

TO 311

*Dr. Lillian
dia 13.03.82 - 9.30hs
no auditorio*

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE TOCO-GINECOLOGIA

INCIDÊNCIA DE GESTAÇÕES PLANEJADAS EM NOSSO MEIO

LILIAN LISBÔA
LYGIA GORETTI BRÜGGEMANN

NOVEMBRO 1982

9.5 //

AGRADECIMENTO:

À Professora
Sandra Mara Wiethorn Rinaldi,
pelo estímulo e orientação.

Í N D I C E

	Página
1. Resumo.....	01
2. Introdução.....	02
3. Material e Métodos.....	05
4. Resultados.....	06
5. Discussão.....	19
6. Conclusões.....	33
7. Abstract.....	34
8. Bibliografia.....	35
9. Apêndice.....	38

R E S U M O

A alta incidência de gestações não planejadas e não desejadas em nosso meio é, de certa forma, alarmante. Pensando nisso, resolvemos avaliar uma dada população na Maternidade Carmela Dutra, em puerpério imediato, quanto ao planejamento da última gestação, se esta foi ou não desejada, se tentou abortar quando foi constatada a gravidez, se pretende doar o recém-nascido, se fazia uso / de métodos anticoncepcionais antes dessa gestação e se pretende fazer uso posteriormente, relacionando a nível sócio-econômico e cultural, bem como a assistência ginecológica e obstétrica.

Foi verificado que a grande maioria das pacientes / não planejou sua última gestação e que o desconhecimento de métodos anticoncepcionais tem considerável participação neste sentido.

A tentativa de aborto aparece com relativa frequência ao se constatar a gravidez, como consequência de uma gestação / não desejada. Quando o aborto provocado não ocorre e a condição sócio-econômica não permite a manutenção de um filho, resta, como último recurso, a doação do recém-nascido.

Mulheres de baixo nível sócio-econômico e cultural, em uniões conjugais instáveis, sem acesso à assistência ginecológica ou obstétrica, vêm a cada dia sua prole aumentar, sem que o desejem e sem a possibilidade de modificar suas condições sociais.

I N T R O D U Ç Ã O

"O homem, pela sua própria natureza de ser superior, deveria obedecer a um princípio de racionalidade e de previsão, visando com isso o uso adequado da capacidade reprodutiva, orientando-se para que o fenômeno não ocorresse senão em condições favoráveis/dentro de cada família, cada tribo, cada cultura e cada sociedade.

Quando a relação sexual não tem por finalidade a procriação e sim a satisfação biológica do instinto, o prazer sexual, ou forma de expressar seu mútuo amor e atração física, uma /gestação surge, não como algo procurado, mas como um acidente e, em algumas situações, como um desastre.

A situação de vida em que milhões de seres humanos/se encontram é iníqua, injusta, discriminatória e requer, peremptoriamente, soluções em todos os campos de ação do homem. Entretanto, o reconhecimento desta situação, cujas soluções são evidentemente /de uma dificuldade gigantesca para qualquer regime ou teoria política de governo, não diminui em nada a constatação médico-sanitária e epidemiológica evidente de que, como uma das consequências da pobreza, muitos pais só podem oferecer a sua prole um ambiente patogênico". (10).

Como então promover o desenvolvimento da saúde, adequadamente, de uma comunidade? Sem dúvida, inúmeras respostas poderiam ser dadas. A primeira e inegável resposta a esta questão consiste na melhoria dos fatores sócio-econômicos, que, sem dúvida, propiciariam campo para o desenvolvimento da saúde. Outro dado importante neste conjunto é o nível cultural desta comunidade. Quanto /mais desenvolvida culturalmente ela for, maiores as chances individuais e coletivas de atingir uma padrão sócio-econômico melhor e, conseqüentemente, mais saúde.

Outra forma de minimizar a problemática social seria atuar junto a essa comunidade fornecendo informações e educação sobre todos os aspectos ligados à reprodução humana, educação/sexual, sociologia da família, métodos anticoncepcionais, problemas demográficos e sanitários, com o oferecimento de serviços acessíveis, para que os casais decidam livre, consciente e voluntariamente sobre o número de filhos, seu espaçamento ou sua contenção. A isto se chama de Planejamento Familiar (9).

Queremos deixar claro que a adoção de uma política oficial voluntária de Planejamento Familiar deseja apenas que o Estado, através da educação, da informação e de outros meios adequados estenda às populações carentes e marginalizadas e a todos / que se interessem, condições de optarem efetivamente por uma família menos numerosa, em harmonia com sua crença religiosa, suas condições sócio-econômicas, ou que simplesmente passem a exercer seu inalienável direito decisório, de acordo com suas consciências(9).

É claro que, tanto o planejamento familiar, como/ a melhor distribuição da renda contribuem para diminuir os desníveis sócio-econômicos, permitindo o desenvolvimento do país em condições mais aceitáveis de equilíbrio social (5).

É papel importante o da Ginecologia e seus peritos em reprodução humana, de opinar junto às comissões oficiais sobre quais os métodos contraceptivos que constituem o interesse do casal e como devem ser realizados os programas de planificação familiar, sob o ponto de vista estritamente médico e científico (12).

O planejamento familiar é uma importante atividade de medicina sanitária, tendo contribuído, nos países onde foi adotado pelo povo, para o decréscimo da mortalidade infantil, neonatal e perinatal tardia, ao mesmo tempo fazendo decrescer a morbidade e a mortalidade maternas, pois atua também na prevenção de gestações de alto risco e nos casos de abortamento (11).

Porém, nos dias atuais vem se discutindo, de forma até bastante acirrada, a situação sócio-econômica e política proveniente do grande aumento populacional, notadamente nos grandes / centros. A partir do reconhecimento amplo desta questão, resolvemos investigar a expectativa de gravidez em uma população, já em puerpério imediato. Desejamos avaliar até que ponto esta população fazia uso ou não de algum método anticoncepcional e se, de alguma / forma, planejou a gravidez próxima passada, relacionando ao nível / sócio-econômico e cultural. É intuito também analisar os motivos / alegados para o não desejo da gestação, os casos de tentativa de aborto e os casos de doação do recém-nascido, que são o reflexo de gestações não planejadas e não desejadas.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram submetidas à pesquisa 500 mulheres internadas na Maternidade Carmela Dutra de Florianópolis, por trabalho de parto, já se encontrando no pós-parto imediato, nos meses de outubro e novembro de 1982.

O protocolo constava dos seguintes itens: (vide apêndice).

1. Idade
2. Estado Civil
3. Grau de Instrução
4. Profissão
5. Renda Familiar
6. Tipo de Parto
7. Número de partos anteriores
8. Procura periódica por assistência ginecológica
9. Uso de algum método anticoncepcional prévio à última gestação
10. Qual o método utilizado
11. Uso correto ou não do método
12. Planejamento da gestação
13. Desejo de ter o filho
14. Por que não desejaram o filho
15. Aceitação da gestação
16. Realização de pré-natal
17. Evolução da gravidez
18. Sintomatologia na gestação
19. Tentativa de aborto e quando
20. Abortos provocados
21. Desejo de nova gestação
22. Pretensão quanto ao uso de algum método anticoncepcional após essa última gestação.
23. Qual o método que pretende usar
24. Intenção de doar o filho
25. Por que pretende doar o filho

R E S U L T A D O S

TABELA I

Faixa etária em 500 pacientes internadas na Maternidade Carmela Dutra (M.C.D.) em puerpério imediato.

