288), em seguida as adultas de 20-29 anos com 28,3% (131), não houve referência à gravidez na faixa etária de 40 a 50 anos. Após associação entre o grau de instrução e a faixa etária da primeira

gravidez observa-se que as mulheres com 1º grau completo foram as quais mais engravidaram em todas as idades quando comparadas com as demais, com maior representatividade, entre 15-19 anos 34,6% (160), seguidas de 20-29 anos 12,3% (57) e 10-14 anos 4,5% (21) (Tabela 4).

TABELA 4 - Distribuição das Usuárias do Programa de Planejamento Familiar do Bairro Santo Antônio dos Prazeres, jul 2003 – 2004, quanto ao grau de instrução e faixa etária da primeira gestação.

GRAU DE INSTRUÇÃO	FAIXA ETÁRIA DA PRIMEIRA GRAVIDEZ									
	10-14		15-19		20-29		30-39		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Analfabeta	1	0,2	5	1,1	1	0,2	-	-	7	1,5
1º Grau Completo	21	4,5	160	34,6	57	12,3	1	0,2	239	51,6
1º Grau Incompleto	12	2,7	53	11,4	12	2,6	3	0,6	80	17,3
2º Grau Completo	1	0,2	50	10,8	54	11,7	3	0,6	108	23,3
2º Grau Incompleto	1	0,2	20	4,3	7	1,5	1	0,2	29	6,3
TOTAL	36	7,8	288	62,2	131	28,3	8	1,7	463	100

Quando à frequência do número de gestações (gravidezes) observa-se que a maior parte são primigestas (engravidaram apenas uma vez) 44,3% (205), seguidas de secundigestas (engravidaram duas vezes) 28,3% (131), tercigestas (engravidaram três vezes) representam 14,5% (67) e multigestas (engravidaram quatro vezes ou mais) 12,9% (60).

Quando se analisa a faixa etária com o número de gravidezes, a maior representação acontece na faixa etária de 20-29 anos para primigesta 20,8% (96), secundigesta 16,8 % (78), tercigesta 7,9% (37) e multigesta de 8,7% (40). Em relação ao número de gravidezes, as mulheres com 1º grau completo engravidaram mais sendo as primigestas em maior proporção 18,6% (86) (Tabela 5).

TABELA 5 – Distribuição das Usuárias do Programa de Planejamento Familiar do Bairro Santo Antônio dos Prazeres, jul 2003 – 2004, segundo associação entre faixa etária e grau de instrução com o número de gravidezes.

FAIXA ETÁRIA	NÚMERO DE GRAVIDEZES									
	Primigesta		Secundigesta		Tercigesta		Multigesta		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
10 - 14	7	1,5	-	-	-	-	-	-	7	1,5
15 - 19	83	17,9	35	7,6	-	-	8	1,7	126	27,2
20 - 29	96	20,8	78	16,8	37	7,9	40	8,7	251	54,2
30 - 39	18	3,9	18	3,9	18	3,9	16	3,5	70	15,2
40 - 49	01	0,2	-	-	4	0,9	3	0,6	8	1,7
TOTAL	205	44,3	131	28,3	67	14,5	60	12,9	463	100

GRAU DE INSTRUÇÃO	NÚMERO DE GRAVIDEZES									
	Primigesta		Secundigesta		Tercigesta		Multigesta		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Analfabeta	2	0,4	2	0,5	1	0,2	2	0,4	7	1,5
1º Grau Completo	86	18,6	78	16,8	42	9,1	33	7,1	239	51,6
1º Grau Incompleto	34	7,3	19	4,1	6	1,3	21	4,6	80	17,3
2º Grau Completo	64	13,9	27	5,8	14	3	3	0,6	108	23,3
2º Grau Incompleto	19	4,1	5	1,1	4	0,9	1	0,2	29	6,3
TOTAL	205	44,3	131	28,3	67	14,5	60	12,9	463	100

Em relação ao grau de paridade, a maioria 49,7% (230) são primíparas (apenas um parto), seguidas de 28,7% (133) secundíparas (dois partos), tercíparas (três partos) 9,7% (45) e

multíparas (quatro partos ou mais) 7,6% (35).

Quando se associa à faixa etária com o grau de paridade tem-se que, entre 20-29 anos apresenta-se a maior frequência

em relação às outras faixas etárias. Percebe-se também que as nulíparas com 2º grau completo representam a menor proporção 2,4% (11) quando comparados aos demais graus de instrução (Tabela 6).

Entre as nulíparas (nunca pariram) 4,3% (20), referiram que em 65% (13) dos casos o aborto foi espontâneo e apenas 35% (7) provocaram o aborto.

TABELA 6 - Distribuição das Usuárias do Programa de Planejamento Familiar do Bairro Santo Antônio dos Prazeres, jul 2003 – 2004, segundo associação entre faixa etária e grau de instrução com o grau de paridade.

