

**AUSÊNCIA DO PLANEJAMENTO FAMILIAR, EM FAMÍLIA DE BAIXA RENDA,  
NA CIDADE DE PARACATU-MG**

Laila Borges Moraes.<sup>1</sup>,

João Estevam Giunt Ribeiro<sup>2</sup>

**RESUMO**

Este trabalho objetiva traçar o perfil da saúde sexual e reprodutiva de mulheres que não participam do planejamento familiar, da área adscrita do bairro Paracatuzinho, Paracatu - Minas Gerais. Identifica variáveis de riscos que evidenciem a situação de saúde da mulher, em relação a gravidez na adolescência, número de filhos, e filhos não planejados, assim, valorizou-se uma única usuária como sujeito da sua própria história, contribuindo para o benefício da sua qualidade de vida, em sintonia com os benefícios da educação popular em saúde. Identifica a deficiência dos Agentes Comunitários de Saúde na captação precoce. O estudo é do tipo estudo de caso, um estudo descritivo de abordagem quantitativa. Utiliza formulário de entrevista, como instrumento de coleta dos dados, que foram coletados pelos Acadêmicos de Medicina do 1º período, durante a visita domiciliar e apresentados de forma descritiva. Constata a relevante importância do conhecimento da realidade dessas mulheres para respaldar e direcionar as ações preventivas, educativas, avaliativas e de planejamento, direcionadas para a mulher em idade fértil.

**PALAVRAS-CHAVES:** Saúde da mulher. Planejamento familiar. Educação em saúde. Captação precoce.

---

<sup>1</sup> Acadêmica do curso de Medicina do 5º período, da Faculdade Atenas, Paracatu-MG, contato [lailinhahanum@yahoo.com.br](mailto:lailinhahanum@yahoo.com.br)

<sup>2</sup> Professor da Faculdade Atenas de Paracatu-MG

## **ABSTRACT**

This work aims to trace the profile of sexual and reproductive health of women who do not participate in family planning, the area of the district enrolled Paracatu, Paracatu - Minas Gerais. Identifies variables of risks that would highlight the situation of women's health, for teenage pregnancy, number of children, and children not planned thus rewarded by a single user as the subject of its own history, contributing to the benefit of its quality of life, in line with the benefits of popular education in health. Identify the deficiency of Community Health Agents capture in early. The study is the type case study, a descriptive study of quantitative approach. Uses form interview, as an instrument to collect data that were collected by the Academic Medicine of the 1<sup>st</sup> period, during home visits and presented in a descriptive way. Notes the importance of knowledge of the reality of these women to responders and direct to preventive measures, educational, evaluative and planning, targeted to women of childbearing age.

**KEYWORDS:** Women's health. Family planning. Health education Capture early.

## I INTRODUÇÃO

### I.1 REVISÃO DE LITERATURA

O exercício da sexualidade é um direito do ser humano, e os adolescentes ao optarem por exercê-la devem ser conscientizados das implicações de uma gravidez não planejada, pois a maternidade e a paternidade não envolvem somente a capacidade física para exercê-las, mas, sim o momento de auto avaliação, considerando o encaixe dessas funções dentro do projeto de vida de cada um. Todavia é necessário que se ofereça espaço para que o jovem possa expor suas dúvidas.<sup>3</sup>

O diálogo aberto sobre sexualidade no seu contexto mais amplo, seja no lar, na escola, nas instituições de saúde, pode contribuir significante para a diminuição da ansiedade dos jovens em relação á descoberta da sexualidade, adiando muitas vezes, o inicio de suas atividades sexuais.<sup>4</sup>

De acordo com o MINISTÉRIO DA SAÚDE, o planejamento familiar orienta-se por ações preventivas e educativas, pela garantia de acesso igualitário as informações métodos e técnicas disponíveis para regulação da fecundidade, devendo atender as reais necessidades da população feminina e masculina em idade fértil, através da utilização dos conhecimentos técnicos científicos existentes e dos meios e recursos mais adequados e disponíveis. Contudo a baixa qualidade da assistência em planejamento familiar reflete no aumento da fecundidade na adolescência, bem como em grande número de abortos que

---

<sup>3</sup> MARCONDES, Ayrton César, 1999

<sup>4</sup> Sociedade Civil Bem Estar Familiar no Brasil - BEMFAM (2007) Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar no Brasil.