Faixa Etária	Nº	%
Até 17 anos	49	9,8%
18 - 30 anos	349	69,8%
Mais de 30 anos	102	20,4%
T O T A L	500	100,0%

TABELA II

Estado Civil de 500 pacientes internadas na M.C.D. em puerpério imediato.

Estado Civil	Nº	%
Casada	393	78,6%
Solteira	53	10,6%
Outras	54	10,8%
T O T A L	500	100,0%

TABELA III

Grau de instrução em 500 pacientes internados na M.C.D. em puerpério imediato.

Grau de Instrução	Nº	%
Analfabeta	17	3,4%
Alf. Rudimentar	37	7,4%
1º Grau Incompl.	240	48,0%
1º Grau Completo	82	16,4%
2º Grau Incompl.	43	8,6%
2º Grau Completo	35	7,0%
Superior	46	9,2%
T O T A L	500	100,0%

TABELA IV

Profissão de 500 pacientes internadas na M.C.D. em puerpério imediato.

Profissão	Nº	%
Dólar	348	69,6%
Doméstica	37	7,4%
Func. Pública	27	5,4%
Professora	20	4,0%
Comerciária	19	3,8%
Secretária	11	2,2%
Outros	38	7,6%
T O T A L	500	100,0%

TABELA V

Renda familiar de 500 pacientes internadas na M.C.D.
em puerpério imediato.

Renda Familiar	Nº	%
Menos de 1 salário	42	9,5%
1 salário	89	17,8%
Mais de 1 salário		
Até 2 salário	118	23,6%
Mais de 2 salário		
Até 4 salário	125	25,0%
Mais de 4 salário		
Até 6 salário	47	9,4%
Mais de 6 salário		
Até 8 salário	13	2,3%
Mais de 8 salário		
Até 10 salário	10	2,0%
Mais de 10 salário	52	10,4%
T O T A L	500	100,0%

TABELA VI

Tipo de parto em 500 pacientes internados na M.C.D.
em puerpério imediato.

P A R T O	Nº	%
Normal	354	70,8%
Cesariana	146	29,2%
T O T A L	500	100,0%

TABELA VII

Número de partos anteriores, em 500 pacientes internadas na M.C.D. em puerpério imediato.

Partos Anteriores	Nº	%
0	200	40,0%
1	117	23,4%
2	83	16,6%
3	36	7,2%
4	22	4,4%
5	17	3,4%
+ de 5	25	5,0%
T O T A L	500	100,0%

TABELA VIII

Número de pacientes que procuraram ambulatório de ginecologia das 500 pacientes internadas na M.C.D. em puerpério imediato.

E s p e c i f i c a ç ã o	Nº	%
Sim	147	29,4%
Não	262	52,4%
Só quando preciso	91	18,2%
T O T A L	500	100,0%

TABELA IX

Número de pacientes que aceitaram a gestação das 500 pacientes internadas na M.C.D. em puerpério imediato.

<u>E s p e c i f i c a ç ã o</u>	<u>Nº</u>	<u>%</u>
Sim	411	82,2%
Não	89	17,8%
T O T A L	500	100,0%

TABELA X

Número de pacientes que realizaram pré-Natal das 500 pacientes internadas na M.C.D. em puerpério imediato.

<u>E s p e c i f i c a ç ã o</u>	<u>Nº</u>	<u>%</u>
Sim	360	72,0%
Não	140	28,0%
T O T A L	500	100,0%

TABELA XI

Evolução da gestação em 500 pacientes internadas na M.C.D. em puerpério imediato.

<u>Evolução da Gestação</u>	<u>Nº</u>	<u>%</u>
Ótima	36	7,2%
Boa	200	40,0%
Regular	156	31,2%
Ruim	108	21,6%
T O T A L	500	100,0%

TABELA XII

Sintomatologia referida durante a gestação em 500 pa-
cientes internados na M.C.D. em puerpério imediato.

Sintomas	Nº	%
Náuseas	184	36,8%
Vômitos	92	18,4%
Dor Abdominal + Dor em Baixo Ventre	42	8,4%
Cólicas	94	18,8%
Dor lombar	24	4,8%
Edema	37	7,4%
Azia	23	4,6%
Tontura	21	4,2%
Ameaça Aborto	9	1,8%
Outros	42	8,4%
Sem sintomas	58	11,6%

TABELA XIII

Uso de método anticoncepcional nas 500 pacientes interna-
das na M.C.D. em puerpério imediato.

E s p e c i f i c a ç ã o	Nº	%
Sim	237	47,4%
Não	263	52,6%
T O T A L	500	100,0%

TABELA XIV

Motivos relatados para o não uso de métodos anticoncepcionais em 500 pacientes internadas na M.C.D. em puerpério imediato.

M o t i v o s	Nº	%
Desejo de engravidar do casal	118	44,8%
Relações sexuais esporádicas	52	19,8%
Desconhecimento de métodos anticoncepcionais	46	17,5%
Aleitamento	24	9,1%
Desejo de engravidar do <u>cônj</u> uge	14	5,3%
Não "poder" fazer uso de anovulatório	7	2,7%
Improbabilidade da ocorrência de gestação em idade acima de 40 anos	2	0,8%
T O T A L	263	100,0%

GRÁFICO 1

MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS UTILIZADOS
PREVIAMENTE EM 500 PACIENTES INTERNA-
DAS NA M.C.D. EM PUERPERIO IMEDIATO.

LEGENDA

- A - ANOVULATORIOS ORAIS
- B - DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS
- C - CONDOM
- D - DIAFRAGMA
- E - GELEIAS ESPERMATICIDAS
- F - MÉTODO OGYNO-KNAUS
- G - MÉTODO DE BYLLINGS
- H - COITO INTERROMPIDO
- I - MÉTODO DE OGYNO-KNAUS +
+ COITO INTERROMPIDO
- J - DUCHA VAGINAL