FAIXA ETÁRIA	GRAU DE PARIDADE											
	Nulípara		Primípara		Secundípara		Tercípara		Multípara		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
10 - 14	1	0,2	6	1,3	-	-	-	-	-	-	7	1,5
15 - 19	7	1,5	91	19,7	25	5,4	3	0,6	-	-	126	27,2
20 - 29	12	2,6	111	24	77	16,6	30	6,5	21	4,6	251	54,3
30 - 39	-	-	21	4,5	29	6,3	10	2,2	10	2,2	70	15,2
40 - 49	-	-	1	0,2	2	0,4	2	0,4	4	0,8	9	1,8
50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	20	4,3	230	49,7	133	28,7	45	9,7	35	7,6	463	100

GRAU DE INSTRUÇÃO	GRAU DE PARIDADE											
	Nulípara		Primípara		Secundípara		Tercípara		Multípara		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Analfabeta	-	-	2	0,4	3	0,6	1	0,2	1	0,2	7	1,5
1º Grau Completo	5	1,1	107	23,1	80	17,3	27	5,8	20	4,3	239	51,6
1º Grau Incompleto	1	0,2	42	9,1	14	3	10	2,2	13	2,8	80	17,3
2º Grau Completo	11	2,4	60	13	30	6,5	6	1,3	1	0,2	108	23,3
2º Grau Incompleto	3	0,6	19	4,1	6	1,3	1	0,2	-	-	29	6,3
TOTAL	20	4,3	230	49,7	133	28,7	45	9,7	35	7,6	463	100

Dentre os 443 (100%) partos, o tipo de parto mais freqüente é o parto normal 81,7% (362), a porcentagem de cesáreas é 17,8% (79) e o parto fórceps 0,5% (2).

Quando se associa a faixa etária ao tipo de parto, percebe-se que o parto normal é mais freqüente em mulheres entre 20-29 anos 45,6% (202), mas o

parto cesáreo também ocorre em maior incidência nesta mesma faixa etária 8,4% (37) quando comparada com as demais. Em relação as adolescentes, considerando o intervalo de 10-19 anos, tem-se que 23,4% (103) realizaram parto normal e 4,9% (22) tiveram parto cesáreo respectivamente (Tabela 7).

TABELA 7 - Distribuição das Usuárias do Programa de Planejamento Familiar do Bairro Santo Antônio dos Prazeres, jul 2003 – 2004, segundo faixa etária e os tipos de parto.

FAIXA ETÁRIA	TIPOS DE PARTO							
	P. NORMAL		P. CESAREO		P. FORCEPS		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
10 - 14	5	1,1%	1	0,2%	-	-	6	1,3%
15 - 19	98	22,1%	21	4,7%	-	-	119	26,8%
20 - 29	202	45,6%	37	8,4%	-	-	239	54%
30 - 39	50	11,3%	18	4%	2	0,5%	70	15,8%
40 - 49	7	1,6%	2	0,5%	-	-	9	2,1%
50	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	362	81,7%	79	17,8%	2	0,5%	443	100%

Quando associamos a faixa etária ao número de vezes em que realizaram parto

normal observa-se que entre 20-29 anos destaca-se, em geral, e principalmente

quando se refere a um parto 23,5% (85), o mesmo observa-se em relação ao parto cesáreo 32,9% (26) com um cesáreo. Em relação à faixa etária 10-19 anos, adolescentes, têm-se uma alta frequência

de partos normais 28,4% (103) e de cesáreas 27,8% (22). Quanto ao parto fórceps foi realizado em mulheres de 30-39 anos, sendo primípara e tercípara ambas com 50% (1) (Tabela 8).

TABELA 8 - Distribuição das Usuárias do Programa de Planejamento Familiar do Bairro Santo Antônio dos Prazeres, jul 2003 – 2004, segundo associação de faixa etária com a frequência de parto normal, parto cesáreo e parto fórceps.

FAIXA ETÁRIA	FREQUÊNCIA DE PARTOS NORMAIS									
	Primípara		Secundípara		Tercípara		Multípara		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
10 - 14	5	1,4%	-	-	-	-	-	-	5	1,4%
15 - 19	71	19,6%	24	6,6%	3	0,8%	-	-	98	27%
20 - 29	85	23,5%	71	19,6%	25	6,9%	21	5,8%	202	55,8%
30 - 39	8	2,2%	23	6,4%	9	2,5%	10	2,8%	50	13,9%
40 - 49	-	-	1	0,2%	2	0,6%	4	1,1%	7	1,9%
50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	169	46,7%	119	32,8%	39	10,8%	35	9,7%	362	100%

FAIXA ETÁRIA	FREQUÊNCIA DE PARTO CESÁREO									
	Primípara		Secundípara		Tercípara		Multípara		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
10 - 14	1	1,3%	-	-	-	-	-	-	1	1,3%
15 - 19	20	25,2%	1	1,3%	-	-	-	-	21	26,5%
20 - 29	26	32,9%	6	7,6%	5	6,3%	-	-	37	46,8%
30 - 39	12	15,2%	6	7,6%	-	-	-	-	18	22,8%
40 - 49	1	1,3%	1	1,3%	-	-	-	-	2	2,6%
50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	60	75,9%	14	17,8%	5	6,3%	-	-	79	100%

