UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

RUBENS ACÁCIO FRANCO

AÇÃO DO PROGRAMA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR NA UNIDADE BÁSICA DO MARCO CONHECIMENTO, ATITUDES E PRÁTICAS DE UM GRUPO DE USUÁRIAS.

FORTALEZA - CEARÁ
2010

Livros Grátis

http://www.livrosgratis.com.br

Milhares de livros grátis para download.

RUBENS ACÁCIO FRANCO

AÇÃO DO PROGRAMA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR NA UNIDADE BÁSICA DO MARCO CONHECIMENTO, ATITUDES E PRÁTICAS DE UM GRUPO DE USUÁRIAS.

FORTALEZA - CEARÁ
2010

F825a Franco, Rubens Acácio

Ação do planejamento familiar na Unidade Básica do Marco conhecimento, atitudes e práticas de um grupo de usuárias / Rubens Acácio Franco. Fortaleza, 2010.

Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Políticas Públicas) – Universidade do Estado do Ceará, Fortaleza, 2010.
102p.

1. Planejamento familiar 2. Gravidez 3. Método contraceptivo I. Universidade Estadual do Ceará.

CDD: 21 ed. 363.96

RUBENS ACÁCIO FRANCO

AÇÃO DO PROGRAMA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR NA UNIDADE BÁSICA DO MARCO CONHECIMENTO, ATITUDES E PRÁTICAS DE UM GRUPO DE USUÁRIAS.

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas do Centro de Estudos Sociais Aplicados da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Planejamento e Políticas Públicas.

Área de concentração: Políticas Públicas.

Aprovada em: ___/___/____

BANCA EXAMINADORA

_____
Profª. Drª. Maria Tita Portal (orientadora)
Universidade do Estado do Pará

_____
Prof. Dr. Francisco Horácio Silva Frota
Universidade Estadual do Ceará

_____
Profª. Drª. Maria Helena de Paula Frota
Universidade Estadual do Ceará

À minha mãe Maria Silva Acácio (*in memorian*) por ter-me ensinado o caminho da perseverança na busca do conhecimento.

À minha esposa Lourrainy Gonçalves Rocha Franco, pela sua paciência, dedicação e incentivo nos momentos difíceis.

AGRADECIMENTOS

Ao Deus Único JEOVÁ RAFÁ, que nos criou a sua imagem e semelhança, concedendo-nos pela graça o entendimento, sabedoria, conhecimento, prudência e disciplina para entendermos melhor o mundo em que vivemos, e pregarmos o amor, justiça e a dignidade entre os

homens através do conhecimento da verdade.

A **JESUS CRISTO**, meu único e verdadeiro Salvador, o grande amor da minha vida, que na cruz do Calvário derramou seu sangue, para que pela sua graça pudéssemos alcançar tão grande salvação.

Ao **ESPÍRITO SANTO**, meu Amigo, que me fortaleceu nos momentos em que não entendia e ajudou-me a encontrar o caminho do saber e da verdade.

A minha Orientadora Profª Dra. Maria Tita Portal Sacramento, pela dedicação e incentivo na elaboração e conclusão desta pesquisa, e que em todos os momentos esteve comigo.

Aos MESTRES, que durante todo o curso transmitiram conhecimento para que possa agir com justiça e fidelidade em minha vida profissional.

As **MULHERES ENTREVISTADAS**, que colaboraram para o êxito da presente pesquisa.

A minha esposa **LOURRAINY GONÇALVES ROCHA FRANCO**, pelo estímulo nas horas de desânimo, pois o mérito da vitória também é seu.

A **MINHA IRMÃ IVETE FRANCO**, pela sua oração para a conclusão deste curso.

A **MINHA FAMÍLIA**, pela compreensão e estímulo nas horas de desânimo.

A Sra. **ROZA LOBATO**, pela paciência e dedicação na digitação deste trabalho.

A **TODOS** que contribuíram direta ou indiretamente para a realização desta Dissertação de Mestrado.

Porque o Senhor dá sabedoria, da sua boca vem a inteligência e o entendimento, porquanto a sabedoria entrará no teu coração, e o conhecimento será agradável a tua alma. (Pv cap. 2, Vrs. 6.10)

LISTA DE TABELAS

Tabela I – Distribuição dos Entrevistados quanto a sua Naturalidade e o Bairro em que Reside. Belém – Pará – 2009..... 93
Tabela II – Distribuição dos Entrevistados Segundo Estado Civil, Faixa Etária. Belém – Pará – 2009..... 94
Tabela III – Distribuição das Entrevistadas quanto a Escolaridade, Especificado pela Profissão e Renda Familiar – Belém – Pará – 2009..... 95
Tabela IV – Distribuição das Entrevistadas quanto ao Número de Pessoas na Família e o Tipo de Habitação. Belém – Pela – 2009..... 97
Tabela V – Distribuição das Entrevistadas quanto ao Número de Gestações, Prática de Aborto e Tipo de Aborto. Belém – Pará – 2009..... 98
Tabela VI – Distribuição das Entrevistadas quanto o Conhecimento sobre o Planejamento Familiar. Belém – Pará, 2009..... 99
Tabela VII – Distribuição das Entrevistadas quanto à Utilização e Participação do Planejamento Familiar. Belém – Pará – 2009 100
Tabela VIII – Distribuição das Entrevistadas quanto ao Método Contraceptivo que Conhece. Belém – Pará – 2009..... 101
Tabela IX – Distribuição das Entrevistadas Quanto ao Tipo do Método Contraceptivo que Utiliza. Belém – Pará – 2009..... 103
Tabela X – Distribuição das Entrevistadas quanto a Indicação do Método Contraceptivo. Belém – Pará – 2009..... 104
Tabela XI – Distribuição das Entrevistadas quanto ao Planejado e Número de Filhos se

Conhecesse o Planejamento Familiar. Belém – Pará – 2009..... 105

Tabela XII – Distribuição das Entrevistadas quanto ter, Engravidado Usando Algum Método Contraceptivo – Belém – Pará – 2009..... 106

Tabela XIII – Distribuição das Entrevistadas sobre o Número de Filhos Prejudica a Saúde – Belém – Pará – 2009..... 108

Tabela XIV - Distribuição das Entrevistadas sobre a Participação do Parceiro na Escolha do Método Contraceptivo – Belém – Pará – 2009..... 109

Tabela XV – Distribuição das Entrevistadas se já Utilizava o Método Contraceptivo Antes de Entrar no Planejamento Familiar – Belém – Pará – 2009..... 110

Tabela XVI – Distribuição das Entrevistadas sobre a Indicação do Planejamento Familiar e o Profissional que lhe Atendeu no Programa de Planejamento Familiar – Belém – Pará – 2009..... 112

Tabela XVII – Distribuição das Entrevistadas sobre a Aceitação da sua Gravidez e se foi Planejada – Belém – Pará – 2009..... 113

LISTA DE SIGLAS

M S – Ministério da Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

BENFAM – Sociedade Civil de Bem estar Familiar

PPF – Programa de Planejamento Familiar

PAISM – Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher

OMS – Organização Mundial de Saúde

SESPA – Secretaria de Estado de Saúde Pública

PF – Planejamento Familiar

DST – Doença Sexualmente Transmissível

DIU – Dispositivo Intra Uterino

DIT – Doença Inflamatória Pélvica

LAM – Método Contraceptivo de Lactação e Amenorréia

PHPN – Programa de Humanização no Pré-Natal

UMS – Unidade Municipal de Saúde

PPGAR – Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco

HIV – Vírus da Imunodeficiência Adquirida

LISTA DE TERMOS

ABORTO – Ato de se abster, renúncia, privação. Privação do uso de alimentos ou substâncias estimulantes ou prática do coito.

ANDROGÊNICO – Que produz características masculinas

ANOVULAÇÃO – Supressão da ovulação

CERCLAGEM – Constrição do órgão ou tecido por meio de alça ou anel**.**

CERVICITE – Inflamação do colo do útero

COAGULOPATIA – Doença que afeta a capacidade de coagulação do sangue.

CONCEPÇÃO – União do gameta feminino e o masculino

COLPOCITOLOGIOIA ONCÕTICA – Estudo das células vaginais e suas alterações relativo a tumor

PPF – Programa de Planejamento Familiar.

EMBOLIA PULMONAR – Obstrução das artérias pulmonares

ENDOCARDITE – Inflamação do endocárdio ou da membrana de revestimento do coração.

ENDOMÉTRIO – Muco que forra a cavidade do útero.

ENDOMETRIOSE – O processo patológico do endométrio fora do útero.

EPIDIMITE CONGESTIVA – Inflamação do epidídimo.

EPIDÍDIMOVASOTOMIA – Operação que consiste em lesar o canal deferente e suturar a parte distal do epidídimo, para fins de esterilização.

ESPERMÁTICA – Relativo a esperma.

ESPERMATOCELE – Distensão cística do epidídimo ou da rede testicular.

ESPERMATOGRAMA – Coloração do esperma para verificar as alterações e número dos espermatozóides.

ESTROGÊNIO – Substância que provoca estro (fase da atividade ovariana que provoca alterações na mucosa uterina).

GALATORRÉIA – Fluxo abundante de leite.

HEMATÓCRITO – São glóbulos vermelhos do sangue.

HIDROCELE – Coleção de líquido na túnica vaginal do testículo ou ao longo do canal espermático.

HISTERECTOMETRIA – Mensuração do corpo do útero pelo histerômetro

HISTEROSSALPINGOGRAFIA – Estudo radiológico do útero e das trompas após introdução de substância de contraste.

HISTEROSCOPIA – Inspeção do útero.

LAPAROSCOPIA – Exame da cavidade abdominal por meio de laparoscópio.

LIBIDO – Energia psíquica em geral.Desejo sexual.

MASTOLOGIA – Ramo da ciência médica que trata de mofofisiologia e patologia das mamas.

MASTOPATIA – Doença da glândula mamária.

MENARCA – Menstruação inicial, primeiro fluxo sanguíneo na menina.

MULTÍPARA – Mulher que pariu mais de três vezes

NEOPLASIA – Processo patológico que resulta na formação e crescimento desordenado de células formando um tumor, um neoplasma.

NULÍPARA – A mulher que nunca pariu.

OOCITO – Célula original do óvulo, antes da formação dos corpos polares.

OVULATÓRIA – Relativo a ovulação (liberação de um ovo a partir do folículo ovariano).

PRENHEZ ECTÓPICA – Gravidez externa – fora do útero.

PRIMÍPARA – Mulher que pariu pela primeira vez

SALPINGOSTOMIA – Abertura do orifício ou fístula do oviduto ou da trompa de falópio para fins de drenagem..

TERMOGÊNICO – Relativo a termogênese (produção de calor, sobretudo no organismo animal).

TRAQUELOSPATIA – Cirurgia plástica do colo do útero.

TROMBOFLEBITE – Estado em que a inflamação da parede da veia precedeu a formação do trombo.

VAGINITE – Inflamação da vagina.

VARICOCELE – Tumor varicoso. Dilatação do plexo pampiniforme.

VASOSTOMIA – Anastomose cirúrgica dos ductos ou canais deferentes

ZONA PELÚCIDA - camada externa do óvulo.

RESUMO

O Programa Planejamento Familiar, faz parte dos programas de Políticas Públicas do Sistema Único de Saúde (SUS). Os objetivos deste trabalho é: Analisar conhecimento, atitudes e práticas do grupo de usuária que participam do Programa do Planejamento Familiar, traçar o perfil das grávidas entrevistadas e saber se planejam seus filhos antes de engravidar. O estudo foi qualitativo, descritivo, exploratório, com população de 85 grávidas, primíparas, do Setor Pré-Natal, do Centro de Saúde do Marco. Resultados: Perfil; 94,12% são Paraenses e 2,35% são Amazonenses; 47,06% são solteiras em idade entre 15 a 20 anos, 29,41% tem estado civil estável, com faixa etária entre 15 a 20 anos, 35.3% são casadas e estão entre 26 a 30 anos de idade; 48.2% conhecem o programa de Planejamento Familiar e 51.8% desconhece o programa; 57,6% não utilizam o planejamento familiar, 31,8% utilizam Planejamento Familiar. 60% das entrevistadas teriam planejado seu filho se tivessem conhecido o programa de planejamento familiar e 40% das entrevistadas não planejariam seus filhos mesmo conhecendo o programa de Planejamento Familiar. Os estudos indicam que há adesão de algum método contraceptivo por parte das mulheres entrevistadas e o número de gravidez indesejada é significativo, pois 81,2% das entrevistadas não aceitam sua gravidez.

Palavras-chave: Planejamento Familiar, gravidez, método contraceptivo.

ABSTRACT

The Family Planning Program, is part of the Public Policy of the National Health System (SUS). Our objectives are: To analyze knowledge, attitudes and practices of the group of user who participate in the Program of Family Planning, outlining the profile of pregnant women interviewed and know if they plan their children before becoming pregnant. The study was qualitative, descriptive and exploratory, with a population of 85 pregnant heifers, Sector Pre-Natal Health Center of Marco. Results: Profile; Paraenses are 94.12% and 2.35% Amazonians, 47.06% are single women aged between 15-20 years, 29.41% have stable marital status, aged between 15-20 years 35.3% are married and are between 26-30 years of age, 48.2% know the family planning program and 51.8% of them ignores the program, 57.6% do not use family planning, 31.8% use family planning. 60% of respondents planned to have his son if they had known the family planning program and 40% of respondents do not plan their babies even knowing the family planning program. Studies indicate that there is adherence to a contraceptive method by women interviewed and the number of unwanted pregnancies is significant, because 81.2% of respondents do not accept her pregnancy.

Keywords: Family planning, pregnancy, contraceptive method.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1: INTRODUÇÃO..... 15
CAPÍTULO 2: REFERENCIAL TEÓRICO..... 28
2.1. Histórico..... 28
2.2. Assistência a Concepção..... 32
2.3. Métodos Contraceptivos..... 33
2.4. Métodos Comportamentais..... 33
2.5. Método de Barreira (Mecânico ou Artificial) 47
2.6. Contracepção Hormonal..... 62
2.7. Recomendação de Anticoncepção para Pacientes com HIV..... 81
2.8. Anticoncepção Pós-Parto e Pós-Aborto..... 81
2.9. Assistência a Infertilidade..... 82
2.10. SERVIÇO DE PLANEJAMENTO FAMILIAR..... 84
2.11. Qualidade da Assistência..... 89
CAPÍTULO 3: ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS..... 93
CONCLUSÃO..... 115
RECOMENDAÇÃO..... 116
CRONOGRAMA..... 117
ORÇAMENTO..... 118
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICO..... 119
ANEXOS..... 125
APÊNDICE..... 131

CAPITULO I: INTRODUÇÃO

A pesquisa tem como objeto de estudo a AÇÃO DO PLANEJAMENTO FAMILIAR NA UNIDADE BÁSICA DO MARCO, CONHECIMENTO, ATITUDES E PRÁTICAS DE UM GRUPO DE USUÁRIAS.

Historicamente há inúmeros registros da intenção do homem em controlar as taxas de natalidade, varias civilizações criaram inúmeros métodos de contracepção, uns baseados em crendices e outros advindos de conhecimento científicos.

No Brasil, planejamento familiar é tema cotidiano, haja vista a freqüente abordagem da imprensa acerca de temas como: mortalidade materna, aborto, esterilização, reprodução assistida e outros relacionados à procriação. O Poder Legislativo também reconhece a importância da matéria e por lá tramitam dezenas de projetos de lei regulamentando ou ampliando permissivos legais sobre o assunto.

Embora avançado, em seus principais conteúdos e diretrizes, as políticas públicas propostas pelo Executivo partilham no processo em sua implementação. O estado tem sistematicamente recuado de suas obrigações – definidas pela Constituição - como provedor de assistência à saúde dos brasileiros, universal e equânime. Contribuem, ainda, para o agravamento da situação e a consolidação do estado atual, aspectos da cultura médica marcados por um exagerado intervencionismo, os quais, aliados à desinformação dessas mulheres comprometem de forma definitiva o princípio da autonomia na escolha de cada indivíduo.

No plano internacional, a partir das Conferencias da População (Cairo – 1994) e da Mulher (Beijin – 1995) surge o conceito de saúde reprodutiva, que diz respeito a ações amplas no campo da reprodução, envolvendo o homem e a mulher. Embora reconhecendo o avanço que representa esta nova abordagem, no caso brasileiro há que se ter cautela visto o consenso estabelecido em torno da integridade assistencial à mulher, em todas as suas fases e necessidades de saúde, Estes princípios estão contidos na Política de Assistência Integral a Saúde da

Mulher (MS. 2000).

É de obrigação das instâncias gestoras do SUS (federal, estadual e municipal) garantirem, em toda sua rede de serviço, no que diz respeito à atenção a mulher, ao homem e ao casal, programa de atenção integral à saúde, em todos os seus ciclos vitais, que inclua como atividades básicas a assistência à concepção e contracepção, atendimento pré-natal, controle das doenças sexualmente transmissíveis, controle e prevenção de câncer cérvico-uterino e do câncer de pênis.O planejamento familiar orienta-se por ações preventivas, educativas e pela garantia acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade (M.S, 1996).

Para efeito de proporcionar um planejamento familiar há vários métodos contraceptivos: comportamentais, de barreira, dispositivos intra-uterinos, hormonal, cirúrgico e, até mesmo, anti-concepção de emergência. A escolha do método é feita por orientação médica, considerando o quadro de saúde da mulher, podendo haver a associação de mais de um método contraceptivo, para maior garantia do casal ou da mulher.

O planejamento familiar melhora a saúde da mulher, evita gravidez de alto risco e facilita o acesso aos métodos anticoncepcionais eficazes, com isso, diminui o perigo de abortamento provocado. Portanto, a adoção do planejamento familiar pode evitar inúmeras complicações e mortes desnecessárias. A falta de acesso ao planejamento familiar coloca em risco a vida das mulheres e seus filhos (MAINE, 1981).

Como justificativa, o Planejamento Familiar objetiva passar informações sobre a importância dos métodos conceptivos e contraceptivos, objetivando o planejamento do número de filhos e uma vida sexual plena e segura.

Para Roumié (1986, p. 26):

> Planejamento Familiar é o conjunto de medidas médicas, paramédicas, sociais e econômicas, que quer colocar à disposição dos casais do país, 'independente de suas condições sócio-econômicas, os meios para planejar o número de filhos que desejam ter, ficando cada caso com a decisão, livre de qualquer pressão de planejar sua família.

Observa-se que o crescimento excessivo da população sem planejamento acarreta sérias implicações em todos os setores da vida nacional, com efeitos extremamentes danosos para a área da saúde. Quando se discute a política populacional, as opiniões se radicalizam com argumentos demográficos econômicos, sociais, éticos, jurídicos e religiosos, tanto contra ou a favor do planejamento familiar e da anticoncepção.

Ao se analisar os dados estatísticos do último censo (IBGE 2000,p.31), constata-se que mais de 30% da força economicamente ativa ganha até 1 salário mínimo por mês ,o que explica a subnutrição que afeta 63% da população brasileira, sendo que 20% das mulheres do Nordeste são portadoras de anemia por deficiência de ferro.

Segundo a mesma fonte (IBGE 2000,p.20), milhares de mulheres pobres no país, casam-se precocemente, levando duas décadas ou mais de gravidezes ininterruptas e amamentação, sem oportunidade de se recuperar. Acredita-se que durante todo esse tempo, ficam exaustas pelo trabalho extenuante no campo e em outras tarefas domésticas que realizam, quase sempre carregando um filho no colo e outro no ventre.

Evidencia-se também, que se um contraceptivo não estiver disponível, não for usado ou falhar, as mulheres recorrerão ao aborto clandestino. Calcula-se por estimativa que de 2 a 3 milhões de abortos são realizados por ano, entre nós. Como resultado do Planejamento Familiar, da gravidez com aceitação do concepto, a saúde melhora acentuadamente, para isso deve-se adotar medidas mais disponíveis e usadas para diminuir as gestações precoces e tardias, limitar o tamanho da família e esperar intervalos sadios para engravidar.

Cerca de 8 milhões de mulheres em idade fértil, não têm a menor possibilidade de receber informações ou acesso aos meios de planejar a família e são as que mais dele necessitam. São punidas tendo um filho que não desejam e que não podem criar com um mínimo de dignidade, unicamente porque são pobres. A falta de recursos leva a população a arriscar a saúde e a vida recorrendo ao aborto clandestino.

Lima (1998, p.113), diz que o planejamento familiar:

> É também problema político, econômico, social, moral e religioso. Político, porque o estado comanda a vida mundial em que a explosão demográfica toma-se um "câncer" no organismo social. Econômico, porque o ser humano tem direito a esperar por um momento mais propício financeiramente. Social, porque a sociabilidade é harmonia, e o formigueiro humano contribui para acabar com a mesma, gerando rebanhos imensos de infelizes e frustrados. Moral, porque as fontes da população estão na câmara nupcial, no mais recôndito dos lares, no coração da família, em que tudo depende da decisão do casal ou da imposição de um deles. Religioso, porque esse é o último assunto em que as igrejas ainda têm influência pública. O ateísmo dominou as lideranças mundiais e as bases crentes nada podem fazer. Mas impedir ou não a geração de filhos, matar ou não fetos ainda abalam muito as consciências, justamente onde existe uma consciência moral.

De acordo com Halbe (apud Brito; Gonçalves 2000, p. 21), o Planejamento Familiar:

> É uma das mais importantes atividades da medicina preventiva. Ele se caracteriza, principalmente, pela profilaxia da morbi-mortalidade materno-infantil, e seu objetivo primordial é o de proporcionar aos casais e às mulheres, em particular, as informações e os meios necessários para que possam decidir de modo voluntário e consciente, sobre o número de seus filhos e a oportunidade em que vão ter. Desta maneira, o Planejamento Familiar é, também, um instrumento para que se realize na prática, o princípio da paternidade responsável, cujo exercício conduz a que as famílias não tenham senão, os filhos que possam criar e educar condignamente.

O autor informa que o Planejamento Familiar é uma escolha livre do casal em decidir o número de filhos que pretende ter e o intervalo entre um filho e outro. O objetivo principal é adaptar a procriação de acordo com as condições físicas, pisicológica, espirituais e financeiras que o casal possue para proporcionar uma criação digna com qualidade aos filhos. O Planejamento Familiar é um assunto bastante abragente, como ação educativa, envolve a família, a escola e a comunidade em geral, e ainda, o conhecimentos das questões sócio-políticas, higiene, saúde, educação e sexualidade.

O Planejamento Familiar não é somente um meio de contracepção, e sim uma maneira de planejar a família de forma racional e amorosa .O casal possui livre arbítrio para escolher, sem interferência de ninguém o número de filhos que quer ter, para isso os métodos oferecidos não devem prejudicar a saúde da mulher, muito menos servir como atentado contra a vida.

> O Planejamento Familiar é uma atividade de saúde que visa proporcionar informações e meios para que os casais obtenham de maneira voluntária e consciente o número de filhos desejados no intervalo intergestacional adequado. Ele deve ser inserido em programas de saúde matemo-infantil para complementar as atividades de obstetrícia, ginecologia, pediatria e puericultura. **(**DINIZ apud BRITO; GONÇALVES, 2000, p. 21).

No Brasil, a maioria das pessoas pertencentes a classes baixas não possui meios financeiros para adquirir métodos anticoncepcionais, recorrendo aos serviços de saúde oferecidos na rede pública .Na assistência ao Planejamento Familiar os servicos de saúde devem fornecer todos os métodos contraceptivos e os profissionais atuantes devem oferecer todas as informações a respeito desses método para que os usuários participem da escolha do método contraceptivo (BRASIL, 2001, p. 67). O reconhecimento do Planejamento Familiar como atividade no Brasil, deu-se com a Constituição da República de 1988, em seu artigo 226, parágrafo 7°, que diz o seguinte:

> Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, como livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas (M.S, 2001:p. 118).

A escolha do tema deve-se a observação da grande quantidade de crianças nascidas sem serem planejadas e de gravidez indesejada, crianças que nasceram sem amor e cresceram sem serem amadas. Por esta questão observamos centenas de crianças nas ruas, chamadas de delinqüentes, que por desinformação do que é concepção e qual o momento para que ocorra, como se evita a gravidez e se engravida querendo engravidar, aceitando a nova vida que virá para ser luz em um mundo de trevas. “Raquel experimentou engravidar de seu marido Jacó, que o amava. E celebrou a vida com o nascimento de José, que se tornou governador do Egito. E lembrou-se de Deus de Raquel e Deus a ouviu e abriu sua madre. E ela concebeu e teve um filho e chamou o seu nome de José”. (Gn. Cap.20: 28 – p. 29)

A pesquisa pretende contribuir para ampliação do conhecimento científico da comunidade acadêmica e profissional para que esta possa entender os diversos entraves, como os desafios e dificuldades, que estão envolvidos, a exemplo da

efetivação do programa de planejamento familiar, a falta de apoio político e até a boa vontade da população feminina, que é desinformada quanto ao problema em questão.

Dessa forma, deseja-se propor discussão e reflexão da aplicação do planejamento familiar, não para o controle da natalidade, que é uma imposição governamental ao cidadão, mas através da perfeita aplicação do planejamento familiar, promover a saúde, o direito, a opção livre e consciente dos casais de terem filhos.

A Problemática foi vivenciada na trajetória acadêmica e profissional, ao participar do desenvolvimento de ações de saúde pública relacionadas à saúde da mulher na Unidade Básica de Saúde do Marco. Despertando a preocupação e o interesse em pesquisar aspectos relevantes na execução do planejamento familiar.

Analisando a atuação no decorrer vida profissional como enfermeiro e fisioterapeuta, foi possível observar um aumento significativo no número de gravidez precoces, indesejadas e na quantidade de filhos. Considera-se que os profissionais de saúde, em geral, desempenham função muito importante no processo de educação permanente e na assistência à saúde reprodutiva. Com esta problemática buscou-se estudar a Ação do Planejamento Familiar na Unidade Básica de Saúde do Marco, Conhecimento, Atitudes e Práticas de um Grupo de Usuárias. Que conduziu-me às seguintes questões norteadoras:

- Qual o perfil sócio e econômico das usuárias que procuraram o serviço de Planejamento Familiar para saber como planejar seus filhos antes de engravidar.
- Que conhecimento, atitudes e práticas possuem um Grupo de usuárias sobre as ações Programa de Planejamento Familiar.