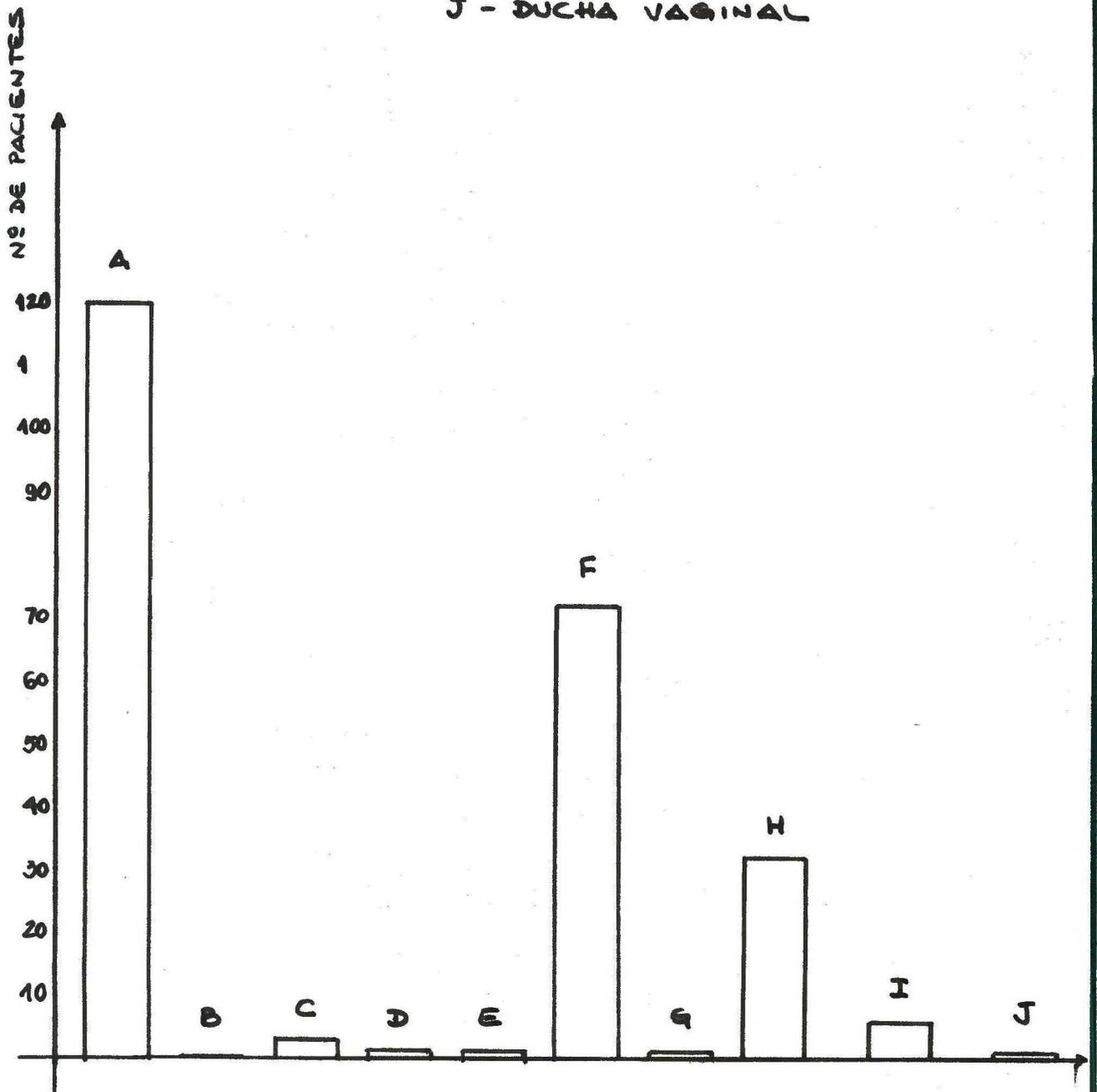


TABELA XV

Número de pacientes que faziam uso correto dos métodos anticoncepcionais

<u>E s p e c i f i c a ç ã o</u>	<u>Nº</u>	<u>%</u>
Sim	125	52,7%
Não	112	47,3%
T O T A L	237	100,0%

TABELA XVI

Frequência de gestações planejadas nas 500 pacientes internadas na M.C.D.

<u>E s p e c i f i c a ç ã o</u>	<u>Nº</u>	<u>%</u>
Sim	146	29,2%
Não	345	70,8%
T O T A L	500	100,0%

TABELA XVII

Frequência de gestações desejadas nas 500 pacientes internadas na M.C.D. em puerpério imediato.

<u>E s p e c i f i c a ç ã o</u>	<u>Nº</u>	<u>%</u>
Sim	229	45,82%
Não	271	54,2%
T O T A L	500	100,0%

TABELA XVIII

Motivos relatados das gestações não desejadas.

M o t i v o s	Nº	%
Curto intervalo entre a gestação anterior e a atual	112	41,3%
Desejo de não mais engravidar	62	22,8%
Condições sócio-econômicas precárias	54	19,9%
Ausência de vínculo matrimonial	29	10,7%
Paridade tardia	5	1,9%
Enfermidades sistêmicas e ginecológicas concomitantes	3	1,1%
Instabilidade emocional conjugal	3	1,1%
Carreira profissional	2	0,8%
Desejo de nunca engravidar	1	0,4%
T O T A L	271	100,0%

TABELA XIX

Correlação de incidência de tentativas de abortos nas gestações atuais e anteriores.

Quando Tentativa Aborto	Na Gestação Atual		Em Gestação Anteriores		Na Atual e Anteriores		T o t a l	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	24	4,8%	10	2,0%	4	0,8%	38	7,6%
Não	-	-	-	-	-	-	462	92,4%
							500	100,0%

TABELA XX

Número de pacientes que pretendem fazer uso de método anticoncepcional posterior

<u>E s p e c i f i c a ç ã o</u>	<u>Nº</u>	<u>%</u>
Sim	489	97,8%
Não	11	2,2%
<u>T O T A L</u>	<u>500</u>	<u>100,0%</u>

MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS A BEM USADOS PELAS 500 PACIENTES INT RNA - DAS NA M.C.D. EM PUERPERIO IMEDIATO.

LEGENDA

- A - ANOVULATÓRIOS ORAIS
- B - DISPOSITIVO INTRAUTERINO
- C - DIAFRAGMA
- D - MÉTODO DE OGYNÓ - KNAUS
- E - DUCHA VAGINAL
- F - COITO INTERROMPIDO
- G - ABSTINENCIA SEXUAL COMPLETA
- H - LAQUEADURA TUBAÍRIA
- I - YASECTOMIA
- J - PROCURA DE ORIENTAÇÃO MÉDICA ADEQUADA
- L - DESCONHECIMENTO DOS MÉTODOS