FAIXA ETÁRIA	FREQUÊNCIA DE PARTO FÓRCEPS									
	Primípara		Secundípara		Tercípara		Multípara		TOTAL	
	n	%	n	%	n	n	%	n	%	n
10 - 14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15 - 19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20 - 29	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
30 - 39	1	50%	-	-	1	50%	-	-	2	100%
40 - 49	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	1	50%	-	-	1	50%	-	-	2	100%

Quanto à história da contracepção tem-se que o método contraceptivo atual mais utilizado é o anticoncepcional oral (ACO) representando 30,6% (163), seguido do condom 28,4% (151) e que 19,9% (106) das mulheres, deste estudo, não faziam uso de nenhum método contraceptivo. Consideraram-se os outros métodos - métodos naturais, mas não foram de interesse do cadastrador do Planejamento Familiar identificar quais devido à baixa escolaridade da população

e as falhas em percentual elevado destes métodos. Deve-se salientar que o anticoncepcional oral e o condom são os métodos fornecidos em maior quantidade pela Secretaria Municipal de Saúde o que também contribui para direcionar a escolha. Quando se associa à faixa etária com o método atual utilizado tem-se o método mais utilizado entre os adolescentes de 10-14 e 15-19 anos é o condom sendo representado por 1,2% (6) e 10,7% (57) respectivamente. Entre as

mulheres adultas destaca-se o anticoncepcional oral (ACO) na faixa de 20-29 anos representando 17,6% (94) e 30-39 anos 5,3% (28) (Tabela 9).

TABELA 9 - Distribuição das Usuárias do Programa de Planejamento Familiar do Bairro Santo Antônio dos Prazeres, jul 2003 – 2004, quanto à faixa etária e ao método contraceptivo atual utilizado.

MÉTODOS ATUAL	FAIXA ETÁRIA (anos)													
	10-14		15-19		20-29		30-39		40-49		50		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ACO	1	0,2	34	6,4	94	17,6	28	5,3	5	0,9	1	0,2	163	30,6
ACI	-	-	6	1,2	13	2,4	-	-	-	-	-	-	19	3,6
Condom	6	1,2	57	10,7	65	12,2	21	3,9	2	0,4	-	-	151	28,4
DIU	-	-	-	-	2	0,4	2	0,4	-	-	-	-	4	0,8
Laqueadura	-	-	-	-	1	0,2	5	0,9	-	-	-	-	6	1,1
Nenhum	4	0,7	36	6,7	58	11	8	1,5	-	-	-	-	106	19,9
Outro	2	0,4	31	5,8	40	7,5	9	1,7	1	0,2	-	-	83	15,6
TOTAL	13	2,5	164	30,8	273	51,3	73	13,7	8	1,5	1	0,2	532	100

Quando associado o grau de instrução com o método contraceptivo atual tem-se que o anticoncepcional oral (ACO) era o mais utilizado entre as mulheres com o 1º

grau completo representando 14,2% (76), seguido do condom 13,1% (70) (Tabela 10).

TABELA 10 - Distribuição das Usuárias do Programa de Planejamento Familiar do Bairro Santo Antônio dos Prazeres, jul 2003 – 2004, quanto à associação do grau de escolaridade com o método contraceptivo atual.

GRAU INSTRU- ÇÃO	MÉTODOS CONTRACEPTIVOS ATUAIS															
	ACO		ACI		Condom		DIU		Laqueadura		Nenhum		Outro		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Analfabeta	2	0,4	-	-	-	-	-	-	1	0,2	3	0,5	1	0,2	7	1,3
1º Grau Completo	76	14,2	8	1,5	70	13,1	1	0,2	1	0,2	53	10	47	8,9	256	48,1
1º Grau Incompleto	24	4,5	1	0,2	31	5,9	1	0,2	4	0,7	23	4,3	8	1,5	92	17,3
2º Grau Completo	50	9,4	9	1,7	36	6,8	1	0,2	-	-	21	4	21	3,9	138	26
2º Grau Incompleto	11	2,1	1	0,2	14	2,6	1	0,2	-	-	6	1,1	6	1,1	39	7,3
TOTAL	163	30,6	19	3,6	151	28,4	4	0,8	6	1,1	106	19,9	83	15,6	532	100

Neste estudo, 44,2% (235) das mulheres estavam utilizando o mesmo método contraceptivo por pelo menos seis (6) meses, 11,5% (61) utilizavam entre seis (6) meses e um (1) ano e 19,9% (106) não utilizavam método algum para evitar a gravidez.

O grau de instrução associado ao tempo de uso do método contraceptivo atual demonstra que as mulheres com 1º grau completo 48,1% (256) apresentaram uso constante de pelo menos seis (6) meses representando 21,6% (115), seguido das mulheres que possuem 2º

grau completo 26% (138) com uso de 11,7% (62).

