

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**


**COMPARTILHANDO, ATRAVÉS DO
CUIDADO EM ENFERMAGEM,
O SABER EM PLANEJAMENTO FAMILIAR,
BUSCANDO A PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO EM SAÚDE,
AOS INDIVÍDUOS EM IDADE FÉRTIL**

DANIELLE BOING BERNARDES

FLORIANÓPOLIS, JULHO DE 1999.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**COMPARTILHANDO, ATRAVÉS DO CUIDADO EM ENFERMAGEM,
O SABER EM PLANEJAMENTO FAMILIAR,
BUSCANDO A PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO EM SAÚDE,
AOS INDIVÍDUOS EM IDADE FÉRTIL**

N.Cham. TCC UFSC ENF 0310
Autor: Bernardes, Daniell
Título: Compartilhando, através do cuida

972491852 Ac. 241509
Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

Projeto e relatório do trabalho de conclusão
do curso de graduação em Enfermagem
apresentado à Banca examinadora:

Andyara M. F. Boso
Maria de Fátima M. Zampieri
Olga Regina Zigelli Garcia
Silvana Maria Pereira

ORIENTADORA: MARIA DE FÁTIMA M. ZAMPIERI

SUPERVISORAS: ANDYARA M. F. M. BOSO

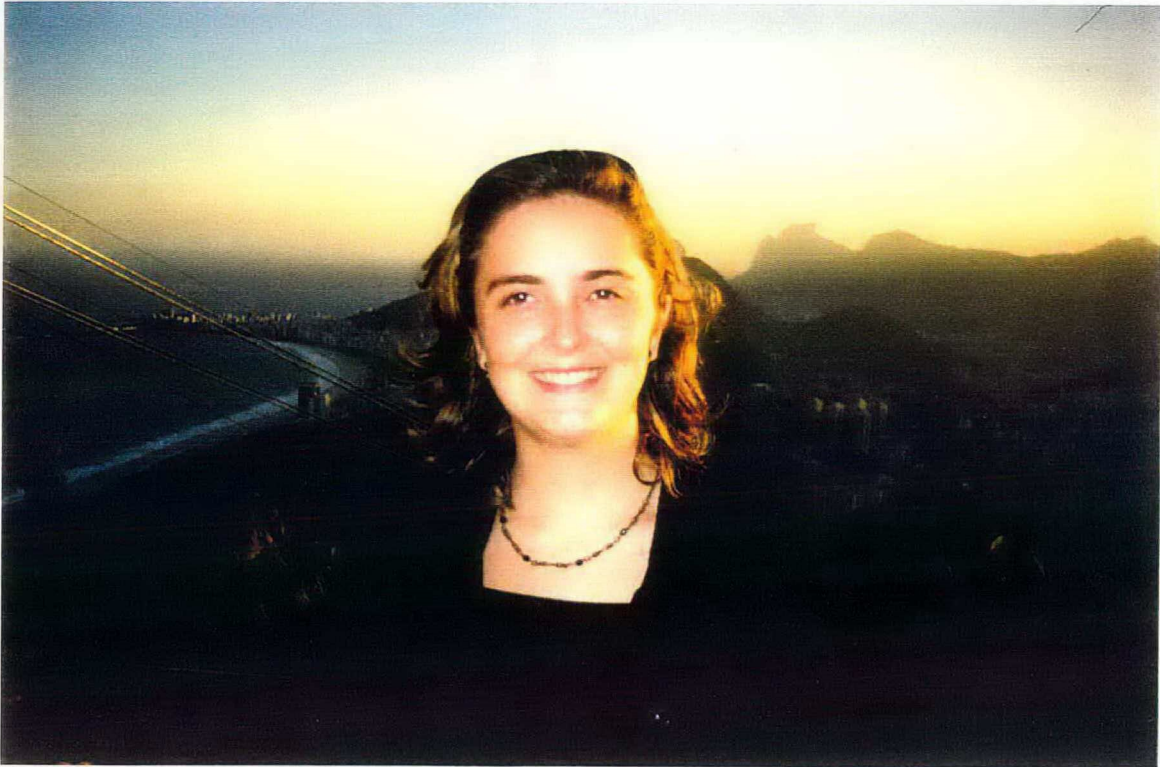
SILVANA MARIA PEREIRA

**CCSM
TCC
UFSC
ENF
0310
Ex.1**

FLORIANÓPOLIS, JULHO DE 1999.

A LUZ QUE SOMOS...
BUSQUEMOS UMA NOVA CHANCE...
JÁ COMEÇAREMOS BEM!
DISPOMOS DE UMA BAGAGEM SIGNIFICATIVA DE
EXPERIÊNCIAS, CONHECIMENTOS E DESCOBERTAS
DÚVIDAS, ERROS E CERTEZAS
MEDOS, ALEGRIAS E TRISTEZAS
VÍNCULOS, PERDAS E ESPERANÇAS
SONHOS E UTOPIAS.
É TEMPO DE AQUIETAR-NOS, NOS APROPRIARMOS DESSA RIQUEZA
(18 ANOS NÃO SÃO 18 DIAS)
E APROVEITARMOS O QUE JÁ CONQUISTAMOS...
A LUZ QUE SOMOS!!!
PARAR E PENSAR
CONCEBER, DECIDIR E AGIR
IRRADIAR E ILUMINAR.
ATENTOS E ABERTOS
A CORRIGIR, ALTERAR E APERFEIÇOAR...
ESCOLHENDO, OPTANDO E DEFININDO
O MEU PROJETO DE VIDA
A PARTIR DE
SENTIMENTOS, VALORES E CRENÇAS
PRINCÍPIOS, DIRETRIZES E METAS
QUE ACREDITO, DEFENDO E ANUNCIO A CADA DIA
VIVENDO E PARTILHANDO INTENSAMENTE CADA MOMENTO
SENTINDO A SATISFAÇÃO E ALEGRIA
DE TER BUSCADO, LUTADO E ME SUPERADO
E PODER DIVIDIR COM MEUS COMPANHEIROS
A LUZ QUE REACENDE EM MIM...

ANNA CAROLINA DALTRO SAMPAIO



AGRADECIMENTOS

Mais uma etapa em minha vida foi finalizada. Para chegar até aqui, a caminhada foi extensa, cansativa, exaustiva, porém o resultado mostrou que valeu a pena esta trajetória. Durante toda a prática assistencial conheci pessoas que me impulsionaram a não desistir, que me estimularam a caminhar sempre para frente, não desviando ou parando no caminho. Tive ao meu lado aqueles que me estenderam a mão e dividiram comigo o peso das dúvidas, angústias e incertezas. Encontrei aqueles que simplesmente me olharam e sorriram, cujos gestos serviram de luzes para a minha caminhada. Por isto estou aqui, pois chegou a hora de agradecer. Agradecer a todos que de uma maneira ou de outra contribuíram para que eu chegasse até aqui. Agradeço especialmente:

- ❖ À Deus, pelo dom da vida e pelos sopros de coragem que me impulsionaram a seguir essa caminhada na busca de mais uma conquista;
- ❖ Aos meus pais, por terem acreditado em mim e por muitas vezes renunciarem ao seus próprios sonhos, para que eu pudesse realizar os meus, por terem me dado vida e me ensinado a viver com dignidade. Muito obrigado. Amo vocês;
- ❖ Ao meu irmão, pela paciência, companheirismo e compreensão nos momentos mais difíceis na realização deste trabalho. Te amo;
- ❖ Aos amigos e companheiros, pelo estímulo apoio e demonstrações de carinho;
- ❖ À minha professora, orientadora, Maria de Fátima, obrigado por acreditar em mim e estimular-me nesta caminhada. Sem sua ajuda, muitas etapas não seriam vencidas;
- ❖ As enfermeiras Andyara e Silvana, minhas supervisoras, por serem tão imprescindíveis nesta caminhada. Obrigado pela amizade.
- ❖ Aos funcionários da Policlínica e do Hospital Universitário, que direta e indiretamente auxiliaram-me e proporcionaram condições para a implantação do trabalho na prática;
- ❖ As assistentes sociais Maria das Graças e Viviane do Hospital Universitário pela colaboração e dedicação quanto a minha passagem pelo HU;
- ❖ Aos clientes que participaram comigo deste momento, desta trajetória, sendo as pessoas essenciais na realização deste trabalho;

RESUMO

Trata-se do relatório final do Projeto Assistencial, realizado no período 03/05/99 a 06/07/99, no Programa de Planejamento Familiar da Policlínica de Referência Regional I e do Hospital Universitário, em Florianópolis. Requisito obrigatório da 8ª Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Teve como objetivo principal prestar cuidado de enfermagem aos indivíduos que procuram o serviço de planejamento familiar, em nível ambulatorial, com base na teoria de Dorothea Orem, auxiliando-os no desenvolvimento de seus potenciais, poder de decisão e capacidade para o auto-cuidado, propiciando tornarem-se sujeitos ativos no processo reprodutivo. Foram realizadas consultas de enfermagem com casais e mulheres, ações educativas com grupos e indivíduos em consultórios, sala de espera, escolas de 1º e 2º grau, comunidade, utilizando como estratégias a execução de palestras, oficinas e orientações individuais, englobando as diversas faixas etárias. Na Policlínica foram atendidos 26 indivíduos, dos quais 50% eram mulheres, 85% católicos, 73,1% tinham 1º grau, 92,3% eram casados. No Hospital Universitário a atenção ao planejamento familiar englobou puérperas, candidatos à cirurgia irreversível. Os métodos nos dois locais foram a pílula, seguido de camisinha. Buscou-se compartilhar experiências e conhecimentos propiciando maior autonomia ao casal ou mulher para decidir sobre o planejamento de seus filhos, regular sua fertilidade, exercer sua sexualidade livre e responsabilmente, ou fazer tratamento no caso de infertilidade ou esterilidade. Elaborou-se para facilitar a dinamicidade de ações educativas, folders e álbum seriado. O presente trabalho reforçou a importância das ações preventivas nos programas de planejamento familiar. A necessidade de desenvolver práticas educativas em todas as faixas etárias, direcionadas para o auto-cuidado, tanto em nível individual como coletivo, ressaltou que existe espaço para a enfermagem atuar junto a esta clientela.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. OBJETIVOS.....	18
2.1. Objetivo geral.....	18
2.2. Objetivos específico.....	18
3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	20
3.1. Conceituando Planejamento Familiar e Controle de Natalidade.....	20
3.1.1. Planejamento Familiar.....	20
3.1.2. Controle de Natalidade.....	21
3.2. Abordagens.....	22
3.3. O papel da mulher no que se refere ao Planejamento Familiar.....	23
3.4. Histórico do Planejamento Familiar.....	24
3.4.1. No mundo.....	24
3.4.2. Na Igreja.....	28
3.4.3. No Brasil.....	30
3.5. Educação em saúde.....	35
3.6. Legislação.....	36
3.7. Infertilidade.....	38
3.8. Ciclo menstrual e gravidez.....	39
3.9. Métodos contraceptivos.....	40
3.9.1. Métodos reversíveis.....	42
3.9.1.1. Métodos naturais.....	42
3.9.1.2. Métodos comportamentais.....	44
3.9.1.3. Métodos de barreira.....	55
3.9.1.4. Método mecânico.....	68
3.9.1.5. Métodos hormonais.....	74
3.9.2. Métodos irreversíveis.....	82
3.9.2.1. Esterilização feminina e masculina.....	82
3.10. Anatomia e fisiologia dos genitais feminino e masculino.....	91

3.10.1. Anatomia e fisiologia dos genitais feminino.....	91
3.10.2. Anatomia e fisiologia dos genitais masculino.....	91
4. MARCO CONCEITUAL.....	94
4.1. Pressupostos da teoria do Auto-cuidado de Orem.....	95
4.2. Pressupostos pessoais.....	96
4.3. Principais conceitos da teoria.....	97
4.3.1. Ser humano.....	97
4.3.2. Auto-cuidado.....	99
4.3.3. Demanda terapêutica de Auto-cuidado.....	101
4.3.4. Competência do indivíduo para o Auto-cuidado.....	101
4.3.5. Competência ou poder da enfermagem para atingir o Auto-cuidado.....	103
4.3.6. Sociedade.....	104
4.3.7. Educação.....	105
4.3.8. Saúde.....	106
4.3.9. Enfermagem.....	107
5. PROCESSO DE ENFERMAGEM SEGUNDO OREM.....	110
5.1. Etapas do processo de enfermagem.....	111
6. METODOLOGIA.....	113
6.1. Local de estágio.....	113
6.1.1. Hospital Universitário.....	113
6.1.2. Policlínica de Referência Regional.....	115
6.2. População alvo.....	119
6.3. Planejamento.....	119
7. CRONOGRAMA.....	125
8. APRESENTAÇÃO, DISCUSSÃO E AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS.....	128
9. CONCLUSÃO.....	178

10. BIBLIOGRAFIA.....	181
11. ANEXOS.....	186
9.1. Anexo 1.....	187
9.2. Anexo 2.....	191
9.3. Anexo 3.....	192
9.4. Anexo 4.....	193
9.5. Anexo 5.....	194
12. PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O RELATÓRIO.....	195

1. INTRODUÇÃO

*A cada dia... cada momento... sempre...
Vivemos situações/experiências de satisfação/insatisfação...
Aprendemos...crescemos...amadurecemos...
Vale aprender... se desenvolver...descobrir-se capaz...
(autor desconhecido)*

Cada ano morrem mais de 585.000 mulheres por complicações relacionadas com a gravidez, o parto e os abortos arriscados. Sendo que 99% destas mortes acontecem em países em desenvolvimento. As mulheres com problemas de saúde e as que se encontram no começo ou no fim de sua vida fértil são aquelas que tem maior probabilidade de risco a sua saúde. As gravidezes não planejadas e não desejadas podem elevar o risco de saúde. Cerca de 50 milhões de abortos acontecem a cada ano. As condições como são feitos são arriscadas e dão lugar a um mínimo de 75.000 mortes. Ajudar essas mulheres e seus parceiros a fazer o uso do planejamento familiar para evitar uma gravidez que pode arriscar sua saúde, assim como evitar a gravidez não planejada e a não desejada, pode reduzir cerca de 25% de todas as mortes maternas. O planejamento familiar também pode prevenir mortes infantis. As crianças em países pobres que perdem suas mães correm maior risco de morte. Geralmente um filho que nasce com uma separação de menos de dois anos de diferença do irmão anterior tem o dobro de probabilidade de morrer, que um filho que nasce pelo menos com dois anos de separação. Neste sentido, se os nascimentos fossem espaçados pelo menos dois anos um do outro poderia se evitar uma média de 25% da mortalidade materna nos países em desenvolvimento (Miller, 1998).

Existe uma grande demanda insatisfeita com o planejamento familiar em todo o mundo. Calcula-se que mais de 120 milhões de mulheres casadas nos países em desenvolvimento, querem limitar suas gravidezes ou obter maior espaçamento entre elas, porém não estão utilizando anticoncepcionais. Também existe milhões de parceiros que necessitam métodos mais eficazes ou apropriados. Os adolescentes, casados ou

solteiros, tem dificuldades de obter serviços de planejamento familiar, porém é menos provável que utilizem métodos anticoncepcionais que as mulheres da mesma idade. Em nível internacional, as mulheres dizem que não utilizam planejamento familiar por seus efeitos secundários em razão das repercussões para a sua saúde, por não dispor de suficiente informação sobre os diversos métodos e por não ter acesso a métodos que gostaria de usar. Algumas mulheres não vão a clínicas, ou não retornam a elas devido a longa espera no atendimento. Também existem barreiras socioculturais, como a falta de aprovação do marido, o limitado poder de decisão da mulher e a pressão familiar para ter mais filhos, que são as causas ou obstáculos para que a mulher use o planejamento familiar. Uma melhora na relação entre clientes e provedores de serviços, uma redução nos tempos de espera e oferecimento de explicações claras sobre o uso, os efeitos secundários, a segurança e a eficácia dos anticoncepcionais, pode combater estas barreiras e ajudar as mulheres a tomarem suas decisões (Miller, 1998).

O exercício do planejamento familiar implica num rompimento de valores sociais e educativos já construídos, que estabelecem os papéis sexuais. Romper com a idéia ainda existente de que só o homem pode exercer sua sexualidade e é responsável por sua família, e a mulher não tem este direito, devendo ser submissa, dependente, valorizada por sua ignorância, vergonha, pudor, passividade, sendo educada apenas para ser mãe (Miller, 1998).