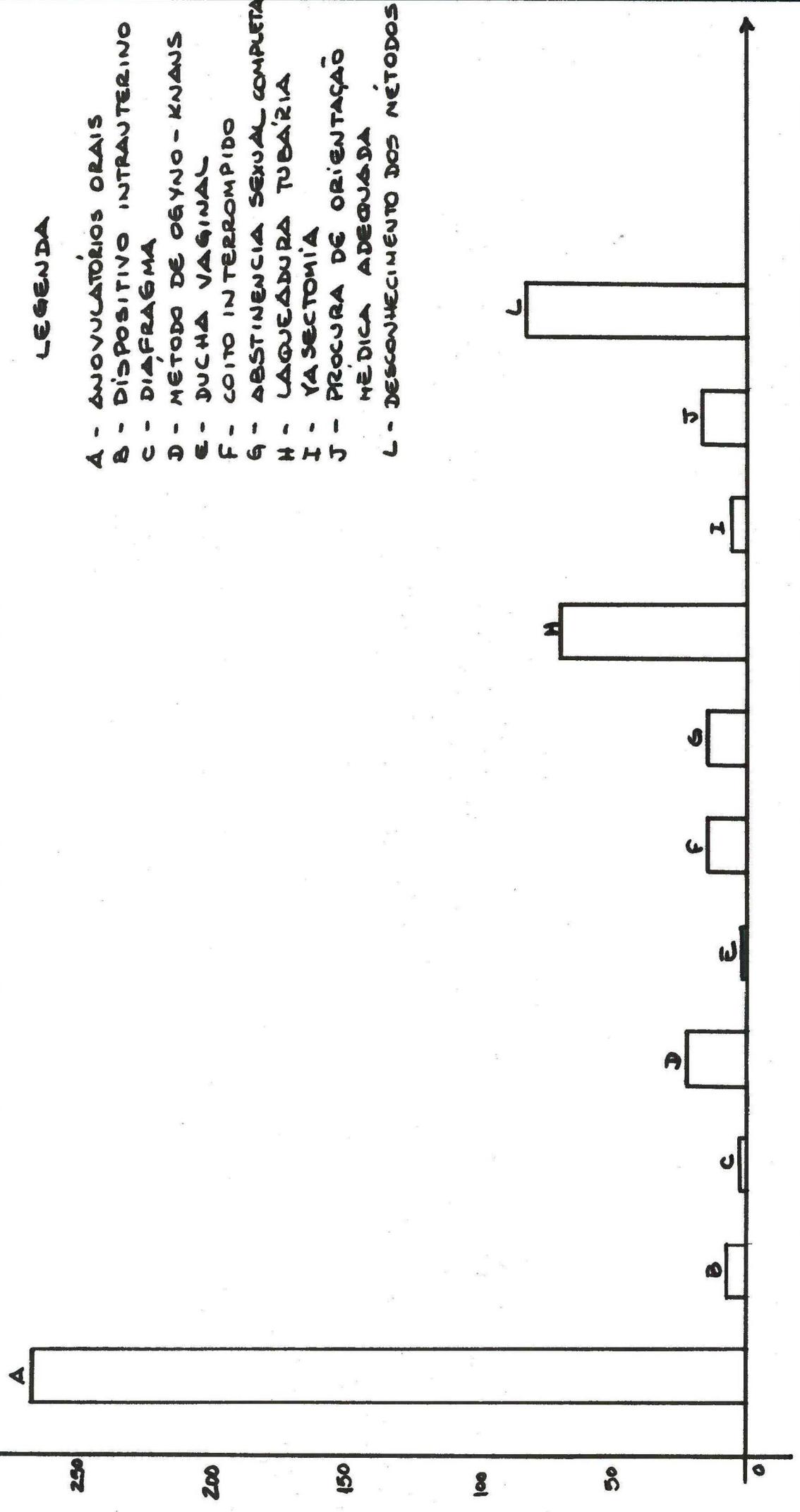


TABELA XXI

Número de pacientes que pretendem doar o recém-nato

<u>E s p e c i f i c a ç ã o</u>	<u>Nº</u>	<u>%</u>
Sim	13	2,6%
Não	487	97,4%
T O T A L	500	100,0%

TABELA XXII

Causas de doação do recém-nato.

<u>C a u s a s</u>	<u>Nº</u>	<u>%</u>
Baixo nível sócio-econômico	11	84,6%
Gestação decorrente de estu pro	1	7,7%
Não aceitação da família	1	7,7%
T O T A L	13	100,0%

D I S C U S S Ã O

No presente estudo observou-se que 69,8% das mulheres entrevistadas encontravam-se dentro da faixa etária de 18 a 30 anos. (Tabela I). Isto é um fato importante, conforme é observado na literatura, pois é um fator a menos para uma gestação de alto risco (2).

Para Estelita Lins (1979), o processo reprodutivo, ainda que fisiológico, guarda relação com a idade da paciente. Além de ser também notório, que a mortalidade infantil, neonatal e perinatal, está intimamente relacionada com a idade materna (1,10).

Conforme estudo da Organização Mundial de Saúde / (10), as taxas de neomortalidade e mortalidade infantil são nitidamente mais elevadas nas gestações ocorrentes nos extremos da vida/fértil. Há ainda que se ressaltar o fato de que estas gestações, em sua quase totalidade, são indesejadas e indesejáveis. (7,10).

Nossos resultados foram de 20,4% de mulheres acima de 30 anos e de 9,8% de mulheres com idade inferior a 18 anos.

Gostaríamos de avaliar particularmente a problemática da mãe adolescente. É um problema sem dúvida obstétrico, mas acima de tudo, é o resultado da soma de seus problemas sociais, econômicos e culturais (16,19). Para nós não foi surpresa a percentagem de 9,8% de mulheres em puerpério imediato, com idade inferior a 18 anos, visto que com a maior liberação da mulher e de sua sexualidade nos dias de hoje, o número de primigestas adolescentes é bem maior (19 20).

Isto não nos parece favorável, principalmente em nosso meio, onde a mãe precoce está mal preparada para enfrentar a vida familiar, e em particular as responsabilidades da maternidade (19).

Em países desenvolvidos os efeitos da intensificação do relacionamento sexual precoce entre os adolescentes, foram minoradas por campanhas de educação sexual, planejadas para alertar aos jovens quanto ao risco de difusão de doenças venéreas e para fornecer-lhe as informações e os meios necessários à anticoncepção. Já nos países em desenvolvimento há ausência quase total de educação sexual formal, o que leva a este alto índice de gestação em adolescente. Portanto a raiz do problema está no relacionamento sexual precoce e mal orientado, com desconhecimento de técnicas anticoncepcionais eficientes. Todo este quadro, infelizmente atuará desfavoravelmente nesta gestante, no seu parto, no puerpério, no recém-nascido e no indivíduo futuramente (20).

Como é visto na Tabela II, 78,6% das mulheres entrevistadas eram casadas legalmente. Já 10,6% das mulheres eram solteiras, e 10,8% mantinham uma relação marital, porém não legalizada.

Como é a família que provê benefícios de caráter emocional, social e econômico, e adquire determinado tipo de responsabilidade, relacionado precisamente com a proteção à criança e à mãe, é importante que ela seja organizada e propicie estabilidade aos seus constituintes (16,18). Portanto qualquer alteração no seio familiar acarretará gestações não desejadas, tomando maiores proporções, nos casos de uniões maritais instáveis.

Do total das 500 mulheres entrevistadas, 58,8% delas não tinham sequer o 1º grau completo, permanecendo a grande maioria, em torno da 4ª série do 1º grau (Tabela III).

O nível educacional da mãe talvez seja o indicador sócio-econômico mais importante dentro de sua relação com a mortalidade infantil, risco gestacional e desconhecimento de métodos anticoncepcionais. Como esperar que uma mãe mal instruída possa criar adequadamente um filho (14,18); e como esperar pelo planejamento da (s) próxima (s) gestações?

A maioria destas mães não completaram seus estudos, porque geralmente casaram ou engravidaram cedo, ou/e porque tiveram que, por algum motivo, lutar por sua sobrevivência desde pouca idade (19).

Como não completaram sua educação, têm suas chances/diminuídas no campo profissional, permanecendo invariavelmente no lar. Isto é demonstrado na Tabela IV, onde 69,6% das mulheres, no momento da entrevista, não exerciam nenhuma atividade, além dos afazeres domésticos e os cuidados com a família.

É de se mencionar ainda, que uma mulher mal instruída, na prática, não terá bons resultados com métodos anticoncepcionais. Outros fatores, sem dúvida, aliados à ignorância, acarretarão gestações repetidas, não gerando nos pais responsabilidades pelos / filhos. Em muitos casos a maternidade é encarada como um fato aleatório, sem preparo, sem expectativa emocional, psicológica, filosófica, pessoal, familiar e de saúde.