O Objetivo Geral: Analisar conhecimento, atitudes e práticas de um grupo de usuárias que participam do Programa de Planejamento Familiar, os específicos foram os seguintes:

I – Traçar o perfil sócio e econômico das usuárias que participam do Programa de Planejamento Familiar.

II – Verificar os conhecimentos do Programa de Planejamento Familiar.

III – Averiguar as atitudes em relação ao Programa de Panejamento Familiar.

IV – Investigar as práticas das entrevistadas sobre o Programa de Planejamento Familiar.

O referencial teórico desta Dissertação refere-se ao Planejamento familiar é uma prática que está presente nos hábitos da população, desde os primórdios da humanidade, não sendo possível identificar sua origem. Embora difuso, o discurso do planejamento familiar, já *se* expressava nos primórdios do Brasil colonial, repassando do império ao início da república, foi marcado por uma dissimulada tendência ou um sentimento natalista agregado ao aperfeiçoamento da raça brasileira (HALB 2005, p. 78).

Durante o período colonial no Brasil, a igreja foi a instituição, que sustentou, quase com exclusividade, o ideário social que se pretendia: uma sociedade portuguesa e cristã. O sucesso desse projeto envolve tanto estratégias do discurso cotidiano normativo, como decisões onde as mulheres eram impedidas de assumir outro papel que não aquele determinado pela vida familiar (DEL PRIORE, 2004, p. 95)

No final do séc. XIX surgiram na Europa e nos Estados Unidos os primeiros movimentos de controle da natalidade. A propaganda contraceptiva tinha conotação política, inspirando seus defensores na teoria de Malthus, segundo a qual quanto mais crescesse a população, mais pobre ela seria, pois esta crescia em progressão geométrica e os alimentos em progressão aritmética. Malthus baseou-se no crescimento da pobreza a partir da revolução industrial, sem considerar as circunstâncias em que essa ocorrera. Em 1952, Margareth Sanges, líder feminista, iniciou nos Estados Unidos, um movimento pelo direito a regulação da fecundidade, juntamente com socialistas e anarquistas americanos chamados "birth contrai". Sanger mostrava-se sensível as queixas das mulheres por razões sociais, econômicas ou de saúde, somando-se a essas necessidades, transformações resultante da industrialização e da urbanização que a despertaram para reivindicar o direito à educação, ao voto e à regulação da fecundidade. Na Europa, especialmente na Inglaterra, o movimento foi liderado por Marie Stopes (COELHO, 2006, p. 115).

As linhas de pensamento nesse período foram três: a das feministas, que

consideravam a contracepção um direito fundamental da mulher; a dos neomalthusianos que a defendiam como meio para melhorar a situação da pobreza; e a dos eugenistas que viram no controle de natalidade um dos caminhos para melhorar a qualidade genética. No Brasil diante da postura pró-natalista, os movimentos internacionais não ecoaram nessas primeiras décadas do desenvolvimento capitalista (ÁVILA, 2005, p. 91).

O caráter moralista e repressor da sexualidade, implícito nas teses malthusianas, entre crescimento demográfico versus disponibilidade de alimentos é tomada como referência para discussão do planejamento familiar. Outra face que muitos preconizadores do Planejamento Familiar ressaltam é o da eugenia ou o aperfeiçoamento da espécie humana, a partir da seleção de raça (COSTA, 2006, p. 56).

Os movimentos internacionais nos anos 60 financiaram entidades e outras instituições que no Brasil informavam as famílias sobre o planejamento familiar. Ainda na década de 60, os países ricos, especialmente os Estados Unidos, que já tinham os países pobres sob sua dependência, passaram a pressionar governos do terceiro mundo para adotar uma política de população mínima, Malthus considerava haver nos países ricos uma estabilidade no crescimento populacional e nos pobres uma explosão populacional atribuindo a isso a responsabilidade pela fome, pobreza, degradação do meio ambiente. Assim, a redução do crescimento populacional deveria ser a principal prioridade para os planos de desenvolvimento (COELHO,2006, p.52).

> "Segundo relatos de Lima; Gonçalves (2001). Não há um registro exato das primeiras práticas contraceptivas no Brasil, porém sabe-se que a planta arruda já era utilizada em meados do séc. XVII como pratica contraceptiva *e* abortiva. Antes da década de 60, a camisinha, a tabelinha e o coito interrompido eram os mais conhecidos e disponíveis."

O debate, que persistiu durante as décadas de 60 e 70, permaneceria junto à igreja com o seu conjunto de razões e argumentos de ordem moral e doutrinária, sempre vinculando sexo à procriação. Esta posição será relativamente flexibilizada no final dos anos 70, quando a igreja passou a admitir certo controle da fecundidade, desde que o método utilizado seja a abstinência periódica (chamado de método natural). Por longo tempo este embate apresentou diversas e curiosas

nuances. Nos anos 70, o Ministério da Saúde implementou o programa de saúde materno-infantil, onde o planejamento familiar figurava discretamente sob o nome de paternidade responsável. Nessa mesma década exatamente no ano de 1977, foi elaborado o Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco (PPGAR), o qual recebeu uma reação contrária dos movimentos sociais ,que entendiam ser este programa de cunho controlista. Os chamados critérios de identificação de risco adotados pelo programa encaminhavam um controle de nascimento entre pobres, negros e outras populações "descartáveis". O Ministério da Saúde, em sua fragilidade política na época, enfrentou esta situação e permitiu a criação de um vácuo institucional do estado, favorecendo o surgimento e o crescimento de outras instituições de cunho controlista. Dentre estas, a sociedade civil de bem-estar familiar no Brasil (BENFAM) e o centro de pesquisas de assistência integrada à mulher e a criança (CPAIMC) foram as de maior relevância. (COSTA, 2005, p. 86).

Em 1965 foi criada BEMFAM (Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil) e declarada utilidade pública em 1971. Esta instituição foi idealizada por médicos que tinham como objetivo informar sobre os métodos anticonceptivos para tentar evitar o grande número de abortos provocados no país que, segundo estes médicos, ocorreriam por falta de informações e acesso às práticas anticonceptivas. Este grupo de médicos com apoio do Federação Internacional do Planejamento Familiar (IPPF), tinha como objetivo financiar clínicas de controle da natalidade em vários estados do país. Dentro desse contexto observou-se que até o final dos anos 70 as lutas em prol da saúde reprodutiva das mulheres encontram fortes barreiras, destacando o estado autoritário que não atendia as necessidades da maioria da população; a hegemonia biomédíca nas construções de representações sobre o corpo feminino e o lugar social da mulher; e os programas verticais de planejamento familiar (PF) implementados por organismos internacionais desde a década de 1960. Enfatizou-se que por inúmeras vezes as feministas enfrentaram a ordem médica e os "planejadores familiares" numa relação conflituosa, a reivindicar direitos sexuais e reprodutivos, apesar de o Brasil ser um país marcado por desigualdades sociais, machismo e governo autoritário (ÁVILA,2006, p.117).

A partir da década de 80, deu-se início, no país, a um período de transição democrática caracterizado pela organização de movimentos sociais, com

destaque do movimento feminista no Brasil, que passam a reivindicar não só direitos relacionados a saúde reprodutiva, como também ,planejamento familiar, a democratização da educação para a saúde e outras medidas que iam além da esfera biomédica, abrangendo, portanto, a perspectiva da promoção à saúde e de melhor qualidade de vida (TYRRELL, 2004, p. 121).

A manutenção da ideologia neoliberal permitiu tendência histórica de não intervençãlo, ao mesmo tempo, favoreceu a ação de agentes privados que forneceram anticoncepção moderna para população feminina, transformaram o país em um "estado de duas caras" quando se analisa política e população. A partir da década de 80 embora não implementassem uma política oficial de contenção demográfica, permitiram que instituições não governamentais aplicassem medidas de controle demográfico através de programas de planejamento familiar que distribuíam anticoncepcionais orais e praticavam a esterilização (SILVA, 2000, p. 64).

As análises apontam essa situação como uma omissão planejada, ou seja, uma política implícita de regulação em que o governo não atuava, mas permitia a atuação de agências internacionais no controle da natalidade (FARIA, 1989, p. 80).

A sociedade de bem-estar familiar no Brasil (BEMFAM) desenvolvia um projeto educativo difundindo as vantagens de uma família reduzida e o uso de práticas anticonceptivas modernas, obtendo o apoio do governo. Essa situação permitiu o surgimento de um novo discurso, baseado nos princípios do direito à saúde e na autonomia das mulheres e dos casais na definição do tamanho de sua prole. Este consenso, amplamente discutido pela sociedade civil, teve como respaldo o processo avançado da reforma sanitária brasileira que definiu saúde como direito do cidadão e o dever do estado em provê-la à sua população. Em 1983, o Ministério da Saúde divulga o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que seria desenvolvido pe!a rede pública de saúde, ajustando-se às necessidades epidemiológicas e requerimentos de cada localidade, de cada população (OSIS, 2004, p. 115).

O Ministro da Saúde, Valdir Arcoverde apresentou o PAISM durante seu depoimento à comissão parlamentar de inquérito que investigava os aspectos do

crescimento populacional. Este se constitui em um conjunto de princípios e diretrizes programáticas abrangentes destinadas às mulheres nas diversas etapas e situações de sua vida, incluindo-se a fase reprodutiva. Para essas mulheres, o PAISM preconiza que os indivíduos sejam atendidos nas suas demandas específicas de saúde reprodutiva, de forma a minimizar riscos para a saúde decorrentes da procriação não planejada. Prevê, ainda, além da abordagem para a anticoncepção, tratamento para os casos de infertilidade, sempre contextualizados no conceito da integralidade assistencial (M.S, 2001, p.67).

METODOLOGIA

Tipo de Estudo

O estudo foi realizado utilizando-se uma abordagm qualitativa.

Segundo Teixeira (2002, p..87) a abordagem qualitativa visa descrever as características conhecida ou os componentes do fato, fenômeno ou representação. Para Marconi e Lakatos (2004, p. 269)

> A metodologia qualitativa preocupa-se em analisar e interpretar aspectos mais profundos descrevendo a complexidade do comportamento humano. Fornece análise mais detalhada sobre as investigações, hábitos, atitudes, tendências de comportamento, etc.

Segundo Triviños, (1997) o estudo qualitativo pretende informar com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade.

Cenário da Pesquisa

O local de estudo foi a Unidade Básica de Saúde do Marco, Setor de Pré-Natal, situado na Avenida Almirante Barroso, próximo ao Jardim Botânico Bosque Rodrigues Alves, que atende as mulheres gestantes, puérperas e nutrizes. O prédio de planta baixa, composto de várias salas para atendimento, que servem como consultórios médicos, enfermagem, assistente social, nutrição, atendimento de enfermagem, sala de preventivo do câncer cérvico uterino, sala de terapia de reposição hormonal, sala de esterilização e auditório para palestras. A equipe de saúde é composta de médicos, enfermeiros, odontólogos, nutricionista, psicólogo, assistente social e técnicos de enfermagem. A clientela maciça é feminina, que

procura o centro de saúde para realização de pré-natal, exame preventivo do câncer cérvico uterino e assistência à mulher.

Atores Sociais

Os sujeitos de estudo, denominados em pesquisa qualitativa por Teixeira (2000, p. 63), os atores sociais foram 85 gestantes, primíparas, do Setor Pré-Natal, da Unidade de Saúde do Marco, que atenderam os seguintes critérios de inclusão: que sejam gestantes primíparas, que aceitaram participar espontaneamente da entrevista.

Como critério de exclusão as múltíparas e aquelas que recusarem a participar da pesquisa. O material das gestantes incluídas que se recusarem ou desistirem da pesquisa, foram descartados.

Coleta de Dados

Os dados foram coletados por uma entrevista semi-estruturada com aplicação de formulário com perguntas abertas e fechadas sobre o tema direcionado às usuárias que se enquadraram aos critérios de inclusão. As entrevistas foram realizadas nas dependências da Unidade de Saúde do Marco, após as mesmas terem aceitado participar do estudo, e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo 1).

Adotou-se a entrevista através da aplicação de questionários , com perguntas abertas e fechadas. Segundo Triviños (1987, p.86), a entrevista semi-estruturada de formulários básicos, os quais, apoiados em teorias e hipóteses, serviram de base para a elaboração de novas informações importantes para o aprimoramento da pesquisa que surgiram conforme as respostas das informantes. A partir desse pressuposto escolheu-se esse tipo de entrevista por ser a que melhor se enquadrou nos objetivos deste estudo.

7.5. Análise dos Dados

A análise dos dados foi realizada mediante organização e seleção das respostas, pertinente à análise do conteúdo.

Segundo Bardan:

> Um conjunto de técnica de análises de comunicação, visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos a descrição do conteúdo de mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção / recepção destas mensagens (1979, p. 42).

Nesta fase analisou-se as entrevistadas com base nas seguintes etapas: união das falas de cada pergunta em grupo de respostas semelhantes, destaque de respostas, palavras e/ou frases, repetidas em perguntas abertas e fechadas para posterior comentário.

Aspectos Éticos da Pesquisa

Esta pesquisa seguiu o preconizado pela Resolução nº 196/96 de 16 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, que normatiza a pesquisa que envolve seres humanos. As entrevistadas foram informadas sobre o estudo através de uma linguagem simples e acessível. Foram apresentados os objetivos da pesquisa e o modo de inserção das informantes na mesma. Foi assegurado o anonimato e o direito de informante em deixar a pesquisa momento em que assim o desejar. RISCO DA PESQUISA, o pesquisador informa que a mesma não oferece possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual da entrevistada, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo À BENEFICÊNCIA, A pesquisa traz benefícios para melhorar a atenção no planejamento familiar, a não MALEFICÊNCIA, comprometendo-me que danos possíveis seriam evitados, de acordo com o item C do art. 7º do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

CAPÍULO II: REFERENCIAL TEORICO

2.1. Histórico do Planejamento Familiar

Planejar a família é uma prática que está presente nos hábitos da população, desde os primórdios da história da humanidade, não sendo possível identificar sua origem.

Pereira apud (BRITO; GONÇALVES, 2000, p. 13):

> A idéia de contracepção é universal e desde a pré-história a limitação dos nascimentos procura prevenir as gestações indesejadas. Nos tempos primordiais a limitação dos filhos se embasava no coito interrompido e na interrupção da gestação, não raro, por meios cruentos, agressivos e perigosos. Para prevenir a gravidez, as mulheres empregavam preceitos mágicos e místicos ditados pelos homens sábios e pelas anciãs das tribos. Esses meios, na maioria das vezes, eram inefícazes e, frequentemente, prejudiciais. Destacamos a título de curiosidade, que para não engravidar, as mulheres chinesas comiam quatorze rãs vivas, três dias depois da mesntruação; as gregas do século II, usavam tampão vaginal feito de lã impregnado com azeite, mel, goma de cedro, polpa de frutos; no século VI as mulheres de Bizâncio atavam no pé esquerdo um recipiente com fígado de gado; na idade média as mulheres ingeriam porções mágicas, na maioria das vezes contendo rins de mula, argila, escória de ferro, alumes, etc; no século XVII as noivas eram instruídas a sentar sobre seus dedos quando viajassem em carruagens nessa época era usual a noiva colocar nozes assadas no seio, uma para cada ano infértil desejado. Na África ingeriam espuma da boca dos camelos misturada com pólvora e as as egípicias colocavam na vagina tampões feitos com fezes de crocodilo.Desde os tempos bíblicos os criadores relatam que os egípicios já praticavam coito interrompido, como forma de Planejamento Familiar. Naquela época, certamente, os fatores culturais eram outros e, no entanto, os casais já escolhiam a melhor época para ter seus filhos. (MOREIRA, 2002, p. 341).

Segundo Moreira (2005, p.44), no antigo egito as mulheres utilizavam supositórios contendo gordura de crocodilo para não engravidar. Faziam uso de diversas esponjas embebidas em porções e aplicavam sobre o colo do útero. Um conquistador da idade média, conhecido como Casanova, aplicava meio limão espremido sobre o colo do útero de suas parceiras como forma de contracepção.

No ano de 1833, foi lançado por um médico americano chamado Knowlton, um panfleto intitulado: frutos da filosofia, propondo como método contraceptivo aplicação na vagina de uma solução espermaticida de sulfato de zinco com uma seringa, após o ato sexual.

No início do século XIX, escritores ingleses como Francis Plàce, Robert Dale Owen e John Stuart Miei, juntamente com o americano Charles Knowlton, destacaram-se por contribuírem com a história moderna do Planejamento Familiar. A igreja católica se opôs por considerar uma interferência nos desígnios de Deus. Somente algumas décadas depois, em 1920, na Conferência de Lambert é que a igreja anglicana passou a aceitar o Planejamento Familiar.

A enfermeira americana Margareth Sanger, destacou-se por ser a pioneira do Planejamento Familiar, abrindo a primeira clínica para esse fim nos Estados Unidos da América. Por ser uma prática ilegal para a época, ela acabou presa e condenada, em 1916. Só em 1936 é que o comércio de informações e os métodos contraceptivos foram tolerados pela justiça americana.

Nessa mesma época, o método contraceptivo mais utilizado era o condon, inventado no século XVI pelo anatomista italiano Fallopius, em homenagem ao inglês Dr. Condon, que utilizou na fabricação dos primeiros artefatos linho fino e/ou tripa. A industrialização do condon começou por volta de 1840, utilizando-se borracha vulcanizada, com o tempo padronizado pela indústria. Os condons lubrificados com substância espermaticida só surgiram em 1975, lançados pelos americanos, Potts e McDevitt. A forma mais primitiva de Dispositivo Intra-uterino, já era conhecida há mais de 3.000 anos sob a forma de pedras contraceptivas colocadas no útero das camelas para que estas não se emprenhassem durante a longa jornada de travessia dos desertos.

O primeiro relato do DIU foi peito pelo médico alemão Richter, em 1900, como o emprego do fio de sutura, aplicado no interior da cavidade uterina com fins contraceptivos. A fabricação de DIUs com fio de prata, seda e anéis de ouro, deveu-se a Graefenberg, em 1931, mesmo ano que o japonês Tenrei Ota, lançou os DIUs anelares. Depois surgiram os DIUs "alça de lippes", criados por Lippes em 1962. Na mesma época, surgiram os tampões de borracha de aplicação intra-vaginal.

Direito Constitucional

O planejamento familiar é um direito das pessoas assegurado na Constituição Federal e na Lei n°9.263, de 12 de janeiro de 1996 , que regulamenta o

planejamento familiar e deve ser garantido pelo governo (M.S, 2006,p 32).

Em 1996, um projeto de lei que regulamenta o programa planejamento familiar foi aprovado pelo Congresso Nacional e sancionado pela Presidência da República. A lei estabelece que as estâncias gestoras do sistema único de saúde (SUS), em todos os seus níveis, estão obrigadas a garantir à mulher, ao homem ou ao casal, e toda a sua rede de serviços, assistência à concepção e contracepção como parte das demais ações que compõem a assistência à saúde. Uma questão fundamental desta lei é a inserção das práticas da laqueadura de trompas e da vasectomia dentro das alternativas de anticoncepção, definindo critérios para sua utilização e punições para os profissionais de saúde que as realizarem de maneira inadequada e/ou insegura (M.S, 2002, p. 35).

A política de direitos sexuais e reprodutivos visa reunir e disciplinar ação de planejamento familiar que é parte do esforço do governo federal para democratizar o acesso da população de baixa renda à direitos historicamente reservados as camadas mais favorecidas da população brasileira. É, também, uma maneira de tirar das sombras questões como violência sexual, gravidez indesejada, aborto, camisinha, AIDS e infertilidade. Serve para garantir aos homens e mulheres em idade fértil o pleno exercício da sexualidade, livre de outras doutrinas e crenças que não os direitos assegurados pela constituição federal e pela lei do planejamento familiar. É uma maneira de o poder público minimizar o drama da gravidez indesejada, sobretudo entre adolescentes; de abrir os olhos para os 1,4 milhões de abortos espontâneos e inseguros, segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde), que ocorrem durante o ano no Brasil (COSTA, 2005, p. 84).

Controle de Natalidade

Controle de natalidade é uma ação governamental com a preocupação de estipular metas ao crescimento "ideal" da população, onde o governo determina o número de filhos que o casal deve ter. Ao inverso de planejamento familiar, que é direito à informação, à assistência especializada e acesso aos recursos que permitam optar livre e conscientemente pelo número de filhos e o espaçamento entre eles e a escolha do método anticoncepcional mais adequado, sem coação (M.S, 2006, pg. 39).

O controle de natalidade é uma ação política radical identificada com governos autoritários de péssima memória. Objetiva manipular os índices demográficos em favor de planejamento estratégicos não identificados com os princípios da demografia e dos direito humanos. Planejamento familiar de fato é a organização plena desses direitos, um conjunto de alternativas que atua nas duas frentes possíveis de aplicação pratica: contracepção e concepção. Trata-se, portanto, de uma política de inserção social de saúde voltada para a cidadania. Embora, o planejamento familiar e o controle de natalidade, sejam erroneamente confundidos eles possuem características bem distintas uma das outras, conforme a seguir especificado (COSTA, 2005, p. 113).

Planejamento Familiar:

- É um direito do cidadão
- Opção livre e consciente
- Promove a saúde
- É um dever do Estado

Controle de Natalidade

- É uma política de estado
- Imposição do governo ao cidadão
- Promove a redução ou aumento de população
- Sua execução é indiscriminada

O declínio da fecundidade no Brasil foi vertiginoso: a taxa de fecundidade total de 5,8 filhos nascidos vivos por mulher, em 1970, caiu para 2,3 em 2000. Contudo, nem todas as mulheres tem tido um acesso democrático aos meios contraceptivos e a todo progresso técnico ligado à saúde reprodutiva. As dificuldades impostas pela seletividade do mercado e as deficiências do serviço de saúde pública para a grande maioria da população feminina pobre ainda mantêm muitas mulheres como reféns da desinformação e da falta de acesso aos meios anticoncepcionais. Isto impede que vivam plenamente os seus direitos, já limitados pela própria pobreza: de fato, vivem uma cidadania limitada (BRITO, 2000, p. 86).

Saúde da Mulher

No ano de 1983, o governo brasileiro lançou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), cujas bases doutrinárias se encontram em um conceito originado e debatido inicialmente, na década de 70, por um grupo de médicos da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). A proposta do PAISM pretendeu romper com a visão tradicional acerca da mulher, sobretudo no âmbito da medicina, e também com a maneira como os programas oficiais, direcionados para as mulheres, até então havia abordado a sua saúde (OSIS, 2004, p.127).

2.2. Assistência à Concepção

Concepção é a união dos gametas masculino e feminino, ou seja, é o contato de um espermatozóide com um óvulo e termina com a fusão dos seus pró-núcleos, formando uma nova célula (MOORE, 2006, p. 132).

A fecundação ocorre quando a mulher está no período fértil, onde ocorreria a postura do óvulo, em que a tuba uterina receberia "informações" índicativas do exato momento da captura. Estando no pavilhão tubário, ocorreria um processo biológico, incubatório, enquanto se processa um coito fértil. Durante a cópula o semen é depositado no fundo do saco vaginal, onde coagula; a partir daí liquefaz-se e libera os espermatozóides, permitindo sua ascensão ao colo do útero, utilizando a escada biológica representada pelo muco cervical. Em uma das tubas, mais precisamente entre o pavilhão e o terço médio dá-se o encontro dos gametas. Os espermatozóides em grande quantidade cercam o óvulo enquanto seus cromossomos secretam lisozima que "amolece" a camada de células que o recobre. Somente um único espermatozóide consegue vencer a barreira e penetra em um ajuntamento celular chamada zona pelúcida, dando acesso à cavidade (MOREIRA, 2002, p. 262).

A mulher que procura pelo Programa de Planejamento Familiar (PPF) com o objetivo de engravidar recebe a assistência através de orientações, para que ela possa conhecer o seu próprio corpo e decidir qual o melhor momento para a concepção juntamente com o seu parceiro e posteriormente é encaminhada ao pré-natal que acolhe a mulher desde o início da gravidez até puerpério (M.S,2002,p. 13).

2.3. Métodos Contraceptivos

Na história da medicina os contraceptivos são recursos muito antigos, os primeiros de que se tem notícia são os chamados contraceptivos de barreira e há relatos sobre seu uso no Egito Antigo. De lá para cá, foi grande o avanço no campo da contracepção e são inúmeros os métodos conhecidos e testados para impedir que o espermatozóide atinja o óvulo e desse encontro ocorra uma gravidez indesejada. A escolha do método mais indicado para cada casal deve ser feita sob orientação e acompanhamento médico. O mais conhecido talvez seja a pílula anticoncepcional que surgiu na década de 1960 e provocou verdadeira revolução nos relacionamentos e no comportamento feminino, uma vez que as mulheres puderam dissociar a vida sexual da vida reprodutiva e ficaram mais livres para assumir outras responsabilidades e ingressar no mercado de trabalho (VARELLA, 2007, p. 135).

Os métodos contraceptivos são classificados em 5 grupos:

- Métodos comportamentais
- Métodos de barreira
- Dispositivos intra-uterino
- Contracepção hormonal
- Contracepção cirúrgica

2.4. Métodos Comportamentais

Os contraceptivos comportamentais, chamados de métodos naturais, têm como base a ciclicidade dos hormônios ovarianos durante o ciclo menstrual. Essa ciclicidade permite que a mulher saiba, por meio de intervalos de tempo ou de alteração de alguns sinais do seu organismo, se está ou não em seu período fértil, deve-se evitar relações sexuais completas neste período. Conclui-se que os métodos anticonceptivos comportamentais referem àqueles que atuam em mudanças nos padrões de comportamento sexual do casal. E não utilizam quaisquer produtos químicos ou obstáculos mecânicos (VIANA, 1998, p. 76).