Em relação à quantidade de métodos já utilizados percebe-se que a maioria das usuárias já utilizava pelo menos um (1) método contraceptivo 51,5% (274) e que 19,9% (106) não utilizavam métodos anteriormente. Quanto ao desejo de utilizar métodos contraceptivos relacionado diretamente com a disponibilidade dos mesmos, 75,2% (400) revelaram querer o ACO, e 14,3% (76) anticoncepcional injetável (ACI) conforme Tabela 11. Vale ressaltar que o

desejo mencionado pelas mulheres, neste estudo, sofre influência dos métodos disponíveis na Unidade de Saúde da Família e as condições clínicas, além de jurídicas, já que ouviram o profissional informando o que poderiam utilizar e o que tinha na Unidade de Saúde.

Considerando a população em estudo de um bairro pobre este desejo está intimamente relacionado ao poder de compra e disponibilidade gratuita do método, não sendo assim, totalmente fidedigna está variável.

TABELA 11 - Distribuição das Usuárias do Programa de Planejamento Familiar do Bairro Santo Antônio dos Prazeres, jul 2003 – 2004, quanto aos métodos contraceptivos desejados.

DESEJA USAR MÉTODO	N	%
ACO	400	75,2%
ACI	76	14,3%
Condom	38	7,1%
DIU	16	3,0%
Laqueadura	1	0,2%
Nenhum	1	0,2%
TOTAL	532	100%

Mesmo considerando a influência dos fatores acima citados, quando se associa o método desejado com a faixa etária percebe-se que predomina entre as adolescentes de 10-14 anos o ACO 1,3%

(7) e também nas demais faixas etárias sejam pela facilidade de uso do método contraceptivo ou pela facilidade de acesso ao mesmo conforme destaque na Tabela 12.

TABELA 12 - Distribuição das Usuárias do Programa de Planejamento Familiar do Bairro Santo Antônio dos Prazeres, jul 2003 – 2004, quanto aos métodos contraceptivos desejados e faixa etária.

MÉTODO DESEJA USAR	FAIXA ETÁRIA (anos)												TOTAL	
	10-14		15-19		20-29		30-39		40-49		50			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ACO	7	1,3	121	22,7	211	39,6	53	9,9	7	1,3	1	0,2	400	75,2
ACI	4	0,8	32	6	36	6,8	4	0,8	-	-	-	-	76	14,3
Condom	2	0,4	7	1,3	18	3,4	11	2	-	-	-	-	38	7,1
DIU	-	-	4	0,8	8	1,5	4	0,8	-	-	-	-	16	3
Laqueadura	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,2	-	-	1	0,2
Nenhum	-	-	-	-	-	-	1	0,2	-	-	-	-	1	0,2
Outro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	13	2,5	164	30,8	273	51,3	73	13,7	8	1,5	1	0,2	532	100

Após levantamento dos métodos recebidos, nos arquivos/mapas do Planejamento Familiar, pela Unidade de Saúde de Santo Antônio dos Prazeres, descritos na Tabela 13, percebe-se que a falta de métodos faz com que a “escolha” seja limitada e a continuidade no uso seja irregular e de acordo com a disponibilidade do método no momento de retorno a consulta de planejamento familiar. No total de métodos recebidos

divididos pelo tempo do estudo temos que em um ano e meio, apenas 178 mulheres poderiam receber o ACO para uso contínuo neste período, apenas 10 poderiam fazer uso de ACI, e apenas 48 poderiam utilizar condom já que são distribuídas dez unidades de preservativo masculino para cada usuária, logo apenas 44,5% (236) mulheres poderiam ter acesso contínuo aos métodos existentes na Unidade de Saúde da Família e 55,5%

(296) ficariam descobertas. O DIU e a contracepção de emergência não foram

oferecidos nesse período do estudo.

TABELA 13 – Recebimento de métodos contraceptivos pela Unidade de Saúde da Família de Santo Antônio dos Prazeres no período de jul 2003-2004

MÉTODO CONTRACEPTIVO	2003	2004	TOTAL	DIVISÃO/18 MESES	Nº MULHERES ATENDIDAS
ACO	846	2363	3209	178	178
ACI	24	170	194	10	10
CONDOM	3415	5249	8664	481(10)	48
CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA	-	-	-	-	-
DIU	-	-	-	-	-
TOTAL					236

Fonte: Arquivos e Mapas da Unidade de Saúde da Família de Santo Antônio dos Prazeres, jul 2003 - 2004

Considerando o desejo de utilizar métodos contraceptivos, evidenciado na Tabela 12, a população deste estudo que desejaria utilizar o ACO (400 mulheres) só poderiam ser atendidas continuamente por 18 meses no correspondente a 44,5% (178) as demais 55,5% (222) ficariam sem o ACO. Quanto ao desejo de uso do ACI (76 mulheres), apenas 13,1% (10) poderiam ter acesso ao método e 86,9% (66) não poderiam utilizar por falta do mesmo. O condom poderia ser utilizado por todas as mulheres deste estudo que desejavam-no 100% (38) e poderia ser disponibilizado para mais dez usuárias do serviço, já que além de método contraceptivo é um mecanismo de proteção às doenças sexualmente transmissíveis. Não havendo contracepção de emergência a usuária engravidaria, teria de comprar o medicamento ou até mesmo tentaria um aborto colocando em risco sua vida e a do feto (não considerando os métodos naturais que poderiam ser praticados/utilizados pelas usuárias) e para uso do DIU teriam que ser encaminhadas para outra unidade.