O planejamento familiar é um programa de grande relevância para a sociedade, uma vez que através dele a população pode adquirir maior autonomia para decidir sobre o planejamento de seus filhos, regular sua fertilidade, exercer sua sexualidade livre e responsabilmente, além de desenvolver ações no caso de esterilidade e infertilidade. O planejamento familiar é um termo que envolve grande discussão e controvérsias, é envolto por tabus e mitos. É ainda pouco abordado pela enfermagem, sendo necessário aprofundá-lo para desmistificá-lo e ampliar suas atividades. Na rede pública e privada não existe uma uniformidade de ações, quando tratamos deste serviço, sendo importante conhecermos estas diferenças e compartilharmos com a clientela.

Para desmistificarmos o planejamento familiar, é importante que saibamos o que esse programa realmente significa. Respondida essa pergunta, devemos questionar a clientela que comparece e utiliza este serviço, para que consciente de seus direitos possa usufruir de maneira correta e igualitária. O desconhecimento das ações estabelecidas

pelo programa de planejamento familiar é um dos grandes motivos, pela qual a população não participa ou não tem acesso a esses serviços.

Diariamente em nossa sociedade a população, é destituída de seus direitos, principalmente aqueles ligados a saúde, não tendo a mínima assistência para suprir suas necessidades apesar da constituição garantir este direito e determinar que cabe ao Estado esta responsabilidade. De forma similar a assistência ao planejamento familiar é negligenciada.

Zampieri (1998) reforça que cabem aos profissionais de saúde lutarem, em conjunto com as mulheres, para que se cumpra a política de atenção a saúde, proposta pelo Ministério de Saúde, a qual estabelece um programa de assistência integral a saúde da mulher, que prevê dentre suas ações a realização de atividades educativas que ampliam os conhecimentos das mulheres sobre seu corpo, exercício de sexualidade e regulação da fertilidade, bem como sobre os riscos decorrentes dos abortos provocados, tornando-as sujeitas de sua saúde reprodutiva e de sua vida. Contempla ainda, a assistência ginecológica que inclui a assistência ao planejamento familiar. Estabelece ainda, segundo Brasil (1996), que compete aos serviços de planejamento familiar a assistência, tanto as pessoas que desejam a anticoncepção como aquelas que desejam ter filhos. Além disso, no sentido de maior efetividade da ação, estes serviços devem indicar e/ou fornecer todos os métodos anticoncepcionais disponíveis no Brasil, amparados por normas éticas e legais (Brasil, 1996).

Pinto (1993), ressalta, que o Planejamento familiar é uma ação social, incluindo os componentes de informação, educação e assistência na reprodução. Segundo ele, é preciso que os serviços de educação e assistência em reprodução, sejam integrados com programas de promoção social e que encontrem canais efetivos de acordo com a população carente. O planejamento familiar na sua concepção busca a plenitude da vida humana e isto não se consegue unicamente com a prática de anticoncepção. É preciso ter em mente que nenhuma ação social cumpre integralmente seus objetivos se não conscientizar sua população-alvo, se não fortalecer a família e a comunidade, se não facilitar a integração comunitária, e se não oferecer aos casais as informações e os meios de exercitar sua faculdade reprodutiva segundo suas próprias decisões. Segundo Oliveira, citada por Zampieri (1998), as dificuldades para as mulheres conseguirem regular adequadamente sua fertilidade não se limitam apenas aos problemas de acesso aos serviços, a informações e aos meios. A falta de um saber sobre seu corpo e seus

desejos trazem dificuldades crescentes para que realize uma eleição adequada e suficientemente clara entre os diferentes métodos contraceptivos. A maioria das mulheres não conhecem as vantagens dos tipos de métodos e os próprios médicos estão, em geral, inadequadamente preparados para o crescente papel no planejamento familiar. Acredito que a enfermagem tem um papel decisivo para esclarecer a população em relação a estas questões, tem a responsabilidade de ampliar conhecimentos sobre o planejamento familiar, realizando novas práticas educativas e propondo novos estudos.

Meu interesse em assistir mulheres e homens nas questões relativas ao planejamento familiar adveio, principalmente, do fato de acreditar que as ações de prevenção e promoção à saúde são primordiais para que a população viva de forma saudável. Durante a minha vida acadêmica pude observar que a assistência desenvolvida na prática sempre esteve mais direcionada para os aspectos curativos em detrimento dos aspectos preventivos, principalmente aqueles relativos a educação, preconizados pelo SUS. Isto reforçou o meu desejo de desenvolver um trabalho que contemplasse a atenção primária de saúde. Além disso, durante os anos de universidade percebi que meus anseios inclinavam-me para a saúde reprodutiva da mulher em especial para o planejamento familiar. Concomitantemente a isso, durante este tempo aprendi muito no que refere as relações interpessoais, que acredito, poderão auxiliar-me no compartilhamento de experiências e conhecimentos acadêmicos e pessoais, contribuindo assim, para tornar as pessoas mais saudáveis e conscientes de seus direitos.

As ações desenvolvidas nos serviços de planejamento familiar sempre foram alvo de meu interesse em virtude da importância repercussão destas ações para o desenvolvimento pessoal e social de homens e mulheres e da sociedade como um todo. O planejamento familiar é um direito estabelecido pela constituição, cabendo ao Estado assegurá-lo e oferecer recursos materiais e financeiros para que possa ser viabilizado, tocando a população reivindicá-lo e fazê-lo acontecer, lutando de forma conjunta, com os profissionais e autoridades.

No entanto, observamos que a população apesar de necessitar deste acompanhamento, quase sempre, não tem acesso ao mesmo e o desconhece. Como enfermeiros ou estudantes de enfermagem, podemos servir de mediadores, facilitadores na orientação da população e na conscientização do indivíduo em idade reprodutiva, para que este possa exercer de forma efetiva este direito.

Podemos instrumentalizar a clientela auxiliando-a livre e responsável no exercício de sua sexualidade e fertilidade para que possa decidir se deseja ou não uma gravidez, definir quando tê-la, estabelecer o espaçamento entre as gestações e realizar tratamento para engravidar, quando necessário. Além disso podemos despertá-lo para reivindicar o direito que tem a uma assistência especializada e a recursos materiais e educacionais que favoreçam a sua tomada de decisão.

Além destes motivos que foram citados anteriormente, reforço outros fatores que estimularam a trabalhar com as ações de planejamento familiar, entre eles o uso indiscriminado de laqueadura e cesárea, decorrentes da falta de ações efetivas de planejamento familiar, o aborto, a gravidez na adolescência e as taxas de mortalidade materna em virtude de complicações na gravidez

Um problema que atualmente toca a grande maioria da população e órgãos responsáveis pelos direitos humanos, seria a utilização indiscriminada da laqueadura para fins contraceptivos. Segundo Minella (1996), a literatura especializada em contracepção tem sido unânime em constatar o considerável avanço da prática da esterilização feminina nas últimas décadas no país, principalmente nos países em desenvolvimento, sendo um dos fatores responsáveis, pela drástica queda da fecundidade da população brasileira, observável a partir de 1970. De acordo com a PNDS (1996), cerca 27,3% de 12.612 mulheres que usaram alguma vez, métodos contraceptivos, segundo o tipo de método, fizeram uso da esterilização (laqueadura). Das 3.447 mulheres esterilizadas, 36,6% concentram-se na faixa etária de 25 aos 29 anos.

Normalmente, as mulheres optam pela laqueadura, em virtude da falta de informação sobre os métodos, mesmo que exista outras opções e que alguns destes sejam fornecidos gratuitamente. A esterilização feminina ou laqueadura segundo Scavone (1994) e Barros (1997), tornou-se o método mais comumente usado no planejamento familiar, no Brasil. A esterilização suplantou a pílula anticoncepcional como contraceptivo. Nos países desenvolvidos, apenas 7,6 das mulheres usam esse recurso definitivo.

De acordo com Barros (1997), a esterilização feminina já era o principal método contraceptivo usado pelas brasileiras sexualmente ativas antes da aprovação da nova lei. Doze milhões de mulheres, contrapondo-se ao Código Penal, já submeteram a laqueadura de trompas. O que podemos observar é que mulheres em sua fase

reprodutiva, estão evitando uma gravidez futura, utilizando um método irreversível, a laqueadura. Esta prática está sendo aplicada indiscriminadamente como método contraceptivo, sem que as mesmas tenham consciência deste ato no futuro. Elas se esterilizam em massa. Quatro em cada dez mulheres em idade reprodutiva e com atividade sexual tem as trompas ligadas.

Vale ressaltar, que estou falando aqui, não de mulheres que necessitem realizar a laqueadura por motivos de saúde ou por indicações médicas, mas sim, de mulheres, que no seu auge de reprodução estão optando por um método contraceptivo irreversível. Isto porque desconhecem outros métodos mais eficazes, seguros, inócuos e de baixo custo para planejarem sua prole.

Outro fator importante, que levanto aqui para justificar a realização deste trabalho, é o que diz respeito a cesariana que caminha juntamente com a laqueadura. Está prática já vem sendo desenvolvida no país, sem que nenhuma providência fosse tomada. A laqueadura ainda é uma das razões pela qual o Brasil é o campeão mundial de nascimentos cirúrgicos, 30% dos partos realizados nos estados do Sul e 70% dos partos realizados nos estados do Norte e Nordeste são cesarianas, o que gera grandes riscos a população feminina. Podemos relatar que dentre estes riscos, o maior que pode ser gerado a partir desta prática seria mortalidade materna.

Segundo a OMS e o Fundo de Nações Unidas para a infância, cerca de meio milhão de mulheres morrem por causa das mortes maternas, sendo que 95% ocorrem nos países em desenvolvimento. Neme e Neme (1996) ressalta que o número de óbitos decorrentes ao parto transversal é três vezes menor que o índice de parto cesáreo. Segundo Zampieri (1998), a mortalidade materna constitui-se um dos problemas prioritários de saúde pública, afetando diretamente as mulheres. A referida autora diz que grande parte destas mortes poderiam ser evitadas mediante a adoção de medidas relativamente simples, como ao acesso aos serviços de saúde. Justificando este fato, Yunes e Mora, citada por Zampieri (1998), relatam que as mortes por aborto e complicações da gravidez continuam figurando entre as dez primeiras causas de morte de mulheres em idade fértil, e que os fatores relacionados a esta problemática dizem respeito a qualidade de atenção de saúde prestada às mulheres. O espaçamento reduzido entre uma gravidez e outra, o grande número de gestações, a gravidez na adolescência, a não aceitação da gravidez, são fatores que contribuem para aumentar os índices de mortalidade materno-infantil. Ações de planejamento familiar minimizariam este

quadro. De acordo com Miller (1998), o perigo de morte por causas relacionadas com o aborto e o parto nos países em desenvolvimento são de 480 mortes maternas para cada 100.000 filhos nascidos vivos. A gravidez não desejada ou não planejada é a maior responsável pelo aborto provocado e suas complicações, podendo ser solucionada, mediante o auxílio de informações corretas e serviços de planejamento familiar eficientes (Cecatti, Sorrentino, Canella, Araújo apud Zampieri, 1998).

No Brasil, Segundo Zampieri (1998), o aborto representa a 4^a causa de morte materna, superado apenas pela hipertensão arterial, hemorragia e infecção. Esta situação se torna mais evidente entre os adolescentes. Percebemos que a cada ano no Brasil, 560 mulheres jovens entre os 15 e 19 anos dão a luz a um filho. Supõe-se que 65% das gravidezes não tem sido planejadas e muitas delas, não são desejadas. Isto se reforça quando se considera o número de abortos induzidos que se estimam para este grupo etário. Calcula-se que ocorre um aborto para cada 4,3 nascimentos vivos entre este grupo de jovens, de onde surge uma cifra de 130.000 abortos induzidos em uma prática que é ilegal no Brasil. Isso daria lugar a um número total de gravidezes de cerca de 700.000 ao ano em meninas de entre 15 e 19 anos (Miller, 1998).

Cavalcanti (1989) relata que de acordo com o Encontro Nacional sobre Saúde Materno Infantil e Planejamento Familiar, que cada cinco mulheres jovens na faixa etária de 15 a 19 anos tem um filho. As taxas de gravidezes são mais altas nas regiões do norte do país, particularmente entre as adolescentes das classes mais pobres e com níveis de educação mais baixos. Isso provavelmente não deve surpreender, dada a relação histórica entre fecundação e educação. Investigações recentes tem mostrado que 1970, 75 de cada mil mulheres entre 15 e 19 anos de idade, haviam dado a luz, já em 1986 a taxa havia aumentado para 81. Um estudo difundido pela Associação Brasileira de Estudos de Planejamento Familiar (ABEPPF) mostra uma tendência similar. Em 1970 a proporção de mães de 15 a 19 anos era de 6,46%; aumentado em 1980 para 9,15%, e em 1984 para 10,5%. Os dados anteriores nos dá a idéia do crescimento e magnitude do problema.

A alta incidência de experiências sexuais entre os adolescentes, junto com as elevadas cifras de gravidez não desejadas, parecia delatar uma considerável ignorância dos adolescentes a respeito dos anticoncepcionais. No entanto observou-se que 96% daqueles adolescentes que vive na zona urbana e dos 91% que vivem em áreas rurais, dizem possuir informações acerca de, pelo menos, um método anticonceptivo, a pílula.

E somente um entre todos não indicam de onde possam obter. Porém apesar de saber da anticoncepção e do acesso a ela, somente 15% dos jovens sexualmente ativos usam um método anticonceptivo durante sua primeira experiência sexual. (estas cifras aparecem um pouco mais altas nos estudos em Salvador: 23% para os homens e 19,3% para as mulheres). Este fato acontece, talvez porque os tem a visão fantasiosa de que com eles a gravidez não ocorrerá.

Não ligada especificamente a população, acredito que outro fator que reconheço estar me impulsionando para o desenvolvimento deste trabalho, está relacionado ao fato de perceber que grande parte dos profissionais não estão habilitados para assistenciar na prática do planejamento familiar. O que percebemos na prática, é que as instituições de saúde, muitas vezes, apresentam profissionais não capacitados para esta assistência integral. Sua reciclagem e treinamento periódico muitas vezes não é realizada, a utilização de materiais didáticos e outros recursos audiovisuais não são utilizados, além da falta dos métodos nas unidades, deixando assim os indivíduos sem a assistência adequada. Claro que este fato não é somente responsabilidade dos próprios profissionais, visto que o estado tem a responsabilidade de fornecer recursos materiais e capacitação para todos.

Em razão do exposto, resolvi desenvolver esta prática assistencial que visa prestar assistência aos indivíduos que procuram o serviço de planejamento familiar, em nível ambulatorial, tendo como campos de estágio, a Policlínica de Referência Regional e o Hospital Universitário. Para guiar as minhas ações na prática a teoria do auto-cuidado de Orem, buscando a partir da troca de informações e das orientações prestadas, auxiliar os indivíduos no desenvolvimento de seus potenciais e capacidades para superar seus déficits. A partir de conhecimentos adquiridos a clientela poderá decidir livremente sobre sua fertilidade e sexualidade e sobre o uso ou não dos métodos contraceptivos, observando aqueles que mais se adaptam, lhes confiem maior segurança e lhes trazem menor riscos. Sempre utilizando seus conhecimentos prévios e experiências de vida para fazê-lo de forma responsável.

Estou propondo este estudo que acredito, almejo e sonho, enfocando o planejamento familiar, envolvendo a participação de homens e mulheres, utilizando a educação em saúde. Tal trabalho busca o desenvolvimento pessoal da clientela, orientado para o auto-cuidado, tornando-a agente ativo do processo reprodutivo.