ocorrem no Brasil, dos quais uma significativa proporção é induzida e contribui para altas taxas de mortalidade materna. A desinformação sobre os métodos anticoncepcionais entre os jovens pode contribuir para a aquisição de DST, como também para o aumento de gravidez acarretando muitas complicações que recairão não somente sobre os adolescentes, mas especialmente sobre a mulher, bem como sobre a criança, a família e a sociedade.<sup>5</sup>

Assegurar o acesso à informação sobre planejamento familiar, serviços e suprimentos é essencial à proteção da saúde e bem-estar das mulheres, das famílias e da sociedade como um todo. O desenvolvimento econômico, os direitos humanos e a saúde global têm raízes importantes no planejamento familiar, o que é frequentemente negligenciado. Tendências recentes, embora efetivas na ampliação da saúde global e na agenda de desenvolvimento, reduziram a atenção e o financiamento para o planejamento familiar.<sup>6</sup>

No cenário brasileiro da década de 1990, constata-se um fenômeno de expansão, tanto, econômica, como social, ao lado de uma pobreza estrutural ou pobreza absoluta de grande parte da população. Com a carência das condições básicas para a sobrevivência, são aprofundadas, cada vez mais, as desigualdades sociais e constituídas novas formas de pobreza, expressas pelo que a literatura especializada vem denominando de *nova pobreza*. Tem-se a constituição de uma sociedade dual, de economia globalizada, que divide a população em dois segmentos: os empregáveis e os inempregáveis, expandindo o cenário do empobrecimento e da exclusão<sup>7</sup>. Mais de 60 milhões de brasileiros vivem em situação de pobreza absoluta e vários milhões estão na linha da miséria absoluta, significando, nos dois casos, situação de fome total<sup>8</sup>

As condições de saúde e o processo de adoecer e morrer são diretamente influenciados pelas características socioeconômicas e demográficas de uma população. No tocante à saúde

---

<sup>5</sup> Ministério da Saúde, 2003

<sup>6</sup> THOMÉ, 1982.

<sup>7</sup> SILVA, 2000

<sup>8</sup> Ministério da Saúde, 2001

da mulher, tem sido demonstrado, por vários autores, que a utilização dos serviços de saúde, incluindo-se a assistência ao pré-natal e ao parto são influenciados pela renda familiar, pela escolaridade materna, pela situação conjugal, pelo local de residência e pela paridade da mulher <sup>9</sup>. No que diz respeito ao direito à regulação da fertilidade, a Constituição Federal estabelece, no artigo 227, parágrafo 7º: “O Planejamento Familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educativos e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituição particular ou privada”. A história do Planejamento Familiar, no Brasil, confunde-se com a própria história da BEMFAM (Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil), que nasceu no fim da XV Jornada Brasileira de Obstetrícia e Ginecologia, em novembro de 1965. Nessa jornada, um trabalho sobre o aborto provocado denunciou a existência de um grave problema médico e social em nosso país, e apontou o planejamento familiar como a solução mais adequada aos males decorrentes da situação. Todavia, a perspectiva controlista da BEMFAM resultou na distribuição indiscriminada de métodos contraceptivos e no aumento dos agravos à saúde das mulheres, por falta de acompanhamento clínico.

Em 1983, o planejamento familiar foi garantido como direito das mulheres, com a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e, em 1986, o governo brasileiro anunciou o Programa de Planejamento Familiar, oficialmente. No Brasil, assim como em muitos outros países do Hemisfério Sul, o acesso à contracepção está longe de ser um direito de cidadania <sup>10</sup>.

Aproximadamente, 10 milhões de mulheres estão expostas à gravidez não planejada, seja por uso inadequado de métodos anticoncepcionais, ou mesmo pela falta de conhecimento e/ou acesso aos mesmos. Estima-se que ocorrem no país, de um a 1,2 milhões de

---

<sup>9</sup> ALVES e SILVA, 2000.

<sup>10</sup> ÁVILA, 2000

abortamentos por ano, constituindo a quinta causa de internação na rede SUS e sendo responsáveis por 9% das mortes maternas e 25% das esterilidades por causa tubária <sup>11</sup>.