Quando questionadas sobre a regularidade do ciclo menstrual, as usuárias revelaram que 9,4% (50) tinham ciclo irregular e 90,6% (482) ciclo

menstrual regular. Quando se associa à faixa etária com a regularidade do ciclo menstrual percebe-se que a faixa etária entre 20-29 anos apresenta-se com 45,4% (242), seguidas de 15-19 anos 28,8% (153) com ciclo menstrual regular.

As usuárias revelaram que 73% (388) já realizaram colpocitologia oncótica (preventivo) e 27% (144) nunca realizaram o procedimento e entre estas se destacam, em maior proporção, as adolescentes de 15-19 anos 15% (80) e as mulheres entre 20-29 anos 9% (48). Referindo-se ao tempo de realização do preventivo tem-se que 37,4% (145) realizaram a menos de seis meses, 40,7% (158) fizeram entre seis (6) meses a um (1) ano e 16% (62) de um (1) a dois (2) anos e 5,9% a mais de dois (2) anos.

Discussão

Segundo a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, a menarca está ocorrendo cada vez mais cedo, tendo passado de 16,5 anos em 1850, para 12,5 anos em 1970, devido ao estilo de vida moderno e aos inúmeros estímulos ambientais, cada vez mais abundantes, aliado à grande oportunidade de manter relações sexuais, a iniciação

sexual tem se mostrado cada vez mais precoce.⁴

Historicamente, a idade média da menarca das adolescentes vem apresentando uma tendência de queda diminuindo cerca de quatro (4) meses a cada década, encontrando-se, atualmente, na faixa de 12,5 a 13 anos.⁵ Neste estudo na localidade de Santo Antônio dos Prazeres, bairro do município de Feira de Santana, a menarca também encontra-se entre 12 e 14 anos de idade.

Reforçando esta tendência, identificou-se em estudo retrospectivo em um Centro de Saúde de São Paulo, a idade média da menarca de 13,6 anos, na década de 30; 13,4 anos, na década de 40; 12,3 anos, na década de 60 e 12,6 anos, na década de 80. Encontrado em um município de São Paulo, numa série histórica entre 1978 e 1987, declínio na idade média da menarca, onde, em 1978, foi de 12,3 anos; em 1982, de 12 e, em 1987, de 11,6 anos.⁵

No Brasil, nas últimas décadas, tem se observado um significativo aumento da fecundidade entre adolescentes de 15-19 anos esta situação acontece, geralmente, entre os mais pobres e os menos educados. Em 1998, o Sistema Único de Saúde (SUS) registrou aproximadamente 700 mil partos entre adolescentes, destacando-se 37 mil entre meninas de 10-14 anos de idade, 1,22% do total de partos. Pela estimativa do Registro Civil poderia adicionar-se 16% dos partos que restaram fora da contabilidade do SUS, o que totalizaria ao redor de 850 mil nascimentos nesta faixa etária.⁴ Neste estudo, a gravidez entre 10 a 14 anos representa 1,4% do total dos partos realizado pelas usuárias do planejamento Familiar.

Alguns fatores de risco reprodutivo são: idade menor que 15 e maior que 35 anos, situação conjugal instável, renda familiar baixa, baixa escolaridade (menos

de cinco anos), ocupação (esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, estresse), nuliparidade (nunca ter parido) e multiparidade (mais de quatro partos).⁶

Há praticamente uma unanimidade na literatura, com relação à associação entre baixa escolaridade e gravidez na adolescência e que existem inúmeras pesquisas no Brasil, por exemplo, a da Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil - Bemfam, em 1996, com amostra representativa em todas as regiões brasileiras mostrando associação entre alta fecundidade e baixa escolaridade, principalmente que 54,4% das adolescentes que não tinham nenhuma escolaridade, já tinham engravidado alguma vez.⁷

A Portaria GM 466/2000, propôs o Pacto Nacional pela Redução da Taxa de Cesárea. Segundo esta portaria, todas as Unidades da Federação deverão alcançar a taxa de 25%, no máximo, até 2007, num processo de redução gradual, isto para o Sistema Único de Saúde. Para as operadoras vinculadas à Saúde Suplementar (Planos de Saúde), foi proposta a redução de 15% de sua taxa de cesáreas, em 3 anos, ou seja, 5% a cada ano.⁸ Tendo como parâmetro, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a taxa de cesárea ideal é 15% referindo também que taxas muito inferiores a 15% e muito superiores a 15% estão associadas a aumento da mortalidade materna e infantil.⁹ Neste estudo temos 17,8% (79) partos cesáreo o que está dentro da meta para o SUS e próximo a taxa de cesárea ideal que é de 15%.