2. OBJETIVOS

*Quando há parceria não existe dominação.
As partes envolvidas em uma mesma situação
comungam suas habilidades e talentos para
criar uma meta compartilhada.
Caminhar juntos em direção a essa meta,
conscientes do processo que isso implica,
é a verdadeira parceria, na qual os opostos
descobrem que são absolutamente complementares".
(Autor desconhecido)*

2.1. OBJETIVO GERAL

Prestar cuidado de enfermagem aos indivíduos que procuram o serviço de planejamento familiar, em nível ambulatorial, com base na teoria de Dorothea Orem. Auxiliando-os no desenvolvimento de seus potenciais, poder de decisão e capacidade para o auto-cuidado, propiciando que tornem-se sujeitos ativos no processo reprodutivo.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.2.1. Estabelecer o perfil dos indivíduos que procuram o serviço de planejamento familiar, na Policlínica de Referência Regional I e Hospital Universitário;

2.2.2. Propor, orientar, aplicar e avaliar o processo de assistência de enfermagem, fundamentado na teoria do auto-cuidado proposto por Orem, aos indivíduos que buscam o serviço de planejamento familiar;

2.2.3. Avaliar a operacionalização do processo proposto, no serviço de planejamento familiar, trocando conhecimentos e experiências com a coordenadora responsável pelo programa;

2.2.4. Conhecer o contexto dos dois campos de estágio, nas quais será desenvolvida a prática do cuidado;

2.2.5. Avaliar periodicamente as atividades do estágio;

- 2.2.6. Realizar e participar de consultas de enfermagem e atendimentos, detectando os déficits de competência para o auto-cuidado no que se refere ao planejamento familiar;
- 2.2.7. Identificar o conhecimento prévio do indivíduo que busca os serviços de planejamento familiar acerca dos métodos contraceptivos;
- 2.2.8. Ampliar conhecimentos pessoais sobre o planejamento familiar;
- 2.2.9. Promover a integração dos profissionais responsáveis pelo programa;
- 2.2.10. Conhecer como se desenvolve o trabalho pela equipe e apresentar proposta;
- 2.2.11. Propor, estimular e avaliar atividades educativas com o cliente sobre o planejamento familiar;

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1. CONCEITUANDO PLANEJAMENTO FAMILIAR E CONTROLE DE NATALIDADE

Segundo Rodrigues citado por Coelho (1998), as instituições que oferecem o serviço de planejamento familiar fazem absoluta questão de traçar diferenças entre as duas terminologias, controle de natalidade e planejamento familiar, de acordo com as políticas de população definidas em cada país, reservando o termo controle de natalidade para rotular os programas oficiais que tem claramente metas demográficas, como os da China e da Índia. Enquanto isso, todos os programas que são conduzidos com o nome de planejamento familiar buscariam diminuir ou erradicar o aborto, visariam a prestação de assistência à maternidade e a democratização do uso de modernos métodos de contracepção.

Essas conceituações devem estar bem definidas em nossa sociedade, para que haja um controle dos serviços que o governo dispensará e está atualmente dispensando para a nossa população. Serve muitas vezes como base de reivindicações quando esta, confronta-se com questões políticas e demográficas.

Desta forma será que, atualmente, é possível afirmar que desenvolve-se uma política de planejamento familiar ou de controle de natalidade no Brasil?

3.1.1. PLANEJAMENTO FAMILIAR

“É o direito humano fundamental do ser humano de regular sua fecundidade e decidir livre e responsabilmente quanto ao desejo de ter ou não filhos, quando tê-los e espaçamento entre eles. Direito de exercer sua sexualidade plenamente e realizar tratamento para engravidar quando necessário. Direito de obter recursos materiais, instrução e orientação adequada à respeito. O planejamento familiar favorece o desenvolvimento pessoal e gera mudanças comportamentais, pessoais e sociais, propiciando igualdade de oportunidade a ambos os sexos” Zampieri (1999)

De acordo com a minha opinião, deveriam ser práticas assistenciais, operacionadas por instituições e órgãos responsáveis, em conjunto com a clientela que necessita e deseja tornar-se infértil por um determinado período ou definitivamente, com o objetivo de evitar uma gravidez indesejada, ou ao contrário, tê-la, caso seja desejo do casal. Podemos citar outras conceituações sobre Planejamento familiar:

“O planejamento familiar trata da opção livre e consciente da mulher ou do casal em relação ao número de filhos, quando tê-los e a escolha do melhor, método enquanto um conjunto de ações de regulação da fecundidade, que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole, pela mulher, pelo homem ou pelo casal, como ainda ter acesso aos métodos de concepção e contracepção aceitos, que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas” (Coelho, 1998, p.18).

Ainda, *“Planejamento familiar é a “atenção dirigida ao casal ou ao indivíduo que deseja planejar o nascimento de seus filhos, evitando uma gravidez ou corrigindo estados de infertilidade”* (Brasil, 1996, p.9).

De acordo com Canesqui planejamento familiar (1997, p.35)... *“é tido como liberdade, direito e responsabilidade dos indivíduos, suscitando o resguardo deste direito as ações neutras e não interconvencionistas de parte do Estado e mesmo dos agentes de saúde (...) Mais do que uma preocupação com a redução da população, o planejamento familiar volta-se para a qualidade da população e dos serviços que presta (...) Postura demográfica, liberal e antitotalitária muito mais centrada na igualdade de oportunidades e dos direitos individuais do que nas possibilidades que vão de encontro ao modo de realização do sistema capitalista numa formação social aos seus elementos supra-estruturais e as relações de força e poder na sociedade de classe”*.

“Planejamento familiar refere que o casal livremente decide quantos filhos quer ter e quando tê-los”, Vieira (1997).

3.1.2. CONTROLE DE NATALIDADE

“É o conjunto de medidas de emergência incluindo legislação e ações que o governo de um determinado país adota em detrimento a vontade do casal, para atingir metas democráticas consideradas como indispensáveis ao desenvolvimento sócio econômico” Zampieri (1998).

Analisando os conceitos abaixo, no que se refere a controle de natalidade, entendo que esta seja: uma política organizada e operacionalizada pelo Estado ou por Nações que desejam controlar as fertilizações e efeito do crescimento populacional, em decorrência de gravidezes futuras.

“É uma política governamental que têm como objetivo reduzir a densidade demográfica de uma região, decidida em nível governamental, imposta a toda a população, através de um conjunto de medidas que o governo adota com o objetivo de atingir metas demográficas, necessárias ao desenvolvimento econômico” (Coelho, 1998, p.19).

De acordo com Canesqui (1997)...o controle de natalidade fica particularizado como sendo a ação autoritária e impositiva do Estado, ferindo o livre arbítrio da população, preocupando-se com a redução da população, cujos exemplos gritantes ficam a encargo do fascismo alemão e italiano ou das políticas controlistas indiana e soviética.

3.2. ABORDAGENS

Almeida (1988) resume em sua Tese de Doutorado que, a falta de um plano nacional de planejamento familiar no Brasil fez com que os já deficientes serviços de saúde proporcionasse uma cobertura inadequada à população também neste setor. Apesar dos avanços científicos e tecnológicos, muitas mulheres não tem acesso aos serviços de Planejamento familiar e aos métodos contraceptivos, o que reforça as diferenças na exposição aos fatores predisponentes de risco nos diversos segmentos da população. A importância do planejamento familiar é cada dia mais reconhecida pelas sociedades. A medida que aumenta a consciência do custo econômico, social e ambiental da elevada fecundidade, cresce o entendimento de que os casais devem planejar efetivamente suas famílias.

O planejamento familiar, como política social e demográfica, incidente sobre as esferas da saúde, educação e promoção social, tem sido hoje no Brasil uma formulação estatal, segundo Canesqui (1997), no que se refere especificamente às instituições e aos agentes de saúde, e é no seio de suas práticas que esta proposta vai ganhando terreno, legitimando-se e expandindo-se no país, apesar das controvérsias e ambigüidades que a acompanham.

O autor referido completa que,... *“quando os proponentes do planejamento familiar discutem as razões médico-sociais da necessidade de implantar e estender através da rede estatal estes serviços, num uníssono, lançam mão de um argumento que distingue o controle da natalidade do planejamento familiar, o que vale ressaltar, que não raro esta distinção tem convencido os desavisados. Tal distinção faz-se de forma técnica, ética e abstrata tentando delimitar deveres e direitos dos indivíduos, dos agentes de saúde e do estado, destituindo do planejamento familiar do caráter econômico, político e ideológico que esta discussão implica, e que traz subjacente uma postura conservadora e quando muito liberal, no entanto estabelece que ao homem e a mulher; a ambos cabem a prestação de informação e aconselhamento, mantendo-se o respeito pela liberdade de decisão”* (Canesqui, 1997, p. 35).

Em outra perspectiva, a declaração de Beijing (declaração aprovada na 4ª Conferência Mundial sobre a Mulher, em Beijing), publicada no Jornal Folha de São Paulo de 16.9.95, afirma o reconhecimento explícito e a reafirmação do direito de todas as mulheres de controlar todos os aspectos de sua saúde, especialmente sua própria fecundidade. São direitos básicos para a potencialização de seu papel, para garantir a igualdade de acesso e a igualdade de tratamento de homens e mulheres, à educação e ao atendimento de saúde e promover a saúde sexual e reprodutiva da mulher e sua educação.

3.3. O PAPEL DA MULHER NO QUE SE REFERE AO PLANEJAMENTO FAMILIAR

Góis (1991) relata que, com vagar, mas com muita luta, a mulher tem feito grandes progressos para sua libertação e o planejamento familiar é um direito essencial para o começo desta libertação. O acesso à informações sobre os meios que controlam a sua fecundidade é uma conquista básica da mulher que, apesar de pressões outras, não mais abrirá mão deste direito. Controlar seu corpo, sua sexualidade, o direito ou não de ter filhos, quais métodos anticoncepcionais deve ou não fazer uso é uma etapa já conquistada por algumas mulheres.

Sua condição pode-se medir em função do controle que ela tem sobre sua própria vida, seu bem estar físico, sua saúde mental e seu desenvolvimento no campo familiar. Ainda que, cada vez se dá mais ênfase ao enfoque da regulação da fecundidade

para facilitar a mulher como indivíduo no exercício de seus direitos, ao invés de manipulá-la e usá-la para conseguir amplos objetivos macroeconômicos. O exercício destes direitos humanos individuais na tomada de decisões sobre a concepção e a continuação ou não da gravidez devem andar em paralelo com a evolução de outros direitos da mulher em outros campos, como poder decidir buscar um emprego remunerado fora do lar, melhorar suas aptidões e conhecimentos e mostrar como poderá ser útil à sociedade e a economia de seu país.

3.4. HISTÓRICO DO PLANEJAMENTO FAMILIAR

"diferentes documentos bastante antigos, de várias regiões do mundo, comprovam a vontade que os homens sempre tiveram de evitar a gravidez indesejada" Kaufman (1989).

De acordo com Coelho (1998) as práticas utilizadas por homens e mulheres, durante suas vidas, remontam à antigüidade. Kaufman (1989) em seu manual mostra-nos a evolução histórica do Planejamento familiar no mundo e no Brasil, o que foi complementado por diversos autores. Descreve-se a seguir respectivamente no mundo, na igreja e no Brasil, segundo Kaufman (1989) e Coelho (1998).

3.4.1. NO MUNDO

Os métodos mais antigos, dos quais se tem conhecimento, eram poucos eficazes, e medidas muito severas eram tomadas quando ocorria uma gravidez não desejada, como por exemplo o aborto ou o abandono do recém-nascido. A anticoncepção primitivamente, era realizada baseando-se em superstições. Por outro lado, era desconhecido o papel do homem na reprodução. Como a gravidez relacionava-se ao ciclo menstrual, a mulher era considerada a única responsável por este acontecimento. Na ocorrência de gravidez indesejada, era sobre ela que recaíam as tentativas de interrupções da gestação, usando-se de orações, amuletos, infusões, etc... (Kaufman, 1989).

Himes citada por Coelho (1998), ressalta que para o povo Hebreu, a mulher durante o período menstrual era considerada impura. Desta forma, sete dias depois do início da menstruação, teria que ir ao templo para fazer sacrifícios e se purificar. Este

conceito deu origem, na cultura católica romana, à definição do método anticonceptivo do “ritmo menstrual”. Acreditavam, ainda, que se a mulher agitasse o corpo e realizasse movimentos bruscos após a relação sexual, o sêmen sairia, podendo assim, evitar a gravidez. A interrupção da gravidez, entre os hebreus, era praticada quando esta se constituía em perigo para a vida da mãe.

Kaufman (1989), revela ainda que data de 1850 A.C. uma receita com prescrição de cremes vaginais com finalidade anticonceptiva, denominado Kahum ou Petrie Papyrus. O Ebers Papyrus datado de 1550 A.C. descreve o que talvez tenha sido o primeiro tampão anticonceptivo. No antigo testamento da Bíblia é feita uma citação, Versículo 9, Capítulo 38 do Gênesis, sobre o coito interrompido. Complementando, Coelho (1998) afirma que Bíblia sagrada está descrita a mais simples e, talvez, a mais antiga de todas as práticas anticoncepcionais que é a do *coitus interruptus*, que está documentada no Velho Testamento em a História de Onã, 38:8-10 e Tamar.

No período clássico da Grécia, o controle da natalidade era um tema de ativa discussão entre os homens de ciência, como Platão, Aristóteles e os seguidores de Hipócrates. Segundo Himes apud Coelho (1998), o primeiro autor grego que tratou de técnicas anticonceptivas, foi Aristóteles, quando aconselhava cobrir o colo do útero e a vagina com um “ungüento oleoso” e utilizar, também, “uma bebida cujo efeito durava um ano”. A cultura grega geralmente dava pouca importância à contribuição das mulheres na reprodução; era tudo atribuído ao sêmen masculino do qual a mulher era somente receptora. Os gregos foram os primeiros a se interessar pelo controle do crescimento da população. Platão (427-347) já sugeria que a produção deveria ser controlada por leis do Estado, que o homem deveria ter filhos somente entre os 20 e 35 anos e a mulher entre os 20 e 40. Em caso de superpopulação, o controle se faria através do infanticídio e do aborto. A remoção dos testículos e dos ovários era outra prática contraceptiva adotada. Outra prática adotada era o homem ter duas mulheres, uma que ele realmente via e que servia para a procriação e outra, que a faziam estéril, para satisfação sexual.

Na primeira metade do século II, Sorano, o maior ginecologista da antiguidade, escreveu um tratado sobre a anticoncepção que permaneceu como o mais brilhante e originalmente escrito até o Século XIX. Distingue claramente métodos anticonceptivos dos abortivos, menciona indicações e contra-indicações para o aborto e descreve vários pessários oclusivos, tampões vaginais e vários ácidos de fruto como meio de evitar a

gravidez. Antes do século IX, as mulheres em Sumatra moldavam o ópio em forma de concha, inserindo-o na vagina. Na China e no Japão, as mulheres recobriam o colo do útero com papel de seda azeitado (misugami). As húngaras derretiam cera dando-lhe forma de disco de 5 a 10 cm que inseriam na vagina para evitar a gravidez (Kaufman, 1989)

Seguindo a autora supra citada, o primeiro trabalho sobre o uso de preservativo masculino foi publicado em 1564, preconizando seu uso para evitar a transmissão de doenças venéreas. O material utilizado era linho. Pouco tempo depois foram criados os preservativos feitos de intestino de animais. Porém, foi apenas no Século XVII que os envoltórios colocados no pênis receberam o nome de “condom”. A literatura diz que certos pesquisadores supõem que a palavra condom esteja relacionada com o nome do Dr. Condom, médico que ensinou ao rei Carlos II da Inglaterra os meios para diminuir o número de filhos ilegítimos. Contradizendo Kaufman (1989), Coelho (1998) em seu projeto de tese cita Gregerson, que fala que o “condom”, é um envoltório utilizado sobre o pênis, sua existência se evidenciou pela primeira vez no século XVI. Relata que sua invenção é discutível, sendo atribuída ao anatomista italiano Gabriel Fallopus (1523 e 1562), conhecido por sua descrição das trompas de Falópio, que descreveu (e alegou ter inventado) um envoltório de linho que se ajustava sobre a glândula, com a finalidade de evitar a disseminação da sífilis. A partir de então, o condom evoluiu tornando-se um método mecânico de contracepção. O condom foi o primeiro contraceptivo a ser produzido em escala industrial. Tanto ele como o diafragma se popularizaram tão logo se vulcanizou a borracha.

No Século XVIII, Casanova difundiu o uso do Condom. Além disso, ele aconselhava às mulheres a espremer meio limão na vagina, e introduzi-lo de forma que este recobrisse o colo uterino. O limão agiria como uma barreira mecânica e seu suco, que contém ácido cítrico, como espermicida (Kaufman, 1989).

Segundo SOS Corpo e Himes citados por Coelho (1998), nos séculos XVII e XVIII, o desenvolvimento da anticoncepção foi muito lento. Motivos políticos, morais e de conformismo fizeram com que se discutisse mais como assegurar a concepção do que a maneira de preveni-la. Assim, até o século XIX, as práticas usuais de regulação da fertilidade não foram tecnológicas, mas sim procedimentos comportamentais, ditos naturais, como interrupção do coito, amamentação, ritmo menstrual, abstinência sexual, ou ainda o emprego de produtos que serviam de barreira, as simpatias ou ritos de magia,

uso de chás ou beberagens, condução mecânica para eliminação do sêmen, aborto, homossexualidade, a utilização das mulheres de aluguel ou prostituição.