Como é visto na Tabela V, em 75,9% das mulheres entrevistadas, a renda familiar mensal não ultrapassa 4 salários mínimos. Isto porque na grande maioria dos casos, a mães, sem condições de competir profissionalmente, não consegue fundos para somar ao já parco salário do marido.

A pobreza é que condiciona os fatores ambientais que promovem a maior parte das afecções e das enfermidades que acometem nossa população de baixo nível sócio-econômico. Em particular uma gestação numa mulher de classe social baixa, é de alto risco para a própria mãe, bem como para o conceito. Cabe lembrar que os fatores sociais, de um modo geral, acarretam riscos, em grande percentagem desta população (10).

O Setor Saúde, embora careça de instrumentos necessários para modificar a situação de natureza sócio-econômica que afeta a grande maioria da população brasileira, não pode se colocar à margem nesta problemática (18). Deve, isto sim, procurar dar condições às famílias pobres, de que pelo menos tenham acesso às informações apropriadas quanto a métodos anticoncepcionais, para que estas possam optar efetivamente por uma família menos numerosa, ou uma família compatível com suas condições sócio-econômicas.

A probabilidade de que uma mulher morra em decorrência da 1ª gestação ou do 1º parto é ligeiramente maior do que as do segundo e terceiro partos. No entanto, a partir do 4º parto, o risco aumenta gradativamente em cada gravidez subsequente.

Nesta pesquisa, 40% das mulheres se encontravam no pós parto imediato do primeiro parto (Tabela VII). É um valor importante, pois a primiparidade tem aumentado em decorrência da precocidade sexual das mulheres. Estas são, na maioria solteiras, que não fazem uso de métodos contraceptivos. O casamento advém, como consequência da gestação. O desconhecimento de métodos e técnicas anticoncepcionais eficientes e adequadas levará quase que invariavelmente a uma prole numerosa ou inadequada para as reais condições sócio-econômicas da família (6). Para estas mulheres, cabe não esquecermos que o alcance do indivíduo pode ser feito através da educação (9). Isto viria a minimizar a alta incidência de primigestas solteiras.

✓ As prenhez repetidas são uma carga pesada para a mãe e sua família, e relacionam-se com a mortalidade materna e infantil. (9). Neste estudo a porcentagem de gestações e partos acima de três foi de 20%. Como estas mulheres são provenientes de populações pobres e marginalizadas, onde a pobreza, por si só, é um fator de risco para a gestação, bem como a idade avançada, temos que considerar que o aumento do número de filhos se faz inegavelmente de forma indesejada.

A nossa realidade mostra-se alarmente, quando consideramos que 52,4% de todas as pacientes entrevistadas nunca procuraram o ginecologista (Tabela VIII). Somente 29,4% o fazem de forma periódica. Já 18,2% das mulheres costumam procurar o ginecologista quando sentem que estão com algum problema. Como então o médico poderá atuar no sentido da conscientização do casal da necessidade de estarem com saúde antes da concepção, para que a grávida e o concepto sejam saudáveis ? (3).

Isto, é claro, entra em choque com nosso real sistema de saúde e com as reais condições sócio-econômicas de grande parte / de nossa população. Como, então, por tudo isto em prática? É difícil. Cabe a nós, do setor de saúde, não nos deixarmos vencer e tentar sempre mais, buscar soluções no campo da economia, sociologia, ecologia e política para a faixa de Assistência Médica e Materno-Infantil.

Outro ponto importante a mencionarmos, está relacionado com a procura periódica ou quando necessária ao ginecologista , já que nestas oportunidades ocorre a possibilidade de esclarecimento pelo médico, de métodos anticoncepcionais adequados, no sentido de propiciar um espaçamento entre as gestações desejadas, ou prevenir aquelas gestações não desejadas e conseqüentemente não planejadas / (3,11). É lógico que a atuação médica neste campo se restringirá a promover informações apropriadas, desde que sejam conforme as exigências da lei moral, e respeitem a justa liberdade dos cônjuges, já / que a responsabilidade da decisão de planejar o número de filhos é única e exclusivamente do casal (9).

A falta de orientação e atenção no período gestacional a que estão entregues parte das mulheres grávidas foi outro problema diagnosticado nesta pesquisa. Em nosso meio, 28% das pacientes que se encontravam em puerpério imediato não frequentaram nenhum serviço de pré-natal durante a gestação próxima passada (Tabela X). Quando consideramos apenas a mãe, a presença de qualquer anormalidade identificável, constitui um risco em si e deve ser objeto da devida atenção, a fim de proteger a saúde da mãe e do produto da gestação /

presente e futuras, quando forem desejadas. É esse, precisamente, o principal objetivo do cuidado pré-natal (18).

Grande parte dos pacientes, ou seja, 40%, considerou sua gravidez boa (Tabela XI). Outro grupo que correspondeu a 31,2% das pacientes considerou regular. Um grupo bastante considerável, 21,6% das pacientes, colocou a gestação como ruim. Somente 7,2% das pacientes achou a gravidez ótima.

Porém, quando vamos correlacionar estes dados com a aceitação da gestação, nos deparamos com uma alta porcentagem, ou seja, 82,2% das pacientes que responderam que aceitaram a gestação/ (Tabela IX). Somente 17,8% não aceitou a gestação.

Devemos também mencionar que não conseguimos relacionar sintomas de rejeição com a não aceitação da gestação, visto/ que 56% das pacientes referiram náuseas e vômitos durante a gestação (vide Tabela XII); 18,8% referiu cólicas; enquanto 11,6% referiu ausência total de qualquer sintomatologia.

Gostaríamos de ressaltar aqui, que existe dentro de cada mulher um sentimento muito forte de maternidade, que leva a grande maioria delas a aceitar passivamente a prenhez. Mesmo tendo/ que enfrentar com isto, sérios problemas de ordem emocional, sócio-econômico, cultural, de saúde e até políticos.

O uso de anticoncepcionais modernos está aumentando em muitos países em desenvolvimento. As pesquisas sobre Saúde Materno Infantil e Planejamento Familiar realizadas em todo o mundo, revelam que em alguns países em desenvolvimento, mais da metade das mulheres casadas e em idade fértil utiliza algum método anticoncepcional (13).

Constatamos que 52,6% das entrevistas não usavam / qualquer método anticoncepcional anteriormente a essa última gestação (Tabela XIII). Porém, deste total, apenas 44,8% afirmaram não / estar usando método contraceptivo pelo fato de estarem desejando engravidar (Tabela XIV).

Saliente-se aqui que para o uso de um método anticoncepcional é necessário que se conheça sua eficácia, efeitos co laterais, contra-indicações e que se saiba como usá-lo corretamente. Observamos que 17,7% das pacientes desconheciam métodos anticoncepcionais e que, daquelas que afirmaram usar algum método, 47,3% usavam de forma incorreta (Tabela XIV e XV).

Verifica-se ainda que 19,6% alegaram não usar métodos anticoncepcionais por não terem relações sexuais frequentes. Muitas delas eram adolescentes, provenientes de famílias de baixo nível sócio-econômico-cultural, onde o despreparo para a vida sexual fica evidente. Isso reflete a carência de programas de educação sexual a nível de grupos familiares, profissionais, escolares, etc.