No Brasil a proporção de partos cirúrgicos dobrou durante a década de 1970 e não diminuiu mais. Hoje as cesarianas correspondem a 82% dos partos pagos por convênios médicos, que atendem 14 milhões de brasileiras com

idade entre 10 e 49 anos, e a 30% dos partos feitos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), única forma de acesso aos serviços de saúde para 58 milhões de mulheres em idade reprodutiva.¹⁰

A cada minuto são feitas três cesarianas no Brasil: duas pagas pelo Sistema Único de Saúde e uma por convênios médicos privados; por ano são realizados no país 864 mil partos cirúrgicos, o equivalente a 40% do total de partos; 65% das cesarianas são consideradas desnecessárias e uma em cada mil mulheres que faz cesariana morre em consequência da cirurgia.¹⁰

Os métodos contraceptivos devem ser utilizados para que se possa evitar a gravidez precoce, as complicações provenientes da gravidez na adolescência e também as doenças sexualmente preveníveis.

Em um estudo realizado no Estado de Sergipe, dentre os métodos utilizados, o mais comum foi a pílula 57,5%, seguido da camisinha 14,4%, o uso de DIU foi referido por apenas 0,3% das mulheres.⁸

A Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia refere que apesar de existirem programas de educação sexual e facilidades para se obter assistência contraceptiva houve uma diminuição nas taxas de gestação, mas a procura por métodos contraceptivos ocorre um (1) ano após a idade da primeira relação sexual e a primeira gravidez ocorre, em média, em seis (6) meses do início da atividade sexual.⁴

Um estudo realizado com 200 adolescentes com atividades sexuais demonstrou que 23% dos adolescentes não conheciam nenhum dos métodos anticoncepcionais e apenas 5% utilizavam algum método contraceptivo. O uso de método anticoncepcional entre adolescentes é raro e o estudo demonstra que, embora 82% referiram conhecer

algum método, apenas 34% já o tinham usado.¹¹

Um estudo realizado em um Centro de Saúde que atendia adolescentes durante o pré-natal e puerpério no município de Feira de Santana, revelou que em relação à contracepção 58% (112) das adolescentes nunca utilizaram nenhum método contraceptivo por acreditarem que não iriam engravidar ou por medo de serem descobertas pelos familiares; 42% (81) já tinham feito uso de algum método contraceptivo, porém apenas 6% (5) destas, fizeram uso do método sob orientação profissional.¹²

Um estudo em uma maternidade em Salvador demonstrou que 65,4% (53) das adolescentes não faziam uso de nenhum método contraceptivo e entre as adultas este número era de 28% (69). Dentre as adolescentes 34,5% (28) referiram conhecer pelo menos dois métodos anticoncepcionais, assim como 64,8% (159) das mulheres em idade adulta. Este estudo tem como conclusão que apesar de existirem informações entre adolescentes sobre métodos, elas não são educadas o suficiente para prevenirem a gravidez e que programas educacionais precisam ser intensificados de modo a promover efeito sobre a gravidez não planejada, principalmente na adolescência.¹³

Neste estudo, dentre as 532 mulheres (100%), 19,9% (106) não faziam uso de nenhum método contraceptivo e a primeira gravidez ocorreu, em sua maioria, entre 15 – 19 anos 34,6% (160).

Percebe-se, neste estudo, que existe uma falta/carência de métodos oferecidos pela Unidade de Saúde que atende a população da área de abrangência do Bairro Santo Antônio dos Prazeres e que se faz necessário proceder à implementação de recursos financeiros e melhores investimentos nesta área de saúde da mulher. O direito ao Planejamento Familiar em suas diversas

formas está previsto e determinado pela Lei nº 9.263 de 12 de outubro de 1996 e pela Portaria nº 144 de 20 de novembro de 1997.^{14, 15}

Segundo o Instituto Nacional do Câncer, toda mulher que tem ou já teve atividade sexual deve submeter-se ao exame preventivo periódico, especialmente se estiver na faixa etária dos 25 aos 59 anos de idade. Inicialmente, um exame deve ser feito a cada ano e, caso dois exames seguidos (em um intervalo de um ano) apresentarem resultado normal, o exame pode passar a ser feito a cada três anos. No Brasil, estima-se que o câncer de colo do útero seja a terceira neoplasia maligna mais comum entre as mulheres.¹⁶

Entre as mulheres estudadas, apenas 1,7% (9) declararam-se virgens, as demais 98,3% (253) já possuíam atividade sexual e apenas 73% (388) já tinham realizado a colpocitologia oncótica.

A prevenção primária do câncer do colo do útero pode ser realizada através do uso de preservativos durante a relação sexual, uma vez que a prática de sexo seguro é uma das formas de evitar o contágio pelo papiloma vírus humano (HPV), vírus que tem um papel importante no desenvolvimento deste câncer e de suas lesões precursoras.¹⁶

Ainda segundo o Instituto Nacional do Câncer, a principal estratégia utilizada para detecção precoce da doença (prevenção secundária), no Brasil, é através da realização do exame preventivo do câncer do colo do útero que pode ser realizado nas unidades de saúde desde que tenham profissionais de saúde capacitados para realizá-los.