Durante o século XIX surgiu a produção, em série, de anticonceptivos dotados de certa eficácia, na perspectiva de reduzir o custo e da difusão em grande escala. A ducha vaginal que surgiu em 1832 era uma prática muito difundida, apesar de sua eficácia ser duvidosa. Já em 1850, o médico francês Avrard afirmava que o ciclo dividia-se em três fases: “menorrágica, gêneses, hipnótica” e que a concepção se dava somente durante a gênese, que durava 14 dias a partir do início da menstruação. Este fato não suscitou interesse no mundo da medicina, na época, (Himes apud Coelho, 1998).

É possível que os primeiros Dispositivos intra-uterinos (DIU) tenham sido pequenas pedras que os árabes e turcos inseriam no útero das fêmeas de camelos, a fim de protegê-las da prenhez durante as longas jornadas pelo deserto. No final do século XIX e no início do Século XX, surgem os antecessores dos DIU modernos. Eram pessários cervícos-uterinos em haste, feitos de diferentes materiais: marfim, madeira, vidro, ouro, prata, ébano, estanho, chumbo, platina cravejado de brilhantes. Tinham a forma de botões ou capuzes que cobriam a abertura do colo uterino e que se ligavam a uma haste que penetrava no canal cervical. Tenrei Ota, no Japão, em 1934, utilizava anéis, inicialmente de intestino de bicho da seda e, posteriormente, recobertos com metais flexíveis (ouro e prata), que eram introduzidos no útero para evitar a gravidez. No início da década de 60, com o surgimento de plásticos, biologicamente seguros, flexíveis e com memória, ocorre uma revolução na tecnologia dos DIU. Surgem em 1973, os primeiros DIU com cobre, aperfeiçoados por Jaime Zipper e Howard Tatum, (Kaufman, 1989).

Os espermaticidas foram comercializados somente em 1885, pelo farmacêutico W. J. Rendell, com a produção de um supositório de quinina e manteiga de côco, que teve muita aceitação na época, (Zancoto apud Coelho, 1998).

Segundo Coelho (1998), as práticas contraceptivas implementadas no século XIX foram intensificadas no século XX. A esterilização popularizou-se enquanto prática contraceptiva uma vez que, no início, era adotada somente por mulheres das classes alta e média, sendo estendida à população mais pobre. A primeira metade do século XX foi de intensa pesquisa por instituições internacionais em busca do contraceptivo ideal. No entanto, o que iria mudar radicalmente as práticas

contraceptivas ocorreria somente a partir dos anos 60, com a nova tecnologia, da pílula anticoncepcional. Descreve ainda que outra prática contraceptiva implantada neste século, principalmente na América Latina, mais precisamente no Brasil, foi a esterilização feminina (laqueadura de trompas). O mesmo não ocorreu com a esterilização masculina (vasectomia), que se manteve desconhecida até a década de 80.

Desde o final do século passado, segundo a autora supra-citada conhecia-se ou suspeitava-se do efeito inibidor da ovulação pelos hormônios ovarianos. Mas o uso prático desse conhecimento só ocorreu em 1934, quando foram isolados os hormônios que passaram a ser produzidos sinteticamente e a preços baixos na metade da década de 50. O desenvolvimento científico dos métodos anticonceptivos foi inicialmente lento, mas, recentemente e sem nenhuma dúvida, em resposta a um crescente interesse da população e à expansão dos recursos técnicos-científicos, o progresso tem sido veloz.

Coelho (1998), reforça ainda que a anticoncepção e suas práticas decorrem das crenças e dos valores da sociedade, bem como das políticas do Estado e não são exercidas por todas as mulheres e todos os homens de forma igualitária. Isto apesar do *“Planejamento familiar ser considerado como direito humano básico, declarado e reconhecido pela Organização das Nações Unidas (ONU), em 1968 (Coelho, 1998).*

3.4.2. NA IGREJA

A primeira afirmação clara sobre a proibição do controle de nascimento, no âmbito da vida conjugal, foi de Santo Agostinho (354-430), na sua obra intitulada: *“venenos da esterilidade”*, na qual aprova a técnica anticonceptiva da abstinência sexual, segundo Himes citado por Coelho (1998). Para Santo Agostinho, mesmo com a mulher legítima, o ato matrimonial era condenado ilícito e desonesto, quando se evitava a concepção da prole. Onã, filho de Judá, agia deste modo e por isso Deus o matou (Pio XI, 1951) (Coelho, 1998).

Segundo Kaufman (1989), historicamente a principal dificuldade para o desenvolvimento do Planejamento familiar está relacionada aos aspectos religiosos, especificamente os referentes à doutrina católica. Apesar do conhecimento que possuíam os médicos europeus na Idade Média sobre os métodos anticonceptivos, estes só eram prescritos em casos muito especiais. Nessa época, a Igreja Católica exercia um forte domínio sobre a sociedade europeia, controlando as Ciências e a Medicina. No

século XII, Tomas de Aquino condenou a prática da anticoncepção, considerando-a um vício contra a natureza. Este posicionamento se constituiu em parte integrante da doutrina católica. Em 1951 o Papa XII assumiu uma posição inovadora ao considerar como perfeitamente lícita a utilização do método Ogino-Knaus pelos casais católicos que desejassem a anticoncepção. Apesar disto, poucos católicos se julgam pecadores por planejarem suas famílias utilizando métodos diferentes dos naturais. No entanto, existem grupos ligados à Igreja Católica que continuam a exercer influência junto às lideranças político-institucionais ou ao nível da população, numa tentativa de impedir o desenvolvimento do Planejamento familiar. Não se pode deixar de considerar os tabus e preconceitos que interferem na utilização dos métodos anticonceptivos. Muitos dos temores e atitudes frente ao Planejamento familiar estão diretamente relacionados a uma desinformação ou mal informação acerca dos métodos contraceptivos. O movimento moderno de Planejamento familiar começou em épocas diferentes nos vários países do mundo, defrontando-se, sempre, com dispositivos legais contrários a sua divulgação e implantação.

A igreja, com a firme convicção de defender a vida humana em qualquer condição e ou estado de desenvolvimento que se encontre, condena como ofensa grave à dignidade humana e à justiça, as atividades de governos ou de autoridades públicas, em favor da contracepção e até da esterilização e do aborto provocado. Do mesmo modo, a igreja reprovava e considera como gravemente injusta, nas relações internacionais, a ajuda econômica concedida para a promoção dos povos, ser condicionada a programas de contracepção, esterilização e aborto provocado (João Paulo II apud Coelho, 1998).

A busca incessante da Igreja em garantir o direito das pessoas de optarem pelo seu Planejamento familiar, trouxe pontos importantes para a discussão, principalmente em relação ao direito do casal em decidir o número de filhos. No entanto, a radicalidade em reconhecer como único método anticonceptivo o considerado natural, faz com que seu discurso não encontre aderência na realidade vivida pelas mulheres (Coelho, 1989).

O caráter autoritário da Igreja, em relação a anticoncepção, fez com que grupos até mesmo da Igreja se posicionassem contrários, conforme notícia divulgada em boletim sobre a discussão dentro da Igreja acerca da regulação de nascimentos. Coelho (1998), em seu estudo, de acordo com Böcckle, constata que dos grupos existentes (a pastoral, o casuístico e o radical), o grupo casuístico discute o uso de pílulas anovulares e as defende, quando conclui que uma regulação da fecundidade através da supressão da

ovulação deve ser considerada como um método moralmente tão correto como o da escolha de dias.

Almeida (1988, p. 55), em sua pesquisa (310 entrevistas retirada de uma amostragem aleatória estratificada por categoria profissional das profissionais registradas no Conselho Regional de Enfermagem da Bahia.), relata que o fato de ser católico tem pouca relevância no uso de contraceptivos: (...) *“o fator religioso tem pouca influência sobre a utilização dos métodos neste grupo, pois 83.5% referiram professar o catolicismo, embora utilizassem os mais variados métodos”*.

Finalizando Coelho (1998), sobre as diversas abordagens do planejamento familiar, ressalta que a igreja tem o propósito de defender a vida humana, desde a sua concepção, independente de qualquer condição e/ou estado de desenvolvimento que se encontre. Assim sendo, este é o principal motivo pelo qual o catolicismo condena o uso de contraceptivos, da esterilização e do aborto provocado, independente de discussões, tanto internas quanto externas à igreja, orientando o uso de métodos naturais e comportamentais. Esta rigidez tem encontrado, em grupos organizados de mulheres (ONGs) e feministas, resistência constante. London citado por Almeida (1988), ao falar sobre a aceitabilidade dos métodos comportamentais reforça que os recursos são poucos aceitos pelas mulheres católicas, *“apesar de bem aceito pela Igreja Católica, nos países em desenvolvimento a receptividade é baixa, mesmo entre católicos. Pesquisas revelam que a sua utilização na América Latina é inferior a esterilização, anticoncepcionais orais, e DIU em alguns locais, sendo, entretanto, o método mais utilizado na Bolívia e no Peru.”*

3.4.3. NO BRASIL

A realidade do Brasil, em relação a atenção à saúde reprodutiva, apesar da clandestinidade, aponta, em primeiro lugar, para um número elevado de abortos, sendo realizados em condições precárias, e na sua maioria, provocando seqüelas e mortes maternas, mortalidade esta que atinge níveis vergonhosos, senão criminosos. Em segundo lugar, mostra que o índice de esterilização é altíssimo, inclusive entre jovens, em alguns estados atingindo mais da metade das mulheres em idade fértil. E por último, revela a precariedade e a intermitência dos programas de Planejamento familiar (Jorge apud Coelho, 1998).

Os argumentos apresentados para a implantação do Planejamento familiar no Brasil, vão ao encontro das necessidades, tanto individuais quanto coletivas da população, apontando para a solução de problemas crônicos de saúde como mortalidade infantil e outros e, deixam vulneráveis tanto os indivíduos quanto os serviços de saúde. No entanto, o que realmente ocorre em relação ao planejamento familiar é a distribuição indiscriminada da pílula anticoncepcional e aumento crescente da demanda de laqueadura. (Coelho, 1998, p. 13).

Em 1965, na XV Jornada Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, com a participação com a participação de 697 profissionais de 16 Estados da Federação, divulgou-se um trabalho sobre o alto índice de abortos provocados denunciando a existência de um grave problema médico e social em nosso País, “...*suas nefastas conseqüências no quadro da saúde materno-infantil e na economia da rede hospitalar brasileira*”, (Rodrigues apud Coelho, 1998, p. 8)”. Este apontou o Planejamento familiar como a solução mais adequada aos males decorrentes da situação. Neste encontro surge a BENFAM (Sociedade Civil Bem-Estar Familiar do Brasil) que segundo Terra (1991) é uma “organização não governamental, que recebe subvenções do estrangeiro. Rodrigues citado por Coelho (1998) em relação a BEMFAM complementa que esta se coloca como uma entidade que atua primordialmente na área de Assistência em Planejamento familiar, com aquisição e distribuição de anticoncepcionais orais, DIUs e “condons” e desenvolve programas educacionais e treinamentos para profissionais médicos e paramédicos sobre os métodos e técnicas de esterilização. A BEMFAM propõe “*o exercício da paternidade responsável, ou seja*”, *a utilização voluntária e consciente, por parte do casal, do instrumento necessário à planificação do número de filhos e do espaçamento entre uma gestação e outra*”. Para ela não basta somente educar e conscientizar os casais; é preciso dar acesso aos meios indispensáveis à prática da “Paternidade Responsável”, principalmente quando a clientela se trata de populações carentes de recursos (BEMFAM, 1980). Neste sentido, entendo ser importante ficarmos atentos a estas propostas e observarmos se estas não escondem outras finalidades que interessam aos países estrangeiros e desenvolvidos e não ao Brasil. Ao governo cabe a função de informar e educar a população, quanto aos métodos disponíveis para evitar filhos – entre eles, o natural, a pílula, o diafragma, o DIU, geléias, a vasectomia e outros. No entanto esta tarefa de pôr o planejamento familiar às claras, para que o casal se decida, não é assumida ou promovida pelo

governo Federal, são organizações não-governamentais, financiadas por capital estrangeiro, que atuam neste filão (Terra, 1991).

Havia, na época, dispositivos legais que impediam ou restringiam o desenvolvimento do Planejamento familiar no Brasil e contrapunham-se a política da BEMFAM. Entre eles, a Portaria 40 do Ministério da Saúde, que obrigava os farmacêuticos reterem a receita médica no ato da venda de anticoncepcionais. Esta exigência só foi revogada em 1976, sendo substituída por receitas com validade por um ano. Outro dispositivo legal tratava-se do Artigo 20 da Lei de Contravenções Penais, que anunciava o seguinte: “É proibido anunciar processo, substância ou objeto destinados a provocar aborto ou evitar gravidez”. Mais tarde em 1975, o Presidente Geisel envia mensagem ao Congresso modificando o texto do Artigo 20 da Lei de Contravenções Penais, deixando então de ser contravenção o anúncio de meios anticonceptivos. Por outro lado tinha-se também o posicionamento da Igreja Católica, contrária ao Planejamento familiar e a política pró-natalista do governo, que instituiu o auxílio à natalidade por considerar o Brasil com grandes espaços despovoados. A primeira transformação importante a nível oficial ocorreu em agosto de 1974, após o término da Conferência Mundial de População, quando o governo do Presidente Ernesto Geisel, divulga o Segundo Plano Nacional de Desenvolvimento – II PND – alinhando as principais diretrizes econômicas sociais para o Brasil, com validade até o ano de 1979. Ele contém importantes pontos referentes do planejamento familiar no Brasil: a) que a orientação da política demográfica brasileira respeita o livre arbítrio de cada casal na fixação do número desejado de filhos, oferecidas oportunidades de informação que permitam o exame completo da questão; b) que a política demográfica brasileira é de domínio soberano do Governo do Brasil e esse não aceitará interferência externa de caráter oficial ou privado, na sua política demográfica; c) que o controlar a natalidade é uma decisão do núcleo familiar, o qual, a esse respeito, não deve sofrer interferência governamental... facultada a opção, sem qualquer constrangimento, no sentido ampliativo ou limitativo da natalidade” (Rodrigues apud Coelho, 1998, p.12).

A partir dessas modificações de postura do governo em relação ao Planejamento familiar, começaram a surgir em diferentes pontos do País instituições interessadas em desenvolverem programas de Planejamento familiar.

Vale lembrar que a expressão planejamento familiar surgiu na década dos anos 40, caracterizando todo uma etapa já percorrida pelo movimento de controle de

natalidade sendo que foram as instituições especialistas em planejamento familiar americanas, Birth Control Federation of America e a Planned Parenthood Federation of America¹, que lançaram a distinção entre planejamento familiar e controle de natalidade (Canesqui, 1997).

Comenta também que, desde a metade dos anos 60, com a institucionalização da BEMFAM, fala-se no Brasil do planejamento familiar, como sendo a “paternidade responsável” e o direito individual de decisão. A paternidade responsável, cujo reverso implica a irresponsabilidade de muitos – os pobres – em procriar indiscriminadamente, vinha como uma fórmula para garantir o bem-estar social, a melhoria das condições de saúde em especial, como luta contra o aborto criminoso.

Terra (1991), aponta um memorando especial do governo norte-americano surgido em 1974, que revelava a existência de documentos codificados como NSSM-200 (intitulado por Vieira, 1997) como “*Implicações do crescimento da população mundial para a segurança e os interesses externos dos Estados Unidos*”, o qual determinava o controle de natalidade em 13 países do Terceiro Mundo, no Brasil em especial..... e tinha como objetivo, evitar que as nações se desenvolvessem a ponto de alcançarem status de potências mundiais. Esse documento analisava o panorama do crescimento da população mundial e estabelecia diretrizes e recomendações para um rígido controle de população. Estabelecia ainda segundo Vieira (1997) que cada casal devia ter 2 ou 3 filhos e recomendava a alteração da legislação e pressão para que se introduzisse o controle de população nos países de Terceiro Mundo. Tais ações também auxiliariam a preservar os recursos naturais de tais países para que, mais tarde, fossem aproveitados pelos próprios Estados Unidos e também ajudariam a promover um melhoramento racial na Humanidade, a fim de não degenerar a raça anglo-saxônica. O medo dos países desenvolvidos frente aos países do 3º mundo era ressaltado no texto citado por Vieira (1997) “ *o Brasil, com uma população atual de 100 milhões, claramente domina o continente latino-americano demograficamente; no final do século, sua população alcançará o nível da população norte-americana de 212 milhões de pessoas. As perspectivas de rápido crescimento econômico inauguram para o Brasil um crescente status de poder na América latina e no resto do mundo, nos próximos 25 anos...o Brasil constitui ameaça à supremacia política dos EEUU*”. E para finalizar recomenda investimentos em programas de população e o uso de organizações de mulheres como estratégia para se conseguir a redução do tamanho das famílias. Entre as

estratégias propostas, segundo Vieira (1997), está o uso de ONGs e de organizações das Nações Unidas para a realização dessa política.