A alta incidência do aborto ilegal no Brasil evidencia o desejo da população de limitar o número de filhos, mesmo que seja necessário lançar mão do método drástico do abortamento clandestino, realizado, quase sempre, em condições insalubres e por pessoas não capacitadas. No tocante à adolescência, a realidade é problemática. Estudos da Fundação População e Desenvolvimento indicam que, de cada cinco crianças que nascem no Brasil, quatro pertencem a famílias pobres e que, enquanto há 15 anos tínhamos um número pequeno de mães com idade entre 15 a 19 anos, hoje temos milhões de mães adolescentes

Dados do Sistema Único de Saúde (SUS) indicam que 700 mil adolescentes, entre 10 e 19 anos, deram à luz, no Brasil, no ano de 1998. De acordo com o censo de 1996 do IBGE, o Brasil tem mais de 34 milhões de pessoas na faixa de 10 a 19 anos <sup>12</sup>.

Entre 1993 e 1998, houve, em relação ao total de partos realizados no SUS, um aumento de 31% no percentual de partos, em meninas de 10 a 14 anos. Entre as jovens de 15 a 19 anos, o aumento foi de 19%. Sabe-se que a gravidez precoce pode acarretar problemas na vida escolar e produtiva das adolescentes. As mulheres, especialmente àquelas com filhos menores de cinco anos, tendem a apresentar taxas de atividade e de ocupação menores <sup>13</sup>.

“O aumento da gravidez precoce surge como um importante fator de risco para o desempenho do adolescente rumo à idade adulta. Na adolescência coexistem imaturidade física e psicológica, com dependência social”, segundo Lucimar Cannon, coordenadora de Saúde do Adolescente do Ministério da Saúde <sup>14</sup>.

---

<sup>11</sup> Ministério da Saúde, 2001

<sup>12</sup> Ministério da Saúde, 2003.

<sup>13</sup> Alves e Silva, 2000

<sup>14</sup> Ministério da Saúde, 2001

## I.2 CONTEXTUALIZAÇÃO

A gravidez na adolescência é uma situação de difícil aceitação para a família seja em qualquer nível social ela esteja enquadrada ou níveis de intelectualidade.

Esta família alvo de estudo, vive na periferia da cidade de Paracatu, estado de Minas Gerais, em um bairro denominado Paracatuzinho. A família é composta de 5 pessoas, que vivem em uma casa alugada, de 4 cômodos, com saneamento básico completo.

J. I. S. tem 23 anos é mãe solteira, de L. S. de 3 anos, K. S. de 11 meses e R. S. de 3 meses passou pelo ciclo de vida da primeira gestação. J. I. S. possui uma má comunicação com seus pais e também certo distanciamento com sua mãe, neste caso não lhe foi esclarecida as medidas preventivas que a mesma deveria tomar para que não fosse sujeita a esse tipo de situação, podendo ser este um dos fatores que predispôs a ser acometida por essa situação. Além da gravidez detectada nesse mesmo período de sua irmã, G. I. S. uma adolescente de 14 anos.

A falta de planejamento familiar é um problema sério que acomete essa família. O planejamento familiar é o ato consciente de planejar o nascimento dos filhos, tanto em relação ao número desejado, quanto a ocasião apropriada de tê-los. Isto pode ser conseguido através de técnicas e métodos anticoncepcionais e de procedimentos para obter gravidez em casos de infertilidade. Dinantivo de controle da natalidade, principalmente entre a população mais carente significa dar as famílias uma vida com dignidade ter-se um filho nos dias de hoje dever ser uma decisão pensada e refletida para não prejudicar o indivíduo que virá a nascer.

Ela mora com seu pai F. I. S., 49 anos e sua madrasta D. S. a qual possui um relacionamento conflituoso, e sua irmã G. I. S. de 14 anos, que está grávida.

A gravidez de J. I. S não foi planejada e a chegada de R. S.. mudou as estruturas da casa, já que seu pai F. I. S. possui um emprego de renda não fixa, e por ser hipertenso necessitando de cuidados especiais.