Os métodos comportamentais podem ser usados através da privação sexual transitória e da interrupção do coito antes de ejacular. São métodos propensos a altos índices de falha, dependem de importantes fatores para serem considerados eficazes: o nível de educação da usuária, saúde, tipo de vida sexual, da auto-observação de seu corpo (MOREIRA, 2002, p. 61).

Os métodos comportamentais ou naturais classificam-se em métodos do ritmo, temperatura basal, método de "billings" ou do muco cervical, coito interrompido, cinto-térmico e método do colar (GEBER, 2004, p. 50).

a) Método do Ritmo

O método do ritmo, tabelinha, método de "Ogino-Knaus" ou método do calendário, muito utilizado pelos casais, principalmente entre namorados adolescentes. É um método de privação periódica das relações sexuais. O casal evita ter relações sexuais nos dias prováveis de fertilidade, reiniciando o coito após ter transcorrido este período. Este método pode ser combinado com o método da temperatura basal ou método térmico (MS, 2000, p.47)**.**

Fará a mulher um registro durante, pelo menos oito meses do seu ciclo menstrual todos os meses. O primeiro dia da menstruação é considerado o dia um e o dia que antecede a menstruação o último dia do ciclo. Uma fórmula simples de aritmética é feita pelo casal para determinar os dias permissíveis para se ter relações sexuais e os dias de abstenção. A ovulação ocorre por volta do 14° dia antes de iniciar a próxima menstruação, podendo haver alguma variação. Se a mulher, por exemplo, tem um ciclo regular de 28 dias, a ovulação dela ocorrerá provavelmente no 14° dia. Devido à viabilidade do e spermatozóide (três dias) e do óvulo (um dia), devem-se por precaução, abster-se das relações sexuais uns cinco dias antes da ovulação e uns cinco dias depois. Contudo, devemos advertir que as mulheres, na realidade, não têm ciclos absolutamente regulares. Os ciclos estão sujeitos a alterações por influências ambientais desfavoráveis, doenças, stress e variações de peso. O método do ritmo possui baixa eficácia e seus fundamentos científicos devem ser considerados apenas como eventos fisiológicos lógicos devido às particularidades pessoais e as inevitáveis imprevisibilidades, por isso não é aconselhável confiar inteiramente (MS, 2000, p .60).

Atuação do Profissional de Saúde

Segundo o M. S. (2001, p.83), o profissional deve atuar da seguinte forma:

a) **Primeira consulta**

- Alertar a usuária, para fatores que possam alterar o ciclo menstrual (doenças, stress, depressão, mudança de ritmo de trabalho, entre outros).
- Enfatizar o aconselhamento. Oferecer o preservativo masculino ou feminino para uso associado ao método, objetivando a dupla proteção do indivíduo ou casal.
- Caso haja coito no período fértil, sem uso de camisinha, orientar a usuária para o uso de anticoncepção de emergência.

b) Consulta de retorno

- Qualquer profissional da equipe de saúde pode realizá-la, desde que devidamente capacitado.

Benefício não contraceptivo

Não há reações adversas e a mulher passa a conhecer a sua fisiologia reprodutiva.

Periodicidade

No primeiro retorno a usuária deve voltar com um mês; posteriormente de 6 em 6 meses.

Atividades Específicas

- Avaliar se a mulher e/ou o casal possuem responsabilidade em registrar e cumprir as instruções de uso do método
- Juntamente com a usuária, refazer os cálculos a cada 6 meses com base nos últimos 6 a 12 ciclos.
- Reforçar as orientações fornecidas na primeira consulta.

Contra indicação

Segundo o M. S. (2000, p. 67), irregularidade menstrual.

Eficácia

De acordo com MOREIRA (2002, p.55), é um método pouco eficaz. Com taxa de falha de 15 a 25%.

b) Método da Temperatura Basal

Método da temperatura basal do corpo ou método térmico. Este método foi desenvolvido em virtude de haver elevação da temperatura basal da mulher devido à influência da progesterona no centro regulador do hipotálamo. A mulher registra a temperatura num gráfico apropriado, todas as manhãs antes de se levantar da cama, durante cinco minutos num período mínimo de oito meses antes de usar este método. O termômetro pode ser colocado na boca, no ânus ou na vagina, de preferência na mesma hora. A elevação da temperatura se dá após a ovulação durante três dias num crescimento de 0,3° a 0,8° C. Enquanto a temperatura estiver subindo o óvulo permanece fértil e, ao baixar ele perde a fertilidade. Ao escolher este método, as relações sexuais devem ser suspensas desde o primeiro dia menstrual até que a temperatura diminua de 0,8° C. Deve-se observar que a temperatura sofre queda no dia da ovulação, passando a se elevar nos dias seguintes. Se a mulher apresentar hipertermia durante o uso do método ou sofrer alguma doença os registros devem ser invalidados. A desvantagem deste método é que as relações sexuais ficam reduzidas a uma frequência muito baixa, além de interferir na espontaneidade do casal (M.S, 2002, p.78).

Atuação do Profissional de Saúde

Segundo o M. S. (2001, p.63), o profissional deve atuar da seguinte forma:

a) Primeira consulta

- Explicar e discutir com a mulher ou casal a técnica de uso do método.
- Anotar características sobre o muco Cervical, temperatura e sintomas que possa vir a sentir (dor abdominal, sensação de peso nas mamas, mamas inchadas e doloridas, alterações de humor e/ou libido, enxaqueca, náuseas, acne, aumento de apetite, ganho de peso, sensação de distensão abdominal, sangramento intermenstrual, entre outros).
- Identificar o início do período ovulatório por meio de cálculos, método de ovulação *billings e* a combinação de ambos.
- Identificar o término do período ovulatório, por meio do método da temperatura basal corporal, método do muco cervical e a combinação de ambos.
- Realizar recomendações a respeito de cada método.
- Reforçar o aconselhamento e oferecer o preservativo masculino e feminino para uso associado ao método.
- Caso ocorra relação sexual no período ovulatório, orientar quanto ao uso de contracepção de emergência.

b) Consulta de retorno

- Qualquer profissional da equipe de saúde pode realizá-la, desde que devidamente capacitado.

Benefício não contraceptivo

Não há efeitos colaterais e *a* mulher passa a conhecer a sua fisiologia reprodutiva.

Periodicidade

Durante o primeiro mês, retornar semanalmente. Até o terceiro mês, os retornos são quinzenais. Até o primeiro semestre retornar mensalmente. E no primeiro ano, os retornos são trimestrais. Os retornos subsequentes são semestrais.

Atividades Específicas

- São todas as descritas nos métodos anteriores.

Contra indicação

Irregularidade menstrual e sono irregular ou interrompido.

Eficácia

Para MOREIRA (2002, p.57), é moderadamente eficaz, conforme a utilização do método. Com taxa de falha em 5 a 30%.

c) Método da Temperatura Corporal

Consiste nas alterações da temperatura basal que ocorrem na mulher ao longo do ciclo menstrual, sendo que, esta temperatura basal corporal é a temperatura do corpo em repouso.

Precedendo a ovulação, a temperatura basal corporal encontra-se em nível baixo, logo depois da ovulação esta temperatura alcança um novo nível, permanecendo até a próxima menstruação. Este nível é resultado do aumento de progesterona, que tem um efeito termogênico, determinando assim a fase fértil pós-ovulatória (M.S.2001, p.39).

Atuação do Profissional de Saúde

Segundo o M. S. (2001, p .65), o profissional deve atuar da seguinte forma:

a) Primeira consulta

- Orientar e discutir com a mulher, a técnica de uso do método.
- Anotar diariamente a temperatura basal, antes de realizar esforço físico, e após ter repousado pelo menos 5 horas. Deve-se proceder da seguinte forma: usar um único termômetro para a medida da temperatura, se houver algum dado ou quebra do mesmo, anotar o dia de sua substituição. Sempre tendo o cuidado de abaixar o nível da marcação antes de usá-lo; para se obter a temperatura oral, coloca-se o termômetro abaixo da língua, mantendo a boca fechada, pelo menos 5 minutos.

- Já a temperatura retal ou vaginal pelo menos 3 minutos. A mesma via de verificação da temperatura deve ser usada até o final do ciclo.
- A cada ciclo menstrual a temperatura deve ser mensurada.
- Observar o aumento da temperatura basal durante 4 dias, logo após a suposta ovulação.
- Para identificar a mudança da fase ovulatória para a pós ovulatória do ciclo menstrual, perceber a diferença de 0,2℃ entre a último temperatura baixa e as três temperaturas altas, mantendo-se assim até a próxima menstruação. O período fértil termina na manhã do 4° dia de temperatura elevada.

A interpretação de um gráfico pode-se traçar da seguinte forma: verificar pelo menos 6 temperaturas baixas consecutivas no período pré-ovulatório; traçar uma linha base na horizontal, 0,5 cm acima da mais alta das 6 temperatura. A fase infértil é verificada na manhã em que ocorre a quarta temperatura alta, acima da linha base.

- No período pré-ovulatório recomenda-se a abstenção de relações sexuais com contato genital até a manhã onde se observa a quarta temperatura alta acima da linha base, com ênfase nos primeiros meses de uso do método. Tendo em vista os registros anteriores, sendo possível prever o período fértil, recomenda-se a abstinência sexual durante 4 a 5 dias antes da data prevista da ovulação e até a manhã do 4° dia temperatura alta.
- Alertar para alterações da temperatura basal, quando ocorre os seguintes fatores: trocas no horário de mensurar a temperatura; ingestão de bebidas alcoólicas; dormir tarde da noite; sono alterado ou interrompido, doenças como resfriados, gripes ou outras infecções; mudança de ambiente (principalmente nos períodos de férias); perturbações psicológicas e emocionais; alimentação muito próxima da hora de dormir; relações sexuais na madrugada.
- Se a mulher não conseguir elaborar o gráfico, solicitar à ela que registre os dias com as respectivas temperaturas e traga essas anotações ao serviço de saúde para elaborar o gráfico com o profissional de saúde.
- Reforçar os fatores que possam influenciar nos valores da temperatura basal, solicitando à mulher que anote sua ocorrênica no gráfico.
- Repetir o aconselhamento. Oferecer os preservativos feminino ou masculino para

uso associado ao método.

- Caso haja relação sexual na fase de ovulação, orientar a usuária quanto ao uso de contracepção de emergência.

b) Primeiro retorno

- Avaliar o registro elaborado pela usuária e o nível de interpretação da mulher ou do casal. Se o registro for de boa qualidade e haja condições de interpretação, somente reforçar o aconselhamento. Se ela vier somente com as datas e temperaturas anotadas, realizar o gráfico junto com ela.
- Reforçar orientações.

c) Retorno subsequente

- Pode ser realizada por qualquer profissional da equipe de saúde, desde que seja capacitado.

Benefício não contraceptivo

Não há efeitos colaterais e a mulher passa a conhecer a sua fisiologia reprodutiva.

Periodicidade

Retornar mensalmente, durante o primeiro semestre de uso do método. Depois retornar anualmente.

Atividades Específicas

- Avaliar e registrar as dificuldades encontradas.
- Avaliar os registros e a capacidade de interpretação da mulher ou casal.
- Reforçar as recomendações.

Contra indicação

Para CARVALHO (1996, p. 97), está contra-indicado nos casos de, irregularidade menstrual e sono irregular ou interrompido que não permita 3 horas

seguidas do mesmo.

Eficácia

De acordo com MOREIRA (2002, p.76), é um método moderadamente eficaz conforme a utilização do método, com taxa de falha em 5 a 10%.

d) Método Billing ou do Muco Cervical

Baseado nas alterações cíclicas do muco natural produzido pelo colo do útero. A presença do muco cervical revela o período fértil da mulher, portanto se ela deseja utilizá-lo como método preventivo de gravidez deverá aprender a se observar durante o ciclo menstrual. Os princípios deste método fundamentam-se na produção do muco pelo colo uterino. Alguns dias após a menstruação o colo uterino não produz o muco, ou produz quantidades mínimas, assegurando relativamente a infertilidade. Ao elevar a quantidade de estrógeno, durante o ciclo menstrual, o colo uterino inicia a produção de um muco claro e um pouco viscoso como a clara de ovo. Este muco, com tais características, persiste por vários dias assinalando o período de fertilidade. Em seguida, o muco se apresenta mais viscoso, pegajoso e menos transparente. Ao observar que o muco ficou mais claro, pode-se aguardar que a ovulação ocorrerá dentro de um ou dois dias quando então atingirá o pico máximo. Estes dias, portanto, e mais três ou quatro dias são férteis e as relações sexuais não podem ocorrer neste período. Daí, a quantidade de muco passa a regredir devido à influência ativa do progesterona. O procedimento deverá ser feito da seguinte forma: a mulher colhe o muco varias vezes ao dia com uma toalhinha higiênica para averiguar a presença e a característica do mesmo. É aconselhável que a mulher se observe experimentalmente durante uns dois meses antes de toma-lo como método contraceptivo (M.S, 2002, p. 45).

Atuação do Profissional de Saúde

Segundo o M. S. (2001, p. 66), o profissional deve atuar da seguinte forma:

a) Primeira consulta

- Explicar e orientar o uso correto do método.
- Aconselhar a observação da presença ou ausência do muco por medida sensação de secura ou umidade da vulva. Se observar presença de muco, analisar suas características, se está pegajoso, turvo, elástico, claro, transparente.
- sensação escorregadia, dependendo da fase.
- Na fase **pré ovulatória,** no término do período menstrual inicia-se a fase seca.
- Nesta fase, pode ocorrer relações sexuais, desde que, em noites alternadas.
- Na fase **ovulatória,** o muco é esbranquiçado, turvo e pegajoso, tornando-se elástico e lubrificante, semelhante à clara de ovo. O dia ápice é identificado somente no dia seguinte, já que o mesmo ocorre no último dia de sensação vulvar de umidade lubrificante. Durante toda a fase ovulatória o casal deve abster-se de relações sexuais e sem contato de órgãos.
- Na fese **pós-ovulatória,** a mulher torna-se infértil, ocorrendo na quarta noite após o dia ápice, durando mais ou menos duas semanas. O casal pode manter relações sexuais.
- Anotar dados relacionados a menstruação, muco cervical e os dias em que ocorrem relações sexuais.
- Distinguir os dias prováveis de manter ou não relação sexual
- Identificar a diferença entre muco, leucorréias e fluído seminal. Caso ocorra dois tipos de muco num mesmo dia, orientar para levar em consideração apenas o tipo de muco mais indicativo de fertilidade.
- Orientar que o aspecto e a sensação relacionada ao fluxo mucoso são mais importante que a quantidade e que o muco não é igual para todas as mulheres, sendo assim, torna-se impossível antecipá-lo.
- Aconselhar novamente e oferecer preservativos masculino ou feminino para uso associado ao método.
- Caso ocorra relação sexual no período de ovulação, orientar para o uso de anticoncepção de emergência.

b) Consulta de retorno

- Qualquer profissional da equipe de saúde pode realizá-la, desde que devidamente capacitado.

Benefício contraceptivo

Não há efeitos colaterais e a mulher passa a conhecer a sua fisiologia reprodutiva.

Periodicidade

Durante o primeiro mês, o retorno é semanalmente. Até o terceiro mês, os retornos são quinzenais. Até o primeiro semestre retornar mensalmente e os retornos subsequentes são semestrais.

Atividades Específicas

- Avaliar a capacidade da usuária de registrar e interpretar as características e sensações do muco cervical.
- Caso a mulher não esteja conseguindo distinguir os tipos de muco e sensações, nos primeiros ciclos, orientar abstenção sexual quando houver qualquer tipo de muco.
- Se a mulher já apredeu a distinguir esses 'tipos de muco e sensações, orientar somente abstenção sexual no período ovulatório;
- Reforçar as orientações.

Contra indicação

De acordo CARVALHO (1996, p. 93), não há.

Eficácia

É um método moderadamente eficaz, conforme a utilização do método. Com taxa de falha em 24 a 48% (MOREIRA, 2000, p. 91).

e) Coito Interrompido

O homem retira o pênis da vagina ao sentir o prenúncio da sensação ejaculatória. O método não deve ser utilizado por quem não consegue controlar voluntariamente a ejaculação ou pressentir a iminência da mesma. Aconselha-se ao

homem que tome alguns cuidados para diminuir a possibilidade de uma gravidez indesejada, tais como: urinar antes do ato sexual para expelir espermatozóides remanescentes de uma possível relação sexual anterior e, ao retirar o pênis da vagina, não ejacular nas proximidades da vulva. A eficácia deste método não merece confiabilidade porque o líquido pré-ejaculatório sempre contém espermatozóides vivos e com fertilidade ativa, aumentando-se assim a possibilidade de gravidez se a parceira estiver no período fértil de seu ciclo menstrual. Devem-se ressaltar os inconvenientes deste comportamento sexual, se o casal o elege como método habitual de contracepção. A consumação do coito nem sempre é prazerosa para ambos os parceiros, ora a mulher não consegue se excitar convenientemente e não atinge a satisfação orgásmica, ora o homem é tomado pela desatenção do envolvimento por ter que se vigiar para que a ejaculação não ocorra despercebida. O coito interrompido pode desenvolver, devido à apreensão presente, a ejaculação precoce, portanto, é desaconselhável utilizá-lo como meio anticoncepcional. A insatisfação sexual constante da parceira pode culminar numa disfunção orgásmica, além de dores pélvicas por tensões sexuais acumuladas e não aliviadas. O índice de gravidez indesejada decorrente do uso deste método é elevadíssimo (M.S, 2002, p. 83).

Atuação do Profissional de Saúde

Segundo o M. S. (2001, p. 53), o profissional deve atuar da seguinte forma:

a) Primeira consulta

- Orientar e explicar quanto ao uso do método.
- Recomendar que não seja utilizado como único método anticoncepcional;
- Orientar quanto a retirada, do pênis na eminência da ejaculação em que o sêmen deve ser eliminado externamente, longe da vagina.
- Repetir o aconselhamento. Oferecer os preservativos feminino ou masculino.
- Caso haja relação sexual na fase de ovulação, e haja dúvidas, orientar a usuária, quanto ao uso de contracepção de emergência.

Benefício não contraceptivo

Não há efeitos colaterais.

Contra indicação

De acordo com CARVALHO (1996, p. 27), é contra-indicado por diminuir o prazer, favorecer as disfunções sexuais e dor pélvica crônica na mulher.

Eficácia

É um método pouco eficaz, devido a secreção que lubrifica o pênis pode conter espermatozóides. Com taxa de falha de 15 a 25% (MOREIRA, 2002, p.141).

e) MÉTODO DO COLAR

É uma simplificação do método de OGINO-KNAUS que facilita e encurta o tempo requerido para ensinar/aprender a utilizar a abstinência periódica e proporcionar um mecanismo para que o casal identifique com facilidade o período fértil do ciclo menstrual. Consiste na utilização de um colar de contas para identificar os dias férteis e inférteis de cada ciclo . O colar começa com uma conta de cor vermelha que sinaliza o 1° dia da menstruação,segue -se por sete contas de cor marrom, que indicam o período infértil do inicio do ciclo. As contas de 9 a 19 são de cor branca, para sinalizar o período fértil. A partir da 20ª até a 30ª, as contas são novamente de cor marrom, indicando o período infértil da segunda metade do ciclo menstrual. Após a 30ª conta chega-se novamente à conta vermelha que indica 1° dia de menstruação. Também requer a análise do padrão menstrual da mulher nos últimos seis meses, mas apenas para verificar se os ciclos não foram mais curtos que 27 dias nem mais longos que 31 dias. As mulheres com ciclos mais curtos ou mais longos de 27 e 31 dias, respectivamente, não podem utilizar este método (M.S, 2000, p.78).

Atuação do Profissional de Saúde

Segundo o M. S. (2001, p. 49), o profissional deve atuar da seguinte forma:

a) Primeira consulta

- Preparar juntamente com a mulher o cálculo da duração dos seus últimos seis ciclos menstruais.
- Orientar quanto ao uso de um colar de contas nos dias férteis e infertéis. A conta de cor vermelha marca o primeiro dia da menstruação, em seguida conta-se sete contas de cor marrom indicando o período infértil do ciclo. As contas de cor branca, vai da 9ª até a 19ª conta, indicando período fértil. Da conta 20ª até a 30ª utiliza-se novamente a cor marrom, sinalizando o período infértil da segunda metade do ciclo, a partir da 30ª conta, chega-se novamente a cor vermelha indicando o início de outro ciclo.
- No início do ciclo, orientar quanto a posição do anel de borracha preto que deve estar sobre a conta vermelha, não esquecendo de mudá-lo de posição diariamente; enquanto o anel estiver situado nas contas marrons a mulher ou casal pode ter relações sexuais. Quando o anel estiver sobre as contas brancas é recomendado abstenção sexual com penetração sexual, até atingir novamente as contas marrons.
- Caso a menstruação chegue antes que o anel borracha esteja sobre a conta vermelha, orientar que se pule as contas marrons restantes e passar o anel para a conta vermelha. Se for ao contrário, se o anel atingir a conta vermelha antes da chegada da menstruação, deve permanecer até a menstruação chegar.
- Orientar a usuária ou o casal para que anote o primeiro dia de cada menstruação, para identificar se o anel corresponde ao dia correto;
- Orientar abstenção de relações sexuais com contato genital no período da ovulação.
- Alertar quanto aos fatores que podem alterar o ciclo menstrual (doenças stress, depressão, mudança de ritmo de trabalho, entre outros).
- Reforçar aconselhamento e oferecer, preservativo masculino ou feminino para uso associado ao método.
- Caso ocorra a relação sexual no período fértil orientar quanto ao uso de contracepção de emergência.

b) Consulta de retorno

- Qualquer profissional da equipe de saúde pode realizá-la, desde que devidamente capacitado.

Benefício não contraceptivo

Não há efeitos colaterais e a mulher passa a conhecer a sua fisiologia reprodutiva**.**

Periodicidade

O primeiro retorno é após três meses e os subsequentes são semestrais.

Atividades Específicas

- Avaliar se a mulher ou casal está anotando corretamente o primeiro dia da menstruação, em que o anel de borracha deve estar sobre a conta vermelha e seguindo as orientações de mudá-lo a cada dia, identificar as contas marrons como inferíeis (livres para a relação) e as contas brancas como férteis (devem abster-se de relações sexuais).

Contra indicação

Irregularidade menstrual.

2.5. Método de Barreira (Mecânico ou Artificial)

Os métodos de barreira além de serem os mais antigos métodos de anticoncepção de que se tem registro, proporcionam um bom índice de eficácia contraceptiva e são os principais métodos de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DST). Os métodos incluem o codon (masculino e feminino), o diafragma, e os espermaticidas. (M.S., 2000, p.102).

a) CODON (Preservativo)

A origem da palavra codon é incerta. Acreditam alguns que esteja relacionada ao Dr. Codon, médico que proporcionou ao rei Carlos II, da Inglaterra, o

meio de impedir a procriação de maior número de filhos ilegítimos. Outros citam a palavra latina "condus", cujo significado é receptáculo e a palavra persa "kendu" ou "kondu", relativa às vasilhas de forma alongada, feitas de intestinos de animais, para armazenar cereais (MELO,2006, p. 75).

É o método contraceptivo mais antigo e mais utilizado. É descrito desde o antigo Egito, há três mil anos. Na mesma época registra-se o uso da pele de carneiro para envolver o pênis, como forma de evitar a fecundação. A primeira publicação sobre o códon é do anatomista italiano Gabriel Fallopio, que em 1564 criou um revestimento de linho para o pênis para proteção contra doença venérea. No século XVII foram utilizados os primeiros preservativos feitos de intestinos de animais. Com o desenvolvimento do látex na década de 30 do séc. XX produziram-se codons mais finos e resistentes (MELO,2006, p. 81).

Atualmente encontram-se disponíveis dois tipos de condon ou camisinhas, que são: masculinas e femininas.

- **Preservativo Masculino**

Consiste em um envoltório de látex que recobre o pênis durante o ato sexual e retém o esperma por ocasião da ejaculação impedindo o contato com a vagina, assim como impede que os microrganismos da vagina entrem em contato com o pênis ou vice-versa. É um método que, além de evitar a gravidez, reduz o risco de transmissão do HIV e de outros agentes sexualmente transmissíveis (M.S, 2002, p. 98).

Atuação dos Profissionais de Saúde

Segundo o M. S. (2001, p.39), o profissional deve atuar da seguinte forma:

a) Primeira consulta

- Explicar técnica de uso, de preferência ao casal: deve-se colocar antes da penetração, quando o pênis estiver ereto. Durante a colocação o receptáculo, situado na extremidade superior, deve ser apertado, com o objetivo de retirar todo

o ar nele contido; e ir desenrolando até a base do pênis.

- Após ejaculação retirar o preservativo, com o pênis ainda ereto; segurando na base para não vazar o esperma. Devendo ser descartado logo após no lixo.
- Recomendar guardar os condons em lugar seco, fresco e acessível ao casal, verificando o prazo de validade e a integridade da embalagem.
- O uso de lubrificantes, restringe-se aos à base de água, pois os oleosos (vaselina ou óleo vegetal) danificam o látex, podendo ocorrer ruptura, além disso, o preservativo já vem lubrificado.
- Orientar para caso de ruptura, trocar imediamente o preservativo. As causas são: mal armazenamento; validade vencida, má lubrificação vaginal, relação anal com inadequada lubrificação, uso de lubrificante oleosos, presença de ar e/ou ausência de espaço para o esperma; tamanho inadequado; perda de ereção, retirada incorreta sem segurar a base, uso de dois preservativos devido fricção entre eles.
- Explicar a necessidade de preservativo de uso a cada relação, avaliando o grau de participação masculina na contracepção.
- Reforçar o manuseio da camisinha, não devendo entrar em contato com unhas longas, e não devendo ficar por muito tempo em carteiras pois é um lugar quente e úmido.
- O preservativo não deve ser esticado ou inflado, nem para testá-lo.
- Prescrever preservativos conforme a frequência de relações sexuais.
- Oferecer outro método contraceptivo, associando ao condon, com o objetivo de evitar a fecundação na falha de uso do método.
- Se ocorrer relação desprotegida, ruptura e ou retenção dos condons na vagina, aconselhar uso de espermaticida rapidamente e uso de anticoncepção de emergência.

b) Consulta de retorno

- Qualquer profissional da equipe de saúde pode realizá-la, desde que devidamente capacitado.
- A liberação dos preservativos, não requer uma consulta com o profissional de saúde.