Em 1983, o Ministério da Saúde, após discurso do Presidente Figueiredo, no qual manifestava sua preocupação com o crescimento demográfico acelerado, elabora o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM – com o objetivo de prestar assistência médica às mulheres entre 15 e 49 anos (75% das mulheres), através de consultas ginecológicas, com orientações sobre concepção e anticoncepção e atendimento na rede básica de Saúde, *“...neste programa a mulher é concebida não apenas como um órgão reprodutivo mas, na sua integralidade e em todas as fases de seu ciclo vital,....atenção tanto a infertilidade como à anticoncepção”* (Berquó apud Coelho, 1998, p. 15). Mais tarde esse programa, passou a denominar-se Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAIMSC). No entanto, sua implantação não ocorreu efetivamente, não conseguindo romper com o que até então estava ocorrendo, exceto algumas experiências isoladas.

Na publicação de Pinotti (1988, p. 775), onde ele faz uma análise crítica da contracepção do Brasil, ele diz que, *“até agora efeitos positivos dos métodos não são colocados na balança, porém é fácil imaginar que, com uma melhor definição das características e dimensões reais desses efeitos benéficos, eles sejam mais considerados no futuro. Um exemplo muito atual é preferência cada vez maior pelo condom, porque protege contra doenças sexualmente transmissíveis, particularmente a AIDS e pode trazer mudanças favoráveis na epidemiologia do câncer do colo uterino.*

Contudo, hoje observa-se uma diminuição da taxa de fecundidade das mulheres. De acordo com os estudos de Coelho (1998), o declínio do crescimento populacional no Brasil evidencia-se através dos seguintes dados: entre as décadas de 40 a 60, a mulher brasileira tinha, em média, 6 a 7 filhos; na década de 80 a média era de 3,4 filhos por mulher (IBGE apud Sanches, 1986). Esta média passou para 2,4 filhos em 1991 (IBGE apud Sanches, 1991). O declínio da natalidade ocorrido no Brasil, nos últimos 30 anos, pode ser atribuído a alguns fatores, tais como: a inserção da mulher no mercado de trabalho, o avanço tecnológico em relação as opções contraceptivas, o investimento de organizações internacionais voltadas à contracepção, a indefinição de uma política do estado em relação à contracepção efetuada pelas mulheres e em mulheres e as questões sócio-econômicas, principalmente.

A esterilização através da cirurgia (laqueadura) alcança índices dramáticos na população feminina, em idade fértil e é um problema de saúde pública e ético. “Por suas dimensões, o assunto faz parte dos temas que preocupam setores políticos, científicos e religiosos, pois envolvem aspectos da dignidade pessoal e de saúde pública”, desempenha papel relevante na redução da fertilidade da família brasileira (Terra, 1991, p. 10)

Nos últimos 20 anos, esta redução alcançou intensidade e progride geometricamente. Com isto, a população brasileira cresce cada vez menos, enquanto persistem, nas regiões Norte e Centro-oeste, imensos vazios demográficos.

Os abortos também preocupam o estado e a igreja, e poderiam ser evitados se houvesse uma política adequada para planejamento da prole. O Jornal do Brasil, apresenta matéria na qual Salvador é o recordista, com 3 milhões de abortos clandestinos realizados anualmente, dando ao Brasil a liderança mundial nesse campo, de acordo com estatísticas da OMS, e onde especialistas afirmavam que só o planejamento familiar reduziria abortos. Para deduzir esta marca – que significa 10% dos abortos feitos no mundo, segundo a Deputada Cristina Tavares – cientistas, políticos, sexólogos e líderes feministas que participaram do “X Congresso de Reprodução Humana” chegaram a um consenso: é indispensável e urgente a adoção no país, de um efetivo programa de planejamento familiar (Coelho, 1998).

Ainda que, o planejamento familiar, enquanto política a ser adotada pelo Estado, congrega interesses antagônicos, fazendo com que as discussões se processem a partir de pontos de vista puramente individuais para cada grupo. As feministas e a Igreja são atores incansáveis nas discussões sobre o planejamento familiar, colocando-se na maioria das vezes como antagonistas e ao mesmo tempo fazendo com que as políticas governamentais sejam mais explícitas.

3.5. EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Planejamento familiar é antes de tudo um direito e uma decisão do casal sem nenhuma interferência do Estado e de outrem. Mas, para que este ato seja consciente, a informação deve chegar de forma objetiva e imparcial, assim como a disponibilidade dos meios para execução de sua escolha (Kaufman, 1989).

Os cuidados primários de saúde devem enfocar essencialmente a educação, a promoção da saúde e a prevenção da doença com o objetivo de manter sadia a

população, utilizando para tal fim, todos os recursos materiais e humanos disponíveis, de forma coordenada, sem superposição de ação (Kaufman, 1989)

O planejamento familiar é um direito humano básico. Os governos deveriam ser encorajados a traduzir este direito em políticas palpáveis e em programas que efetivamente viessem de encontro às necessidades de seu povo (Kaufman, 1989)

Segundo Brasil (1996) as ações de saúde devem estar voltadas para a cobertura de toda a população-alvo da área de abrangência da unidade de saúde, assegurando continuidade no atendimento, acompanhamento e avaliação destas ações sobre a saúde. As atividades educativas devem ser desenvolvidas com o objetivo de oferecer a clientela os conhecimentos necessários para a escolha e posterior utilização do método anticoncepcional mais adequado, assim como propiciar o questionamento e reflexão sobre os temas relacionados a prática da anticoncepção, inclusive a sexualidade. Cada serviço deve utilizar as práticas educativas que melhor se adaptem as suas disponibilidades de pessoal, de tempo e de espaço, bem como as características e necessidades do grupo em questão. Seja qual for a metodologia utilizada, é de fundamental importância que as práticas educativas tenham um caráter participativo, permitindo a troca de informações e experiências baseadas na vivência das próprias mulheres. A linguagem utilizada pelo profissional de saúde deve ser sempre acessível, simples e precisa.

3.6. LEGISLAÇÃO

*Planejamento familiar, conjunto de ações de regulação da fecundidade
que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento
da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.
Art. 2º da Lei 9263/96 da Constituição Federal (Brasil, 1996).*

Planejar a família é um direito de todo cidadão brasileiro. Esta garantia foi dada pela nova constituição, quando determina, em seu Artigo 226, Parágrafo 7º, que “Fundamentado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o Planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar os recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas (ABEPPF, 1989).

Contudo, este direito só será exercido plenamente se todas as informações necessárias à compreensão do assunto estiverem ao alcance do cidadão. Ele deve conhecer todas as possibilidades existentes e não ter dúvidas na hora de fazer a opção certa.

Em 1988, uma nova constituição foi promulgada, contemplando em seu texto e reconhecimento da atividade de Planejamento familiar (Vieira, 1997). Em 1994 um projeto passou no corpo legislativo buscando legalizar a esterilização, entretanto, ele requer um período de espera mínimo de 60 dias, durante o qual a mulher será educada sobre a concepção. A proposta também requer o consentimento informado e uma limitação de idade mínima. Em 1996, é aprovada a lei do Planejamento familiar, com base no parágrafo 7º, do artigo 226 da Constituição Federal, que protege a saúde da mulher, fundamentada nos princípios da dignidade humana. Contudo, de acordo Pegaroro citado por Coelho (1998, p. 16). “a carta constitucional pode ser excelente, no entanto, pode permanecer letra morta até que sua regulamentação não crie estruturas que atendam às demandas básicas da comunidade”.

No momento em que se discute o direito ao planejamento familiar, de que se trata a recente Lei 9263/96, ...é muito necessária a discussão sobre a participação de instituições e organizações internacionais no planejamento familiar. Em verdade, participação dessas organizações se deu antes do advento da Lei 9263/96 e, mais, a própria lei foi fruto do empenho daquelas organizações que mantêm um “lobby” no congresso Nacional com o objetivo de promover uma legislação orientada para o controle de população (Vieira, 1997).

Em agosto de 1997, o congresso aprovou uma nova lei, permitindo que a esterilização seja feita em seus 6.000 hospitais públicos e afiliados ao Sistema Único de Saúde (SUS). O procedimento poderá ser feito gratuitamente, e Homens e Mulheres, com mais de 21 anos de idade e que tenham pelo menos 2 filhos vivos, ou acima de 25 anos de idade, mesmo sem filhos, podem optar por este método de contracepção. Em ambos os casos, para que o governo pague a conta, o candidato tem que manifestar a sua vontade por escrito pelo menos dois meses antes do procedimento, e quando um casal estiver envolvido, o consentimento de ambas as partes são requeridos. Neste período, o candidato será informado sobre outras opções de contracepção disponíveis, tais como: camisinha, a pílula, o diafragma, e o DIU, por exemplo. A rede hospitalar pública é obrigada a fornecer todos estes métodos gratuitamente. O autor do projeto o Deputado

Eduardo Jorge, que consideram o projeto uma grande conquista, declarou que “O espírito do projeto é reduzir o número de abortos, cesarianas e esterilizações desnecessárias (Vieira, 1997).

Numa sociedade pluralista como o Brasil, a legislação que passou a admitir a esterilização voluntária, do homem como da mulher, pode perfeitamente ser contribuição do Estado para o ideal da paternidade responsável. E não uma decisão apenas do ponto de vista dos 344 deputados e 51 senadores que derrubaram o veto do presidente da República aos artigos da Lei de Planejamento familiar, permitindo a esterilização voluntária, através das cirurgias de vasectomia e laqueadura. Segundo o parecer de um professor de Teologia Moral Católica, de renome internacional, o padre Bernard Haering: “Não deveríamos opormos à legislação do Estado pluralista que, nesses casos, deixa aos médicos e às mães a liberdade de decidir segundo sua consciência (O Estado de São Paulo, 1997).

É importante ressaltar que, interessa esta lei se ela não for cumprida. Cabe aos profissionais de saúde e a população lutarem juntos para que ela se torne um instrumento eficaz para que o homem e a mulher exerçam o direito de decidir sobre sua fertilidade e sexualidade.

3.7. INFERTILIDADE (Brasil, 1996)

É a ausência de gravidez em um casal com vida sexual ativa, sem uso de medidas contraceptivas, em período de 2 ou mais anos. Eles subdividem-se em:

- a) Infertilidade primária: na ausência de gestação prévia;
- b) Infertilidade secundária: se a falha na capacidade reprodutiva se estabeleceu após uma ou mais gestações;
- c) Esterilidade: incapacidade definitiva em gerar;
- d) Abortamento habitual: ocorrência de 3 ou mais interrupções espontâneas alternadas ou consecutivas da gestação até a idade de 20 semanas. As causas são anormalidades cromossômicas, anormalidades uterinas (congenitas, sinéquias, miomas e pólipos), insuficiência lútea, hipotireoidismo, incompetência istmocervical e outras (imunológicas, infecciosas, diabetes e colagenoses).

Os fatores da infertilidade podem ser:

- a) Vaginal: incidência de 0,2% e suas causas são infecções, anomalias congênitas ou adquiridas, vaginismo e uso de lubrificantes;
- b) Cervical: incidência de 10% e suas causas são seqüelas ou cirurgias e cauterizações, estenose, sinéquias, lesões de criptas, infecções, pólipos e miomas, anomalias congênitas, hipoestrogenismo, imunológicos
- c) Uterino: incidência de 5% e suas causas são anomalias congênitas (má formação), sinéquias, miomas e pólipos, endometrite tuberculosa;
- d) Tubo-peritonal: incidência tubária em torno de 30-50% e peritonal de 10% e suas causas são endometriose, infecções, iatrogênicas, neoplasias;
- e) Ovulatório: incidência de 20-30% e suas causas são anovulação, insuficiência lútea, síndrome do fólculo não roto;
- f) Masculino: incidência de 30-40% e suas causas são orgânicas, funcionais e mistas;
- g) Imunológico: suspeitar na vigência de testes pós-coitais (TPCs) negativos ou insatisfatórios, com espermograma normal e muco normal. No homem a causa é a autoimunização e na mulher a isoimunização.

3.8. CICLO MENSTRUAL E GRAVIDEZ

De acordo com Smeltzer (1992, pg. 1052), na mulher, a secreção de hormônios segue um padrão cíclico que resulta em alterações no endométrio uterino (o revestimento interno do útero) e na menstruação. No início do ciclo (imediatamente após a menstruação), a secreção de FSH (hormônio folículo estimulante) é aumentada e a secreção de estrogênio estimulada. Isso faz com que o endométrio, torne-se espessado e mais vascular (fase proliferativa). Próximo ao meio do ciclo, a secreção de LH (hormônio luteinizante) aumenta e a de progesterona é estimulada. A progesterona é o hormônio mais importante para o condicionamento do revestimento do útero (endométrio) no preparo para implantação do óvulo fertilizado. É nesse momento que ocorre a ovulação. Sob o estímulo associado do estrogênio e da progesterona, o endométrio atinge seu máximo de espaçamento e vascularização (fase secretora). Se o óvulo foi fertilizado, ou seja, o espermatozóide do homem encontra o óvulo da mulher e aconteça a fecundação, a secreção da progesterona torna-se principalmente uma função da placenta. Os níveis de estrogênio e progesterona permanecem elevados e ocorrem as complexas alterações hormonais muito importante para a manutenção da gravidez.

Se não houve fertilização, a secreção de FSH e LH diminui; a secreção de estrogênio e progesterona diminui rapidamente; e o endométrio vascularizado, espessado, é descamado, com conseqüente sangramento vaginal (menstruação). O ciclo inicia-se novamente.

3.9. MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS

*Anticoncepção seria uma prática que permite uma vida sexual saudável, sem o risco de uma gravidez não desejada.
(Autor desconhecido)*

Segundo Brasil (1996) a sexualidade é um dos aspectos mais importantes da vida, por isso devemos refletir sobre ela com maturidade e consciência. É necessário também que cada indivíduo: a) escolha o método que se adapte a sua forma de ser, como também de seu parceiro; b) compreenda que métodos que são melhores para algumas pessoas, não são necessariamente os melhores para outras; c) que alguns métodos estão fortemente contra-indicados para certos indivíduos por apresentar grandes riscos, diretos ou indiretos para a sua saúde; que é necessário a adaptação, ou não, de cada pessoa às características de uso de cada método; que existe a influência de movimentos sociais e dos meios de comunicação no uso de métodos, e é necessário observar a reversibilidade do efeito indesejado decorrente do método, ou seja, se ele permanece depois de interrompido o uso (Brasil, 1996).

O ideal para a população de qualquer país é que a maior variedade possível de métodos anticoncepcionais aprovados pela ciência internacional esteja à disposição de todos aqueles que livremente os desejam usar, acompanhados entretanto de informação e assessoramento médico sempre que necessários, para evitar riscos decorrentes do uso desses métodos (Pinotti, 1988).

Para decidir, é fundamental que se esteja informado sobre as vantagens e desvantagens dos métodos oferecidos pela ciência e tenha consultado um médico. A assistência em contracepção, pressupõe a oferta de todas as alternativas possíveis em termos de métodos anticoncepcionais reversíveis, bem como o conhecimento de suas indicações, contra-indicações e implicações de uso, garantindo à mulher ou ao casal os elementos necessários para a opção livre e consciente do método que a elas ou eles melhor se adapte.

Existem vários métodos, alguns indicados para homens e outros para a mulher, cada um com seu nível de eficácia. Cada método anticoncepcional tem uma maneira diferente de impedir que a mulher engravide. Para entender como os métodos funcionam, é necessário que a mulher e o homem conheçam melhor seu aparelho reprodutor e do seu companheiro(a).