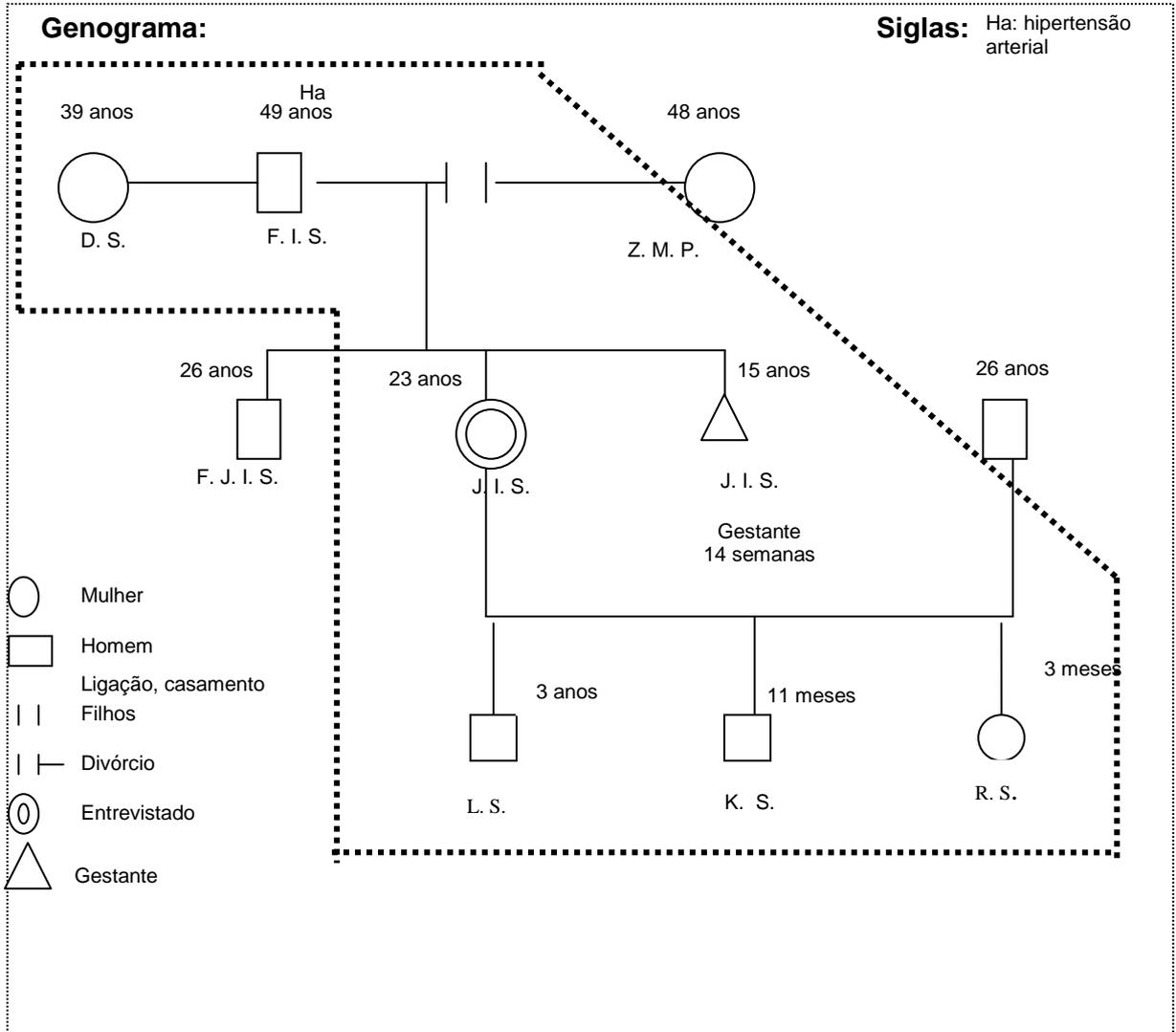
J. I. S não possui apoio do pai da criança e passa por necessidades para manter bons cuidados, mas, mesmo assim o cotidiano da família é extremamente organizado no que se trata de cuidados pessoais como higiene e saúde, com a casa, com a educação e muito com o bem estar e desenvolvimento físico e cognitivo das crianças.

Esta família vive em uma casa própria, de alvenaria, com saneamento básico completo, com cinco cômodos, quarto (2), banheiro (1), sala (1), cozinha (1), a casa é bastante organizada, higiênica. A renda da família não é estabilizada, conseguem aproximadamente um salário mínimo, e nenhum integrante da família possui ensino fundamental completo.