Efeitos Secundários

Alergia ao látex, ao espermicida usado ou lubrificante usado. Irritação vaginal, devido a fricção, falta de lubrificação.

Benefícios não contraceptivos

- Ausência de reação sistêmica.
- Menor risco de transmissão de HIV e DSTs.
- Redução da incidência das complicações pelas DSTs, como a clamídia.
- Ajuda na prevenção do câncer do colo do útero.
- Ajuda a prevenir a ejaculação precoce.
- Oferece anticoncepção ocasional sem necessidade de manutenção diária.

Periodocidade

O primeiro retorno é depois de um mês para avaliar condições de uso, reações adversas e reforçar aconselhamento. Depois é anual.

Atividades Específicas

- Conversar com o casal ou mulher, sobre possíveis alterações na frequência sexual, avaliando a regularidade de uso do método.
- Aconselhar o casal para repor os preservativos antes que acabe seu estoque e reforçar as recomendações iniciais.

Contra indicação

Segundo o M.S. (2001, p. 68), alergia ao látex.

Eficácia

É um método muito eficaz.Com taxa de falha 0,4% a 32% (MOREIRA, 2002, p.134).

- **Preservativo Feminino**

É um tubo de poliuretano com uma extremidade fechada e outra aberta, acoplado a dois anéis flexíveis também de poliuretano. O primeiro que fica solto dentro do tubo, serve para ajudar na inserção e na fixação do preservativo no interior da vagina. O segundo anel constitui o reforço externo do preservativo que, quando corretamente colocado, cobre parte da vulva. O produto já vem lubrificado e deve ser usada uma única vez. O poliuretano, por ser mais resistente do que o látex pode ser usado com vários tipos de lubrificante. Ele forma uma barreira física entre o pênis e a vagina, servindo de receptáculo ao esperma, impedindo o seu contato com a vagina, assim como impede que os microrganismos da vagina entrem em contato com pênis ou vice-versa (M.S, 2002, p. 56).

Dispositivo de borracha, que se adapta externamente a vulva e internamente ao colo do útero, não sendo necessário retirá-lo imediatamente após ocorrer à ejaculação e não há o perigo de vazamento do ejaculado, da mesma forma que o preservativo masculino, tem a vantagem de preservação da gravidez e de doenças sexualmente transmissíveis (MELO, 2006, p. 39).

Atuação dos Profissionais de Saúde

Segundo o M. S. (2001, p. 47), o profissional deve atuar da seguinte forma:

a) Primeira consulta

- Explicar detalhadamente a técnica de uso: pode ser colocada a qualquer momento antes da ejaculação, e ser retirada sem pressa após a relação. A mulher pode ficar em pé com um pé em cima de uma cadeira, sentada com os joelhos afastados, agachada ou deitada. O anel móvel deve ser apertado e introduzido na vagina.
- Recomendar para olhar a data de vencimento e se a embalagem não foi violada.
- Explicar que podem ser usados lubrificantes aquosos ou oleosos, apesar de já serem lubrificados.
- Orientar para com o dedo incador empurrá-lo o mais profundo possível para

alcançar o colo do útero; o anel externo deve ficar aproximadamente 3cm para fora da vagina. Cuidado na hora da penetração, devendo o pênis ser guiado para o centro do anel externo, não devendo ficar retorcido o preservativo.

- Para retirá-lo deve-se segurar as bordas do anel externo fazendo um movimento de torção para manter o sêmen dentro do preservativo. Puxe-o devagar do interior da vagina, jogando-o no lixo.
- Deve ser usado em todas as relações sexuais, até mesmo durante a menstruação.
- Deve-se ter o cuidado de guardá-lo em local fresco, seco e de fácil acessibilidade e longe do calor.
- É preciso evitar o seu uso associado ao preservativo masculino, porque o atrito pode rompê-lo.
- Se o anel externo deslizar para dentro da vagina, recomenda-se que o homem retire o pênis para colocar o preservativo de maneira correta e poder reintroduzir novamente o órgão, não sendo necessário sua troca. Durante a relação sexual, o preservativo pode ocosionar um pequeno ruído e para evitá-lo, coloca-se lubrificante dentro do preservativo ou diretamente no pênis.
- Reforçar as informações anteriores, principalmente em relação a necessidade do uso do preservativo em cada coito.
- Aconselhar quanto a manipulação do preservativo com unhas longas.
- Prescrever preservativos conforme a frequência de relações sexuais.
- Oferecer outro método contraceptivo, associando ao condon, com o objetivo de evitar a fecundação na falha de uso do método.
- Se ocorrer relação desprotegida aconselhar uso de anticoncepção de emergência.

b) Consulta de retorno

- Avaliar técnica de uso e efeitos adversos e reforçar orientações.
- Qualquer profissional da equipe de saúde pode realizá-la, desde que devidamente capacitado.
- A liberação dos preservativos, não requer uma consulta com o profissional de saúde.

Efeitos secundários

Alergia ao poliuretano ou lubrificante.

Benefícios não contraceptivos

- Ausência de reação sistêmica.
- Menor risco de transmissão de HIV e DSTs.
- Auxilia na redução do câncer de colo uterino.

Periodicidade

O primeiro retorno é depois de um mês. Depois é anual.

Atividades Específicas

- Conversar com o casal ou mulher, sobre possíveis alterações na frequência sexual, avaliando a regularidade de uso do método.
- Aconselhar o casal para repor os preservativos antes que acabe seu estoque e reforçar as recomendações iniciais.

Contra indicação

Alergia ao poliuretano.

Eficácia

É um método muito eficaz, com taxa de falha de 0,4% a 32% (MOREIRA, 2002, p. 140).

b) Difragma

Descrito pela primeira vez por Wilheim Messinga, no ano de 1882, passando a ter, em seguida, larga utilização nos países europeus. Sua introdução nos Estados Unidos deu-se em 1920, na cidade de Nova Iorque. No ano de 1940 aproximadamente um terço das mulheres norte-americanas faziam uso de diafragmas. Com o advento dos contraceptivos orais e dos dispositivos intra-uterinos, houve gradual decréscimo da frequência de uso. Em 1995, 10% das norte-

americanas utilizavam o método e em 1998 apenas 3% (ROLIN, 2007, p. 78).

No Brasil, os mesmos foram produzidos entre 1940 e 1950 por uma indústria de São Paulo, porém com a grande demanda dos anticoncepcionais orais a partir dos anos 60 houve interrupção da fabricação dos mesmos até 1988, quando foi reiniciada a sua fabricação (MELO, 2006, p. 135).

O diafragma pode ser definido com cúpula rasa de Látex ou, mais modernamente, de silicone, com bordas firmes e flexíveis, que recobre todo o colo uterino, com a finalidade de impedir a deposição do esperma na porção alta da vagina e de impossibilitar a ascensão dos espermatozóides para o trato genital alto. Todos os diafragmas são confeccionados em tamanhos que variam de 50 a 105 mm, sendo que os mais utilizados encontram-se na faixa de. medidas entre 65 e 80 mm. O material mais utilizado na confecção é a borracha. Mais modernamente tem-se dado preferência ao silicone, devido à maior durabilidade e à limpeza mais adequada. (ROLIN, 2007, p. 95).

Prazo de Validade: 5 anos, com uma vida média útil em torno de 3 anos, se houver recomendações.

Atuação do Profissional de saúde

Segundo o M. S. (2001, p. 83), o profissional deve atuar da seguinte forma:

a) Primeira consulta

- Explicar detalhadamente a técnica de uso, sendo necessário que a mulher aprenda a identificar o colo do útero por meio do auto-toque vaginal, da seguinte maneira: após lavar as mãos, introduz-se o dedo médio na vagina, colocando-o para trás; o dedo deve ser movido levemente dentro da vagina em busca do colo uterino que se assemelha a consistência da ponta do nariz; ao colocar o diafragma, ela deve ser capaz de sentir o colo uterino através da borracha.

- Orientar a sua colocação antes da relação sexual. Quando utilizado de forma contínua, aconselhar a retirada uma vez ao dia para que seja lavado (de

preferência durante o banho, desde que ocorra seis horas após o coito) e recolocá-lo. O diafragma deve ser retirado durante a menstruação, visto que o acúmulo de sangue na vagiana/útero aumenta o risco de infecção vaginal.

- Orientar quanto ao uso de espermaticida durante a relação sexual e que antes de colocar o diafragma deve-se urinar e lavar as mãos.
- Examinar cuidadosamente o diafragma contra a luz antes de colocá-lo, para verificar defeitos ou furos.
- Quando utilizado com geléia espermaticida, esta deve ser colocada dentro da parte côncava. A geléia dura uma a duas horas após aplicação, sendo que se a relação sexual ocorrer após esse período recomenda-se uma nova aplicação.
- O diafragama deve ser introduzido na vagina da seguinte forma: segurá-lo com uma das mãos, a parte côncava deve estar virada para cima e com os dedos médio e indicador pressionar e unir as bordas. Com a outra mão, afastar os lábios da vulva introduzir o diafragma dobrado na vagina; com o dedo indicador, empurrar a borda anterior do diafragma até que esta se apoie na face posterior do púbis.
- Verificar se o diafragma foi colocado de maneira correta por meio do auto-toque, observando se o colo uterino está coberto pela membrana de borracha.
- Orientar quanto a retirada, que pode ocorrer no período de duas a seis horas após o ato sexual, evitando duchas vaginais neste período.
- P*ara* remoção do diafragma, introduzir o dedo indicador por trás da sua borda posterior, puxando-o para baixo e para fora.
- Após a retirada deve-se lavá-lo com água e sabão neutro, enxaguar bem, secar e guardar no estojo próprio. Se o mesmo for de látex é importante salpicar amido de milho (talco perfumado danifica e causa alergia).
- Os diafragmas possuem diversos tamanhos e deve-se levar em consideração o comprimento diagonal do canal vaginal, desde a face posterior da sínfise púbica até o fundo do saco vaginal posterior de cada mulher.
- A técnica para medição ocorre da seguinte maneira: os dedos indicadores e médio são introduzidos na vagina até que a extremidade do dedo médio atinja o fundo do saco vaginal posterior; e com a ponta do polegar da mesma mão ou mesmo de outra mão deve-se marcar o local, em que o dedo indicador toca a sínfise púbica. Retira-se os dedos da vagina para medir o diâmetro aproximado

(distância da ponta do polegar e o dedo médio).

- Utiliza-se um diâmetro aproximado, com variações de 5 em 5 cm, para experimentar os anéis de prova ou diafragma de amostra, sendo que devem ser testados um a um, até encontrar um que se adapte a vagina; a borda do diafragma deve tocar as paredes laterais da vagina e se adaptar à sínfise púbica e o fundo de saco posterior.
- O diâmetro do diafragma é estipulado quando o mesmo se adapta à vagina, desde que não deforme ou cause desconforto à mulher.
- Se os anéis de prova forem reutilizados novamente ou por outra usuária, os mesmos devem ser lavados com água e sabão e imersos em soluções antissépticas por pelo menos 30 minutos.
- Aconselhar a mulher que se locomova sente e abaixe-se com o diafragma já colocado, para verificar a presença de algum desconforto.
- Orientar que se coloque e remova -se o diafragma várias vezes na semana até que a usuária esteja segura de sua colocação. Neste período recomendar abstinência sexual ou usar preservativo masculino.
- Orientar a usuária para urinar após as relações sexuais, e desta forma evitar infecções no trato urinário.
- Orientar a usuária para que na consulta de retorno venha com o diafragma colocado.
- Reforçar as instruções iniciais e ressaltar o uso do preservativo masculino associado ao método.
- Se ocorrer coito desprotegido recomenda-se anticoncepção de emergência.

b) Consulta de retorno

- Avaliar técnica correta de uso através do toque vaginal.
- Verificar a exatidão da técnica, e solicitar que a usuária retire e coloque o diafragma.
- Recomendar que a usuária retorne em um mês, trazendo consigo o diafragma.

Efeitos Secundários

Irritação da vagina ou pênis, reação alérgica à borracha ou ao espermaticida e aumento da frequência de infecções no trato urinário.

Benefícios não contraceptivos

- Ausência de reação sistêmica.
- Previne risco de transmissão de DSTs (cervicite).
- Auxilia na prevenção do câncer do colo uterino.

Periodicidade

O primeiro retorno é depois de uma semana. Os subsequentes são após um mês e os demais são anualmente.

Atividades Específicas

- Conversar com o casal ou mulher, avaliando a regularidade de uso do método.
- Verificar o estado de conservação e substituí-lo sempre que apresentar defeitos.
- A medida do diafragma deve ser repetida nos seguintes casos: após o parto, abortamento, se a mulher apresentar aumento ou diminuição de peso (superior a 5 kg) após cirurgia vaginal ou perineal e a cada 2 anos.

Contra indicação

Cistocele ou retocele acentuada, tônus muscular vaginal deficiente, processos inflamatórios cervicais ou vaginais, virgindade, anteversão ou retroversão uterina pronunciada (CARVALHO,1996, p.121).

Eficácia

De acordo com M.S. (2001, p. 92), é um método muito eficaz, com taxa de falha de 2,1 a 20% quando usado habitualmente.

c) GELÉIA ESPERMICIDA

Impede a penetração dos espermatozóides no canal cervical, através de substâncias químicas (monoxinoí - 9 e menfego!) que recobrem a vagina e o colo do útero, imobilizam ou destroem os espermatozóides (M.S, 2002, p.111).

Prazo de validade: 5 anos sem perda da efetividade.

Atuação do profissional de Saúde

Segundo o M. S. (2001, p. 32), o profissional deve atuar da seguinte forma:

a) Primeira consulta

- Explicar detalhadamente a técnica de uso, a qual deve ser: tirar a tampa do tubo e colocar o aplicador na abertura do mesmo, girando-o; apertar o tubo forçando seu conteúdo para o cilindro do aplicador, até que o cilindro esteja cheio; segurar o aplicador cheio e inserí-lo na vagina o mais profundo possível; o espermaticida é efetivo por um período de 1 a 2 horas após a aplicação, devendo-se orientar a mulher para que a relação sexual ocorra neste período, depois deste, terá que aplicar uma nova dose.
- Orientar a reaplicação para cada coito; evitar duchas vaginais.
- Explicar que deve lavar o aplicador após cada uso, com água e sabão e depois enxaguar bem, não deve fervê-lo.
- Orientar que deve-se evitar o uso de espermaticida várias vezes ao dia, pois pode causar irritação manifestadas pelas microfissuras na mucosa vaginal e aumentar o risco de HIV e outras DSTs.
- Esclarecer que o método, deve ser usado associado à camisinha masculina ou feminina, pois não oferece proteção contraceptiva satisfatória nem proteção para HIV e DSTs.
- Na ocorrência de coito desprotegido orientar uso da anticoncepção de emergência.

b) Consulta de retorno

- Avaliar técnica correta de uso, efeitos secundários e eficácia.
- O fornecimento sistemático do contraceptivo não precisa estar vinculado a consulta.

Efeitos Secundários

Irritação ou alergia na vagina ou pênis.

Periodicidade

O primeiro retorno é depois de um mês. Os demais anuais.

Atividades Específicas

- Conversar com o casal ou mulher, avaliando a regularidade de uso do método.
- Um acompanhamento mais rigoroso pode ser necessário.

Contra indicação

Para o M.S.(2001, p. 21), é uma contra-indicação relativa, devendo haver um acompanhamento rigoroso, nos casos de: câncer de colo de útero, doença inflamatória pélvica atual ou nos últimos três meses, DST atual ou nos últimos 3 meses, vaginite com cervicite purulenta e portador assintomático ou sintomático de hepatite viral, os vírus A, B, C e Delta são DSTs também.

Eficácia

É um método pouco eficaz. Com taxa de falha de 6 a 26% (M.S., 2001, p.19).

Dispositivo Intra-Uterino (DIU)

Tem sido utilizado praticamente em todas as regiões do mundo desde a década de 1960 e sua utilização tem aumentado nos últimos anos. No Brasil, apesar

da prevalência de uso do método estar aumentando, seu uso ainda é restrito. Atualmente, no País como um todo pouco mais de um 1 % das mulheres em união estável e idade fértil usam o DIU. Cita-se que o pequeno uso de DIU pela população brasileira deve-se a muitos fatores destacando-se: a falta de conhecimento da disponibilidade do método, o medo injustificado de muitos médicos das complicações ligadas ao DIU (como o excesso de sangramento menstrual, doença inflamatória pélvica e perfuração uterina) e com uso inapropriado do método. Hoje se reconhece que as complicações são raras e, em geral leves, especialmente com o uso de modelos mais modernos, com seleção apropriada da usuária e com o treinamento adequado do pessoal de saúde que oferece o método (DÍAZ, 2001, p. 149).

Os DIU são artefatos de polietileno, podendo adicionar-se cobre ou hormônios que colocados na cavidade do útero, exercem efeito contraceptivo impedindo a ovulação. Existem os seguintes tipos: DIU com cobre, DIU que libera hormônio e o DIU inerte ou não medicado (M.S, 2002, p. 33).

Prazo de Validade: até 7 anos.

Atuação dos Profissionais de Saúde

De acordo com o M.S. (2001, p. 34):

a) Primeira consulta

- Investigar no momento da anamnese e exame físico fatores que contra-indiquem o seu uso.
- Realizar exame físico geral e ginecológico.
- Orientar os momentos apropriados para o uso, que são os seguintes: mulher menstruando regularmente, após o parto e aborto espontâneo ou induzido.
- Explicar à usuária, que é um processo invasivo que deve ser colocado e retirado pelo ginecologista.
- Orientar quanto a técnica: exame ginecológico pré-inserção: toque, inserção do especulo e centralização do colo, limpeza do colo, pinçamento do colo com pinça pozzi, histerometria, montagem do DIU no aplicador, inserção do artefato e

retirada do aplicador, corte do excesso de fio guia e remoção do espéculo.

- Orientar quanto ao aparecimento de sintomas como cólicas, menstruação volumosa e um pouco de secreção vaginal após a inserção do DIU.
- Orientar quanto a procura do serviço de saúde nas seguintes situações: ausência de menstruação, exposição à DSTs, dor Intensa no baixo ventre, sangramento volumoso, prazo de validade vencido ou se perceber um objeío de consistência dura na vagina ou no colo uterino.
- Orientar quanto a verificação da posição correta do DIU:

- após a inserção, uma vez por semana durante o primeiro mês e periodicamente após a menstruação.

- para sentir se o DIU está no lugar deve-se lavar as mãos, ficar de cócoras e inserir um ou dois dedos na vagina até atingir os fios do DIU, sem puxá-los e lavar as mãos novamente.

- Orientar quanto aos exames periódicos de coipocitologia oncótica.
- Reforçar as informações anteriores e oferecer o preservativo masculino ou feminino para uso individual.

b) Consulta de retorno

Segundo a mesma fonte:

- Permitir consultas sem estarem marcadas em caso de intercorrências.
- Reforçar as orientações.

Efeitos secundários

Alterações no ciclo menstrual, sangramento menstrual prolongado e volumoso, sangramento e mancha no intervalo entre a menstruação e cólicas intensas, retração do fio guia e expulsão.

Complicações

Gravidez, perfuração uterina, hemorragia e doença inflamatória pélvica.

Periodicidade

Retorno após a primeira menstruação depois da inserção do DIU, sendo no primeiro ano semestral e as demais anualmente.

Atividades Específicas

- Acompanhar o prazo de duração.
- Avaliar e pesquisar fatores clínicos que indiquem a descontinuação.
- Avaliar a aceitabilidade do método.

Contra indicação

Segundo MOREIRA (1998, p.132), existe a absoluta e a relativa, que são: Absoluta: doença inflamatória pélvica atual ou nos últimos três meses, neoplasia genital e sangramento sem diagnóstico, imunodepressão adquirida, gravidez *e* alergia ao cobre (doença de Wilson).

Relativas: histórico de prenhez ectópica, alto risco para DST e HIV, prótese cardiovascular, mioma submucoso, nuliparidade, adolescência, anemia, cardiopatia com risco de endocardite e dismenorréia severa.

Eficácia

Para o M.S. (2001, p. 37), no geral é muito eficaz, com taxa de falha dependendo do tipo: MLCu 375 é de 1,4% no primeiro ano, e 380 de 0,6 a 0.8% no primerio ano e DIU com levonorgestrel é de 0.1% no primeiro ano.

2.6. Contracepção Hormonal

Em 1938 foi descoberto que a adição do grupo etinil na posição 17 tornava o estradiol ativo, se administrado oralmente. Primeiro contraceptivo oral disponível no mercado foi lançado em 1960, mas somente após a década de 70, iniciaram-se os estudos relacionando eficácia, dosagem de esteróídes e efeitos adversos (GEBER,1998, p. 91).

A contracepção são métodos artificiais praticados com aplicação

endógena ou exógena de substâncias hormonais, com a finalidade de impedir a ovulação, alterando a maturação endometrial, para impossibilitar a indicação e mudar o muco cervical tornando-o impróprio para a entrada do esperma no útero e também nas trompas (MOREIRA, 2004, p. 102).

a) Hormonal Oral

Também chamados de pílulas, os anticoncepcionais hormonais orais, anticoncepcionais, são esteróides utilizados isoladamente ou em associação com a finalidade básica de impedir a concepção (M.S, 2002, p. 71).

- **Hormonal Oral Combinado**

São componentes que contêm dois hormônios sintéticos, estrogênio e progestogênio, semelhantes aos produzidos pelo ovário da mulher. As pílulas combinadas atuam basicamente por meio da inibição da ovulação, além de provocar alterações nas características físico-químicas do endométrio e do muco cervical. São métodos muito eficazes quando usados correta e consistentemente, podendo sua taxa de falha ser da ordem de 0,1% no primeiro ano de uso. Em uso habitual, atingem valores de 6 a 8% (BRASIL, 2002, p. 88).

Prazo de validade: 2 a 3 anos.

Atuação do Profissional de Saúde.

Segundo o M. S. (2001, p. 124), o profissional deve atuar da seguinte forma:

a) Primeira consulta

- Investigar no momento da anamnese, situações que contra-indiquem o seu uso.
- Realizar exames físico geral, de mamas e ginecológico.
- Orientar e explicar o mecanismo de uso do método, da seguinte forma:

- Sempre ingerir o primeiro comprimido no primeiro dia do ciclo menstrual ou no máximo até o quinto dia.

- Depois, ingerir um comprimido diariamente até o término da carteia (21 dias), de preferência no mesmo horário.

- No término da cartela, dar uma pausa de 7 dias e iniciar nova cartela no 8° dia independente da menstruação, caso a cartela possua 22 comprimdos, a pausa é de 6 dias e inicia novamente no 7° dia.

- Se houver ausência de menstruação no período da pausa, inicia-se uma nova cartela.

- Se houver o esquecimento de uma pílula, ingerí-la imediatamente junto com a pílula do horário habitual.

- Se esquecer duas ou mais pílulas, continuar tomando a pílula, de preferência, associada ao método de barreira ou interromper o uso até a próxima menstruação.

- Se houver coito sem proteção, usar anticoncepção de emergência.

- Caso ocorra vômitos e/ou diarréias, com dois ou mais dias de duração, evitar coito ou usar método de barreira, visto que, existe a possibilidade da não absorção do método.

- Orientar quanto à escolha da pílula combinada de baixa dosagem, devido tolerabilidade, alta eficácia e baixo custo.
- Esclarecer e orientar quanto a ocorrência de pequeno sangramento intermenstrual nos primeiros meses. Caso o sangramento continue por mais de 10 dias, procurar o serviço de saúde.
- Orientar a procura de assistência médica, se surgirem os seguintes sintomas: cefaléia corn sinais neurológicos, hemorragias, dor abdominal de causa indeterminada, alteração visual de aparecimento súbito, dor toráxica ou de membros inferiores.
- Prescrever as pílulas para três meses de uso. Orientar quanto a realização do exame clínico ginecológico. Reforçar as informações anteriores e orientar associação com preservativo masculino ou feminino.

b) Consulta de retorno

- Deve ser realizada somente pelo médico se ocorrer alguma intercorrência ou contra-indicação à continuidade do método.
- A liberação da medicação pode ocorrer independente da consulta com o profissional.

Interação Medicamentosa

- Pode haver interação com os antirretrovirais efavirenz e nevirapina (não necleosídios) e com os nelfinavir e ritonavir (inibidores da protease). Estas drogas agem diminuindo a eficácia contraceptiva. Os hormônios alteram a eficácia de algumas drogas como barbitúricos, difenil-hidantoína, primidona, carbamazepina, rifampicina e griseofulvina.

Efeitos Secundários

Alterações de humor, náuseas, vômitos, mal-estar gástrico, cefaléia, tonteira, mastalgia, sangramento intermenstrual e cloasma,

Complicações

Acidente vascular cerebral, infarto do miocárdio, trombose venosa profunda. Estas complicações surgem principalmente em fumantes.

Benefícios não contraceptivos

Redução de doença inflamatória pélvica (DIP), da frequência de cistos funcionais de ovário, adenocarcinoma de ovário, doença benigma da mama, dismenorréia e anemia.

Periodicidade: Retornar após 30 dias e subsequentes anuais.

Atividades Específicas

- Avaliar regularidade na ingestão, tolerância, aceitabilidade etc.
- Pesquisar fatores que contra-indiquem o uso.

- Avaliar peso, pressão arterial a cada retorno.
- Realizar exames físico geral, ginecológico e mama anualmente.
- Fazer exame colpocitológico se houver necessidade.
- Prescreve a medicação necessária para duração até o próximo retorno.