Independente de preferências pessoais, os métodos podem separar-se em mais efetivos (com taxa de gravidez entre 0,5 e 5% ainda que em precárias condições de uso) e em menos efetivos (com taxas de gravidez de 10% ou mais, exceto em grupos humanos muito bem selecionados. Em relação a prevalência, de acordo com DHS/Pesquisa em demografia e saúde (1996), o uso de métodos anticoncepcionais para o grupo de mulheres em idade fértil é de 76,7%, sendo eles mais ou menos efetivos, destacam-se a predominância à esterilização feminina (52,2%), seguida pelo uso da pílula (26,9%).

De acordo com Miller (1998), um método ideal de planejamento familiar, um que seja totalmente inócuo, 100% efetivo, modo de usar, barato, reversível e que não interfira na relação sexual, não existe na atualidade e pode nunca existir. Agora bem, é disponível uma ampla variedade de métodos seguros e efetivos na maioria das mulheres e nos homens. Muitos problemas tem dado resultados com importantes melhoras, em relação a sua segurança, efetividade, facilidade de obtenção, menores efeitos secundários e menor custo. Graças a variedade de métodos com que se conta hoje em dia, se pode satisfazer as necessidade de reprodução da maioria das mulheres e homens. E alguns métodos representa, benefícios adicionais para a saúde, como a redução do risco de certos tipos de câncer, anemia e DSTs, como o HIV e AIDS.

3.9.1. MÉTODOS REVERSÍVEIS

São aqueles que, quando abandonados, permitem que a mulher fique grávida novamente, ou seja, que só evitam a gravidez enquanto estão sendo usados, quando não mais utilizados, deixam de evitá-la:

- a) Método natural;
- b) Métodos comportamentais;
- c) Métodos de barreira;
- d) Método mecânico;

e) Métodos hormonais;

3.9.1.1. MÉTODOS NATURAIS

I – ALEITAMENTO MATERNO

A amamentação exclusiva à demanda confere à mulher um período de infertilidade relativa e pode, portanto, ser considerado o único método anticoncepcional natural, uma vez que não interfere no comportamento sexual do casal.

Durante a gravidez, o estrogênio e a progesterona são produzidos pela placenta, uma vez que os ovários não estão funcionando neste período. Esses hormônios desempenham um papel muito importante no desenvolvimento físico das mamas durante a gravidez, mas, por outro lado, inibem a secreção de leite. Entretanto, imediatamente após o nascimento do bebê com a saída da placenta, ocorre uma queda brusca de estrogênio e progesterona, pois os ovários ainda não estão funcionando. A ausência desses hormônios no organismo estimula a hipófise a produzir o hormônio responsável pela produção de leite, a prolactina. Após o parto, a produção de prolactina no organismo da mulher aumenta muito. Durante a lactação, este hormônio, que estimula a produção de leite, também inibe a liberação do LH pela hipófise que inibi o funcionamento dos ovários, o que por sua vez impede a ovulação, possibilitando um período de infertilidade à mulher. Cada vez que a mãe amamenta seu filho, a sucção do bebê no mamilo estimula a hipófise a aumentar a produção de prolactina, preparando as mamas para o próximo período de amamentação. Isso ocorre durante os primeiros 3 meses após o parto, quando a mulher amamenta. As estatísticas informam que a produção de prolactina está diretamente relacionada à quantidade das mamadas, quanto mais freqüentes são as mamadas, mais altos são os níveis de prolactina produzida, que estará atuando no bloqueio do funcionamento dos ovários e, portanto, menor a possibilidade de ovulação. A lactação atrasa a menstruação, inibe a ovulação, e portanto, reduz a possibilidade de concepção.

Após os 3 meses há uma tendência natural de que o ciclo menstrual e os níveis hormonais sejam normalizados, mesmo quando a freqüência das mamadas se mantém constante. Não se conhecem precisamente os fatores que determinam o reaparecimento

da ovulação. Por isso, a partir do terceiro mês é necessário o recurso a um método mais efetivo.

A. Recomendações importantes:

- No período inicial (90 dias ou 3 meses) é pouco provável que ocorra a gravidez, se a criança mama apenas no peito e a menstruação ainda não reapareceu;
- Mesmo entre as mulheres que estão amamentando em caráter exclusivo, sendo a mamada o único meio de acesso ao alimento que a criança possui, após os três primeiros meses é mais difícil lidar com a amamentação, como estratégia exclusiva de evitar a gravidez, com o tempo a fertilidade retorna gradativamente. Alguns autores discordam desta idéia, orientando o LAM como método contraceptivo, para as mulheres que amamentam exclusivamente ao seio, sem menstruar, com intervalo entre as mamadas não superior a 4 horas, inclusive a noite, durante 6 meses;
- Qualquer fator que interrompa a frequência das mamadas deve ser considerada como um alerta no sentido de tomar outras medidas contraceptivas. Pode ser a agitação do dia, a necessidade de trabalhar fora, os fatores emocionais ou mesmo a rejeição do bebê ao leite materno;
- Se a mulher sente-se insegura ou reconhece que não tem condições de manter o ritmo frequente das mamadas ao mesmo tempo, não quer parar de amamentar, deve ter cuidado na escolha do método anticoncepcional. São indicados a camisinha, o diafragma, o coito interrompido, a minipílula (progesterona), o DIU também pode ser usado, mais apenas 2 meses após a o parto. Não são indicados as tabelas, por conta da situação especial com relação ao ciclo menstrual. Alguns livros indicam o método de Billings por este período, porém esse é um período onde normalmente as secreções vaginais são abundantes, independentemente da proximidade da ovulação. A retomada das ovulações ocorre de forma gradativa e irregular, o que pode confundir a leitura do muco. O período após o parto é também muito especial, pois então se modificam as relações com o próprio corpo, a sexualidade e o resto do mundo. Acredita-se que por isso ela precise de um método adequado mais que não exija tanta atenção. As pílulas ou os injetáveis combinados provocam a interrupção ou diminuição da produção do leite. Os progestagênios (minipílula) tem sido recomendados pelos médicos, pois não interferem na produção do leite. Há entretanto, indícios de que provocam nervosismo e ginecomastia (crescimento anormal das glândulas mamárias) nos bebês, não estando

comprovado. Também são desconhecidos os efeitos de longo prazo da ingestão precoce de hormônios sintéticos;

- Entre o 6º e 12º mês pós-parto, ou tão logo a criança comece a receber outros alimentos e a ser amamentada com menos frequência, ou se restabeleça a menstruação, a fertilidade pode retornar e é necessário um anticoncepcional eficaz, afim de evitar uma nova gravidez;

3.9.1.2. MÉTODOS COMPORTAMENTAIS

Oliveira (1993), descreve que são também chamados de métodos comportamentais de percepção da fertilidade, método de abstinência periódica como sugere a Organização Mundial da Saúde.

De acordo com Brasil (1996), seriam técnicas para obter ou espaçar a gravidez, mediante a auto-observação de sinais e sintomas que ocorrem naturalmente no organismo feminino ao longo do ciclo menstrual. De acordo com Pinotti (1988), estes métodos têm em comum a característica de que se baseiam na identificação do período fértil e na abstenção da relação sexual neste período. Trata-se de determinar o período fértil, identificando a data da ovulação. Devem ser evitadas as relações no dia calculado da ovulação e 4 dias antes e 4 dias depois desse dia, garantindo assim que, pela sobrevivência normal que tem o espermatozóide (48-72h) e o óvulo (24-48h), não aconteça a fecundação. Segundo Almeida (1988) pode ser chamado de métodos comportamentais. São eles:

- I. Temperatura Basal Corporal (TBC);
- II. Ogino-Knaus ou tabela;
- III. Ovulação Billings ou Muco Cervical;
- IV. Coito interrompido;

Baseando-se na identificação do período fértil da mulher, o casal pode concentrar as relações sexuais nessa fase, caso deseje obter uma gravidez, ou abster-se de ter relações sexuais, caso deseje espaçar a gravidez. Segundo a ABEPF (1989), a motivação, o treinamento adequado e a observação cuidadosa das modificações que ocorrem durante o ciclo menstrual são fatores indispensáveis para que o casal tenha sucesso, ao optar pelos métodos naturais, uma vez que estes obrigam abstinência sexual

periódica. Estudos comprovam que a sua eficácia varia de 75 a 95% na prevenção de uma gravidez não desejada.

Segundo Almeida (1988), de acordo com a indicação, estes métodos devem ser indicados a casais altamente motivados, com bom nível cultural e grande domínio sexual, e mulheres de ciclos regulares; de acordo com a reversibilidade, a volta à fertilidade é imediata; de acordo com o custo, a utilização do método é muito econômica para o casal, mas o custo da aplicação em programas de planejamento familiar é alto, devido a necessidade de maior instrução dos casais e dos altos índices de gravidez que podem ocorrer.

I - MÉTODO DA TEMPERATURA BASAL CORPORAL (Brasil, 1996)

É um método natural que ajuda a conhecer a época do ciclo menstrual em que a mulher pode engravidar (período da ovulação), ou seja, indicando o período fértil, e a fase infértil pós-ovulatória.

Antes da ovulação, a temperatura basal (temperatura do corpo em repouso) permanece em nível baixo; após a ovulação, ela se eleva ligeiramente (alguns décimos de grau centígrado) permanecendo neste novo nível até a próxima menstruação. Este aumento de temperatura é resultado da elevação dos níveis de progesterona produzida pelo corpo lúteo após a ovulação, que tem efeito hipertérmico (Nascimento e Zampieri, 1996).

Segundo Almeida (1988), como as oscilações da TBC são muito leves, termômetros especiais e gráficos tem sido desenvolvidos. Este aumento de temperatura é resultado da elevação do nível de Progesterona, que tem o efeito hipertérmico. Nessa situação ela pode variar de 36,5° a 36,9°.

Por este método, você só pode ter relações sexuais, sem risco de gravidez, no período situado entre o final da ovulação (após 4 dias da mesma e 4 dias antes). Para as mulheres que desejam uma gravidez, devem ter relações no período fértil.

A. Como usar o método:

a) Primeiramente é preciso construir uma tabela, com a ajuda do Centro de Saúde e anotar as temperaturas, de acordo com as instruções recebidas. Para isso, é necessário:

- b) A partir do primeiro dia da menstruação ou primeiro dia do ciclo menstrual, verificar a temperatura basal, todos os dias antes de se levantar da cama, antes de realizar qualquer atividade e após um período de 4 a 6 horas de sono, no mínimo;
- c) Uma vez escolhida a via de verificação a temperatura deve ser mantida durante todo o ciclo, tomada sempre no mesmo local: na boca (5 minutos, abaixo da língua), ânus e vagina (3 minutos) ou axila (7 minutos);
- d) Usar um termômetro comum (e sempre o mesmo) para a medida da temperatura, no caso de quebra ou qualquer dano, anotar o dia de sua substituição;
- e) Registrar a temperatura observada a cada dia do ciclo menstrual em papel quadriculado comum ($0,5\text{cm}=0,1^{\circ}\text{C}$). Ligar os pontos referentes a cada dia, formando uma linha que vai do primeiro, ao segundo, ao terceiro, etc. cada ciclo menstrual terá seu gráfico próprio de temperatura basal corporal;
- f) Verificar a ocorrência de um aumento persistente da temperatura basal por quatro dias no período esperado da ovulação;
- g) O período fértil termina na manhã do 4º dia em que for observada a temperatura elevada;
- h) Durante os primeiros meses do uso do método abster-se das relações sexuais com contato genital durante a primeira fase do ciclo (pré-ovulatório) e até a manhã do dia em que se verificar a 4º temperatura alta acima da linha base. Posteriormente, sendo possível prever a data a abstinência sexual pode ficar limitada ao período de quatro a cinco dias da data prevista da ovulação e até a manhã do 4º dia de temperatura alta;
- i) Quem não quer engravidar e tem o ciclo regular pode prever o dia que a temperatura vai subir e evitar ter relação quatro dias antes e quatro dias depois desse dia;
- j) Depois de um mês de observação, voltar ao Centro de Saúde para verificar se as anotações estão certas;

B. Vantagens:

- a) Não faz mal e não apresenta risco à saúde;
- b) Ensina a conhecer o corpo e principalmente o período fértil;
- c) É muito útil para as mulheres que desejam engravidar;
- d) Não custam nada;
- e) Não exige controle médico;

C. Desvantagens:

- a) Limita o período em que se pode ter relações, sem risco de gravidez, ao período depois da ovulação;
- b) Requer disciplina para funcionar bem;
- c) Exige sono regular;
- d) Doenças ou febres alteram a temperatura e podem confundir as anotações;
- e) Não pode se ter relações com penetrações nos períodos férteis;
- f) Não serve para mulheres com ciclo menstrual muito irregular.

D. Recomendações importantes:

- a) Ele é mais recomendado para quem quer engravidar;
- b) Se ao levantar-se e esquecer de tomar a temperatura, deve-se pular este dia, recomeçar no próximo;
- c) Orientar que o primeiro retorno é o 1º mês após a 1ª consulta;
- d) É mais utilizado para engravidar;
- e) Recomendar especial atenção a fatores que possam influir nos valores da temperatura basal, solicitando à mulher que anote sua ocorrência no gráfico;
- f) Caso apresente dificuldades para traçar o gráfico, solicitar simplesmente que anote os dias com a respectivas temperaturas e traga essas anotações aos serviço de saúde, para o profissional possa auxiliar na sua elaboração;
- g) Se você não deseja engravidar, use outro método (espermicida, camisinha ou diafragma) enquanto estiver aprendendo a usar este método;
- h) Existem alguns fatores que podem alterar a temperatura basal:
 - Mudanças no horário da verificação;
 - Ingestão de bebidas alcoólicas;
 - Recolher-se tarde da noite para dormir;
 - Insônia;
 - Doenças como resfriados, gripes ou outras infecções;
 - Mudanças bruscas de ambiente, principalmente nas férias;
 - Perturbações emocionais, fadiga, estresse;
 - Refeição muito próxima do horário de dormir;
- g) É contra-indicado em:
 - Amenorréia;

- Irregularidades menstruais;
- Alterações psíquicas que impeçam o uso adequado do método;
- Pré-menopausa e estresse;
- Mulher que tem o período de sono interrompido ou irregular, que não tem o repouso de pelo menos 3 horas;

II - MÉTODO DE OGINO-KNAUS OU TABELA (Brasil, 1996)

Também chamado tabelinha ou calendário, é um método que ajuda a mulher a descobrir a época do mês em que ela pode engravidar ou não, cálculo do período fértil e conhecimento da duração do seu ciclo menstrual.

Este método baseia-se no fato de que a duração da segunda fase do ciclo menstrual (pós-ovulatório) é relativamente constante, com a ovulação ocorrendo entre 11 e 16 dias antes do início da próxima menstruação, época chamada de período fértil.

O cálculo do período fértil da mulher baseasse no registro dos ciclos menstruais. A mulher que quiser usar este método deve registrar, a cada mês durante 6 a 12 meses, o primeiro dia de cada menstruação. Segundo Almeida (1988), *“o maior problema com o método do calendário é que poucas mulheres tem o ciclo menstrual regular. Sendo necessário anotações exatas de seis a dozes ciclos”*. Por outro lado este registro é importante pois a mulher aprende a saber o seu dia fértil e aprende a conhecer o seu ciclo menstrual.

A. Como fazer a tabela:

- a) Conseguir um calendário do ano para marcar, todo mês, a duração (nº de dias) de cada ciclo, contando desde o primeiro dia da sua menstruação (primeiro dia do ciclo) até o dia que antecede a menstruação seguinte (último dia do ciclo). O ciclo menstrual começa no primeiro dia da sua menstruação e termina na véspera da menstruação seguinte;
- b) Conte quantos dias cada menstruação demorou para vir. Este período é o ciclo menstrual. Anote, durante 8 meses, quantos dias durou cada ciclo menstrual;
- c) 1º ciclo _____ dias 5º ciclo _____ dias
- d) 2º ciclo _____ dias 6º ciclo _____ dias
- e) 3º ciclo _____ dias 7º ciclo _____ dias
- f) 4º ciclo _____ dias 8º ciclo _____ dias

g) Anotar o ciclo mais curto e o mais longo;

- Marque quantos dias durou o ciclo menor: _____

- Marque quantos dias durou o ciclo maior: _____

h) Em seguida, faça a diferença entre eles:

- Número de dias do ciclo menor: ____ menos 18 igual a ____ (resultado 1) Equivale ao primeiro dia fértil.