A residência é situada na área de abrangência cinco, da Unidade Básica de Saúde Joaquim Brochado (Paracatuzinho), no qual funciona todos os dias úteis, diurnamente. A Unidade Básica de Saúde, possui um médico, uma enfermeira, e cinco agentes comunitários, onde é realizado, programa de hipertensos, programa de diabéticos, e escovação das crianças até 7 anos. Eis a seguir o genograma da família em questão:

**Família de J. I. dos S.**

**Data de realização: 16/08/2007**



### I. 3 JUSTIFICATIVA

O oferecimento de um atendimento de boa qualidade sempre foi uma meta dos programas de planejamento familiar: o bom atendimento ajuda os indivíduos e casais a satisfazerem suas necessidades de saúde reprodutiva de uma forma segura e eficaz e cabem a nós estudantes transformar a qualidade de vida da população em alta prioridade.

Com a implementação do planejamento familiar que ocorre quando pela educação, instrução e acesso aos métodos anticoncepcionais, fornecendo ao casal o poder e o direito de programar o momento e o número de filhos que desejam ter, como exercício pleno de cidadania, a partir do nosso ampliamto do conhecimento sobre o planejamento familiar acompanhado dos variados tipos de métodos contraceptivos, já que nessa área de abrangência é perceptível a má capacitação da equipe multidisciplinar em realizar essa capacitação precoce, e a busca ativa das pessoas vulneráveis a esse tipo de situação.

Foi por esse motivo, que pude perceber a dificuldade da família com a qual realizei acompanhamento, de manter o controle dos filhos, pois não foram orientados anteriormente de freqüentarem as reuniões sobre o planejamento, mesmo que não realizado naquela UBS, buscar em outras unidades de saúde. O qual me possibilitou estudar com maior profundidade as situações de saúde da mulher brasileira, o programa de planejamento familiar, dificuldades de implementação e realizar um projeto de intervenção para promover a qualidade de vida, daquela família em particular.

## **I.4 OBJETIVOS**

### **I.4.1 OBJETIVO GERAL**

Introduzir a família de J. I. S. na participação do planejamento familiar.

### **I.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Introduzir elementos relacionados com o diálogo na família e a educação dos filhos, indo além do conceito biomédico que limita o planejamento familiar tão somente á anticoncepção.
- Incentivar o paciente a procurar sobre as atividades propostas pelo PSF, principalmente quando estão relacionados ao planejamento familiar, pois ela alega não ser informada dos dias das reuniões.
- Criar condições a partir da conscientização de J. I. S, e G. I. S. para a paternidade responsável considerando o direito de uma vida digna dos filhos já nascidos.
- Elaborar uma ficha para controle e promoção da saúde da mulher em idade fértil, com base no perfil estudado, a ser testada e validada a posteriori.
- Identificar variáveis de risco que evidenciem a situação de saúde da mulher em idade fértil na região estudada;

## **II METODOLOGIA**

### **II.1 TIPO DE ESTUDO**

Realizou-se um estudo do tipo, estudo de caso, no qual acompanhamos a dificuldade de uma família da periferia de Paracatu em participar do programa de Planejamento Familiar, e suas conseqüências.

### **II.2 ÁREA DE ESTUDO**

Foi escolhida a região do Paracatuzinho da cidade de Paracatu-MG para implantação do projeto, por ser uma região com maior demanda emergente. O desenvolvimento do trabalho aconteceu de forma diversa em cada micro área (ao todo cinco), devido às características e estratégias próprias, sendo está família localizada na micro área 4.

### **II.3 COLETA DOS DADOS**

Primeiramente a Agente Comunitária de Saúde selecionou as famílias, para que os acadêmicos de Medicina da Faculdade Atenas, do 1º período realizassem o acompanhamento domiciliar.

Foram realizadas visitas domiciliares e aplicado um questionário de identificação e perfil dos usuários, escala de avaliação funcional, mapa mínimo de relações, condições socioeconômicas e culturais. Estes instrumentos foram desenvolvidos pela Faculdade Atenas, na disciplina de Interação Comunitária. Após avaliação inicial foi estabelecido um plano de cuidados para orientar a intervenção dos acadêmicos de Medicina.

Após cada visita ainda na UBS foram realizadas reuniões com a equipe da unidade de saúde onde o usuário é vinculado e posteriormente discussão com os outros acadêmicos de medicina, apresentando os problemas encontrados e as conseqüências que podem ser acarretadas.