É fundamental que os serviços de saúde orientem sobre o que é e qual a importância do exame preventivo, pois a sua realização periódica permite reduzir a

mortalidade por câncer do colo do útero na população de risco.

Vários são os fatores de risco identificados para o câncer do colo do útero, sendo que alguns dos principais estão associados às baixas condições sócio-econômicas, ao início precoce da atividade sexual, à multiplicidade de parceiros sexuais, ao tabagismo (diretamente relacionados à quantidade de cigarros fumados), à higiene íntima inadequada e ao uso prolongado de contraceptivos orais.¹⁷

O Instituto Nacional do Câncer realizou um estudo de custo-efetividade comparando a citologia convencional com cinco estratégias de rastreamento e, a análise econômica mostrou que o teste de Papanicolaou foi o que apresentou a melhor razão custo-efetividade entre as estratégias analisadas.¹⁶

O exame Papanicolaou é internacionalmente apontado como o instrumento mais adequado, mais sensível, de baixo custo e bem aceito pelas mulheres a que se destina. Estudos recentes demonstraram que após um exame com resultado negativo, o risco cumulativo de desenvolver este tipo de câncer, é muito reduzido, permanecendo numa margem de relativa segurança as mulheres que realizaram o exame a cada três anos, após dois exames anuais negativos.¹⁷

A Declaração do Milênio foi aprovada pelas Nações Unidas em setembro de 2000. O Brasil, em conjunto com 191 países-membros da ONU, assinou o pacto e estabeleceu compromisso compartilhado. Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio são um conjunto de oito (8) macro-objetivos, a serem atingidos pelos países até o ano de 2015, por meio de ações concretas dos governos e da sociedade. Sendo estes: erradicar a extrema pobreza e a fome; atingir o ensino básico universal;

promover a igualdade de gênero e a autonomia das mulheres; reduzir a mortalidade infantil; melhorar a saúde materna; combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças; garantir a sustentabilidade ambiental; estabelecer uma Parceria Mundial para o Desenvolvimento.¹⁸

No que se refere à saúde da mulher as questões estão diretamente relacionadas à reprodução e não a contracepção como verificado na descrição da Declaração do Milênio que deseja promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres, reduzir a mortalidade infantil, reduzir em dois terços, entre 1990 e 2015, a mortalidade de crianças com menos de 5 anos, melhorar a saúde materna e reduzir em três quartos, entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade materna.

Portanto, as ações estão, mais uma vez, relacionadas à procriação, para crescimento e aumento de população economicamente ativa e não para o exercício da sexualidade responsável com entendimento e opções de escolhas para quando quiserem procriar e decidirem que meios desejariam utilizar para evitar a concepção – contracepção – além de mecanismos de prevenção e melhoria para o câncer de colo uterino. Todas as questões propostas para o milênio estão baseadas e diretamente relacionadas com a maternidade e os riscos a saúde da mulher e da criança que podem advir da gravidez, parto e puerpério.

O Perfil Epidemiológico das Usuárias do Planejamento Familiar do Bairro Santo Antônio dos Prazeres atendidas pela Unidade de Saúde da Família, desta localidade, pertencente ao município de Feira de Santana – Bahia, no período de julho de 2003-2004, referindo-se a idade, sexo, grau de instrução, estado civil, profissão, história obstétrica (gesta, paridade, tipos de parto, número de abortos, idade da primeira gestação,

menarca, idade da primeira relação sexual) e história da contracepção (métodos utilizados e tempo de uso) permite afirmar-se que:

1. A maior parte das mulheres estudadas são adultas e estão entre 20-29 anos 51,3% (273), seguida das adolescentes de 10-19 anos 33,3% (177);
2. A maioria apresenta 1º grau completo 48,1% (256) e 2º grau completo 26% (138);
3. Essas mulheres, em sua totalidade, têm a prática sexual iniciada na adolescência 88,3% (462);
4. A primeira gravidez acontece, principalmente, na adolescência entre 15-19 anos 62,2% (288) representando um desafio para a Saúde Pública já que a maternidade precoce está associada a uma maior morbimortalidade materna;
5. O parto normal 81,7% (362) é mais freqüente que o cesáreo 17,8% (79) diminuindo assim os riscos cirúrgicos e se aproximando da meta preconizada pela Organização Mundial da Saúde de apenas 15% de partos cesáreos;
6. Grande parte da população estudada fazia uso de método contraceptivo 80,1% (426), porem 19,9% (106) não utilizava nenhum método;
7. O tempo de uso mais constante do método contraceptivo entre as mulheres era de zero (0) a seis (6) meses 44,2% (235);
8. A quantidade de métodos contraceptivos recebidos pela Unidade de Saúde da Família é insuficiente para cobrir a população estudada no mesmo período;

9. Da população estudada 27% (144) nunca realizaram colpocitologia oncótica (exame de Papanicolaou ou preventivo) exame para prevenção do câncer uterino.