- Número de dias do ciclo maior: ____ menos 11 igual a ____ (resultado 2) Equivale ao último dia fértil.

i) O período fértil vai do dia ____ (resultado 1) ao dia ____ do ciclo menstrual. (resultado2)

B. Vantagens:

a) Não faz mal e não apresentam risco à saúde;

b) Ensina a conhecer o corpo e particularmente o período fértil;

c) Não custa nada;

d) Não exige controle médico;

C. Desvantagens:

a) Requer observação durante longo período para só então poder começar a ser usado;

b) Necessita disciplina, responsabilidade da mulher e do homem, no tocante aos cuidados no período fértil;

c) Não serve para mulheres que tem o ciclo menstrual muito irregular;

d) A mulher deve ficar atenta, porque o período pode ser alterado com algumas doenças, viagens, emoções fortes ou depressão;

e) Não é considerado muito seguro, pois pode haver erro no cálculo do período fértil ou a ovulação não ocorrer na data esperada;

D. Recomendações importantes:

a) Tabelas prontas não são seguras, a tabela de uma mulher não serve para outra, pois cada uma tem um ciclo menstrual diferente, portanto os cálculos devem ser individualizados;

b) É importante ter um calendário para marcar todo mês o início de seu ciclo menstrual;

- c) Abster-se de relações sexuais com contato genital durante o período fértil;
- d) Não confundir o dia do ciclo menstrual com o dia do mês;
- e) Não se esqueça de usar outro método enquanto estiver aprendendo a fazer sua tabela. A pílula não serve, porque regulariza artificialmente o ciclo;
- f) Muitas pessoas afirmam que a tabela falha muito. Por isso, quem escolhe este método deve:
 - Compreender muito bem como ele funciona. Para isso, utilize o auxílio do Centro de Saúde;
 - Respeitar os 8 meses de observação do ciclo;
 - Estar atenta aos fatores externos que podem alterar o ciclo menstrual.
- g) Para que o método da tabela seja seguro, a mulher deve ser bastante regulada. Se nos meses de observação for encontrada uma diferença de 10 ou mais dias, Halbe (1993) estabelece 6 dias, entre o ciclo menor e o ciclo maior, este método não é recomendável, pois seu ciclo será considerado irregular. Geralmente nos primeiros anos da adolescência, na pré-menopausa, no pós-aborto e pós-parto e nos primeiros ciclos após o uso de contraceptivos hormonais;
- h) O primeiro retorno deve ser depois de um mês, e retornos subsequentes de 6 em 6 meses, onde deve ser avaliado a qualidade dos registros e a capacidade do casal em cumprir as instruções de uso do método, refazer os cálculos com a usuária, a cada 6 meses, sempre com base nos últimos 6 a 12 ciclos e reforçar as recomendações dadas na primeira consulta;
- i) Preferivelmente deve ser associado a outro método;
- j) A tabela não é indicada para mulheres nas seguintes condições:
 - Adolescentes que ainda não regularizam seu ciclo;
 - Que acabaram de parir ou abortar;
 - Que pararam recentemente de tomar a pílula;
 - Que acabaram de tirar o DIU;
 - Em processo de menopausa;
 - Que estão amamentando.
- j) É contra-indicado em amenorréia, lactação e alterações psíquicas;

III - MÉTODO DA OVULAÇÃO BILLINGS OU MUCO CERVICAL (Brasil, 1996)

Também conhecido como método da ovulação, indica o período fértil, através da auto-observação das características do muco cervical (secreção produzida no colo do útero) e a sensação por ela provocada na vulva da mulher. Para isso, deve-se observar, diariamente o muco. Segundo Almeida (1988), é o método mais recente dos métodos comportamentais, foi recomendado pela primeira vez em 1964 pelo casal australiano Drs. John e Evelin Billings.

Segundo Brasil (1996), o fluxo do muco cervical é uma secreção produzida no colo do útero, através das criptas cervicais, que por ação hormonal apresenta transformações características ao longo do ciclo menstrual, possibilitando dessa maneira a identificação do processo ovulatório. O muco cervical, sob ação estrogênica, produz na vulva, uma sensação de umidade e lubrificação, indicando o tempo da fertilidade, momento em que os espermatozóides tem maior facilidade de penetração no colo uterino. É um muco transparente, elástico, escorregadio, fluido, semelhante a clara de ovo. O muco é uma secreção produzida pelo colo do útero, que umedece a vagina e, às vezes, aparece na calcinha. Ele varia de aparência em cada período do ciclo menstrual. Aprendendo estas diferenças, é possível saber qual é o período fértil. A mulher leva, geralmente, de um a três meses, ou às vezes mais, para aprender a reconhecer os tipos de muco. A fim de evitar possíveis confusões da textura do muco cervical com o Sêmen, ou com secreções vaginais, resultantes do estímulo sexual, a abstinência é recomendada durante todo o aprendizado. Segundo Kaufman, citada por Almeida (1988), o muco no início forma uma verdadeira “rolha” no colo uterino, impedindo a entrada de espermatozóides. É um muco pegajoso, branco ou amarelo, grumoso, que dá uma sensação de secura na vulva, geralmente três dias após a menstruação acabar. Com a ação do estrogênio, produz na vulva, uma sensação de umidade e lubrificação indicando o tempo da fertilidade, momento em que os espermatozóides, tem maior facilidade de penetração.

A. Como usar o método:

a) Aprender primeiramente as características do muco:

- Logo após a menstruação, algumas mulheres têm um período seco, que não é fértil, não tem muco (3 ou mais dias);
- Primeiro muco que aparece é grosso, opaco (branco ou amarelo), pastoso, e se quebra quando esticado. Por preocupação, é melhor evitar relações neste período;
- Muco fértil vai ficando mais fino, líquido, leitoso e escorregadio, à medida em que se aproxima a ovulação. A mulher se sente úmida, e isto é sinal de fertilidade;
- No período onde é mais fácil engravidar, o muco parece clara de ovo cru. é transparente elástico, indica a ovulação. No entanto, é preciso, ainda, esperar mais 4 dias para ter relações, ou seja, o dia ápice significa que dentro de mais ou menos 48 horas, a ovulação já ocorreu, está ocorrendo ou irá ocorrer;
- Depois o muco diminui e volta a ser opaco, pegajoso e perde a elasticidade. Este período já não é mais fértil;
- A vagina volta a ficar seca, ou com muco infértil, na quarta noite, após o dia ápice. Isso indica um período onde não há perigo de gravidez até a menstruação.

B. Vantagens:

- a) É seguro, quando bem compreendido e praticado;
- b) Não faz mal e não apresenta risco à saúde;
- c) Ensina a conhecer melhor o corpo e particularmente nosso período fértil;
- d) É bom para quem está amamentando e já usa o método há muito tempo;
- e) É muito útil para mulheres que desejam engravidar.
- f) Não custa nada.
- g) Não exigem controle médico.

C. Desvantagens:

- a) Exige observações constantes e um longo período de aprendizagem;
- b) Não serve para mulheres com ciclo muito irregular;
- c) Necessita disciplina do casal para tomar os cuidados necessários durante o período fértil.
- d) Não se pode ter relações com penetrações nos períodos férteis;

D. Recomendações importantes:

- a) É preciso saber diferenciar as secreções normais da mulher dos corrimentos, os quais têm cheiro e aspecto diferentes das secreções, e devem ser tratados. O mais importante é o aspecto do muco e não a sua quantidade, quer dizer, não importa se é muito ou pouco, mas se ele é pastoso, líquido, elástico, ou se não aparece;
- b) Este método não é muito seguro, pois o muco do período fértil pode estar alterado por diversas razões, podendo confundir a mulher.
- c) Não adianta examinar o muco:
 - Durante a excitação sexual;
 - Depois de tomar duchas ou lavagens vaginais;
 - No dia em que houver relação sexual;
 - Depois de usar produtos vaginais;
- d) Até que a mulher se acostume com as diferenças entre os mucos, é bom evitar ter relações sexuais, ao menor sinal de muco;
- e) Algumas mulheres não têm dias secos entre a menstruação e o período fértil, devendo evitar relações neste período.
- f) Nos dois últimos dias de menstruação não se deve ter relações sexuais, porque, às vezes, a mulher pode ovular neste período.
 - No início, é bom se examinar 2 ou 3 vezes ao dia. Depois, com a prática, uma só vez por dia é suficiente. Recomenda-se que o exame seja feito sempre na mesma hora. Utilizar o papel higiênico no sentido antero-posterior ou o dedo para observar o muco.
- g) Anote num papelzinho as diferenças do muco durante todo o mês. Isto ajudará a memorizar quais são os dias férteis.
- h) Três meses após iniciar o uso do método, é bom fazer uma visita ao Centro de Saúde, para verificar se o método está sendo feito corretamente.
- h) Os métodos que podem ser usados juntos com o método do muco, no período de aprendizagem, são diafragma sem espermicida e a camisinha sem lubrificação.
- i) A observação do muco só poderá ser feita algum tempo depois da retirada destes outro métodos.
- j) Evitar ter relações sexuais nos dias do muco, até a quarta noite após o dia ápice; aprender a distinguir o muco cervical das leucorréias e do fluido seminal (a principal característica do fluxo mucoso é a lubrificação).

- k) No período de aprendizagem do método, o casal faz quinze dias de abstinência para auto-conhecimento e reconhecimento da fase fértil;
- l) É contra-indicado em alterações psíquicas graves;

IV - COITO INTERROMPIDO (Brasil, 1996)

É uma prática contraceptiva que depende muito do homem e que requer ainda colaboração da mulher. É quando o homem retira o pênis da vagina e de suas proximidades, no momento em que percebe quando vai ejacular, evitando a sua entrada no canal vaginal, impossibilitando seu encontro com o óvulo e eliminando a possibilidade da fecundação. É um método muito antigo e ainda praticado hoje em dia, apesar de ser pouco seguro. Segundo Almeida (1988), o coito interrompido é provavelmente, a primeira prova contraceptiva usada...”. Entretanto, sempre há a possibilidade de no início da relação sexual, estando o pênis molhado pelo semem, mesmo antes de ejacular, de que o homem elimine espermatozoides que estavam guardados nos canais deferentes, podendo eliminar espermatozoides. Muitas mulheres engravidam usando este método. Além do mais, o coito interrompido, depende de um controle muito grande, para não ejacular na vagina da mulher. Muitas vezes a preocupação em retirar o pênis pode atrapalhar a relação e muitas mulheres não têm prazer usando este método. Deve ser indicado segundo Almeida (1988), como método último recurso, para homens com grande domínio sexual e casais altamente motivados. Seu custo não implica em gastos, porém “(...) pode provocar a ejaculação precoce e impotência no homem, insegurança, insatisfação, problemas psicológicos, além de disfunção orgásmica e congestão pélvica na mulher, (...) requer muito autocontrole do casal” (Almeida, 1988)

A. Vantagens:

- a) Na falta de outra alternativa, pode ser uma boa solução se for bem praticado;
- b) Pode ser utilizado por qualquer pessoa, a qualquer momento e não depende de indicação médica;
- c) Proporciona a participação do homem na contracepção.

B. Desvantagens:

- a) Pode alterar e interromper o ritmo da relação sexual, o que é frustrante, tanto para o homem quanto para a mulher;
- b) O uso prolongado pode provocar, no homem, problemas de ejaculação precoce, tensão e ansiedade;
- c) Na mulher o uso prolongado pode provocar dificuldade em ter orgasmo e problemas de tensão e ansiedade;
- d) Para os homens jovens e que estão iniciando sua vida sexual, não é um bom método, pois eles não tem ainda controle sobre a ejaculação;
- e) Para homens que não consigam interromper a penetração no momento adequado;
- f) Requer muita atenção e auto controle, principalmente por parte do homem;
- g) Em pessoas sob o efeito de bebidas alcoólicas ou de drogas, pois não terão o controle necessário;
- h) A mulher pode ficar preocupada e com isso ter o seu prazer sexual interrompido.

C. Recomendações importantes:

- A ejaculação deve ocorrer fora da vagina e longe da região da vulva. Aparentemente, a prática mais comum é a ejaculação sobre a barriga da mulher, referida na literatura como pintura da barriga;
- Evitar o contato da vulva com o local onde ocorre a ejaculação, lembrando sempre que os espermatozoides tem um tempo determinado de sobrevivência;
- Se após a ejaculação ocorrer outra penetração vaginal, recomenda-se ao homem o cuidado inicial de urinar e lavar o pênis, eliminando os restos do sêmen;
- No caso de ocorrer a ejaculação na vagina ou em sua proximidade, recomenda-se o uso imediato de espermicida introduzido com aplicador. Não convém fazer lavagens, pois o jato d'água pode ajudar a subida dos espermatozoides, e utilizar o recurso da pílula do dia seguinte;
- O líquido lubrificante expelido pelo homem, momento antes da ejaculação, contém espermatozoides, o que significa risco de gravidez, mesmo nos casos em que a interrupção do coito é corretamente realizada.

3.9.1.3. MÉTODO DE BARREIRA

De acordo com o Brasil (1996) e Pinotti (1988), são métodos que colocam obstáculos mecânicos ou químicos a penetração dos espermatozoides no canal cervical. Os métodos disponíveis seriam:

- I - Camisinha masculina
- II – Camisinha feminina;
- III - Diafragma;
- IV - Espermatocidas químicos;

I – CAMISINHA MASCULINA (Brasil, 1996)

Sua história é milenar. Há 3 mil anos, os egípcios adornavam o pênis com capas de couro, marfim ou chifre, um artifício visando aumentar a eficácia sexual masculina. Na mesma época, registra-se o uso de pele de carneiro para envolver o pênis, como forma de evitar a fecundação. No século XVI, o médico anatomista Gabrielle Fallópio, criou um revestimento de linho para o pênis como forma de prevenir a sífilis, mais tarde são fabricados, em tripa de carneiro, modelos delicados e completamente impermeáveis, que já teriam ação contraceptiva. Após a vulcanização da borracha, popularizaram-se na Europa e nos Estados Unidos.

Também chamada de condom e preservativo, a camisinha é um método de barreira mais difundido no mundo. Segundo Pinotti (1988), é o único método anticoncepcional reversível para o homem e somente usado no momento da relação sexual. É um envoltório de látex, membrana ou uma capinha de borracha bem fina, porém resistente, que recobre ou seja, se coloca sobre o pênis ereto, durante o ato sexual e retém o esperma por ocasião da ejaculação. Ela evita a gravidez, impedindo que os espermatozoides penetrem na vagina da mulher.

Segundo Pinotti (1988), se o condom não for lubrificado e a vagina se encontrar pouco umedecida, deve ser usada alguma substância lubrificante para evitar que o condom se rompa com a fricção. Seu uso pode ser associado a geléia espermicida aumentando assim a sua eficácia.

O autor complementa que, seu uso também fornece proteção contra doenças sexualmente transmissíveis. Essas incluem não somente as doenças venéreas

tradicionais, como gonorréia e sífilis, mas também outras como tricomonas, monílias, herpes e clamídia e, é a principal forma de prevenir a disseminação da AIDS. Ainda mais, possui efeito preventivo sobre as patologias benignas e o câncer do colo uterino.

Segundo a ABEPF (1989), a camisinha apresenta uma eficácia de 85 a 97% contra a gravidez não desejada,....é utilizada por 40 milhões de casais em todo mundo. De acordo com Pinotti (1988), sua eficácia como anticoncepcional é variável dependendo da motivação do casal, assiduidade e do uso correto.

A. Como se coloca a camisinha:

- a) Usar um preservativo para cada relação sexual, e usá-lo em todas as relações;
- b) Deve ser colocada quando o pênis está ereto (endurecido), antes de qualquer contato com a região da vagina, isto porque algum espermatozóide pode escapar, mesmo antes da ejaculação.
- c) Deve-se colocá-la segurando a camisinha com delicadeza, evitando tocá-la com as unhas.
- d) Desenrole a pontinha e, com a parte virada para fora, coloque-a sobre o pênis, com a parte enrolada para fora de maneira a poder ser desenrolado adequadamente (Pinotti, 1988).
- e) Deixe um espaço livre entre a ponta da camisinha e a ponta do pênis, cerca de 2cm da extremidade sem ar, para armazenar o sêmen, evitando que, com o ato, a camisinha se rompa.
- f) Desenrole até chegar perto dos pelos;
- g) Após a relação, o pênis deve ser retirado da vagina enquanto ainda estiver ereto. Segure bem as beiradas, para não deixar vazar o líquido. É feita para usar uma vez e jogar fora. Não precisam de receita médica. Encontramos até nos supermercados.
- h) Se o preservativo não for lubrificado, usar alguma substância lubrificante (exceto a vaselina) para evitar que o preservativo se rompa devido à fricção.