Durante todo acompanhamento foram desenvolvidos atividades com as diversas equipes das unidades de saúde do território, de acordo com o plano de cuidado estabelecido no início das visitas, no intuito de oferecer companhia, apoiar, estar junto, através da escuta, de conversas e atividades externas e de lazer (quando possível), respeitando os valores e a privacidade da pessoa atendida; oferecer ajuda para os cuidados pessoais, nas atividades de higiene pessoal (banho, higiene oral e alimentação) e nas atividades de cuidados com a saúde (consultas, exames, medicações, exercícios físicos e respiratórios, etc);no cuidado com o local da moradia, nas atividades de limpeza da casa e das roupas;

Realizou-se relatórios quinzenais dos acompanhamentos para coordenação da disciplina o “Diário de bordo”;

Foi articulado os recursos existentes na comunidade para criação de rede de ajuda para o usuário, principalmente no incentivo à freqüentarem o Programa de Planejamento Familiar, atuando prioritariamente, no âmbito da Atenção Primaria à Saúde (APS), a partir de uma abordagem biopsicosocial do processo saúde—adoecimento;

Desenvolver ações integradas de promoção, proteção, recuperação da saúde, no nível individual e coletivo;

Priorizar a prática médica centrada na pessoa, na relação médico-paciente, com foco na família e orientada para comunidade, privilegiando o primeiro contato, o vínculo, a continuidade e a integralidade do cuidado na atenção à saúde;

Coordenar os cuidados de saúde prestados a determinado indivíduo, família e comunidade, referenciando, sempre que necessário, para outros especialistas ou outros níveis e setores do sistema, mas sem perda do vínculo;

Desenvolver, planejar, executar e avaliar, junto à equipe de saúde, programas integrais de atenção, objetivando dar respostas adequadas às necessidades de saúde de uma população adscrita, tendo por base metodologias apropriadas de investigação, com ênfase na utilização do método científico e epidemiológico;

Estimular a resiliência, a participação e a autonomia dos indivíduos, das famílias e da comunidade.

Ao todo foram realizadas sete visitas, segue uma tabela com as respectivas datas:

<b>Março</b> <b>16/03/2007</b> <b>30/03/2007</b>	2 Visitas domiciliares realizadas pelos estudantes para conhecimento, aplicação do questionário, e verificação dos principais problemas.
<b>Abril</b> <b>20/04/2007</b>	Após a verificação dos principais problemas, partimos para a teorização com a visita domiciliar realizada aplicamos à realidade, orientando-a a freqüentar o programa de planejamento familiar no intuito da promoção da saúde, além de incentivarmos toda a família a freqüentar os outros programas realizados pela Unidade de Saúde como os de hipertensos. Orientamos sobre os cuidados com o bebê, principalmente por sua amamentação não ser exclusiva.
<b>Mai</b> <b>04/05/2007</b> <b>25/05/2007</b>	2 Visitas domiciliares dos estudantes, agentes comunitários e Enfermeira, para expor as dificuldades entre:O número de filhos x qualidade de vida; Pais conscientes x filhos sadios, e seguimento do programa de planejamento familiar. Explicar claramente sobre DST's, o uso de preservativos, uma maior comunicação com o parceiro para o uso do mesmo.
<b>Junho</b> <b>15/06/2007</b> <b>29/06/2007</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Visita do médico para auxiliar os estudantes incentivando toda a família a seguir corretamente as informações passadas dos métodos contraceptivos.Ela vai ter a possibilidade de receber informações a serem trabalhadas por nós como: Sexo, Puberdade; Órgãos Sexuais; Reprodução Humana; Menstruação; Gravidez; A vida Sexual na Puberdade;Abuso Sexual e Assédio Sexual; Masturbação; Métodos Anticoncepcionais; Homossexualidade; Doenças Sexualmente Transmissíveis.</li></ul>

## II.4 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população estudada é uma família da periferia da cidade de Paracatu-MG, no bairro Paracatuzinho. A família é composta por sete membros, dentre estes o foco de estudo priorizado, a gestante, J. I. S.

## II.5 AMOSTRA E AMOSTRAGEM

Não se aplicam em um Estudo de Caso.

## II.6 CRITÉRIO DE SELEÇÃO DOS SUJEITOS

Foi definido que os critérios para inclusão da população de estudo, seria a associação das seguintes características:

- Dependência funcional para as atividades da vida diária, decorrente de agravos à saúde de população idosa.
- Insuficiência no suporte familiar e social;
- Mulher em fase gestacional
- Famílias que passam pela fase de crianças em casa.