Contra indicação

De acordo com MOREIRA (2002,p. 79), existe a absoluta e a relativa.

Na **absoluta** temos: antecedentes tromboembólicos/AVC, doença hepática grave, gravidez, sangramento genital sem etiologia definida, neoplasia estrogênio dependente, labilidade emocinal não responsável e retardo mental.

Na **relativa** :diabetes mellitus, púrpura, doença das células falciformes não-homozigóticas, imobilização prolongada, hiperprolactinemia, neoplasia estrogênio dependente tratada, hipertensão + tabagismo, nefropatia e psicopatia (loucura).

Eficácia

De acordo com M.S. (2001, p. 54), é um método muito eficaz. Com taxa de falha 6 a 8% quando usado habitualmente.

b) Contracepção Hormonal Injetável

Os contraceptivos hormonais injetáveis são métodos de controle da fertilidade altamente eficazes e convenientes. Existem atualmente duas maneiras de anticoncepção injetável disponíveis: os injetáveis de ação prolongada e os injetáveis mensais. Os injetáveis de ação prolongada são métodos utilizados a mais ou menos 30 anos e são representados pelos progestagênios de depósito de acetato de medroxiprogesíerona, com aplicações trimestrais, e ou enantato de noretestosterona, com aplicações bimestrais (GEBER, 2004 p. 99).

Os contraceptivos hormonais injetáveis contêm progestogênio ou associação de estrogênios e progestogênios para administração parenteral (I.M), com doses hormonais de longa duração (M.S, 2000, p. 38).

- **Anticoncepcionais Hormonais Injetáveis Com Progestogênio Isolado**

Aprovado para uso no Brasil, é um derivado da 17ª alfahidroxiprogesterona, preparado em suspensão microcristalina para administração intramuscular profunda. Além de inibirem a ovulação, aumentam *a* viscosidade do.muco cervical dificultando a passagem dos espermatozóides. No primeiro ano de uso, a taxa de falha deste método é de 0,3%, com injeções regulares a cada três meses, em média o retorno à fertilidade pode levar 4 meses após o término do efeito ,7 meses após a ultima injeção (BRASIL, 2002, p. 99).

Prazo de Validade: de 3 a 5 anos.

Atuação do Profissional de Saúde

De acordo com o M.S. (2001, p.78):

a) Primeira consulta

- Investigar no momento da anamnese e exame físico fatores que contra-indiquem o seu uso.
- Orientar quanto a ocorrência de irregularidades menstruais e outros sintomas.
- Orientar quanto a procura de assistência médica se houver suspeita de gravidez e intolerância às irregularidades menstruais.
- Recomendar o uso de 150 mg a cada trimestre.
- Orientar que a droga deve ser aplicada nos primeiros 5 a 7 dias do ciclo menstrual, na região glútea ou no braço.
- Explicar que após o parto, as não-lactentes devem usar no momento da alta hospitalar ou apartir dos dois meses e no caso de abortamento iniciar imediatamente.
- Enfatizar que deve-se repetir a cada três meses, podendo ser realizada no máximo até 15 dias após o tempo estipulado.
- Reforçar as informações anteriores e oferecer o preservativo masculino ou feminino para uso associado ao método.

b) Consulta de retorno

Segundo a mesma fonte:

- Investigar fatores que contra-indiquem o uso.
- O método pode ser adquirido independente da consulta.

Interação Medicamentosa

Pode interagir com antibióticos e drogas indutoras de enzimas.

Efeitos Secundários

Amenorréia, sangramento irregular, aumento de peso, cefaléia, alterações de humor, nervosismo e atraso da fertilidade.

Benefícios não contraceptivos

Pode reduzir o risco de doença inflamatória pélvica, câncer de endométrio, anemia falciforme, endometriose, câncer de ovário e cisto de ovário.

Periodicidade

Retornar com 3 meses e depois anualmente.

Atividades Específicas

- Avaliar a obtenção, aplicação, tolerância e aceitabilidade do método.
- Analisar fatores que contra-indiquem o uso.
- Avaliar peso, pressão arterial a cada retorno.
- Reavaliar exames físico geral e ginecológico, conforme *a* rotina.

Contra indicação

De acordo com CARVALHO (1996, p.163), as contra-indicações são: diabetes, hipertensão, cardiopatias, tromboflebite, hepatopatias, idade superior a 35

anos, adolescentes, nuligestas, mulheres que gostariam de ter mais filhos, fumantes, enxaqueca, epilepsia, arteriosclerose, neuropatias, neoplasias, glaucoma, coagulopatias, adolescentes com menos de 2 anos de ciclos regulares, 4 a 6 semanas antes de grande cirurgia, irregularidade menstrual ou sangramento vaginal anormal e forte história familiar de câncer.

Eficácia

Para o M.S. (2001, p.19), é muito eficaz, com uma taxa de falha 0,3% no primeiro ano.

- **Anticoncepcionais Hormonais Injetáveis Combinados**

Consistem na associação de um progestogênio e um estrogênio de curta ação, os quais apresentam níveis séricos que duram não mais do que 15 dias e induzem um sangramento 2 a 3 semanas após a injeção. Tem a vantagem de ser altamente eficazes e de fácil administração, permitindo também uma maior privacidade de seu uso. Esses injetáveis produzem um sangramento mensal semelhante à menstruação que, em certas culturas, é de importância significativa. Trazem também uma baixa incidência de amenorréia e causam menos irregularidades menstruais em relação as injetáveis de ação prolongada (GEBER,2004, p.112).

Prazo de validade: De 3 a 5 anos.

Atuação do Profissional de Saúde.

De acordo com o M.S. (2001, p.16):

a) Primeira consulta

- Realizar anamnese, exame físico e ginecológico, procurando investigar fatores que contra-indiquem o uso.
- Orientar quanto a aplicação do medicamento e seus efeitos colaterais.
- Orientar quanto a procura de assistência médica se aparecer dor persistente no abdômem, tórax ou membros, cefaléia intensa, perda breve da visão, escotomas

cintilantes e icterícia.

- Explicar quanto a escolha de injetáveis mensais, contendo 5 mg de estrogênio.
- Orientar que a droga deve ser aplicada até o 5 dia do ciclo menstrual e as subsequentes a cada 30 dias.
- Orientar uso de seringas e agulhas estéreis e descartáveis.
- Explicar que caso haja atraso por mais de 3 dias para nova aplicação, é indispensável o uso de preservativo, espermaticida ou abstenção de coito até a próxima injeção.
- Reforçar as informações anteriores e oferecer o preservativo masculino ou feminino para uso associado ao método.
- Recomendar o uso de anticoncepção de emergência, caso haja relação sexual desprotegida.

b) Consulta de retorno

Segundo a mesma fonte:

- Investigar fatores que contra-indiquem o uso.
- O método pode ser adquirido independente da consulta.
- Reforçar orientação e oferecer preservativo masculino ou feminino para uso associado.

Interação Medicamentosa

Os antiretrovirais não nucleosídios e os inibidores de protease, interagem diminuindo os níveis séricos dos hormônios estrogênios.

Efeitos secundários

Alterações menstruais, cefaléia, náuseas e/ou vómitos, mastalgia e aumento de peso

Periodicidade

Retornar com 30 dias. O seguinte é 3 meses depois e os subsequentes são anuais.

Atividades Específicas

- Avaliar a obtenção, aplicação, tolerância e aceitabilidade do método.
- Analisar fatores que contra-indiquem o uso.
- Avaliar peso, pressão arterial a cada retorno.
- Reavaliar exames físico geral e ginecológico, conforme a rotina.

Contra indicação

Idem ao método anterior.

Eficácia

Para o M.S. (2001, p. 28), é muito eficaz, com uma taxa de falha 0,1% a 0,6% durante o primeiro ano de uso.

5.3.5. Contracepção Cirúrgica

A contracepção cirúrgica ou esterilização permanente aumentaram consideravelmente nas últimas 3 décadas. Entre esses métodos de esterilização estão a vasectomia e a laqueadura tubária. Atualmente 30% dos casais em idade reprodutiva, optam pela esterilização da mulher. A permanência e a natureza cirúrgica da esterilização permanente exigem a avaliação da paciente e seu aconselhamento crítico (HACKER, 2005 p. 64).

A esterilização (laqueadura tubária e vasectomia) é um método contraceptivo cirúrgico e definitivo, realizado na mulher através da ligadura ou corte das trompas impedindo, o encontro dos gametas masculino e feminino e no homem, pela ligadura ou corte dos canais deferentes (vasectomia), o que impede a presença dos espermatozóides no líquido ejaculado. Quando houver indicação de

contracepção cirúrgica masculina e, principalmente, a feminina deve ser baseada em critérios rígidos, observando-se a legislação vigente (FAGUNDES, 2007, p. 190).

a) Laqueadura

Cirurgia realizada nas trompas, como forma de conseguir a anticoncepção definitiva, sendo descrita pela primeira vez em 1834, por VAN BLUNDELL, em Londres. Naquela época qualquer laparotomia era sinônimo de cirurgia de grande porte e, consequentemente atingia um elevado índice de mortalidade. Hoje com uma melhor compreensão por parte dos casais em relação ao método, e com a simplificação do ato cirúrgico e a quebra de algumas barreiras legais, culturais e religiosas, condicionaram dessa forma uma maior aceitação do método (NEIVA, 2007 p. 118).

Atuação do Profissional de Saúde

De acordo com o M.S. (2001, p. 32):

a) Primeira consulta

- Avaliar condições para a possibilidade cirúrgica, de acordo com os seguintes requisitos legais: capacidade civil plena, maiores de 25 anos de idade, com pelo menos 2 filhos vivos, documento escrito e firmado, procedimento só pode ser realizado no 42° dia após o parto ou abortamento, e xceto, se necessário, depois de duas cesarianas respectivamente e doença grave que represente risco à saúde, consentimento de ambos os cônjuges, pessoas incapazes só com autorização judicial, gravidez ectópica.
- Tirar dúvidas e fornecer informações claras e práticas sobre o procedimento, a taxa de falha e a irreversibilidade.
- Orientar que deve usar o preservativo masculino ou feminino depois, para evitar DSTseAIDS.
- Desencorajar a esterilização precoce, oferecendo outros métodos reversíveis se menor de 30 anos.

b) Consulta de retorno

- Retirar os pontos e reforçar orientação.

Complicações

Para o M.S (2001, p. 99), são raras podendo ocorrer hemorragia, infecção, perfuração uterina, lesão vesical, esgarçamento das trompas e embolia pulmonar.

Periodicidade

Idem ao da camisinha masculina ou feminina.

Contra indicação

De acordo com HALBE (1993, p.123), existem contra-indicações de natureza absoluta e relativa no que concerne a esterilização tubária por laparoscopia. Absolutas: problemas cardíacos, pulmonares, hérnias diafragmáticas, presença de cicatrizes abdominais, história pregressa de problemas inflamatórios pélvicos agudos, obesidade exagerada e distensão abdominal ocasionada por pneumoperitônio.

Relativas: pacientes portadoras de cicatriz mediana infra-umbilical e dependendo do grau de obesidade.

Eficácia

Para o M.S. (2001, p.71), é muito eficaz com taxa de falha 0,5%.

b) Vasectomia

Constitui-se na opção mais simples e segura de esterilização permanente, em uma relação monogâmica estável. Não provoca modificações hormonais significativas, sem modificação da espermatogênese (HACKER, 2005, p. 161).

Atuação do Profissional de Saúde

Ds acordo como M.S. (2001, p. 44):

a) Primeira consulta

- Avaliar condições para a possibilidade cirúrgica, de acordo com os seguintes requisitos legais: capacidade civil plena, maiores de 25 anos de idade, com pelo menos 2 filhos vivos, documento escrito e firmado, consentimento de ambos os cônjuges, pessoas incapazes só com autorização judicial.
- Tirar dúvidas e fornecer informações claras e práticas sobre o procedimento, a taxa de falha e a irreversibilidade.
- Orientar que deve usar o preservativo masculino ou feminino depois, para evitar DSTs e AIDS.
- Desencorajar a esterilização precoce, oferecendo outros métodos reversíveis se menor de 30 anos.

b) Consulta de retorno

- Realizar espermograma após 30 ejaculações e orientar o uso de preservativo até que o resultado do espermograma seja zero.

Complicações

Pode ocorrer orquiepididimite (dor e edema sem febre), epididimite congestiva, hematoma e infecção.

Periodicidade

Idem ao método anterior.

Contra indicação

De acordo com HALBE (1993, p.145), varicocele, hidrocele grande, hérnia inguinal, fllariose, presença de tecido cicatricial resultante de cirurgia anterior, coagulopatias, diabetes e cardiopatia coronariana recente.

Eficácia

Para o M.S. (2001, p.121), é muito eficaz e a taxa de falha é de 0,1 a 0.15%.

c) Comprimido Vaginal

Os hormônios administrados por via vaginal possuem alta eficácia anticoncepcional e melhor tolerabilidade, com menos incidência de reações adversas, especialmente gástricas. A administração por esta via minimiza a maioria dos efeitos negativos sobre o metabolismo dos lipídeos e das apolipoproteínas que estão associadas ao emprego da anticoncepção hormonal oral ou injetável.

Mecanismo de Ação

A ação anovulatória é suprimir a liberação das gonadotrofmas hipofisárias, aumentando a viscosidade do muco cervical, dificultando a migração dos espermatozóides e alterando o endométrio, o que dificulta a implantação do óvulo.

Contra indicação

Gravidez, amamentação e câncer atual.

Eficácia

É um método muito eficaz. A taxa de gravidez é de 1 a cada 100 mulheres no primeiro ano de uso.

Modo de Uso

Primeiro ciclo: iniciar no 5° dia do ciclo menstrua l. Diariamente, durante 21 dias seguidos, sem interrupção, deve-se colocar 1 comprimido no fundo da vagina. Após o término da cartela com 21 comprimidos, faz-se um intervalo de 7 dias, iniciando-se outra no oitavo dia do novo ciclo.

Efeitos Colaterais

São raros, podendo apresentar náuseas, vômitos, sangramento intermenstrual, dismenorréia, tensão mamaria, cefaléia, enxaqueca, nervosismo, depressão, alterações da libído, edemas e moléstias varicosas. Muito raramente foram relatados: cloasma, gastrite, alopécia, secreção vaginal, aumento do apetite, erupção cutânea, sintomas androgênicos, amenorréia, galactorréia, mastopatia, insnia, cansaço, intolerância a lentes de contato, alterações da secreção cervical, coreia, hirsutismo e porfíria foram relatadas, porém carecem de confirmação. Hemorragias intermenstruais podem ocorrer com maior probabilidade durante os primeiros ciclos de uso.

Rîscos

Pode causar sangramento anormal e aumentar o corrimento vaginal.

d) Anel Vaginal

É um método contraceptivo combinado que libera 15 microgramas de EE e 120 microgramas de ENG por dia. Cada anel deve ser utilizado durante um ciclo; que compreende 3 semanas de uso do anel, seguidas de um período de 1 semana sem o anel.

Composição

Um anel flexível transparente feito de Evantane, com diâmetro externo de 5,4 mm e espessura de 4mm. Cada anel contem 2,7mg EE e 11,7mg ENG uniformemente dispersos dentro do núcleo de Evantane; uma membrana de Evantane circundante controla a liberação hormonal do anel. Ele libera 15mcg EE e 120mcg ENG por dia.

Iniciando o uso do anel

Para todos os tipos, pode-se iniciar da mesma forma que os Contraceptivos Orais, contudo, mulheres que não usaram um contraceptivo

hormonal no ciclo anterior são aconselhadas a iniciar o uso do anel em qualquer dia entre o 1° e o 5° dias do ciclo menstrual. Esse int ervalo de dias para o início do tratamento serve para evitar que a mulher tenha que inserir o anel durante a menstruação. Um contraceptivo de barreira também deve ser utilizado nos 7 dias iniciais do primeiro ciclo.

Iserção e remoção do anel

Pode ser inserido e removido com facilidade pela própria mulher. Para Inserir a mulher se coloca em uma posição que a permita inserir o anel com facilidade (por exemplo, agachada, deitada ou em pé com uma perna levantada).

e) Adesivo

É um anticoncepcional hormonal colado na pele (nádega, abdome, etc) 1 vez por semana durante 3 semanas. Deixa-se uma semana livre de adesivo para permitir a menstruação e reinicia-se na semana seguinte.

Composição

35mg Etinil Estradiol e 250mcg Norgestimato

Contra indicações

Mesmas dos contraceptivos hormonais orais e não deve ser usado por mulheres com 90kg de peso ou mais.

f) Implante Subdérmico

São métodos constituídos de silicone polimerizado com um hormônio no seu interior, que é liberado continuamente para a corrente sanguínea, proporcionando o efeito contraceptivo.

- **TIPOS DE IMPLANTES**
  - Levonorgestrel I Tempo de permanência: 5 anos.
  - Levonorgestrel II Tempo de permanência: 3 anos.
  - Acetato de norgestrel). Tempo de permanência: 1 ano.

- Eumetrin (eucometrina).
- Bastonete único com taxa de liberação diária de 30 a 60 ug de etonogestrel por 3 anos. - Único implante aprovado para ser utilizado no Brasil.

Mecanismo de Ação

Agem inibindo a ovulação pela supressão da secreção de gonadotrofinas, aumentam a viscosidade do muco cervical, impedindo a penetração dos espermatozóides.

Contra indicação

Sangramento vaginal não diagnosticado, tumores benignos ou malignos do fígado, câncer de mama e tromboflebite ou tromboembolismo no momento ativo.

Eficácia

É um método muito eficaz. A taxa de gravidez é de 0,2 para cada 100 mulheres no primeiro ano de uso.

Modo de Uso

A inserção é feita no subcutâneo da face interna do braço. Deve ser feita entre o primeiro e o sétimo dias do ciclo para garantir a eficácia desde o primeiro mês de uso. Faz-se a anestesia local, seguida de uma pequena incisão para a inserção do implante. Após a inserção, não é necessário suturar, apenas aproximar as bordas da incisão. Sua ação é de cinco anos.

Efeitos Colaterais

É comum ocorrer sangramentos ou amenorréia, acne, dor nas mamas, cefaléia, aumento de peso, dor abdominal, diminuição da libido, tonturas, dor no local da injeção, labilidade emocional, sintomas similares aos da influenza, náuseas.

Benefícios e Riscos

Não contém estrogênio, sendo indicado para mulheres que possuam

contra-indicação de uso daquele hormônio. É um método de longa duração. Não interfere nas relações sexuais. É rapidamente reversível. É necessária anestesia local para a inserção e a retirada é feita mediante um pequeno procedimento cirúrgico

5.3.6. Anticoncepção de Emergência

De extensa sinonímia (pílula pós-coital, pílula do dia seguinte, intercepção, etc) que constitui uma metodologia anticonceptiva alternativa, de caráter excepcional, cuja utilização deve ser resguardada a situações especiais (FILHO, 2005, p. 183).

Método alternativo da anticoncepção hormonal oral para evitar uma gravidez da relação sexual (tomada antes de completar 72 horas após a relação sexual desprotegida). Atua basicamente inibindo, adiando a ovulação, interferindo na capacitação espermática e possivelmente na maturação oocisto. Além disso, pode interferir na produção hormonal normal após ovulação, mas é possível que atuem também de outras formas, não tendo efeito após a implantação ter se completado. Não interrompe uma gravidez em andamento. É também conhecida como anticoncepção pós-coital ou pílula do dia seguinte. Não deve ser utilizada de rotina com método anticoncepcional, mas apenas em situações de emergência. Previne a gravidez em aproximadamente 3% dos casos que, de outra maneira ocorreriam. A probabilidade média de ocorrer gravidez decorrente de uma única relação sexual desprotegida na segunda ou terceira semana do ciclo menstrual é 8%; com a anticoncepção oral de emergência essa taxa cai para 2%. (M.S, 2002, p. 33).

Prazo de validade: do oral combinado é de 2 a 3 anos e do oral apenas com progestogênio é de 5 anos.

Atuação do Profissional de Saúde.

De acordo com o M.S. (2001, p.13):

Avaliar com cuidado a possibilidade de gravidez. Caso positivo, não prescrever anticoncepcional de emergência.

- Orientar que pode tomar até 72 horas após relação sexual sem proteção, porém seu uso precoce garante maior eficácia.
- Explicar que a 2ª dose deve ser tomada 12 horas após a 1ª.
- Orientar que após tomar as pílulas, a menstruação pode ocorrer até 10 dias antes ou depois da data esperada.
- Ressaltar que a usuária deve utilizar outro método regular nas relações sexuais futuras e que a pílula de emergência não protege contra DSTs e oferece efeitos mais colaterais do que outro método hormonal.
- Orientar que se ocorrer gravidez, a pílula não .oferece qualquer efeito adverso para o feto.
- Explicar que a mulher pode iniciar ou voltar a usar os métodos de barreira e a maioria dos hormonais orais e injetáveis. Aguardar a próxima menstruação para voltar a usar DIU e os métodos naturais.
- Orientar que retorne à consulta se a menstruação for escassa ou não vier em 4 semanas.
- Oferecer preservativos para prevenir DSTs, se ela ainda não usa ou ainda não optou por algum outro método de uso continuado.

Complicações e Intercorrências

Pode ocorrer náuseas, neste caso é recomendado alimentar-se logo após ingerir as pílulas, medicamentos antieméticos meia hora antes da .pílulas e 4 a 6 horas depois. Se ocorrer vômitos, dentro de 2 horas após tomar as pílulas, deve repetir a dosagem. A menstruação pode ocorrer um pouco antes ou depois da data esperada. Orientar para a usuária ficar alerta para menstruação escassa, ausente por 4 semanas ou dolorosa, nestes casos retornar para avaliação clínica.

Efeitos Secundários

Os mais comuns são náuseas, vômitos, tontura, fadiga, cefaléia, mastalgia, diarréia, dor abdominal e irregularidade menstrual.

Contra indicação

Segundo o M.S. (2001, p.132), qualquer mulher pode usar desde que não

esteja grávida.

2.7. Recomendação de Anticoncepção Para Paciente com HIV

O conhecimento e o uso do anticoncepcional pela mulher brasileira têm originado amplas discussões nos últimos anos, abrangendo desde aspectos sociais, como desigualdade de direitos, oportunidades e recursos financeiros e políticos, uma vez que os programas de atenção à saúde feminina não têm sido efetivamente implementados. Inclusive, não se conhece, no momento atual, no Programa de Atenção à Saúde da Mulher, qualquer proposta inovadora sobre esse assunto para as portadoras de HIV. As orientações que recebem durante mobilização para distribuição de preservativos dizem respeito *à* utilização para evitar a propagação de DST/AIDS, e não como medida específica de contracepção (GALVÃO, 2004 p. 99).

A recomendação para o uso de anticoncepcionais para mulheres portadoras de HIV, deve ser acompanhada de informações claras e adequadas sobre a dupla proteção de se proteger o parceiro ou a parceira da transmissão do HIV e DST e, além disso, de se evitar uma gravidez indesejada. Nessa situação o uso de métodos combinados deve ser obrigatório e os índices de falha próximos à zero. Portanto, cabe aos profissionais de saúde incorporarem a preocupação diária em transmitir todas as informações a respeito dos riscos, na tentativa de minimizar os impactos individuais e de saúde pública (M.S, 2002, p.77).

2.8. Anticoncepção Pós-Parto e Pós-Aborto

O conhecimento sobre o papel anticoncepcional do aleitamento materno é relativamente pouco difundido e utilizado. Na prática, o aleitamento materno e o planejamento familiar atuam conjuntamente promovendo a sobrevivência infantil, uma vez que o estímulo à amamentação exclusiva induz a um aumento do intervalo intergestacional e propicia a manutenção da lactação até os seis meses de vida, período no qual há a introdução de outros alimentos à dieta infantil. Assim, o aleitamento materno e o planejamento familiar são medidas claras de saúde preventiva, necessitando ambos de apoio, através de programas que os incentivem, trazendo com isso benefícios inquestionáveis para a saúde da mãe e da criança. A utilização do método contraceptivo da lactação e amenorréia (LAM) no pós-parto é

uma alternativa a mais de escolha informada, sobretudo quando outros métodos anticoncepcionais não são de fácil acesso ou não têm boa aceitação. Entretanto, o conhecimento sobre a aplicação desse efeito fisiológico não tem sido explorado, nem tampouco utilizado sistematicamente na anticoncepção puerperal. A comprovação da eficácia da LAM como método anticoncepcional nos primeiros seis meses pós-parto já é consenso em todo o mundo (CECATTI, 2004 p. 131).

Durante os primeiros seis meses pós-parto a amamentação exclusiva, a livre demanda, com amenorréia, está associada a taxa baixíssima de gravidez (0,5 a 2%), porém este efeito anticoncepcional deixa de ser eficiente quando ocorre o retorno das menstruações e também quando o leite materno deixa de ser o único alimento recebido pelo bebé. Para orientar o uso de métodos anticoncepcionais no pós-parto, deve-se considerar: o tempo pós-parto, o padrão de amamentação, o retorno ou não da menstruação, os possíveis efeitos dos anticoncepcionais hormonais sobre a lactação e o lactente, o oferecimento do preservativo masculino e masculino com vista a prevenção do HIV e outras DST (M.S, 2002, p. 91).

2.9. Assistência a Infertilidade

Define-se como infértil o casal que após um ano de vida sexual atïva, com frequência de coito de pelo menos duas vezes por semana e sem uso de métodos anticoncepcional não conseguiu engravidar (MS, 2002, p.112).

Infertilidade é o estado em que a mulher engravida, mas não consegue levar adiante a gravidez, a falta de descenda (MOREIRA, 2005, p.125).

A função reprodutiva humana depende de complexas interações entre o sistema nervoso central (SNC), hipófise, ovários, outras estruturas endócrinas e órgãos reprodutivos. Para que ocorra ciclicidade menstrual, é necessário que haja uma função ovulatória regular, o que depende além da integridade anatômica das diversas estruturas dos eixos reprodutivos, de uma sincronia entre suas ações. (MOREIRA, 2005, p. 114).