Apesar das conquistas obtidas nos últimos anos no que se refere às ações do Planejamento Familiar, sendo o seu direito garantido na Constituição Federal e legitimado pela Lei nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996, pela análise dos dados desta pesquisa percebe-se que necessitam serem melhoradas. É importante lembrar que o exercício do direito e da escolha livre e informada requer a oferta de insumos em diversidade de métodos e em quantidade adequada, o que não vem representando uma realidade.

Deve-se então, prover a unidade para a diversidade dos métodos e garantia de regularidade no envio, de acordo com a demanda local, possibilitando a escolha livre e informada dos métodos.

Deve-se também estimular e promover o acesso à realização de medidas de prevenção primária ao câncer de colo uterino através do exame colpocitológico a todas as mulheres em atividade sexual.

Promover parcerias com outras entidades/pessoas (Profissionais do Programa de Saúde da Família, Escolas, Associações, Creches e etc) para a abordagem sobre sexualidade para os adolescentes de forma a tentar reduzir os índices de gravidez na adolescência e exercer a sexualidade com responsabilidade visando também evitar as doenças sexualmente transmissíveis.

As Políticas Públicas para a Saúde da Mulher não devem restringir-se a gravidez, parto e puerpério, a abordagem deve ser ampla desde o exercício da sexualidade com responsabilidade até o climatério e também na senilidade.

Referências bibliográficas

1. Feira de Santana. Escola Municipal Antônio Carlos Coelho. Santo Antônio dos Prazeres: Ontem e Hoje, 2001.
2. Prefeitura Municipal de Faria de Santana. Feira de Santana: dados históricos. Feira de Santana, Ba, 2006. [acesso em: 07 mar. 2003] Disponível em: <http://www.feiradesantana.ba.gov.br>.
3. Secretaria Municipal de Saúde: Sistema de Informação de Atenção Básica. Feira de Santana, Ba, 2003 - 2004.
4. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Saúde da Adolescente: Manual de Orientação. Comissão Nacional de Ginecologia Infanto-Puberal. Brasil: Ministério da Saúde, 2000, 100p.
5. Junior, José Domingues dos Santos. Fatores etiológicos relacionados à gravidez na adolescência: vulnerabilidade à maternidade. In: Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 1999, p. 223-229.
6. Brasil. Assistência Pré-Natal: normas e manuais técnicos. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 56p.
7. Guimarães, Eleuse M. de B. Gravidez na adolescência: uma visão multidisciplinar. Revista Pediatria Moderna. São Paulo, ed. Especial, v. XXXVII, maio, 2001, p. 29-32.
8. Sergipe. III Pesquisa de Saúde Materno-Infantil e Nutrição do Estado de Sergipe. Universidade Federal da Bahia, Escola de Nutrição. Brasília, 2001, 124p.
9. Brasil. Saúde da Mulher: Boletim Eletrônico. Brasília: Ministério da Saúde, ano 2, n. 4, ago/set, 2006. [acesso em: 30

out. 2006] Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/BE%201%20%C3%81rea%20T%C3%A9cnica%20de%20Sa%C3%BAde%20da%20Mulher%20do%20MS.pdf>.

10. Zorzetto, Ricardo. Saúde Reprodutiva: Escolha Errada. Revista Lancet. Pesquisa FAPESP 124. São Paulo, jun. 2006, p. 40-44.

11. Brandão, L. G. et al. Avaliação do Nível de Conhecimento dos Adolescentes do Parque Ouro Branco sobre Sexualidade. Semina, Londrina, v. 16, ed. Especial, p. 59-68, set. 1995.

12. Souza, Vera Lúcia Costa; Costa, Naiza Santana e Santana. Enfermagem no Atendimento às Adolescentes na Gestaçã o e Puerpério. Revista Sitientibus. Universidade Estadual de Feira de Santana, n. 13, jul/dez, 1995, p.147-161.

13. Nunes LM, Oliveira H, Moreira L. Contracepção na Adolescência: Educação x Informação. In: Anais do VIII Congresso Brasileiro, VII Congresso Intrenacional, III Congresso da Asbra Sobre Adolescência, 2001, Salvador. Sociedade Brasileira de Pediatria, Salvador: 2001 , p. 101.

14. Brasil. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Diário Oficial (da) República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 15 jan. 1996.

15. Brasil. Portaria nº 144, de 20 de novembro de 1997. Trata do planejamento familiar. Diário Oficial (da) República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 nov. 1998.

16. Instituto Nacional do Câncer. Câncer do Colo do Útero. [acesso em: 01 jan. 2006] Disponível em:
<http://www.inca.gov.br>.

17. Brasil. Controle do Câncer do Colo do Útero. Brasília: Ministério da Saúde, jan, 2001, 32p.

18. Oito Jeitos de mudar o mundo. Objetivos do milênio. Disponível em:
<<http://www.nospodemos.org.br/objetivos>>. Acesso em: 30 out. 2006.