Estas pessoas se encontram numa grave condição de vulnerabilidade social, na medida em que necessitam de ajuda para subsistência e cuidados básicos, desde realizar compras, pagar contas, preparar alimentos, realizar a higiene pessoal e da casa, e não contam com o suporte necessário para isso.

## II.7 INSTRUMENTOS OU TÉCNICAS UTILIZADAS

Foi utilizado um questionário estabelecido pelo professor da disciplina Interação Comunitária, com perguntas fechadas, cujo modelo encontra-se em anexo (Anexo I) e o “Diário de bordo” caderno de registros, que foi utilizado para armazenamento das informações vivenciadas nas visitas domiciliares.

## II.8 ANÁLISE DOS DADOS E TRATAMENTO ESTADÍSTICO

A análise dos dados:

- Foi realizado testando hipóteses de intervenção, que promova a qualidade de vida da família estudada.

Tratamento estatístico:

- Obviamente, a análise individual não tem significado estatístico para comprovar uma hipótese causal, o que não impede que ela seja útil para ajudar a formular esta hipótese ou para refinar a sua comprovação, dentro de uma perspectiva mais qualitativa, no entanto não foi utilizado nenhum tratamento estatístico.

### **III. RESULTADOS**

As características sócio-econômicas de uma população estão altamente relacionadas com sua morbi-mortalidade, daí a importância de se analisar esses indicadores, em se tratando da saúde da mulher.

Quanto à intervenção realizada, não foi obtido resultados expressivos pois a família alega não ser informada pelos Agentes Comunitários de Saúde, das datas e horários das reuniões sobre o planejamento familiar, priorizando a atenção à criança, não incentivando a família a frequentar os programas realizados na Unidade Básica de Saúde.

As discussões ao longo das visitas possibilitaram constatar que o conhecimento sobre o planejamento familiar parecia limitado na família servindo apenas para dar pílulas e convencer a mulher a fazer laqueadura. Diante disso, foi preciso desmistificar esta postura e construir um espaço para o diálogo, para a troca referente aos problemas familiares e aos fatores que interferem na decisão de planejar a família.

### **IV DISCUSSÃO**

Observamos a partir de todo o acompanhamento realizado, a predominância da ocorrência da primeira gravidez na adolescência de duas integrantes da família acompanhada, trazendo uma repercussão desfavorável, representando a debilidade do serviço de saúde, principalmente em relação à má capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde, na captação precoce das famílias mais vulneráveis a esse tipo de situação.

O aumento da gravidez na adolescência é um fato preocupante. A taxa de fecundidade total no país está em declínio, apresentando uma redução em todas as faixas etárias, exceto

entre os 10 e 19 anos. A gravidez precoce está associada a repercussões psicossociais negativas na vida do jovem e de sua prole <sup>15</sup>.

A gravidez na adolescência constitui-se em um período de perdas, interrupção dos estudos, do trabalho profissional, perda da confiança da família, perda da independência adquirida e da própria identidade. É um desafio social e não apenas um problema dos adolescentes <sup>16</sup>.

Outro problema encontrado é quanto ao número de gestações não planejadas, presentes. A paridade está associada a uma maior morbi-mortalidade materna. Winikoff, mencionado por Omram e Solís (1992), assinala que o risco mais bem conhecido e mais definido da maternidade é o risco obstétrico da alta paridade <sup>17</sup>. Assim, as mulheres com quatro ou mais gestações têm uma maior chance de adquirir doenças sexualmente transmissíveis, doenças inflamatórias pélvicas e de morrerem por problemas ligados à gravidez e em decorrência do parto. Todavia, se for assegurada uma assistência de qualidade à gravidez, ao parto e ao puerpério, esses índices terão redução significativa.

Através da educação sexual, deve-se ensinar, não somente os fatos vitais, mas, também, procurar fazer o ser humano responsável por todas as atitudes ligadas ao sexo e à reprodução. Diante do reduzido número de visitas realizadas não foi possível construir um perfil preciso da saúde sexual e reprodutiva das mulheres em idade fértil do bairro Paracatuzinho, Paracatu – Minas Gerais, e referindo à família acompanhada, muitas vezes às visitas eram prejudicadas, por outros fatores como, a informante chave não estar presente na data estabelecida, ou a informante chave estar ocupada com atividades diárias, e não repassar as informações necessárias, repercutindo assim nos resultados esperados.