A assistência à infertilidade conjugal pode ser feita nos três níveis de complexidade, porém reserva-se o encaminhamento para as unidades terciárias apenas dos usuários que necessitam de complementação diagnósticas por métodos

endoscópicos ou tem indicação para procedimentos cirúrgicos. A pesquisa básica de infertilidade pode ser realizada em nível primário de assistência, sempre após esclarecimento sobre a fisiologia da reprodução, visto que muitos casais não têm conhecimento do que significa período fértil ou de práticas que podem dificultar a concepção, como uso de lubrificantes ou de duchas vaginais pós-coito. Este também é o momento mais adequado para o aconselhamento, investigação e tratamento de doenças que possam interferir negativamente no processo de reprodução (MS, 2002, p. 51).

Tratamento

Implica em extensos exames diagnósticos e tratamentos médicos de longa duração que podem precipitar sintomas psicológicos, sendo de maior frequência a ansiedade e a depressão, além da raiva, frustração, isolamento familiar/social e dificuldade sexuais. Esses sintomas afetam entre 25 a 60% das pessoas inférteis. A ansiedade costuma aparecer pela natureza estressante dos tratamentos e pelo medo de não conceber, estando a depressão mais relacionada ao resultado negativo do tratamento (MOREIRA, 2002, p. 122).

2.10. Serviço de Planejamento Familiar

De acordo com o M.S (1987, p. 28), o serviço de assistência em contracepção deve oferecer todas as alternativas possíveis de métodos anticoncepcionais, bem como conhecimento de suas indicações, contra-indicações e implicações de uso, garantindo à usuária uma opção livre e consciente do método que ela melhor se adapte, fornecendo ainda acompanhamento clínico e ginecológico.

A área de saúde reprodutiva sexual, enfrenta uma série de desafios, devido a ocorrência de casos de infecção pelo HIV, com isso, o profissional habilitado deve fornecer meios para a proteção de DST/AIDS.

Os profissionais que atuam no Planejamento Familiar, devem estar pautados no Artigo 226, Parágrafo 7, da Constituição Federal, fundada no princípio da paternidade responsável e no direito do livre arbítrio dos indivíduos e/ou casais (M.S.1996, p. 74).

A assistência à contracepção envolve atividades educativas, aconselhamento e atividades clínicas, as quais devem ocorrer de forma integral, ou seja, as práticas de ações educativas não devem ser restritas e sim envolver aspectos inerentes à saúde da mulher. Nestas atividades, é essencial que os membros da equipe de saúde promovam uma interação possibilitando assim, a participação de todos os elementos com suas respectivas responsabilidades (M.S. 2001, p.115).

O objetivo principal das atividades educativas é fornecer conhecimentos para a escolha do uso de métodos contraceptivos. Normalmente, são realizadas em grupo, sendo necessário haver um reforço individual.

O aconselhamento é um processo de participação ativa e individualizada, possibilitando ao indivíduo um resgate interno, tornado-o sujeito de sua própria saúde e transformação.

As atividades clínicas são utilizadas em prol da promoção, proteção e recuperação da saúde.

Geralmente, os métodos são caracterizados pela sua eficácia, efeitos secundários, aceitabilidade, disponibilidade, facilidade de uso, reversibilidade e proteção ao HIV/DST.

A eficácia é calculada de acordo com o número de gravidez não desejadas, de um método anticoncepcional no primeiro ano de uso. Os efeitos secundários variam de um método para outro, sendo que, o usuário deve ser informado a respeito dessas diferenças. Tais efeitos, devem ser prevenidos e tratados por um profissional capacitado.

O sucesso da aceitabilidade do método, depende muito das orientações prestadas pelo profissional de saúde. Aspectos psicológicos e culturais contribuem para o fracasso ou mudança de um método para outro.

A disponibilidade de métodos contraceptivos é um fator importante para que não haja restrições na escolha do método, visto que a grande maioria da população não possui recursos financeiros para adquirir um método. Quando a oferta de um método torna-se inviável, deve-se levar em consideração seu custo, verificando se o usuário possui meios de arcar com ele.

Os métodos devem ter facilidade de uso, para que a população assimile o uso e não apresente dificuldades, tornando necessário que o profisssional de saúde forneça suporte adequado de informações.

Em relação à reversibilidade, seria ideal que os contraceptivos fossem reversíveis, ou seja, ao interromper sua utilização haveria recuperação da fertilidade de acordo com a faixa etária.

Compete aos serviços de Planejamento Familiar, assistir as pessoas que optam pela anticoncepção, como aquelas que desejam ter filhos. Para que esta ação seja efetivada, os serviços devem indicar e fornecer todas as formas de

contracepção.

Sendo assim, os profissionais são responsáveis em informar aos usuários sobre os métodos contraceptivos e proporcionar que eles escolham o método livremente. As atividades de aconselhamento e educação, devem estar de acordo com a linguagem cultural e o grau de instrução dos usuários.

Os profissionais atuantes devem procurar conhecer os mitos e percepções relacionados aos métodos para combatê-los de maneira correta, além de sempre ter à disposição amostras de métodos contraceptivos e material informativo. É essencial que o profissional de saúde estimule a prática da dupla proteção e forneça informações a respeito dos riscos de DST/AIDS.

Deve-se levar em consideração fatores individuais e situacionais referentes aos usuários, como: condições econômicas, estado de saúde, característica da personalidade, fase de vida, comportamento sexuais, aspirações reprodutivas, medo, dúvida e vergonha (M.S. 2001, p.119).

A organização do serviço de planejamento familiar deve estar voltada para atender às necessidades dos usuários em idade fértil, por meio de conhecimentos técno-científico e de recursos disponíveis. Tendo em vista, uma cobertura de toda a população alvo referente à unidade de saúde, garantindo a continuidade do atendimento, ou acompanhamento e avaliação que acarreta à saúde (M.S.1996, p.127).

A qualidade da assistência do Planejamento Familiar é assegurada da seguinte maneira:

- Busca ativa da clientela, que visa acompanhar o usuário desde o início de sua vida sexual ativa, fornecendo suporte tanto preservativo, como educativo e terapêutico.

- Controle da população alvo que proporciona uma maior cobertura de atenção e efetiva a participação dos usuários nas atividades.

- Treinamento (reciclagem e especialização) do pessoal, necessário para prestar

um atendimento ao usuário concernemente aos padrões de assistência integral à saúde da mulher.

- Área física adequada, cujo objetivo é proporcionar uma maior interação entre a equipe multidisciplinar e usuário.

- Equipamento instrumental, na unidade de saúde deve conter pelo menos: mesa e cadeiras, maca para exame ginecológico, escada de dois degraus, foco de luz, balança para adultos, esfigmomanômetro, estetoscópio, espéculos, mesa de instrumentos, recipiente de alumínio com tampa recepiente para esterilização dos materiais, bandeja de instrumento, cubas para soluções, cuba rim, termômetro e materiais para colpocitologia.

- Materiais para registro e estatística, servem para um acompanhamento de forma sistemática, facilitar o relacionamento entre os serviços de saúde e os sistemas de referência e contra-referência, além de servir para selecionar dados. Dentre estes, temos: ficha clínico ginecológica, cartão da mulher e mapa de registro diário.

- Medicação básica, a unidade deve manter um sistema para suprir a necessidade do usuário.

- Apoio laboratorial, permite que a unidade tenha ao exame colpocitológico, ao teste imunológico para a gravidez, histerossalpingografia, ecografia, bacterioscopia e cultura e a endoscopia ginecológica.

- Sistema de Referência e contra-referência, proporciona avaliar a qualidade da assistência, definir os problemas de saúde e o desenvolvimento do serviço, bem como melhorar a estratégia de assistência.

- Avaliação, melhora a qualidade, detecta os problemas de saúde e possibilita mudar de estratégia.

Segundo HATCHER et al (1983, p. 67), os Princípios do Planejamento Familiar são:

- É uma importante medida sanitária e sua disponibilidade tem grande importância na saúde do indivíduo, no relacionamento da família e da comunidade.
- Os pacientes têm o direito de escolher os métodos de controle de natalidade que vão utilizar desde que não haja contra - indicação médica.
- O técnico atuante no programa tem como responsabilidade informar e

encorajar o paciente a formular perguntas.

- Os pacientes merecem ser tratados com dignidade nas entrevistas individuais e em grupo. Facilitando as discussões de questões embaraçosas e pessoais, diminuindo o medo do exame.
- Os usuários têm o direito de que seus registros sejam mantidos em segredo nos bancos de dados e nas papeletas médicas.
- Os profissionais do planejamento familiar são responsáveis pela educação sanitária de boa qualidade dada à comunidade e à pacientes individuais.
- Toda a população tem direito ao planejamento familiar, sem considerar o nível econômico ou status. Incluindo adolescentes, prisioneiros, pacientes psiquiátricos e pobres.
- Os métodos anticoncepcionais, inclusive a esterilização, são componentes indispensáveis de um programa de planejamento familiar.
- A participação masculina acrescenta uma dimensão importante ao planejamento familiar, visto que encoraja os casais a dividir a responsabilidade com a prole.
- Os serviços de planejamento familiar podem prestar muitos serviços além da contracepção, sendo que, alguns usuários procuram para realizar um exame preventivo do câncer cervical, exame de mama, tratamento para uma infecção vaginal, testes para doenças sexualmente transmissíveis ou avaliação de problema de infertilidade. Também, podem ser encaminhadas para a assistência de outros serviços de saúde.

Segundo SALVATORE et al (1979, p. 81), os serviços de planificação familiar devem oferecer multiplicidade de métodos contraceptivos, incluindo-se os processos de esterilização, para poder atender às distintas indicações médicas de acordo com os grupos etários, paridade e condições clínicas e também oferecer profissionais habilitados nas funções de orientação e assistência.

Os serviços de planejamento familiar como medida básica de saúde pública, beneficiam não só a mulher, mas também , seu marido (companheiro) , o casal e a família .

Refere as seguintes vantagens do Planejamento Familiar:

- Quando a família é pequena e existe um intervalo entre o nascimento dos filhos há alimento para todos.
- Diminuem as taxas de mortalidade materna.
- Diminui o índice de anemia em mulheres e crianças.
- As famílias pequenas possuem quocientes de inteligência mais altos.
- Diminui a probabilidade de se ter bebês de baixo peso e que os mesmos morram de doenças infecciosas.
- Melhora o contato sexual, pois não existe o medo de uma gravidez indesejada.
- As taxas de aborto ilegal diminuem à medida que os contraceptivos se tornam mais acessíveis.
- A lactação pode ser mantida por períodos mais longos.
- Diminuem a incidência de gravidez na adolescência.
- Os serviços de planejamento familiar incluem também exames de mama, pressão sanguínea, hematócrito, pesagem, esfregaço vaginal e exames pélvicos.

O profissional de saúde, principalmente o enfermeiro, tem muito a contribuir para o desempenho do Planejamento Familiar, desde que haja um trabalho conjunto entre a equipe multiprofissional, a participação efetiva das famílias, da comunidade e parceria com os serviços sociais e de saúde.

2.11.Qualidade da Assistencia

A satisfação do usuário, é um indicador que serve para avaliar o desenvolvimento de um determinado serviço sempre visando a qualidade. PADILHA (2007, p. 67) refere que: "qualidade de assistência de Enfermagem é assistir ao cliente de forma individual, com competência técno-científíca, assegurando um trabalho integrado e cooperativo, adequado às melhores condições de segurança possível."

De acordo com a autora, a satisfação do cliente na assistência nada mais é do que assistir todas as suas necessidades.

Para obtenção da qualidade é necessário que se utilize como instrumento

básico o planejamento em suas atividades. Giancarlo (2000, p. 99) destaca que “ *planejamento é um processo intelectual porque determina conscientemente um curso de ação baseado em objetivos, fatos e estimativas submetidas à analise”.*

Para que o planejamento seja implementado na assistênica, é necessário que se atue em três níveis: estratégico, tático e operacional (CIANCIARLLO, 2000, p.114).

O planejamento estratégico ocorre a nível global e institucional, já o tático é a médio alcance, atingindo cada unidade de serviço dentro da organização, enquanto que, o operacional é a curto alcance, representado pelo plano de assistência individualizada.

A reavaliação constante desses planos, bem como a sua revisão e reelaboração são essenciais para se alcançar a qualidade estabelecida.

Tendo em vista, a qualidade da assistência e levando em consideração a satisfação do cliente, o profissional deve desempenhar as seguintes atividades nos serviços de saúde pública da seguinte forma (BIGUELINI et ai, 2002, p.129):

1. Coordenar as seguintes atividades:

- Vigilância epidemiológica.

- Atividades programadas: pré-natal, puerpério, planejamento familiar, hipertensão, diabetes, atenção integral à saúde da criança, prevenção de câncer de colo uterino e mama, entre outros.

Procedimentos: curativos, inalação, vacinas, ablação, injeções, coleta de exames, esterilização de materiais, entre outros.

- ❖ Visitas domiciliares.
- ❖ Ações educativas.
- ❖ Ações intersetoriais.

2. Programar as atividades do Desenvolvimento Brasileiro de Saúde da Mulher (DBSM)

3. Priorizar as ações de trabalho.

4. Realizar a escala de serviço.

5. Acompanhar e avaliar o desempenho das atividades realizadas pela equipe.

6. Nas Unidades 24 horas, realizar passagem de plantão na transição dos turnos.

7. Realizar os registros e consolidar as informações necessárias.

8. Prever recursos materiais e humanos necessários à realização das atividades e estabelecer meios para viabilizá-los ao nível local.

9. Estabelecer com a equipe rotinas setoriais: capacitação da equipe, promovendo curso de reciclagem profissional.

10. Consulta de Enfermagem:

Desenvolver a consulta de Enfermagem obtendo dados para a anamnese, priorizando as informações mais características do caso:

a) Identificação.
b) Motivo da consulta.
c) Início e tempo de duração dos sintomas.
d) Antecedentes pessoais, familiares e situação sócio e econômica.
e) Realizar exame físico de forma sistematizada - cabeça, tórax, abdômem e extremidade, inspecionando, auscultando, apalpando, percutindo e medindo.
f) Aplicar teste e provas complementares para diagnóstico e controle, segundo o passo.
g) Solicitar exames complementares quando necessário para auxílio diagnóstico.
h) Registrar os dados encontrados.
i) Elaborar o diagnóstico de Enfermagem, usando a definição e classificação da NANDA (North American Nursing Diagnosis Association).
j) Identificar e estabelecer conduta de Enfermagem/terapêutica e/ou encaminhamento, indicação do tratamento e controle conforme o caso.
k) Prescrever/transcrever medicações, conforme protocolos estabelecidos nos Programas de Saúde Pública.

l) Avaliar a atuação clínica à prática da saúde coletiva.

11. Coordenacão/capacitacão/acompanhamento e avaliação dos agentes comunitários de saúde.

12. Criar grupos de patologias específicas, coordenando-os e organizando-os.

CAPÍTULO III: ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Tabela I – Distribuição dos Entrevistados quanto a sua Naturalidade e o Bairro em que Reside. Belém – Pará – 2009.

Naturalidade	Nº	%	Bairro ou Município em que Mora									
			Marco		Icoaraci		Ananindeua		Marituba		Total	
			Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Paraense	80	94,12	62	77,5	02	2,5	12	1,5	04	5,0	80	100
Amazonense	02	2,35	-	-	01	50.0	01	50.0	-	-	02	100
Piauiense	03	3,53	-	-	01	33,3	01	3,34	01	33,3	03	100
TOTAL	**85**	**100**	**62**	**72,9**	**04**	**4,71**	**14**	**16,5**	**05**	**5,9**	**85**	**100**

Fonte: Pesquisa de campo

A tabela acima demonstra que 94,12% das entrevistadas são de naturalidade paraense, destas 77,5% residem no bairro do Marco, 5% das informantes moram no Município de Marituba e 2,35% são amazonenses, destas 50% residem no bairro de Icoaraci e 50% das respondentes residem no Município de Ananindeua.

O planejamento familiar é um direito das pessoas, assegurado na Constituição Federal e na Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que regulamenta o planejamento familiar e deve ser garantido pelo governo (M.S, 2006, p. 59).

Segundo Brasil (M.S., 2006, p. 63) a lei estabelece que as estâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS) em todos os seus níveis, estão obrigadas a garantir à mulher, ao homem ou ao casal. E toda sua rede de serviços, assistência à concepção e contracepção como parte das demais ações que compõem a assistência à saúde. Uma questão fundamental desta Lei é a inserção das práticas da laqueadura de trompas e da vasectomia dentro das alternativas de anticoncepção, definindo critérios para sua utilização e punição para os profissionais de saúde que a realizarem de maneira inadequada e/ou insegura (M.S., 2002, p. 82).

Tabela II – Distribuição das Entrevistadas Segundo Estado Civil, Especificado pela Faixa Etária. Belém – Pará – 2009.

Estado Civil	Faixa Etária													
			15-20		21-25		26-30		31-35		35 a mais			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Casada	17	20,00	05	29,4	3	17,6	6	35,3	2	11,8	1	5,9	17	100
Solteira	40	47,06	10	25,0	15	37,5	8	2,0	4	10	3	7,5	40	100
Estável	25	29,41	09	36,0	8	32	4	16	3	12	1	4	25	100
Viúva	03	3,53	0	0	1	33,3	0	0	0	0	2	66,7	03	100
TOTAL	**85**	**100**	**24**	**28,2**	**27**	**31,8**	**18**	**21,2**	**9**	**10,6**	**7**	**8,2**	**85**	**100**

Fonte: Pesquisa de campo

A tabela demonstra correlação entre o estado civil e a faixa etária, observa-se que 47,06% das informantes são solteiras e estão na faixa etária entre 15 a 20 anos de idade, 29,41% das entrevistadas têm estado civil estável, tendo entre 15 a 20 anos de idade. O maior percentual de mulheres casadas é de 35,3% e estão entre 26 a 30 anos de idade;

Segundo (AGUINAGA. 1996, p. 68)

> Outros perigos além da morte materno-infantil estão associados à gravidez tardia. Mães idosas são mais suscetíveis que as mães jovens a darem à luz crianças com defeitos congênitos. Os riscos genéticos claramente se elevam nessas condições, que favorecem a chamada Síndrome de Down, conhecida como Mongolismo, cujas vítimas sofrem de idiopatia e incapacidade física.

Tabela III – Distribuição das Entrevistadas quanto a Escolaridade, Profissão e Renda Familiar – Belém – Pará – 2009.

Escolarid.	PROFISSÃO																TOTAL		RENDA FAMILIAR								TOTAL	
			Aux.Adm Aux. Esc.		Coz. Do lar		Pedago Profa.		Manicure		Prom.Venda Cor.Imó		Op.Cx. Cost		Estudante				-1 salário		1-2 salários		3-4 salários		4-5 Salários			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Analf	01	1,18	-	-	1	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100	-	-	1	100	-	-	-	-	01	100
Fund Incom	20	23,5	-	-	3	15,0	-	-	02	1,0	-	-	-	-	15	75	20	100	5	25	15	75	-	-	-	-	20	100
Fund Comp	22	25,92	-	-	2	9,2	-	-	17	77,2	-	-	-	-	3	13,6	22	100	2	9,1	19	86,4	1	4,54	-	-	22	100
Médio Inc	17	20,0	2	11,8	7	41,2	-	-	04	23,5	-	-	1	5,9	3	17,6	17	100	1	5.9	16	94,1	-	-	-	-	17	100
Médio Comp	21	24,7	2	9,5	1	4,76	-	-	06	28,6	-	-	4	19,4	8	37,74	21	100	-	-	18	85,7	3	14,3	-	-	21	100
Sup Inc	02	2,35	-	-	0	-	-	-	-	-	2	100	-	-	-	-	02	100	-	-	01	50	1	50,0	-	-	02	100
Sup comp	02	2,35	-	-	0	-	02	100	-	-	-	-	-	-	-	-	02	100	-	-	-	-	1	50,0	1	50	02	100
TOTAL	85	100	4	4,71	14	16,5	02	2,35	29	34,1	2	2,35	5	5,9	29	34,1	85	100	8	9.41	70	82,35	6	8,23	1	1,18	85	100

Fonte: Pesquisa de campo

A tabela acima demonstra o perfil da população investigada, 25,92% das entrevistadas têm Ensino Fundamental completo, 77,2% desenvolvem profissão de manicure, 86,4% têm renda familiar entre 1 a 2 salários mínimos, 24,7% têm nível médio completo e um menor percentual de 2,35% têm nível superior completo, desenvolvendo profissão de pedagoga e tendo como renda mensal de 4 a 5 salários mínimos.

Consideramos preocupante o fato de que a maioria das entrevistadas que participa do Programa de Planejamento Familiar possui baixa escolaridade, bem como renda familiar em torno de 1 a 2 salários mínimos. E não têm profissão definida.

Para Roumié (2004, p. 26): Planejamento familiar é o conjunto de medidas médicas, paramédicas, sociais e econômicas que coloca a disposição dos casais do país, independente de sua condição sócio-econômica os meios para planejar o número de filhos que devem ter, ficando cada caso com a decisão, livres de qualquer pressão de planejar sua família.

Aguinaga (1996, p. 68) sugere que; “A inter-relação entre pobreza e fertilidade excessiva produz um ciclo de desespero que se auto-reforça com conseqüências na saúde geral, e, também com implicações psicossociais importantes para o bem-estar e a qualidade de vida da criatura humana”.

Tabela IV – Distribuição das Entrevistadas quanto ao Número de Pessoas na Família e o Tipo de Habitação. Belém – Pela – 2009.

Nº de Pessoas na Família	Nº	%	Tipo de Moradia						Nº	Total
			Alvenaria		Madeira		Enchimento			
			Nº	%	Nº	%	Nº	%		%
1 – 2	30	35,3	20	66,7	6	20,0	04	13,3	30	100
3 – 4	19	22,4	11	57,9	5	26,3	03	15,8	19	100
5 – 6	27	31,8	19	70,4	8	29,6	-	-	27	100
7 – 8	07	8,2	5	71,4	2	28,6	-	-	07	100
8 a +	02	2,35	2	100	-	-	-	-	02	100
TOTAL	85	100	57	67,1	21	24,7	07	8,2	85	100

Fonte: Pesquisa de campo

A tabela acima demonstra o total de mulheres entrevistadas, número de pessoas por família e o tipo de habitação.

Quanto ao tipo de moradias 71,4% das entrevistadas residem em casa de alvenaria e convivem com 7 a 8 pessoas, cerca de 8,2%, na mesma residência, 15,8% das respondentes residem em casa de enchimento e convivem com 3 a 4 pessoas, cerca de 22,4%.

Lima (1998, p.113) diz que o planejamento familiar:

> É também problema político, econômico, social, moral e religioso. Político porque o Estado comanda a vida mundial em que a explosão demográfica torna-se um “câncer” no organismo social. Econômico porque o ser humano tem direito em esperar por um momento mais propício financeiramente. Social porque a sociabilidade é harmonia e o formigueiro humano contribui para acabar com a mesma gerando rebanhos imensos de infelizes e frustrados, Moral porque as fontes da população estão na câmara nupcial no mais acôndito dos lares, no coração da família, em que tudo depende da decisão do casal ou da imposição de um deles, Religiosos porque esse é um dos últimos assuntos em que a igreja ainda tem influência pública. O ateísmo dominou as lideranças mundiais e as bases crentes nada podem fazer Mas impedir ou não a geração de filhos, matar ou não fetos aianda abalam a consciência justamente onde existe uma consciência moral.

Tabela V – Distribuição das Entrevistadas quanto ao Número de Gestações, Prática de Aborto e Tipo de Aborto. Belém – Pará – 2009.

Nº de Gestações	Nº	%	Prática de Aborto	Nº	%	Tipo de Aborto						Total	
						Terapêuti.		Espontân.		Provocado			
						Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 -1	-	-	Sim	15	17,6	1	67	2	13,3	12	80	15	100
2 – 3	85	100	Não	70	82,4	-	-	-	-	-	-	-	100
TOTAL	**85**	**100**	**Total**	**85**	**100**	**1**	**67**	**2**	**13,3**	**12**	**80**	**15**	**100**

Fonte: Pesquisa de campo

A tabela demonstra que 100% das informantes são primíparas, estando entre a 2ª e a 3ª gestação, 17,6% das entrevistadas relatam que fizeram aborto, sendo que, 13,3% aborto do tipo espontâneo e 80% realizaram aborto provocado.

Segundo Aguinaga (2007, p. 67):

> Quando um contraceptivo não está ao alcance, não é usado ou falha, grande parte das mulheres recorre ao aborto clandestino, O aborto nada mais pé do que a ausência da contracepção. Calcula-se por estimativa que dois a três milhões de abortos são realizados por ano entre nós" (AGUINAGA, 1995, p. 68).

Tabela VI – Distribuição das Entrevistadas quanto o Conhecimento sobre o Planejamento Familiar. Belém – Pará, 2009.

Nº	RESPOSTAS	F	%
1	Método para prevenir nossa saúde Controla a saúde da mulher no parto	06	7,1
2	Programa com sabedoria o nº de filhos Modo de planejar o nº de filhos de acordo com a renda.	06	7,1
3	Fala sobre o método contraceptivo. Facilidade para a chegada do bebê para o momento mais adequado	06	7,1
4	É o acompanhamento profissional É prevenir a gravidez indesejada É ter filhos com o consentimento do pai e da mãe.	09	10,5
5	É saber o melhor momento para ter filhos É planejar a saúde É a orientação para evitar a gravidez	07	8,2
6	É bom porque somos monitoradas a fazer a coisa Evita a gravidez indesejada.	03	3,5
7	A gente fica sabendo de muita coisa Ajuda a mulher a ter seu 1º filho	04	4,7
8	Não respondeu ou não sabe	44	51,8
	TOTAL	**85**	**100**

Fonte: Pesquisa de campo

A tabela informa que 10,5% das informantes responderam que Planejamento Familiar é o acompanhamento profissional, é previnir a gravidez indesejada e ter filhos com consentimento do pai e mãe, e 51,8% das entrevistadas não responderam ao questionamento ou a pergunta.