Dentre as que praticavam alguma forma de anticoncepção, verificamos que 50,6% usavam os anticoncepcionais orais, / 30,3% usavam o método de Ogyno-Knaus, 13,5% praticavam coito interrompido e o restante utilizava outros métodos, conforme mostra o gráfico 1. A preferência pelos anticoncepcionais orais também foi constatada em levantamento realizado pela Escola Paulista de Medicina, em 1980, que mostrou que das 457 pacientes usuárias de seu Centro de Saúde Experimental, 84% haviam utilizado métodos contraceptivos; dessa percentagem, 64% referiam-se aos anticoncepcionais orais, 19% ao coito interrompido, 10,4% ao condom e 10,6% aos demais métodos (4).

Em nossa pesquisa, no entanto, o fato de as entrevistadas usarem anticoncepcionais orais não significava garantia de anticoncepção, pois se observa que nem todas usavam corretamente o método. Considerando-se os anticoncepcionais orais como um método/ de indicação médica, com suas contra-indicações formais, seu emprego exige sempre o controle clínico periódico, que deverá ser feito/ em consultório especializado (9); chama a atenção o fato de que em bora o anovulatório oral tenha sido o método mais usado, 52,4% do

total das pacientes nunca haviam antes procurado qualquer serviço de ginecologia (Tabela VIII).

A mesma ponderação é válida para as usuárias do método de Ogyno-Knaus, que exige informação precisa de médicos ou pessoal para médico, quando se verifica que a maioria das entrevistadas não havia concluído o 1^o grau (Tabela III), pressupondo-se, portanto, conhecimentos precários na área de fisiologia e reprodução humana.

Os resultados obtidos demonstram, a nosso ver, que existia interesse em alguma forma de contracepção e se esta não ocorreu, foi por falha do método empregado, devido à falta de orientação.

O abortamento provocado é, na maioria das vezes, o último e o mais dramático meio de se "evitar" uma gravidez indesejada. Nossos dados revelam, como é mostrado na Tabela XIX, que 7,6% / das entrevistadas já tentou abortar alguma vez, sendo que 4,8% de claram tê-lo feito nessa última gestação, 2% em outras gestações e 0,8% nessa e em outras gestações. Deve-se questionar aqui a validade destas taxas, uma vez que esse é um assunto considerado embaraçoso / para a maioria das mulheres, que omitem informações e poderiam, por diferentes motivos, responder de forma não verídica às perguntas feitas.

Diante da falta de orientação ou da falha de método/ anticoncepcional, o aparecimento de uma gravidez indesejada pode le var à prática do aborto provocado (17). As consequências danosas des sa medida aumentam muito os índices de morbiletalidade materna. Es - ses índices são elevados pelas lesões físicas, mentais e sociais, ori ginadas pelos abortamentos provocados. Entre as lesões físicas se destacam as infecções e hemorragias que podem acarretar, no futuro / graves problemas de esterilidade. Entre os agravos psíquicos, o sen timento de culpa e a frustração terminam muitas vezes por desequili - brar completamente os casais e mesmo desencadear neuroses e psicoses. A avaliação dos efeitos sociais é apenas estimativa e, pela falta de notificação, pela inocuidade de medidas adequadas no seu tratamento/

é, no dizer de Bossemeyer & Rodrigues (apud Carvalho, W.D.P. et al; 1980), a única doença epidemiologicamente importante ainda não considerada como tal (4).

A maternidade é fato social. A preparação psicossomática para o parto presta serviços, tornando mais rara a rejeição / da gravidez. Se a profilaxia do abortamento espontâneo baseia-se em medidas pré-concepcionais e na assistência à gestante, a profilaxia do abortamento provocado consiste na melhoria das condições sócio-econômicas da população, seu aprimoramento cultural e no planejamento familiar racional (17).

O tema planejamento familiar tem múltiplos aspectos, sendo matéria de interesse multiprofissional, com implicações sócioeconômicas, políticas, religiosas, ecológicas e educacionais (11). Como mostra a Tabela XVI, quando se perguntou às parturientes se o casal havia planejado o filho, 70,8% responderam que não. No entanto, apesar de se ter verificado que houve planejamento familiar em apenas 29,8% dos casos, observamos na Tabela XVII que um total de / 45,8% respondeu que desejava ter o filho, apesar de não ter sido / planejado. Mas outro fato se torna saliente: 54,2% afirmavam que não desejavam ter o filho. Dentre os motivos referidos, vemos na Tabela XVIII que a maior parte (41,3%) declarou ser muito pequeno o intervalo intergestacional, ou seja, desejariam ter outros filhos, mas achavam que ainda era cedo para ter outra gestação.

Com isso se observa que não se cumpre um dos princípios do planejamento familiar que é a indicação médico epidemiológica fundamental que busca o espaçamento entre as gestações, diferente do espaçamento biológico que é aquele que ocorre espontaneamente (10). Isso acarretaria o nascimento de filhos não previstos; que, / além de envolver os aspectos sócio-econômicos e emocionais de um filho não desejado, contribui para o aumento do risco de gravidez / para uma mulher muitas vezes ainda espoliada por uma gestação anterior.

O segundo motivo mais citado foi que o casal já possuía filhos suficientes e não desejava ter mais filhos (22,5%); e o terceiro foi que o casal não teria condições financeiras adequadas para manter esse filho. Isso fica evidente quando se observa que a grande maioria das entrevistadas informaram que a renda familiar / mensal era menor que quatro salários mínimos (vide Tabela V). Diante deste quadro não é difícil imaginar as condições deficientes de vida que possuem essas pessoas, no que se refere a fatores ambientais, de habitação, nutrição e saneamento básico, numa palavra, pobreza. Na maioria dos casos, essas condições de pobreza que irão cercar a criança são perfeitamente constatadas tanto pelos pais como pelo médico antes de se iniciar a gravidez. Portanto, alguns dos casos de doença e morte de crianças, frutos de gestações não desejadas, são preveníveis. Por ignorância ou falta de recursos e assistência, re produzindo-se irracionalmente ou involuntariamente, agrava-se a situação no meio familiar, dividindo seus escassos recursos por um número maior de filhos. Se por um fenômeno sócio-cultural comum e explicável os pais não assumem a responsabilidade pelos filhos ou se faltam até os mínimos recursos, os filhos adoecem e morrem em uma incidência absurda (10).

Outra razão, citada em 10,7% dos casos, foi que o casal não possuía vínculo matrimonial. Obviamente, a falta de conhecimentos anti-conceptivos constitui um fator importante no nascimento de filhos ilegítimos e é pouco provável que essas mães tenham buscado orientação médica antes da primeira gravidez. Essas crianças são o expoente mais claro de um número muito grande de concepções pré-maritais, muitas das quais se vêm obrigadas a legitimar / mediante um matrimônio. Por isso, tanto em benefício da sociedade / como do indivíduo, é conveniente a orientação sexual e contraceptiva a solteiras. Não conduz à promiscuidade e pode evitar algumas gestações inesperadas e fazer com que ocorram casamentos mais maduros e responsáveis (15).