Constatamos que, no cotidiano do trabalho, precisamos de objetividade na coleta dos dados durante o atendimento à mulher, ao mesmo tempo em que deve ser possibilitado o

---

<sup>15</sup> Ministério da Saúde, 2001

<sup>16</sup> Vigolvinho, 2001

<sup>17</sup> Alves e Silva, 2000

acesso rápido dos profissionais que a assistem, a informações básicas sobre sua saúde, para minimizar as limitações da pesquisa.

## V CONCLUSÃO

A prática educativa pelos profissionais de saúde ainda está longe de ser realidade diária em nossos serviços, onde a oportunidade do atendimento pode-se tornar arma importante no combate aos problemas detectados.

Assim, torna-se extremamente relevante, termos conhecimento dessas informações, para o cumprimento das funções de vigilância e para o subsídio e desencadeamento dessas ações. A qualidade da informação depende da adequada coleta de dados. Que essa coleta possa estabelecer-se em nível primário, para se constituir em um poderoso instrumento de acompanhamento das ações voltadas para a mulher em idade fértil.

Outras informações, além das já trabalhadas no Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), Programa Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), poderão ser capazes de estabelecer um processo dinâmico de planejamento, avaliação, manutenção e aprimoramento das ações voltadas para a mulher em idade fértil.

Nesta pesquisa, também foi pensada a elaboração de um projeto que melhore a capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde da cidade de Paracatu, para que o programa de planejamento familiar, seja aplicado de forma correta.

O conjunto dos dados obtidos para se construir o perfil da saúde sexual e reprodutiva da população estudada permite afirmar que o acesso das mulheres da comunidade do Paracatuzinho, Paracatu– Minas Gerais a ações básicas de saúde é uma realidade. Todavia, a inserção social que as caracteriza como de baixa escolaridade e de baixa renda familiar às mantém em situação desprivilegiada quanto ao acesso a informações e a ações concretas de

atenção à saúde, o que as faz conviver com situações de risco diário, expondo-se a diversos agravos frente à saúde. Entretanto, os dados que obtivemos nos permitem vislumbrar mudanças, na medida em que podemos repensar a prática, priorizando ações baseadas nas necessidades reais detectadas.

Constatamos a necessidade do acompanhamento da saúde da mulher, de maneira mais eficaz, a partir dos dados gerados pelo atendimento primário, sendo efetivamente colhidos e analisados e que respaldem ações de saúde prestada às mulheres em idade fértil.

Esperamos que com este trabalho abra-se um leque de possibilidades similares em outras regiões, a fim de contribuir, desta forma, para a melhoria da qualidade de vida dessas mulheres.

Agradecimento ao nosso orientador, Professor Doutor Helvécio Bueno que nos possibilitou, a realização deste projeto de pesquisa, e que tem nos acompanhado desde o início da atividade acadêmica e acreditado no nosso potencial.

## REFERÊNCIAS

1. MARCONDES, Ayrton César, 1947 – M268 p; **Programas de Saúde** / Ayrton César Marcondes – 2 edição – São Paulo: atual 1980.
2. Sociedade Civil Bem Estar Familiar no Brasil - **BEMFAM (1986)** Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar no Brasil.
3. Cad. Saúde Pública vol.5 no.2 Rio de Janeiro Apr./June 1989 **A prática de planejamento familiar em mulheres de baixa renda no município do Rio de Janeiro.** SARAH Hawker Costa; IGNEZ Ramos Martins; CRISTIANE Schuch Pinto; SYLVIA Regina da Silva Freitas. Encontrado em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1989000200006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1989000200006)  
Acessado em 30/05/2008 às 16:40 h.
4. 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. p.121-46.
5. VIGOLVINO, Helenita Afonso. Gravidez na adolescência. Um desafio Social. **Revista Saúde Para Todos.** n. 1. 2001. p. 7.
6. GALVÃO, Loren; DÍAZ, Juan. (org.). **Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil: Dilemas e Desafios.** São Paulo: Hucitec, 1999. 389p.

7. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Guia Brasileiro de Vigilância Epidemiológica**. 4. ed. Brasília, DF, 1998.
  
8. ALVES, Maria Teresa Seabra S. B.; SILVA, Antônio Augusto Moura (org).  
**Avaliação de Qualidade de Maternidades:** assistência à mulher e ao seu recém-nascido no
  
9. Sistema Único de Saúde. São Luís: Gráfica Universitária – UFMA, 2000. 104p.