Segundo Halb apud Brito Gonçal ves (2000, p. 21), o Planejamento Familiar:

> É uma das mais importantes atividades da medicina preventiva pela profilaxia da morbi-mortalidade materno-infantil, e seu objetivo primordial é o de promover aos casais e às mulheres, em particular, as informações as informações e os meios necessários para que possam decidir, de modo voluntário e consciente, o número de seus filhos e a oportunidade em que vai ter. Desta maneira, o Planejamento Familiar é também um instrumento para que se realize na prática, o princípio da paternidade responsável, cujo exercício conduz a que as famílias não tenham senão os filhos que possam criar e educar condignamente.

Tabela VII – Distribuição das Entrevistadas quanto à Utilização e Participação do Planejamento Familiar. Belém – Pará – 2009.

Utilização do Planejamento Familiar	Nº	%	Participação na Reunião do Planejamento Familiar						Total	
			Sim		Não		Não Sabe			
			Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	27	31,8	19	70,3	03	-	05	18,6	27	100
Não	49	57,6	09	18,4	36	73,5	04	8,2	49	100
Não Sabe	09	10,6	-	-	-	-	09	10,0	09	100
TOTAL	**85**	**100**	**28**	**31,8**	**39**	**45,9**	**18**	**10,6**	**85**	**100**

Fonte: Pesquisa de campo

A tabela demonstra que 57,6% das entrevistadas não utilizam o Planejamento Familiar, sendo que 73,5% das respondentes não participam da reunião do Planejamento Familiar, 31,8% das entrevistadas utilizam o Planejamnento Familiar e 70,3% das respondentes participam da reunião do Planejamnento Familiar

Segundo Britto (2000, p.113):

> O Planejamento Familiar é uma das mais importantes atividades da medicina preventiva. Ele se caracteriza principalmente pela profilaxia da morbi-mortalidade materno-infantil e o seu objetivo primordial é o de proporcionar aos casais, e às mulheres, em particular, as informações e os meios necessários para que possam decidir de modo voluntário e consciente sobre o número de seus filhos e a oportunidade que vão ter. Desta maneira, o Planejamento Familiar é também um instrumento para que se realize na prática, o princípio da paternidade responsável, cujo exercício conduz a que as famílias não tenham senão os filhos que possam criar e educar condignamente.

Tabela VIII – Distribuição das Entrevistadas quanto ao Método Contraceptivo que Conhece. Belém – Pará – 2009.

Método Contraceptivo que Conhece	Nº	%
Métodos Comportamentais: Ogino – Knaws – Tabelinha .....52 Método Billings (Muco Cervical) ..... 21 Coito Interrompido ..... 73 Cintotérmico – Temperatura Basal.....17 Colar 01	164	30,4
Método de Barreira – Camiseta Feminina ..... 70 - Camisinha Masculina .....50 - Geléia Espermicida .....00 - Diafragma 30	150	27,8
Dispositivo Intra Uterino – DIU 47	47	8,71
Contracepção Hormonal – Hormonal Oral ..... 68 - Hormonal Injetável 86	154	28,6
Contracepção Cirúrgica – Laqueadura .....00 - Vasectomia 00	- -	- -
Método Popular – Sena ..... 24 - Salva Marajó	24	4,5
TOTAL	**539**	**100**

Fonte: Pesquisa de campo

A Tabela informa que 30,4% das entrevistadas têm maior conhecimento dos métodos contraceptivos comportamentais, como: Tabelinha (Ogino-Knaus) Muco Cervical (Método Billings) Coito Interrompido, Citotérmico (Temperatura Basal) e Método do Colar, 28,6% têm conhecimento de contraceptivo hormonal oral e injetável e 4,5% têm conhecimento de método popular dos saberes da Região Amazônica, como: Sena e Salvia do Marajó.

Segundo Pereira apud Brito, Gonçalves (2000, p. 23)

> A idéia de contracepção é universal e desde a pré-história a limitação dos nascimentos procura prevenir as gestações indesejadas. Nos tempos primordiais a limitação dos filhos na embasava no coito interrompido e na interrupção da gestação não raro, por meios cruentos, agressivos e perigosos. Para prevenir a gravidez, as mulheres empregavam preceitos mágicos e místicos ditados pelos homens sábios e pelas anciãs das tribos. Esses meios eram, na maioria das vezes ineficazes e prejudiciais. Destacamos que, a título de curiosidade para não engravidar as mulheres chineses comiam quatorze rãs vivas, três dias depois da menstrução as gregas do século II usavam tampão vaginal feito com lã empregnado com azeite, mel e goma de cedro, polpas de frutas, no século VI as mulheres de Bizâncio atavam no pé esquerdo um recipeiente om fígado de gado, na Idade Média as mulheres ingeriam porções mágiocas, na maioria das vezes contendo rins de mula, argila, escpória de ferro, alumes, etc., no século XVII as noivas eram instruídas a sentarem sobre seus dedos quando viajassem de carruagens, nessa época era usual a noiva colocar nozes assadas nos seios, uma para cada ano infértil desejado. Na África ingeriam espuma da boca dos camelos misturada com pólvora e as egípcias colocavam na vagina tampões feitos com fezes de crocodilo.

Segundo Moreira (2002, p. 341) Desde os tempos bíblicos os criadores relatam que os egípcios já praticavam coito interrompido, como forma de Planejamento Familiar. Naquela época, certamente os fatores culturais eram outros e, no entanto, os casais já escolhiam a melhor época para trerem seus filhos.

Tabela IX – Distribuição das Entrevistadas Quanto ao Tipo do Método Contraceptivo que Utiliza. Belém – Pará – 2009.

Método Contraceptivo que Utiliza	Nº	%
Método Comportamental: Tabelinha Muco Cervical Coito Interrompido	16	18,8
Método de Barreira: Camisinha Masculina (Condon) Camisinha Feminina Diafrágma	22	25,9
Dispositivo Intra Uterino	02	2,35
Contraceptivo Hormonal: Hormonal Oral Hormonal Injestável	40	47,05
Contraceptivo Popular pelo conhecimento da	05	5,9
TOTAL	**85**	**100**

Fonte: Pesquisa de campo

A Tabela acima informa que 47,05% das entrevistadas utilizam o método contraceptivo hormonal oral e injetável e 25,9% têm preferência pelo método de barreira (camisinha masculina, feminina e diafrágma) e 5,9% das informantes utilizam método popular da Amazônia.

Segundo Varella (2007, p. 135) O mais conhecido talvez seja a pílula anticoncepcional, que surgiu na década de 60 e provocou verdadeira revolução nos relacionamentos e no comportamento feminino, uma vez que as mulheres puderam dissociar a vida sexual da vida produtiva e ficaram mais livres para assumir outras responsabilidades e ingressar no mercado de trabalho.

Tabela X – Distribuição das Entrevistadas quanto a Indicação do Método Contraceptivo. Belém – Pará – 2009.

Indicação do Método Contraceptivo	Nº	%
Amigos e Parentes	23	27,0
Médico - Enfermeiro	26	30,6
Farmacêutico – Propaganda e Livre Escolha	36	42,4
TOTAL	**85**	**100**

Fonte: Pesquisa de campo

A Tabela informa que 42,4% das respondentes tiveram indicação do método contraceptivo por Farmacêutico – Propaganda e Livre Escolha e 27,0% das respondentes utilizaram contraceptivos indicados por amigos e parentes e 30,6% das respondentes tiveram indicação do método por médico ou enfermeiro.

Segundo Varella (2007, p.141), a escolha do método mais indicado para cada casal deve ser sob orientação e acompanhamento do médico/profissional de saúde.

Tabela XI – Distribuição das Entrevistadas quanto ao Planejamento do Número de Filhos se Conhecesse o Planejamento Familiar. Belém – Pará – 2009.

Planejamento do Número de Filhos se Cochecesse o Planejamento Familiar	Nº	%	Alternativa Porque						Total	
			Teria sido Informada		Mais Conhecimento do Fato		Não Respondeu			
			Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	51	60,0	14	27,5	13	25,5	24	47,0	51	100
Não	34	40,0	10	29,4	09	26,5	15	44,1	34	100
TOTAL	**85**	**100**	**24**	**28,2**	**22**	**25,9**	**39**	**45,9**	**85**	**100**

Fonte: Pesquisa de campo

A tabela informa que 60% das respondentes teriam planejado seus filhos se conhecessem o Planejamento Familiar, por quê? 27,5% responderam que teria sido mal informada, 40% das informantes responderam que mesmo conhecendo o Planejamento Familiar não planejariam o nascimento dos filhos. 44,1% das informantes não responderam ao questionamento.

Segundo Diniz apud Brito, Gonçalves (2000, p. 21) O Planejamento Familiar é uma atividade de saúde que visa proporcionar informações e os meios para que os casais obtenham de maneira voluntária e consciente o número de filhos desejados no intervalo intergestacional adequado. Ele deve ser inserido em programas de saúde materno-infantil para complementar a atividade de obstetrícia, ginecologia, pediatria e puericultura.

Tabela XII – Distribuição das Entrevistadas quanto ter Engravidado Usando Algum Método Contraceptivo – Belém – Pará – 2009.

Engravidou Usando Método Contraceptivo	Nº	%	JUSTIFICATIVA												TOTAL	
			A Pílula Não Funcionou		Tomei o Injetável no Dia Errado		A Camisinha Não Funcionou		O Coito Interrompido Falhou		A Tabelinha Furou		Não Justificou			
			Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	69	81,2	14	22,3	16	23,2	13	18,8	11	15,9	10	14,5	05	7,2	69	100
Não	16	18,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16	100	16	100
TOTAL	**85**	**100**	**14**	**16,5**	**16**	**18,8**	**13**	**15,3**	**11**	**12,9**	**10**	**11,8**	**21**	**24,7**	**85**	**100**

Fonte: Pesquisa de campo

A tabela demonstra que 81,2% das entrevistadas engravidou utilizando métodos contraceptivos das quais 22,3% se utilizaram de anticoncepcional hormonal oral, 23,2% anticoncepcional hormonal injetável e 18,8% usaram método de barreira, a camisinha, 16% das respondentes não engravidaram utilizando método contraceptivo.

Segundo Brasil (M.S., 2001, p. 118) Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, como livre decisão do casal, competindo ao estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vetada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas.

Tabela XIII – Distribuição das Entrevistadas sobre se o Número de Filhos Prejudica a Saúde – Belém – Pará – 2009.

Alternativa	Nº	%	Justificativa Sim	Nº	%	Justificativa Não	Nº	%
Sim	18	21.18	• É importante ter filhos. • É porque se preocupa mais com os filhos. • É bíblico crescer e multiplicar.	07 05 02	38,9 27,8 11,1	• No passado não havia TV. • Abortar é pecado • Não depende da saúde da mulher.	11 03 15	16,4 4,48 22,4
Não	67	78,82	• O útero fica frágil. • Não respondeu.	01 03	5,5 16,7	• Minha sogra tem 7 filhos. • A mulher tem que ter muitos filhos. • Não depende da mulher • Não respondeu.	09 12 07 10	13,4 17,9 10,4 15,02
TOTAL	**85**	**100**		**18**	**100**		**67**	**100**

Fonte: Pesquisa de campo

A tabela informa que 78,82% das respondentes informaram que a mulher que tem muitos filhos não tem sua saúde prejudicada. Justificando SIM que 38,9% que é importante ter filhos e 11,1% que é bíblico ter muitos filhos, justificando o não com 22,4% que abortar é pecado e 10,4% que ter muitos filhos não depende da mulher.

Para Moreira (2002, p. 90) Os métodos comportamentais podem ser usados através da privação sexual transitória da interrupção do coito antes de ejacular. São métodos propensos a autos índices de falha, depende de importantes fatores para serem considerados eficazes: o nível de educação da usuária, saúde, tipo de vida sexual, da auto-observação do seu corpo. A contracepção hormonal é um método artificial praticado com aplicação endógena exógena de substâncias hormonais, com a finalidade de impedir a ovulação, alterando a maturação endometrial, para impossibilitar a indicação e mudar o muco cervical, tornando impróprio para a entrada de esperma no útero e também nas trompas.

Tabela XIV - Distribuição das Entrevistadas sobre a Participação do Parceiro na Escolha do Método Contraceptivo – Belém – Pará – 2009.

Participação do Parceiro na Escolha do Método Contraceptivo	Nº	%	Justiicativa Sim	Nº	%	Justiicativa Não	Nº	%
Sim	39	45,9	• O homem faz parte do projeto de vida. • Ele é parte fundamental. • Deve haver acordo entre o casal. • Para que ambos fiquem cientes. • A decisão tem que ser de ambos • Para que não haja divergência no casal. • Não respondeu	05 04 09 06 08 02 05	12,8 10,2 23,0 15,4 20,5 5,3 12,8	• Meu marido não quer participar. • Meu parceiro tem vergonha de vir ao CS. • A gente é que vai tomar o anticoncep-cional. • Porque a mulher que usa. • Porque quero ter a opinição do médico, não do meu parcei-ro, • Não respondeu.	04 03 20 06 09 04	8,7 6,5 43,5 13,0 19,6 8,7
Não	46	54,1						
TOTAL	**85**	**100**	**TOTAL**	**39**	**100**		**46**	**100**

Fonte: Pesquisa de campo

A tabela acima informa que 54,1% das entrevistadas não aceitam participação do parceiro na escolha do método contraceptivo, justificando com 43,5% que a gente é que vai tomar o anticoncepcional. 45,9% das entrevistadas acham importante a participação do parceiro na escolha do método contraceptivo, justificando com 23,0% que deve haver acordo entre o casal para a escolha do método.

Segundo Maine (1981, p.112) o Planejamento Familiar melhora a saúde da mulher, evita gravidez de alto risco e facilita o acesso aos métodos anticoncepcionais eficazes, com isso diminui o perigo de abortamento provocado. Portanto, a adoção do Planejamento Familiar pode evitar inúmeras complicações e mortes desnecessárias.

Tabela XV – Distribuição das Entrevistadas se já Utilizavam o Método Contraceptivo Antes de Entrar no Planejamento Familiar – Belém – Pará – 2009.

Alternativa	Nº	%	Afirmativa Sim	Nº	%	Afirmativa Não	Nº	%
Sim	68	80	• Tinha medo de engravidar	18	26,5	• Não sabia qual o melhor contraceptivo.	03	17,6
			• Não queria ter uma gravidez indesejada	07	10,3	• Tinha vergonha de comprar na farmácia.	06	35,3
			• Meus pais não sabiam.					
			• Só queria ter filhos quando casada.	10	14,7	• Não tinha dinheiro para comprar contraceptivo.	03	17,6
				14	20,6	• Queria ter produção independente.	02	11,9
Não	17	20	• Para evitar engravidar.	11	16,1	• Achava que não precisava,e ainda não tinha pensado nisso	03	17,6
			• Para se prevenir.	08	11,8			
TOTAL	**85**	**100**		**68**	**100**		**17**	**100**

Fonte: Pesquisa de campo

A tabela informa que 80% das entrevistadas utilizavam contraceptivos antes de entrarem no Planejamento Familiar e 26,5% afirmaram que já utilizam contraceptivos porque tinham medo de engravidar, 20% responderam que não utilizaram contraceptivo antes de engravidar, 35,3%, não utilizaram o contraceptivo porque tinham vergonha de comprar na farmácia, 17,9% não sabia qual o melhor contraceptivo, não tinha dinheiro para comprar, achava que não precisava e ainda não tinha pensado nisso.

Segundo M.S., (2000) O método ritmo, tabelinha, método de Ogino-Knaus ou método do calendário, muito utilizado pelos casais, principalmente entre namorados adolescentes. É um método de privação periódica das relações sexuais. O casal evita ter relações sexuais nos dias prováveis de fertilidade, reiniciando o coito após ter transcorrido este período. Este método pode ser combinado com o método da temperatura basal ou método térmico. Os métodos de barreira além de serem os mais antigos métodos de anticoncepção de que estes proporcionam um bom índice de eficácia contraceptiva que são os principais métodos de prevenção de doença sexualmente transmissível (DST). Os métodos incluem (códon masculino e feminino), o diafragma, e os espermicidas.

Tabela XVI – Distribuição das Entrevistadas sobre a Indicação do Planejamento Familiar e o Profissional que lhe Atendeu no Programa de Planejamento Familiar – Belém – Pará – 2009.

Indicação do Planejamento Familiar	Nº	%	Profissional que lhe Atendeu								Total	
			Enfermeiro		Médico		A, Social		Psicólogo			
			Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Amigos e Familiares	25	29,4	06	24,0	08	32,0	07	28,0	04	16,0	25	100
Livre Escolha Programada	29	34.1	17	58,6	08	32,0	04	13,8	-	-	29	100
Profissionais de Saúde	31	36,5	19	61.3	07	22,6	02	6,4	03	9,7	31	100
TOTAL	**85**	**100**	**42**	**49,4**	**23**	**27,1**	**13**	**15,3**	**07**	**8,23**	**85**	**100**

Fonte: Pesquisa de campo

A tabela demonstra que 36.5% das entrevistadas informaram que quem indicou o Planejamento Familiar foram profissionais de saúde, deste porcentual, 22,6% das entrevistadas foram atendidas pelo médico, 32,0% das entrevistadas fizeram livre escolha do Planejamento Familiar. Destas 58,6% das respondentes foram atendidas pelo Enfermeiro.

Segundo M.S. (2000, p. 12): Na assistência ao Planejamento Familiar, os serviços de saúde devem oferecer todos os métodos contraceptivos, os profissionais atuantes devem oferecer todas as informações a respeito desses métodos para que os usuários participem da escolha do método contraceptivo. O conhecimento do Planejamento Familiar como atividade no Brasil deu-se com a Constituição da República de 1988, em seu artigo 226, § 7º.

Tabela XVII – Distribuição das Entrevistadas quanto a Aceitação da sua Gravidez e se esta foi Planejada – Belém – Pará – 2009.

Aceite de Gravidez	Nº	%	Sua Gravidez foi Planejada				Total	
			Sim		Não		Nº	%
			Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	16	18,8	16	100	-	-	16	100
Não	69	81,2	-	-	69	100	69	100
TOTAL	**85**	**100**	**16**	**18,8**	**69**	**81.2**	**85**	**100**

Fonte: Pesquisa de campo

O gráfico informa que 81,2% das respondentes não aceitaram sua gravidez, sendo que 100% deste montante não planejou a gravidez 18,8% das entrevistadas informam que aceitou a gravidez, sendo 100% planejada.

Segundo Costa, (2005 p. 84). É, também, uma maneira de tirar das

sombras questões como violência sexual, gravidez indesejada, aborto, camisinha, AIDS e infertilidade. Serve para garantir aos homens e mulheres em idade fértil o pleno exercício da sexualidade, livre de outras doutrinas e crenças que não os direitos assegurados pela Constituição Federal e pela lei do planejamento familiar. É uma maneira de o poder público minimizar o drama da gravidez indesejada, sobretudo entre adolescentes; de abrir os olhos para os 1,4 milhões de abortos espontâneos e inseguros, segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde), que ocorrem durante o ano de 2008 no Brasil.

Lima (1998, p.113), diz que o planejamento familiar: É também problema político, econômico, social, moral e religioso. Político, porque o estado comanda a vida mundial em que a explosão demográfica torna-se um "câncer" no organismo social. Econômico, porque o ser humano tem direito a esperar por um momento mais propicio financeiramente. Social, porque a sociabilidade é harmonia, e o formigueiro humano contribui para acabar com a mesma, gerando rebanhos imensos de infelizes e frustrados. Moral, porque as fontes da população estão na câmara nupcial, no mais recôndito dos lares, no coração da família, em que tudo depende da decisão do casal ou da imposição de um deles. Religioso, porque esse é o último assunto em que as igrejas ainda têm influência pública. O ateísmo dominou as lideranças mundiais e as bases crente nada podem fazer. Mas impedir ou não a geração de filhos, matar ou não fetos ainda abalam muito as consciências, justamente onde existe uma consciência moral.

CONCLUSÃO

Com a realização deste estudo foi possível o entendimento da assistência prestada as primíparas atendidas na Unidade de Saúde do Marco, através de seus relatos, aprofundar o conhecimento em relação ao planejamento familiar e traçar o perfil sócio-econômico e cultural destas mulheres, identificando que muitas mulheres ignoram as razões e objetivos do Planejamento Familiar.

No aspecto sócio-econômico e cultural das entrevistadas observa-se a predominância de mulheres com relacionamento instável , com pouca escolaridade , ocupação pouco remunerada, com baixo poder aquisitivo e de famílias numerosas. Moram em casa de madeira com regular condição de saneamento básico.

O Planejamento Familiar é a ação da política de assistência integral à saúde da mulher, preconizada pelo Ministério da Saúde desde 1984, seu início no país deu-se na década de 60, através de entidades privadas que ofereciam a pílula e laqueadura de trompas, como método de controle da natalidade.

Um número importante de mulheres que não frequentam o Programa do Planejamento Familiar e não têm conhecimento de todos os métodos disponíveis no mercado, fazendo uso de contraceptivo hormonal injetável na sua maioria e até de métodos abortivos dos saberes da Amazônia.

RECOMENDAÇÃO

Para que o Programa alcance melhor desempenho recomenda-se:

- Promover a capacitação dos profissionais envolvidos no Programa.

- Oferecer palestras de forma sistematizada semanalmente, com maior frequência e divulgação do Programa.

- Promover divulgação do serviço oferecido na Unidade de Saúde do Marco.

- Realizar a divulgação efetiva do Programa junto à comunidade feminina.

CRONOGRAMA

ANO: 2009												
Período de Realização:			**Início: Abril**			**Término: Dezembro**						
Atividades / Descrição das Fases da Pesquisa	**Meses**											
	Abr	**Maio**	**Jun**	**Jul**	**Ago**	**Set**	**Out**	**Nov**	**Dez**	**Jan**	**Fev**	**Mar**
Envio para o Comitê de Ética	X	X	X	X								
Seleção dos sujeitos da pesquisa					X							
Revisão bibliográfica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Entrevista gestantes				X	X	X						
Construção de banco de dados						X	X					
Análise estatística dos dados							X	X	X			
Entrega de relatório parcial										X		
Entrega de relatório final / artigo											X	X
Defesa da Dissertação												X

ORÇAMENTO

PROCEDIMENTO	QUANT.	VALOR UNITÁRIO EM R$	VALOR TOTAL EM R$
MATERIAL PERMANENTE			
Computador	1	1.500,00	1.500,00
Impressora	1	200,00	200,00
Câmera Fotográfica	1	500,00	500,00
PESSOA FÍSICA			
Análise estatística	1	200,00	200,00
Correção ortográfica	1	100,00	100,00
PESSOA JURÍDICA			
Provedor de internet	1 x 8	35,00	280,00
Encadernação	10	1,50	25,00
MATERIAL DE CONSUMO			
Tinta preta	2	15,00	30,00
Tinta colorida	2	25,00	50,00
Resma de papel A4	10	9,00	90,00
Caneta esferográfica	10	0,50	5,00
Grampeador	1	5,00	5,00
Caixa de grampos	1	3,00	3,00
Pen drive	1	180,00	180,00
Pasta para arquivar protocolos	4	3,00	12,00
TRANSPORTE E LOCOMOÇÃO			
Vale Transporte	30 x 4	1,70	204,00
DIVERSOS			
Cópia TCLE	200	0,07	14,00
Envio para publicação	1	25,00	25,00
Impressão do trabalho	5	50,00	250,00
Encadernação do trabalho	5	5,00	25,00
ORÇAMENTO DA INSTITUÍÇÃO			
Auditório do centro de saúde do marco	80hs	Hora=40,00	3.200,00
		TOTAL GERAL	**4.698,00**

RESUMO GERAL	
Contrapartida dos Pesquisadores	-
T O T A L	**R$ 4.698,00**

BIBLIOGRAFIAS

AGUINAGA, Hélio. **A saga do planejamento familiar no Brasil**. Rio de Janeiro: Tol Books, 1996.

AGUINAGA, Hélio. **A saga do planejamento familiar no Brasil**. Vol. VII. Rio de Janeiro: Tol Books, 2007.

ÁVILA, M. B. e CORREA, S. **O movimento de saúde e direitos reprodutivos no Brasil: Revisitando percursos**. São Paulo: Hucitec, 2005.

ÁVILA, M. B. e CORREA, S. **Planejamento familiar no Brasil**.. São Paulo: Hucitec, 2006.

BARDAN**,** Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, (s.d.). São Paulo, Atlas, **1979.**

BIGUELINI**,** Cristina Poll et al**. Como elaborar um protocolo de enfermagem em saúde pública**. Paraná: Berzon, 2002**.**

BÍBLIA PENTECOSTAL. Trad. João F de Almeida – Sociedade Bíblica do Brasil, 2000.

BRITO, C.N.S.; GONÇALVES, R.C.R.. **Planejamento Familiar: um instrumento de qulalidade de vida das mulheres. Curso de Enfermagem**: UEPA, 2000.

BRIENZA, A.M. et al. **Protocolo de Enfermagem da Assistência ao Pré-Natal de baixo risco no Município de Ribeirão Preto** – S.P., 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Políticas e Saúde. Área de Saúde da Mulher.** Assistência em Planejamento Familiar. 4.ed. Distrito Federal – DF, 2002.

_____. **Secretaria de Políticas de Saúde. Área técnica de saúde da mulher. Parto, aborto, puerpério: assistência humanizada à mulher.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Secretaria Executiva**. **Sistema de referência hospitalar à gestante de alto risco.** Brasília – DF. Ministério da Saúde, 2005. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Brasil Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília – DF – Senado, 1997.

_____,**Decreto Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1987** [on line] janeiro de 1987. Disponível em www.page.sp.gov.br.hotmail.

_____,**Gestação de alto risco** / Secretaria de Políticas de Saúde para a temática Planejamento Familiar e Saúde da Mulher. Brasília – DF, 2000,

_____, **Manual de Enfermagem: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde da Mulher**. Universidade São Paulo. Brasíli – DF,

2001,

_____, **Assistência ao Planejamento Familiar e o Pré-Natal: Manual Técnico**. 3.ed. Brasília – DF, 2002,

_____, Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estretágicas. **Manual Técnico**. **Planejamento Familiar, Pré-Natal e Puerpério. Atenção qualificada e humanizada.** Brasília – DF , 2006.