As outras razões mencionadas foram as de mulheres que se consideravam em idade avançada para a maternidade, ou que não se encontravam em condições adequadas de saúde para a gestação, e ainda, motivos pessoais, de mulheres que não desejavam / ter nenhum filho.

Embora citadas em pequena incidência, cabe destacar a referência feita aos desajustes conjugais como causa para / o não desejo da gravidez, bem como aos motivos de ordem profissional. Neste último caso, uma gravidez que ocorre em momento inesperado vem a interferir nos planos dessa mulher que ambicionava / desenvolver sua carreira profissional, tornando-se, desta forma, uma gestação não desejada.

Quando perguntadas se pretendem usar algum método anticoncepcional após essa gravidez, 97,8% responderam afirmativamente. (Tabela XX). Quanto à escolha do método, o gráfico 2 mostra que 54,8% optaram pelos anovulatórios orais, 4,5% pelo método de Ogyno-Knaus e 2,9% pelo coito interrompido. Deve-se / aqui considerar que uma parcela considerável dessas mulheres já usava anteriormente algum método anticoncepcional e o fazia de forma incorreta (Tabelas XIII e XV), o que nos leva a supor que esse fato tende a se repetir, permitindo o surgimento de novas / gestações indesejadas.

O gráfico 2 mostra ainda que 16,8% das mulheres / que desejariam usar alguma forma de contracepção responderam que não sabem qual método usarão, simplesmente por desconhecerem os métodos existentes. Observa-se também que a laqueadura tubária / foi o método escolhido em 12% dos casos, predominando em pacientes de faixa sócio-econômica e cultural mais elevada. Apenas / 3,2% das entrevistadas declararam que irão procurar orientação / médica para esclarecimentos antes da escolha do método anticoncepcional.

Outro dado a considerar é que 2,8% das mulheres responderam que farão abstinência sexual total como forma de contracepção. Isto pode traduzir uma resposta impulsiva e que provavelmente / não venha a ocorrer no futuro, mas reflete, a nosso ver, a manifestação de revolta contra a situação em que se encontra essa mãe.

Em menor proporção foram citados como método anticoncepcional escolhido o dispositivo intra-uterino, a vasectomia e o diafragma, sendo que ocorreram sempre entre os casais de mais elevado nível sócio-econômico e cultural.

Desta forma, percebe-se que a nível individual o planejamento familiar se propõe a obter melhor harmonia conjugal, a través de medidas que evitam gravidez indesejada, de tão graves consequências para toda a família, sobretudo nas classes mais pobres e visa ainda promover conscientização de paternidade responsável (4).

Sendo esta uma questão que envolve a saúde de milhões de pessoas, não pode o médico fugir à responsabilidade de desempenhar o seu papel. Compete ao médico, estritamente dentro de suas atribuições médicas, sem considerações de ordem demográfica, atender aquela pessoa que está exercendo um direito seu, orientando-a, definindo a correta indicação e aplicação do método contraceptivo que ela escolhe, respeitando suas convicções culturais. Os pais, melhor que ninguém, podem avaliar, após adequadamente esclarecidos e informados, as condições em que irão se desenvolver os filhos e só a eles cabe a última palavra (10).

Já foram por nós discutidas as implicações de uma gravidez que ocorre sob condições adversas do meio familiar. As consequências dessa situação se refletem nas Tabelas XXI e XXII. Verifica-se que 2,6% das mulheres questionadas pretendem doar seus filhos/ (Tabela XXI).

Quando perguntadas sobre o motivo dessa decisão, 84,6% responderam ser por falta de recursos financeiros para manter um filho (Tabela XXII). Correspondem, obviamente, a: mulheres de baixo nível sócio-econômico e cultural, sem vínculo conjugal, mães de filhos não planejados e não desejados. Muitas vezes, em busca de emancipação, essas mulheres se utilizam de sua sexualidade para tal; no entanto, pelas precárias condições de vida, não tiveram acesso aos meios e eficientes de contracepção, à emancipação econômica e à maturidade emocional para assumirem sua maternidade (20).

O resultado são crianças que, muitas vezes, ficam aos cuidados de instituições para menores. Em outros casos essas mães podem tentar criar seus filhos, que muitas vezes vem a ser conhecidos posteriormente por maus tratos ou abandono (15).

Segundo valente et al (1977), as circunstâncias / que podem preceder ou acompanhar as gestações em adolescentes podem ser: estupro, incesto, ilegitimidade, abandono, inexperiência, ignorância (19). A Tabela XXII mostra que, em pequena incidência, foram citadas como razões para a doação do filho, sempre por mulheres jovens e solteiras, a não aceitação dessa criança, por ser decorrente de uma gravidez devida a estupro e ainda a não aceitação da criança pela família da paciente.

Gostaríamos ainda de comentar uma situação especial observada em nossa pesquisa, que corresponde aos natimortos, os quais atingiram um índice de 1,6%. São, na maioria, consequência / de gestações que envolvem fatores de risco e sem assistência pré-natal.

É incontestável que a prevenção do risco reprodutivo deva se iniciar precocemente, durante a infância e continuar / durante a adolescência, muito antes que as condições de risco produzam situações ou alterações irreversíveis (3,18). Há necessidade de se desenvolver ações diretas ao indivíduo, à família e à comunidade com a finalidade de controlar os fatores individuais e ambientais que afetam a saúde e o bem estar durante os processos de re -

produção, crescimento e desenvolvimento do indivíduo. Neste sentido, é de fundamental importância evitar gestações de alto risco. É uma medida de Higiene Preventiva para preservar a saúde e a vida da mulher. (7,18).

Em pesquisa de opinião sobre Planejamento Familiar realizada pelo Centro de Saúde Experimental da Escola Paulista de Medicina em 1980, foi constatado que, de 457 mulheres consultadas, embora / 64,8% desconhecem o Planejamento Familiar como atividade de saúde / materno-infantil, 98,8% demonstraram grande interesse em serem educadas. Isso é suficiente para justificar e incentivar o desenvolvimento / de programas de planejamento familiar em outros centros de assistência e ensino do país, de forma a permitir melhor avaliação da frequência / de risco e a adoção do planejamento familiar como atividade dentro do amplo conceito de saúde. A orientação profilática da gestação de alto risco deveria fazer parte de todos os programas de assistência materno infantil, os quais por sua vez, como uma das funções prioritárias dos Serviços de Saúde, deveriam atingir as áreas de Saúde Pública, Bem-Estar Social e Assistência Médica (3).

Não se admite, todavia, que o planejamento familiar, isoladamente, seja solução para o desenvolvimento de qualquer país (10). Achamos que não se pode isentar o Governo de sua responsabilidade para com seus cidadãos. Antes de se desenvolver programas de planejamento / familiar, deve-se fornecer à população condições de acesso à educação, saneamento básico, empregos com justa remuneração e assistência à saúde, para que as pessoas possam, livres, conscientes e culturalmente esclarecidas, determinar o número e a época do surgimento de seus filhos.