_____, Departamento de Avaliação do SUSTO. Secretaria de **Gestão Estretágica e Participativa da Saúde da Família**.. Brasília – DF , 2006.

_____, Instituto de Medicina Social. **Magnitude do aborto ou planejamento familiar no Brasil.: Análise dos Resultado.**. Brasília – DF , 2006.

_____, Brasil **Constituição da República Federativa do** Brasil. Brasília – DF – Senado, 1997.

CARVALHO, Geraldo Mota de. **Enfermagem em Ginecologia.** São Paulo: EPU, 1996,

CARVALHO, M. L.; PIROTA, K. C. & SCHOR, N. **Participação masculina na contracepção pela ótica feminina.** Rev. Saúde Pública, v. 35. fev. 2001

CARVALHO, M.L.; PIROTA, K. C. & SCHOR, N . **Motivo da rejeição aos métodos contraceptivos reversíveis em mulheres esterilizadas**. Rev. Saúde Pública. **[**on line] v. 39, out. 2005 . Dispon´vel em WWW.escielo.php.

CIANCIARULLO, Tamara Iwanow. **Instrumentos básicos para cuidar: um desafio paraa qualidade da assistência**. São Paulo: Ateneu, 2000.

COELHO, E.A.C. et al. **O planejamento familiar no Brasil, contextos das políticas de saúde: determinantes históricos.** Rev. Esc. Enf. USP, V. 34. São Paulo, 2006.

COSTA, A..M., **Planejamento familiar no Brasil.** São Paulo 2005. www.potalmedico.org.br/rev/bio2v4/planeja.htm

COSTA, A..M. **PAISM: Uma política de assistência integral à saúde da mulher a ser resgatada.** São Paulo, 2006.

_____: **Uma política de assistência integral à saúde da mulher**. São Paulo, 2005,

CECATTI, J.G. et al, A. **Introdução da lactação e amenorréia com o método contraceptivo (LAM) em um programa de planejamento familiar pós-parto: repercussões sobre a saúde das crianças.** Rev**.** Bras. saúde mater. infant. Vol. 4, n. 2. Recife, 2004.

DEL PRIORE, M. **Ao sul do corpo: condição feminina, maternidade e mentalidade no Brasil colônia.** Rio de Janeiro, 2005.,

DIU um anticoncepcional apropriado pelas muitas mulheres. Population reports, Série B, (4), julho 1983.

DIAZ, J. et al. **Tratado de Ginecologia**. Vol 1, 5.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

DINIZ apud BRITO, 2000.

FARIA, V. **Políticas de governo e regulação da fecundidade: conseqüências não antecipadas e efeitos perversos.** Ciências Sociais Hoje. São Paulo: Vértice / ANDOCS, 1989, p. 80,

FARIA, V. **Políticas de governo e regulação da fecundidade: conseqüências não antecipadas e efeitos perversos.** Ciências Sociais Hoje. São Paulo: Vértice / ANDOCS, 2004.

FAGUNDES, A. e PETTA, C. A. **Métodos anticoncepcionais, 2007.** Disponível em: www.afh.bio.br/reprodu8.asp (acesso em 10 de outubro de 2007), p. 190.

FEBRASCO FILHO, J. F. M. F. **Tratado de Ginecologia.** Vol. 1. 5.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

GALVÃO, M. T. G. et al. Medidas contraceptivas e de proteção da transmissão do HIV. Por mulheres com HIV / AIDS. **Rev. Saúde Pública.** V. 38, n. 2. São Paulo, 2004.

GEBER, S.; MARTINS, M. e VIANA, L.C. **Tratado de Ginecologia.** 5.ed. Rio de Janeiro: Medsi, .1998.

_____ **Tratado de Ginecologia.** 8.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2004.

HALBE, **Tratado de Ginecologia**. 2.ed. São Paulo: Roca, 1993, .

HALBE, Hans Hofgang **Tratado de Ginecologia**. 3.ed. São Paulo: Roca, 2000.

_____ **Tratado de Ginecologia**. 5.ed. São Paulo: Roca, 2005.

HACKER, N. F. E MOORE, J. G. **Fundamentos de ginecologia e obstetrícia.** Trad. Luiz Irineu. C. S. 2 .ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

_____. **Fundamentos de ginecologia e obstetrícia.** Trad. Luiz Irineu. C. S. 5.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2005, p. 64.

HATCHER , et al. **Planejamento familiar.** Rio de Janeiro: Ao Livro Técnico, 1983,

IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA) **Pesquisa Nacional para Mostra de Pobreza no Brasil,** PNAD. Rio de Janeiro, 2000,

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Metodologia Científica**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2004, p. 269

LIMA, Henrique Augusto Moreira. **Medicina, Sexualidade e Natalidade**. São Paulo: BYK, 1998., p. 113.

LIMA, Henrique Augusto Moreira. **Medicina, Sexualidade e Natalidade**. São Paulo: BYK, 2003.

LIMA, A.S.; GONÇALVES, S. L. S**. A Concepção do Planejamento Familiar do bairro Laranjeiras no Município de Marabá. Curso de Enfermagem**: UEPA, 2001.

MAINE, Deborah. **Planejamento Familiar: seu impacto sobre a saúde materno infantil**. Trad. Ronaldo Bossemeyer. Universidade da Colômbia: Copyright, 1981, p. 91

MAINE, Deborah. **Planejamento Familiar: seu impacto sobre a saúde materno infantil**. Trad. Ronaldo Bossemeyer. Universidade da Colômbia: Copyright, 2004.

MELO, N. R. et al. **Tratado de Ginecologia.** 7.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2005

MELO, Vitor Hugo de; RIO**,** Suzana Maria Pires de. **Assistência Pré-Natal.** Rev. Ass. Med. Brasil. 2006,

MOORE, Keith. L. **Fundamentos de Embriologia Humana**. 7.ed. São Paulo: Manole, 2006.

MOREIRA, M. A. **Compêndio de reprodução humana**. 3.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

MOREIRA, **Compêndio de reprodução humana**. 5.ed. Rio de Janeiro: Revinter 2002,

MOREIRA, Ângela Nunes. **Planejamento Familiar, gravidez Idade gestacional, estado nutricional, ganho de peso durante a gestação do Hospital da Santa casa de Misericórdia de Pelotas**. Pelotas – RS, 2005.

MOREIRA, M. H. C. E ARAÚJO, J. N. G. **Planejamento Familiar: Autonomia ou Encargo Feminino.** Psicol. Estud. V. 9. n. 3. Maringá – PR, 2004.

MOREIRA, M. A. **Compêndio de reprodução humana**. Rio de Janeiro: Revinter, 2005.

MOREIRA, S. N. T. et al. **Estresse e função reprodutiva feminina**. Rev. Bras. Saúde mater. Infant. Vol 5. n. 1. Recipe – PE, 1998.

NEIVA, D. E MONTEIRO, R. **Planejamento Familiar volta a pauta do Ministério da Saúde.** 2007. disponível em: ,www.fiocruz.br/ccs/cgi/cgilua.exe.start.htm (acesso em 20 de novemmbro de 2007)

OSIS, M. J. D. et al. **Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa**. Cad. Saúde, v. 22, n. 11. Rio de Janeiro, 2004.

OSIS, M. J. D. **PAISM: um marco na abordagem de saúde reprodutiva no Brasil.** Cad. Saúde Pública, v. 14. Rio de Janeiro,2006.

PADILHA, Patrícia de Carvalho et al. **Associação entre o estado nutricional pré-gestacional e a predição de risco de intercorrência gestacional**. Rev. Bras,. Giinecologia e Obstetrícia, 2007.

PEDRITO, J. M.. **A experiência com contraceptivos no Brasil: uma questão de geração**. Rev. Bras. Hist. V. 23, n. 45. São Paulo, 2003.

PINITTI NETO, J.S.L.. et al. **Tratado de Ginecologia.** Vol. 3. 6.ed. Rio de Janeiro, 2005.

ROUMIÉ, P. **Controle de natalidade: a quem interessa?** São Paulo: Paulinas, 2004.

ROLIM, V. K. **Métodos contraceptivos não-hormonais,** 2007, disponível em: www.infomed.hpg.ig.com.br/monh.html (acesso em 20 de novembro de 2007).

ROUMIÉ, P. **Controle de natalidade: a quem interessa?** São Paulo: Paulinas, 1986.

ROUMIÉ, P. **Controle de natalidade: e o planejamento familiar** São Paulo: Paulinas 1996, p. 68.

SILVA, I. M. V. **Inovações nas políticas populacionais: o planejamento familiar no Brasil**. Rev. Eletrônica de geografia e ciências sociais. V. 25, n. 69. Rio Grande do Sul, 2000.

SALVATORE, Carlos Alberto et al. **Temas na contracepção**. São Paulo: Almed, 1979.

SALVATORE, C. A. et al. **Temas na contracepção**. São Paulo: Almed, 2006.

TEIXEIRA, Elizabeth N. S. **As três metodologias: a acadêmica, de ciências, da pesquisa.** Belém – PA: UNAMA, 2002.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação, o Marxismo.** São Paulo: Atlas, 1987.

TYRREL, M. A. E CARVALHO, V. **Programas nacionais de saúde materno-infantil: impacto político-social e inserção de enfermagem,** Rio de Janeiro: UFRJ, 2004.

VARELLA, Drauzio. **Planejamento** http://www.drauziovarella.com.br/artigos/pfamiliar.asp **Familiar.** 2008, diisponível em

: (acesso em 01 de março de 2010).

VARELLA, V.C.M. **Assistência ao Planejamento Familiar no SUS**. São Paulo: Cortez, 2007.

VIANA, Maurício G. Campos. **Condutas obstétricas**. 3.ed. Rio de Janeiro: Ateneu, 1998.

A N E X O S

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE ORIENTAÇÃO CIENTÍFICA
COMITÊ CIENTÍFICO DE ÉTICA DA UEPA

Título: AÇÃO DO PLANEJAMENTO FAMILIAR NA UNIDADE BÁSICA DO MARCO, CONHECIMENTO, ATITUDES E PRÁTICAS DE UM GRUPO DE USUÁRIAS.

Orientadora: Profª Drª Maria Tita Portal Sacramento
Aluno: Rubens Acácio Franco

Este documento tem por finalidade garantir-lhe um direito fundamental que deve nortear o agir do pesquisador em termos profissionais por meio de condutas e de comportamentos moralmente humanizados, por respeitar os princípios basilares da bioética, que são os princípios da autonomia, da beneficência e da justiça.

Garantia de Liberdade: Sua participação neste estudo é absolutamente voluntária. Dentro desta premissa, todos os participantes são absolutamente livres para, a qualquer momento, negar o seu consentimento ou abandonar o programa se assim o desejar, sem sofrer qualquer tipo de coação. Mediante a sua aceitação, espera-se que compareça nos dias e horários marcados e, acima de tudo, siga as instruções determinadas pelo pesquisador responsável, quanto à segurança durante a realização das avaliações e/ ou procedimentos de intervenção.

Despesas e Compensações: As despesas porventura acarretadas pela pesquisa serão de responsabilidade da equipe de pesquisas. Não havendo por outro lado qualquer previsão de compensação financeira. Também não haverá nenhum pagamento por sua participação. Em caso de dúvidas ou perguntas, queira manifestar-se a qualquer tempo, para explicações adicionais, dirigindo-se ao pesquisador.

Garantia de Acesso: Em qualquer fase do estudo você terá pleno acesso ao profissional responsável pelo mesmo, nos locais e telefones indicados, tanto para esclarecimentos, como em decorrência de qualquer problema ocorrido durante os exercícios.

Direito de Confídencialidade: Os dados colhidos na presente investigação serão utilizados -para subsidiar a confecção de artigos científicos. O pesquisador utilizará os dados e o material coletado somente para esta pesquisa. O responsável pela pesquisa garante a total privacidade e estrito anonimato dos participantes, quer no tocante aos dados, quer no caso de utilização de imagens, ou outras formas de aquisição de informações. Garantindo desde já a Confídencialidade, a privacidade e a proteção da imagem e a não estigmatização, escusando-se de utilizar as informações geradas pelo estudo em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de auto-estima, de prestígio ou de quaisquer outras formas de discriminação.

Direito de Acessibilidade: O autor deste trabalho se compromete a fornecer-lhe os dados específicos colhidos no transcurso da presente pesquisa, bem como em entregar-lhe pessoalmente os resultados conclusivos da mesma, como uma forma humana de agradecimento por sua participação voluntária neste estudo. Mesmo assim, queira manifestar-se sempre que julgar necessário, no sentido de obter qualquer tipo de informação desejada.

Quanto ao estudo: Este trabalho de pesquisa visa determinar o conhecimento, atitudes e praticas sobre ação programa de planejamento familiar na Unidade Básicas do Marco. O que você precisa autorizar ao pesquisador e participar da pesquisa respondendo 8 perguntas fechadas sobre o perfil das grávidas e 14

perguntas abertas sobre conhecimento, praticas e atitudes das grávidas. Para evitar constrangimento e preocupação de que suas respostas sejam divulgadas, deixo claro que as informações obtidas têm como única finalidade a pesquisa, e seu nome permanecerá no anonimato. Os resultados obtidos serão agrupados de forma generalizada e não individual.

Descrição de Riscos e Desconfortos: Não há, seja remota não se deseja a possibilidade de ocorrer algum tipo de risco ou desconforto durante a aplicação do questrionário.Muito enbora seja remota, não se pode descartar a possibilidade de ocorrer algum tipo de desconforto durante a aplicação do questionario, como constrangimento que alguma paciente pode referir ao responder algun tipo de questionamento. No entanto todos os esforços serão feito para minimizar estas ocorrências, atraves da informação maciça sobre o tema da pesquiza, conscientização do termo de consentimento livre e esclarecido para a participação voluntaria na pesquisa, assim como que a qualquer momento a voluntária podera desautorisar ao pesquisador sua permanencia na pesquisa e sair sem qualquer tipo de constrangimento.Também a gestante podera por sua livre e expontânea vontade escolher o grupo de voluntárias que deseja participar.Durante a aplicação do questionario havera disponibilidade de equipamento de emergência e pessoal trêinado para serem utilizados em situações não usuais que possan surgir e possa afetar a dimensão física,psiquica,moral,intelectual,sócial,cultural ou espiritual das participante da pesquisa.

Beneficios ao participante: A Gravida, melhorar seu entendimento do Programa de Planejamento Familiar e de como ter uma gravidez desejada planejada com acaitação do concepto, como evitar gravides indesejada que trara excelente beneficio aos conjuges e as familias envolvidas

Destino do Material ou Informações do Sujeito Pesquisado: As informações serão utilizadas somente para a presente pesquisa, não sendo divulgado qualquer informação que possa levar a indentificação individual de qualquer participante da pesquisa.Nenhum material biológico sera coletado.E as fichas de avaliação serão arquivadas com o pesquisador e incinerada após 05 (cinco) anos da pesquisa términada.

Garantias e Indenizações:É garantido as pacientes total sigílo e privacidade de seus dados, assim como liberdade de deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuizo a continuidade de seus tratamento na instituição. Em caso de dano pessoal, diretamente provocado pela aplicação do quetionario proposto pelo pesquisador as participantes terão direito a tratamento médico na instituição ou fora da mesma na forma particular, com acompanhamento do pesquisador Mestrando Rubens Acácio Franco Fisioterapeuta e enfermeiro, até a solução do problema exiatente bem como as indenizações legalmente estabelecidas.

Esclarecimento de Duvidas:O principal investigador é a Dra.Maria Tita Portal Sacramento, que pode ser encontrada na Av.25 de Setembro n.1832,apt-1201 Bloco B,Tel:91-32268971,Cel:91-81128474, ou na Universidade da Amazônia (UNAMA),na Av:Alcindo Cacela n.359 B. da Pedreira no periodo da tarde pelo Tel:091-40093123.Caso não seja localizada a Dra.Maria Tita Portal Sacramento, podera ainda ser contactado o mestrando Prof:Rubens Acácio Franco, na Trav: Quintino Bocaiuva n.2331 ou pelo Tel.091-32411755-Cel.091-91575681.

Financiamentos da Pesquisa: Este trabalho será realizado com recursos próprios do autor, não tendo financiamento ou co-participação de nenhuma instituição de pesquisa.Não há despesas pessoais para as participante em qualquer fase do estudo. Também não haverá nenhum pagamento por sua participação

DECLARAÇÃO

Declaro que compreendi as informacões do que li e que me foram explicadas sobre o trabalho em questão. Discuti com o Mestrando Prof:Rubens Acácio Franco sobre minha decisão de participar neste estudo, ficando claro para mim, quais são os propositos

da pesquisa, os procedimentos a serem realizados e os possiveis desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro tabém que minha participação não sera paga, nem terei despesas e que tenho garantia de acesso a tratamento hospitalar quando necessário, inclusive se optar por deesistir da pesquisa.Se houver danos posso solicitar indenização.

Concordo voluntariamente participar desse estudo podendo retirar meu consentimento a qualquer momento, sem necessidade de justificar o motivo da desistência, antes ou durante o mesmo, sem penalidades prejuizo ou perda de qualquer beneficio que possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste serviço.

Belém,---------- de ---------- de 2009

_____

Assinatura do paciente ou de seu representante legal

_____

Assinatura da testemunha

Declaro que assisti a explicação do Prof. Rubens Acácio Franco a gestante, que compreendeu e retirou sua duvidas,assim como , a tudo que sera realizado na pesquisa.

_____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o consetimento livre e esclarecido desta paciente ou representante legal para participação no presente estudo.

_____

Prof. RUBENS ACÁCIO FRANCO

A Orientadora da pesquisa é a Prof. Dra. Maria Tita Portal Sacramento, que pode ser encontrada pelo fone: 8112-8474, pelo período da manhã e da tarde.

Caso não seja encontrada, poderá ser contactado o mestrando Rubens Acácio Franco (91) 9157-5681.

_____

Assinatura e carimbo da Orientadora
Nome: Prof. Dra. Maria Tita Portal Sacramento
End.Av Vinte Cinco de Setembro 1832/1201-B
Fone: (91) 8112—8474
COREN:1697

ANEXO III

GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO CEARÁ
CURSO DE MESTRADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS
NÚCLEO DE PESQUISA, EXTENSÃO E PÓS-GRADUAÇÃO
RECONHECIDO PELO GOVERNO FEDERAL (DECRETO FEDERAL Nº 26.926, DE 21 1949)

Belém, de de 2009.

CARTA DE ACEITE

Eu, Profª Dra. **MARIA TITA PORTAL SACRAMENTO**, do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Pará, aceito orientar o discente mestrando Rubens Acácio Franco, na elaboração de seus Trabalho de Conclusão de Curso com o tema: "AÇÃO DO PLANEJAMENTO FAMILIAR NA UNIDADE BÁSICA DO MARCO, CONHECIMENTO, ATITUDES E PRÁTICAS DE UM GRUPO DE USUÁRIAS.

Estando ciente da minha participação na Banca Examinadora por ocasião da defesa da Dissertação de Mestrado.

Declaro, ainda ter conhecimento do conteúdo do projeto para o qual dou meu aceite pela rubrica das páginas.

Atenciosamente

_____

Dra.. Maria Tita Portal Sacramento

ANEXO IV

GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO CEARÁ
CURSO DE MESTRADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS
NÚCLEO DE PESQUISA, EXTENSÃO E PÓS-GRADUAÇÃO
RECONHECIDO PELO GOVERNO FEDERAL (DECRETO FEDERAL Nº 26.926, DE 21 1949)

Belém, de de 2009.

CARTA DE APRESENTAÇÃO

Apresento ao Comitê de Ética, 2 (duas) vias do Projeto cujo título é:

"AÇÃO DO PLANEJAMENTO FAMILIAR NA UNIDADE BÁSICA DO MARCO, CONHECIMENTO, ATITUDES E PRÁTICAS DE UM GRUPO DE USUÁRIAS", cujo mestrando Rubens Acácio Franco é orientado pela Dra. Maria Tita Portal Sacramento.

Informo estar ciente que após aprovação do mesmo devo apresentar semestralmente relatório de andamento da pesquisa, assim como, relatório, caso a pesquisa seja interrompida antes do sue final, e/ou relatório final da mesma.

Atenciosamente

_____ _____

Dra. Maria Tita Portal Sacramento Mestrando Rubens Acácio Franco

APÊNDICE

1. IDENTIFICAÇÃO
   a) Iniciais c) Idade
   b) Naturalidade d) Estado Civil

2. ESTADO CIVIL
   ( ) casada ( ) estável ( ) solteira ( ) outros

3. ESCOLARIDADE
   ( ) analfabeta ( ) fundamental ( ) médio ( ) superior

4. PROFISSÃO _____

5.RENDA FAMILIAR
   ( ) menos de um salário mínimo ( ) 1 salário mínimo
   ( ) 2 salários mínimos ( ) 3 salários mínimos
   ( ) mais de 3 salários mínimos

6. NÚMERO DE PESSOAS NA FAMÍLIA
   ( ) 2 Pessoas ( ) 3 Pessoas ( ) 4 Pessoas ( ) 5 Pessoas
   ( ) Mais de 5 pessoas ( ) Mora sozinha

7. TIPO DE HABITAÇÃO
   ( ) Alvenaria ( ) Madeira ( ) Outros

8. GESTA _____ PARA _____ ABORTO _____
   TIPO DE ABORTO _____

PLANEJAMENTO FAMILIAR

1. O QUE É PLANEJAMENTO FAMILIAR PARA VOCÊ?
_____
_____
_____

2. VOCÊ UTILIZA O PLANEJAMENTO FAMILIAR?
_____

3.VOCÊ ACHA IMPORTANTE PARTICIPAR DA REUNIÃO DE PLANEJAMENTO FAMILIAR DESTA UNIDADE DE SAÚDE.

( ) Sim ( ) Não ( ) Outros

4. QUANTAS REUNIÕES VOCÊ JÁ PARTICIPOU DO PLANEJAMENTO FAMILIAR?
( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ou mais ( ) nenhuma

5. QUAIS OS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS QUE VOCÊ CONHECE?
( ) DIU ( ) Camisinha feminina ( ) Camisinha masculina ( ) Tabelinha ( ) Diafragma
( ) Hormonal oral ( ) Hormonal injetável ( ) Coito interrompido ( ) Outros
6. QUAL VOCÊ UTILIZA E POR QUE VOCÊ UTILIZA?
   ( ) PÍLULA ( ) TABELA ( ) CONDON
   ( ) DIAFRÁGMA ( ) DIU ( ) MUCO CERVICAL

( ) TEMPERATURA BASAL ( ) INJETAVEL ( ) OUTROS

7. QUEM INDICOU ESTE MÉTODO CONTRACEPTIVO?
( ) parentes ( ) amigos ( ) médico ( ) enfermeira
( ) livre escolha ( ) propaganda ( ) farmacêutico

8. TERIA PLANEJADO O Nº DE FILHOS SE CONHECESSE O PLANEJAMENTO FAMILIAR?
( ) sim ( ) não

9. JÁ FICOU GRÁVIDA DURANTE O USO DE ALGUM MÉTODO CONTRACEPTIVO?
( ) sim ( ) não

Justifique.....

10. VOCÊ ACHA QUE A MULHER QUE TEM MUITOS FILHOS TEM A SAÚDE PREJUDICADA
( ) sim ( ) não Por que:.....

11. VOCÊ ACHA QUE DEVE HAVER PARTICIPAÇÃO DO PARCEIRO NA ESCOLHA DO MÉTODO CONTRACEPTIVO
( ) sim ( ) não Por que:.....

12. JÁ UTILIZAVA CONTRACEPTIVO ANTES DE ENTRAR NO PLANEJAMENTO FAMILIAR?
( ) sim ( ) não Por que:.....

13. QUEM INDICOU O PLANEJAMENTO FAMILIAR?
( ) amigos ( ) familiares ( ) profissionais de saúde ( ) outros

14. QUAL O PROFISISONAL QUE LHE ATENDEU NO PLANEJAMENTO FAMILIAR?
( ) enfermeiro ( ) médico ( ) outros

15. VOCE ACEITA SUA GRAVIDEZ ATUAL?
( ) sim ( ) não

16. SUA GRAVIDEZ FOI PLANEJADA?
( ) sim ( ) não

Livros Grátis

(http://www.livrosgratis.com.br)

Milhares de Livros para Download:

Baixar livros de Administração
Baixar livros de Agronomia
Baixar livros de Arquitetura
Baixar livros de Artes
Baixar livros de Astronomia
Baixar livros de Biologia Geral
Baixar livros de Ciência da Computação
Baixar livros de Ciência da Informação
Baixar livros de Ciência Política
Baixar livros de Ciências da Saúde
Baixar livros de Comunicação
Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE
Baixar livros de Defesa civil
Baixar livros de Direito
Baixar livros de Direitos humanos
Baixar livros de Economia
Baixar livros de Economia Doméstica
Baixar livros de Educação
Baixar livros de Educação - Trânsito
Baixar livros de Educação Física
Baixar livros de Engenharia Aeroespacial
Baixar livros de Farmácia
Baixar livros de Filosofia
Baixar livros de Física
Baixar livros de Geociências
Baixar livros de Geografia
Baixar livros de História
Baixar livros de Línguas

Baixar livros de Literatura
Baixar livros de Literatura de Cordel
Baixar livros de Literatura Infantil
Baixar livros de Matemática
Baixar livros de Medicina
Baixar livros de Medicina Veterinária
Baixar livros de Meio Ambiente
Baixar livros de Meteorologia
Baixar Monografias e TCC
Baixar livros Multidisciplinar
Baixar livros de Música
Baixar livros de Psicologia
Baixar livros de Química
Baixar livros de Saúde Coletiva
Baixar livros de Serviço Social
Baixar livros de Sociologia
Baixar livros de Teologia
Baixar livros de Trabalho
Baixar livros de Turismo