C O N C L U S Õ E S

1. 70,8% das gestações não foram planejadas.
2. 54,2% das gestações não foram desejadas; os principais motivos referidos foram o curto intervalo entre a gestação anterior e a atual (41,3%), o desejo de não mais engravidar (22,8%) e as precárias condições sócio-econômicas (19,9%).
3. Os métodos anticoncepcionais mais usados previamente à última gestação foram os anovulatórios orais (50,6%), seguidos pelo método de Ogyno-Knaus (30,3%) e coito interrompido (13,5%).
4. 97,8% pretendem usar algum método contraceptivo após esse último parto, sendo que 54,8% citaram os anovulatórios orais como método escolhido e 16,1% desconhecem qualquer método anticoncepcional.
5. 7,6% tentaram abortar alguma vez e, deste total, 63,1% mencionaram a tentativa de aborto nessa última gestação.
6. 2,6% doarão seus filhos, alegando como principal motivo (84,6%) as precárias condições sócio-econômicas.
7. Em 52,4% dos casos a procura por ambulatório de ginecologia anterior à gestação nunca ocorrera.
8. Foi observado um índice de natimortalidade de 1,6%.
9. Os percentuais acima caracterizam uma população de baixo nível sócio-econômico e cultural, sem acesso a programas de Planejamento Familiar atuante em todos os setores da Saúde Pública, principalmente nos serviços de Ginecologia e Materno-Infantil.

A B S T R A C T

The high incidence of unwanted pregnancy in our society is somewhat alarming. Thinking of it, we decide to evaluate a given population attended at Carmela Dutra Maternity in immediate time after, childbirth, concerning the planning of the last pregnancy, whether it was desired or not, if the woman used anticonception methods before this pregnancy and if she intends to take it afterwards.

It was verified that a large majority of the patients didn't plan their last pregnancy, and that the lack of knowledge about anticonception methods has participation in this situation.

The pregnancy in patients that do not often practise sexual intercourse, and because of it they don't use contraceptives methods, it's also responsible for the great number of not pregnant planned.

The abortion attempt comes with relative frequency after the knowledge of the pregnancy. It reflects again an unplanned pregnancy. When the provoked abortion doesn't occur, the last solution is to have the son adopted.

It was observed that as much young women as old women, of a lower class, lower cultural level, from an insecure marriage, without gynecology or obstetrics assistance, they have seen day by day their family increasing without the desire of another son, and the worst about it is that they don't have any chance to get a better social condition.

BIBLIOGRAFIA

1. ALEIXO, P.P. Gestação na Adolescência. J.Bras. Ginecol., 91 (6): 439-42, 1981.
2. BELFORT, P.; MENDES, L. & OLIVEIRA, E. Gestação de Alto Risco. J.Bras. Ginecol., 83 (1): 39-46, 1977.
3. CARVALHO, W.D.P.; ARAÚJO, F.F.; FOCCHI, J.; SILVA, L.F.A.G.; PEREIRA, D.H.M. & PINHEIRO, J.C.L. Agentes Determinantes do Risco Reprodutivo no Planejamento Familiar. ARS Cvrandi, 13 (3): 28-35, 1980.
4. CARVALHO, W.D.P.; ARAÚJO, F.F.; SILVA, L.F.A.G.; PEREIRA, D.H.M.; PINHEIRO, J.C.L. & FOCCHI, J. Conceito, Importância e Objetivos do Planejamento Familiar. ARS Cvrandi 13 (3): 12-19, 1980.
5. COUTINHO, E.M. Controle de Natalidade. O Estado de São Paulo, São Paulo, 11 set. 1977, Supl. Cultural, p. 14.
6. FORTUNATO, A.R.; CONTRERAS, C.R.; OLIVEIRA, D.G.; PINHO, E.A.; CARVALHO, E.B.; SILVA, N.V. & VIGGIANO, M.G. A Grande Multípara. J.Bras. Ginecol, 84 (1): 23-34, 1977.
7. GUIMARÃES, M.S. Risco e Gravidez. J.Bras. Ginecol., 92 (4): 191-98, 1982.
8. IUNES, M.; CARVALHO, W.D.P.; ARAÚJO, F.F. & PEREIRA, D.H.M. Importância do Risco Reprodutivo no Planejamento Familiar. ARS Cvrandi, 13 (3): 20-26, 1980.

9. LIMA, O.R. Assistência Materno Infantil e Planejamento Familiar. Rev. Leg. Bras. Assist., 31 (1): 1-4, 1972.
10. LINS, F.E. Planejamento Familiar. Femina, 7 (9): 708-13, 1979.
11. LINS, F.E. Escolha do Método Anticoncepcional. Femina, 8 (6): 454-61, 1980.
12. LUCA, L.A. O Controle da Reprodução Humana. Femina, 8 (9): 653-55, 1980.
13. MORRIS, L.; LEWIS, G.; POWELL, D.L.; ANDERSON, J.; WAY, A.; CUSHING, J. & LAWLESS, G. Pesquisa Sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar: Uma Nova Fonte de Dados / Sobre o Planejamento Familiar. Population Reports, M (5): 1-39, outubro 1981.
14. NASSER, E. Assistência Materno-Infantil. Rev. Leg. Bras. Ginecol., 83 (4): 7-10, 1974.
15. PEEL, J. & POTTS, M. Resumen. In: Técnicas de Control de la Natalidad. México, Diana, 1972, 16. 258-80
16. REIS, A.F.F. Fatores Preditivos de Risco Fetal. Contribuição/ ao Estudo da Identificação Precoce da Gestação de Alto Risco. J. Bras. Ginecol., 90 (4). 195-204, 1980.
17. REZENDE, J. Assistência à Gestante no Brasil. J. Bras. Ginecol., 81 (1): 5-9, 1976.
18. SERRANO, C.V. Risco Reprodutivo, Rev. Leg. Bras. Assist., 35 (3): 213-24, 1976.
19. VALENTE, C.A.; ANDRADE, A.S.; VITIELLO, N.; BERCOVICI, S.; BEARZI, V.T. & NUNES, L.A. Assistência Pré e Perinatal à Mãe Ado

lescente. J. Bras. Ginecol., 83 (5): 229-36, 1977.

20. VITIELLO, N. Gestação na Adolescência. Femina, 9 (7): 527-32, 1981.

PROTOCOLO

1. Idade:
2. Estado civil: - casada
- solteira
- outros:
3. Grau de instrução: - analfabeta
- alfabetização rudimentar (até 2ª série do 1º grau)
- 1º grau incompleto
- 1º grau completo
- 2º grau incompleto
- 2º grau completo
- superior
4. Profissão:
5. Renda familiar mensal: R\$
6. Tipo de parto: - normal
- cesareana
7. Número de partos anteriores:
8. Usava algum método anticoncepcional antes de engravidar?
- sim
- não - por que?:
9. Qual o método? - Ogyno-Knaus - Condom
- Anovulatórios orais - DIU
- Coito interrompido - Geléias espermaticidas
- Billings - Outros:
- Diafragma
10. Usava corretamente o método? - sim
- não
11. Procurava periodicamente o ginecologista? - sim
- não
- só quando precisava
12. O casal planejou o filho? - sim
- não
13. Desejavam ter o filho? - sim
- não - por que?:
14. Aceitaram a gestação? - sim
- não
15. Fez pré-natal? - sim
- não
16. Evolução da gestação:
- sintomas:

TCC
UFSC
TO
0311

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC TO 0311

Autor: Lisboa, Lilian

Título: Incidência de gestações planejad



972814738

Ac. 254441

Ex.1 UFSC BSCCSM