B. Vantagens:

- a) Permite ao homem dividir com a mulher a responsabilidade de evitar a gravidez;
- b) A camisinha vem num tamanho único, serve para qualquer tamanho de pênis;
- c) Não faz mal à saúde;

- d) Oferece grande segurança quando usada corretamente e, principalmente, se combinada com o uso de espermicida;
- e) Oferece grande proteção contra as doenças venéreas e principalmente a AIDS.

C. Desvantagens:

- a) Muitas pessoas se queixam de que o método interfere na relação sexual. Pinotti (1988), colabora com esta afirmação ao dizer, que os principais inconvenientes são uma possível diminuição da sensibilidade masculina, a necessidade de usar condom em cada ato sexual e a interferência na espontaneidade do jogo amoroso prévio, por ter que ser colocado imediatamente antes do coito.
- b) Alergia ao látex;
- c) Irritação vaginal devido a fricção (quando não se usa lubrificante).
- d) É contra-indicado em anomalias do pênis.

D. Recomendações importantes:

- a) A camisinha pode ser associada com o uso de algum espermicida vaginal, aumentando a segurança do método;
- b) Observe se a vagina está bem umedecida, para que a penetração seja confortável e a camisinha não se rompa;
- c) Se a camisinha estiver muito seca, o uso de espermicida ajudará a penetração;
- d) Existem camisinhas lubrificadas que evitam esse tipo de problema;
- e) Em caso de algum acidente (rompimento, deslocamento ou erro ao retirar), recomenda-se colocar imediatamente algum espermicida na vagina.
- f) Nestes casos, não faça lavagem, pois ela empurra o espermatozóide para o útero;
- g) A primeira consulta de ser feita preferencialmente com o casal, nela deve-se avaliar o grau de participação masculina na prática da contracepção.
- h) Discutir a técnica do uso do método, a importância de utilizar em cada relação, manipulação cuidadosa, evitando o contato com unhas longas, reforçar que não se deve esticar ou inflar o preservativo para efeito de teste e recomendar a guarda em lugar fresco e de fácil acesso ao casal.
- i) Se por acaso a camisinha ficar dentro da vagina, isso não é motivo para se assustar. É só puxar com o dedo e usar algum tipo de espermicida ou a pílula pós-coital;
- j) É bom usar a camisinha em todas as relações sexuais, mesmo fora do período fértil;

- k) Mantenha as camisinhas guardadas em lugar fresco, pois o calor estraga a borracha;
- l) Se você notar alguma anormalidade na camisinha, (furo, cheiro diferente, mofo), não use;
- m) É importante o uso da camisinha em caso de suspeita de infecções nos órgãos genitais do homem ou da mulher e, também, durante ou logo após o tratamento;
- n) Erotizar, utilizar técnicas ou até criar situações que proporcionem melhor esse momento da colocação da camisinha;

II – CAMISINHA FEMININA (S.O.S Corpo, 1991)

É um preservativo de poliuretano macio e largo que se aloja na vagina. Tem um anel elástico em cada extremidade. O anel interno é usado para colocar o preservativo dentro da vagina e mantê-lo no lugar. O outro anel fica para fora da vagina e cobre parcialmente a área dos lábios vaginais. Ele pode ser colocado até 8 horas antes da relação, como também de 2 a 20 minutos antes da relação.

Ele é utilizado para ajudar a diminuir o risco de gravidez e a disseminação de doenças sexualmente transmissíveis inclusive a AIDS (infecção pelo HIV). Deve ser usado pelas mulheres durante todas as relações sexuais, seguindo corretamente as instruções e certificando-me que o preservativo não rompeu-se com as unhas ou outros objetos pontiagudos e usar lubrificante suficiente.

A. Modo de usar:

- Retire o preservativo e observe-o de perto. Friccione os lados de fora do preservativo para ter certeza de que o lubrificante está espalhado de maneira uniforme desde o fundo até a borda. Pode ser adicionado mais lubrificante, tentando diferentes quantidades para descobrir o melhor para a mulher e seu parceiro;
- Deve-se encontrar uma posição confortável. De pé com um pé em cima de uma cadeira, sentar com o joelhos separados ou agachar. Certificar-se de que o anel interno esteja no fundo do preservativo. Se houver necessidade adicionar lubrificante extra do lado de fora da extremidade fechada do preservativo ou no anel externo antes de inserir o preservativo;
- Segurar o preservativo com o lado aberto pendurado. Segurar o lado externo da bolsa e apertar o anel interno com o polegar e o dedo médio. Colocar o dedo indicador entre o

polegar e o dedo médio e continuar apertando o anel interno. Ainda apertando o preservativo com os três dedos, separar os lábios vaginais com a outra mão e insira-o comprimindo-o;

- Empurrar o anel interno e a bolsa pelo canal vaginal com o dedo indicador. Para saber se o anel interno esteja bem acima do osso púbico, curva-se o dedo indicador. Este procedimento pode ser difícil de se fazer na primeira ou segunda vez porque o preservativo é lubrificado. Empurre-o até onde puder sentir o osso púbico;

- Observar se o preservativo está colocado reto (não torcido) na vagina, e que o anel externo esteja contra os lábios vaginais. Mais ou menos três centímetros do lado aberto vão ficar para fora do seu corpo, ajudando a proteger ambos na relação, pois quando o pênis penetrar, a vagina vai se expandir e esta sobra vai diminuir;

- Durante a relação, observa-se que o preservativo se move. O movimento lateral do anel externo é normal. Às vezes o preservativo pode escorregar para cima e para baixo na vagina, “seguindo” o pênis. Se isso for percebido, deve-se adicionar mais lubrificante no pênis ou dentro da bolsa.

- Deve-se parar quando começar a sentir que o anel externo está sendo empurrado para dentro da vagina e se o pênis começar a entrar por baixo ou pelo lado do preservativo. Nestes casos deve-se retirá-lo, recolocar um preservativo novo, guiando-o com as mãos até adquirir prática e adicionar mais lubrificante à abertura da bolsa ou ao pênis. Certificando sempre de que a parte externa fica sobre a região dos lábios vaginais;

- Para retirá-lo, deve-se apertar o anel externo e torcê-lo para manter o esperma dentro da bolsa, puxando-o delicadamente;

- Mesmo quando o preservativo estiver adequadamente colocado e lubrificado, algumas mulheres poderão senti-lo e outras não;

- Estudos mostram que o preservativo se rompe ou rasga menos que 1% das vezes, se achar que o preservativo foi danificado, deve-se retirá-lo imediatamente, jogando-o fora e inserindo um novo preservativo;

- Se lubrificado adequadamente, deve haver pouco barulho. Se houver barulho demais durante a relação sexual, adicione mais lubrificante;

B. Recomendações importantes:

- Deve ser usado toda vez que houver relações sexuais com penetração, se não for usado sempre, o risco de engravidar ou pegar uma doença sexualmente transmissível será maior;
- Não remover o anel interno do preservativo, pois ele ajuda a mantê-lo no lugar durante sua utilização, se ele for removido não funcionará bem;
- Não utilizar o preservativo feminino e masculino ao mesmo tempo. Se for usado juntos, nenhum dos produtos ficará corretamente no lugar;
- Se o preservativo for utilizado mais de uma vez, possivelmente não estará devidamente protegida;
- Se o preservativo sair da vagina durante o uso ou se o anel externo for empurrado para dentro, deve-se utilizar um novo preservativo;
- Se necessário, deve-se adicionar um lubrificante extra. O lubrificante pode ser colocado dentro do preservativo ou no pênis, tornando-o mais confortável de se usar e permitindo que o pênis escorregue mais facilmente para dentro e fora da vagina;
- Pode ser utilizado também espermicida junto com o preservativo, ou lubrificante adicional contendo espermicida. Não existem estudos clínicos finalizados demonstrando se usar ou não um espermicida aumentará a eficiência contraceptiva do preservativo feminino. Se ele for utilizado recomenda-se que seja inserido na vagina antes de colocar o preservativo;
- Se a mulher estiver sendo tratada de uma doença sexualmente transmissível ou acha que tem uma, ela deve procurar o médico primeiro antes de ter relações sexuais;
- Guardar o preservativo em temperatura ambiente normal. Não utilizá-lo com data de validade vencida pois ele não funcionará tão bem;
- Deve ser removido depois da relação e antes de levantar-se;

III – DIAFRAGMA (Brasil, 1996)

Método anticoncepcional de uso feminino que consiste num anel flexível, coberto no centro com uma membrana de borracha em forma de cúpula bem fina, que a mulher coloca, ela mesma, no fundo da vagina, antes da relação sexual, cobrindo completamente assim o colo do útero.

Em séculos passados, as mulheres colocavam em suas vaginas sementes de frutas, esponjas e outros objetos com o objetivo de bloquear o acesso do esperma masculino, Almeida (1988). Ele evita a gravidez, impedindo que os espermatozoides do homem penetrem no útero. Segundo Pinotti (1988), complementando o Brasil (1996), atua apenas como barreira mecânica, mas pode ser adicionado um espermicida com o propósito de aumentar a eficácia. Recomenda-se a colocação junto com um creme espermicida ou na falta deste, qualquer creme vaginal não evanescente, na parte côncava para dificultar a migração dos espermatozoides e garantir maior segurança.

Deve ser colocado na hora da relação ou até duas horas antes, com a parte convexa voltada para a vulva, localizando a borda posterior no fundo do saco posterior e a borda anterior através do púbis. Quando adequadamente colocado ajusta-se entre a parede posterior da vagina e a curvatura situada atrás da arcada púbica, mas pode não permanecer completamente ajustado durante todo o ato sexual, ou em todas as posições do mesmo, desta maneira é sempre interessante estar associados a agentes espermicidas.

Pinotti (1988), ressalta que a grande vantagem do diafragma está em ser um método que a mulher pode utilizar sem depender do médico ou do serviço de saúde, não tem efeitos secundários importantes, e que protege contra o câncer do colo do útero.

A. O que fazer para usar um diafragma:

- a) Para começar a usar o diafragma precisamos da ajuda de um profissional de saúde, pois inicialmente é necessário um exame ginecológico para afastar anormalidade que possam inviabilizar seu uso, como anormalidade anatômicas da vagina, colo e útero, prolapso uterino, cistocele ou retocele, retroversão uterina acentuada e fistulas vaginais.
- b) Existem diafragmas de diversos tamanhos, sendo necessário um procedimento para determinar a medida adequada a cada mulher. Esta pessoa irá medir o tamanho do fundo da vagina, pois existe um tamanho específico de diafragma para cada mulher.
- c) Urinar e lavar as mãos antes de colocar o diafragma;
- d) O tamanho adequado do diafragma para mulher corresponde ao comprimento diagonal do canal vaginal, desde a face posterior da sínfese púbica até o fundo do saco vaginal posterior.
- e) Papel do orientador é muito importante, pois é ele que irá explicar como colocar e retirar o diafragma, e como verificar se está colocado corretamente.
- f) Técnica de medição do diafragma:

- Introduzir os dedos indicador e o médio na vagina, até que a extremidade do dedo médio atinja o fundo do saco posterior.
- Em seguida com a ponta do polegar da mesma mão, marcar o local em que o dedo indicador toca a sínfise púbica;
- Retirar os dedos da vagina e medir o diâmetro aproximado;
- Partindo de um número inferior ao diâmetro aproximado, determinado pelo toque vaginal, experimentar as variações de 5 em 5mm, através dos anéis de prova ou na ausência desses, de um Kit de diafragmas de amostra. Os diafragmas devem ser experimentados um a um, até encontrar o que melhor se adapte à vagina;
- anel (ou a borda do diafragma) deve tocar as paredes laterais da vagina e se assentar confortavelmente entre a sínfise púbica e o fundo do saco posterior;
- diâmetro correto do diafragma é determinado ao se encontrar o maior tamanho que, adaptando-se perfeitamente à vagina, não seja percebido com desconforto pela mulher.

B. Vantagens:

- a) Ajuda a mulher a conhecer melhor seu próprio corpo.
- b) É um método seguro, quando a mulher é bem orientada.
- c) Não faz mal à saúde.
- d) Não interfere no ciclo menstrual;
- e) Quando bem colocado e não tendo fissuras, é um método relativamente seguro, olhar contra a luz para ver se não há furos;
- f) Sendo lavado e conservado pode durar até 3 anos.

C. Desvantagens:

- a) Seu uso exige disciplina e consulta médica;
- b) É caro, porque muitos não são fabricados no Brasil;
- c) Falha quando não é bem colocado, não é do tamanho certo, colocado sem geléia e é retirado antes do tempo;
- d) Ocorre irritação da vagina ou pênis e reação alérgica à borracha ou ao espermicida, como efeito colateral;
- e) Sua medida altera-se pós parto, aborto ou quando a mulher engorda mais de 5 Kg sendo necessário realizar nova medida;

D. Como colocar e retirar:

- a) Coloque uma colherzinha de espermicida no fundo do diafragma e espalhe. Depois, se você achar melhor, pode colocar mais um pouquinho por fora ou nas bordas.
- b) Escolha uma posição confortável (deitada, de cócoras ou em pé apoiada em um banquinho).
- c) Pegue o diafragma pelas bordas e aperte-o no meio, formando um oito.
- d) Com a outra mão, abra os lábios da vagina e introduza-o profundamente. Ele se acomoda naturalmente no fundo da vagina. Fica bem encaixadinho, não havendo nenhum perigo de perder-se. Se estiver mal colocado, poderá causar desconforto, e isto será facilmente percebido.
- e) Para verificar se ele está bem colocado, aprenda a tocar com o dedo o colo o útero. Verifique se o mesmo está inteiramente coberto pelo diafragma.
- f) Para retirá-lo, encaixe o dedo na borda e puxe o diafragma para baixa e para fora.

E. Recomendações importantes:

- a) A bexiga cheia pode dificultar a colocação do diafragma. É recomendável urinar antes;
- b) Se você desejar, para seu maior conforto, coloque o diafragma um pouco antes da relação sexual; porém, lembre-se de que o espermicida vai se dissolvendo e perdendo seu efeito com o tempo. Pode ser colocado na hora da relação sexual ou até no máximo 2 horas antes. É importante atentar para o tempo de eficiência do espermicida;
- c) O diafragma só deve ser retirado oito horas depois da última relação sexual, que é o tempo que os espermatozóides sobrevivem na vagina;
- d) Se houver novas relações, deve-se colocar mais espermicidas na vagina, com a ajuda de um aplicador, sem mexer no diafragma;
- e) Não é descartável e somente um médico pode indicar o tamanho correto para cada usuária, dependendo da anatomia da sua vagina
- f) O diafragma pode permanecer na vagina, no máximo, por 24 horas. Depois desse tempo, se a mulher deseja continuar com ele, deve retirá-lo para lavar e renovar o espermicida. Esta prática evita infecções;
- g) Não é aconselhável fazer lavagens vaginais, banhos de assento ou de banheira, antes da retirada do diafragma. A água pode dissolver o espermicida tornando-o sem efeito;

h) Uma regra prática é usar o maior tamanho que, adaptando-se perfeitamente à vagina, não seja percebido como desconforto pela mulher.

i) É contra-indicado em:

- Mulheres que nunca tiveram relação sexual;
- configuração anormal da vagina;
- cistocele ou retocele acentuada;
- anteversão ou retroversão uterina pronunciada;
- prolapso uterino;
- fístulas vaginais;
- tônus muscular vaginal deficiente;
- alterações psíquicas graves, que impedem o uso correto;
- infecção urinária de repetição;
- durante o puerpério, até se recuperar anatomia normal da vagina;
- cervico-colpites agudas;
- Durante a menstruação, pois esse uso apresenta risco de choque tóxico, que é um acidente raro, mais muito sério.

j) É necessário medir novamente o fundo da vagina, depois de um (a):

- Gravidez (após cada parto);
- Abortamento do 2º trimestre;
- Grande mudança de peso (mais de 5Kg);
- Operação ou cirurgia vaginal e de períneo;
- Depois de 2 anos de uso.

F. Como cuidar do seu diafragma:

- a) Lavar sempre com água fria e sabão neutro. Se não tiver neutro, use só água;
- b) Secar bem com um pano macio e polvilhar com maizena;
- c) Guardar sempre na caixinha, longe do calor e da luz;
- d) Antes de colocá-lo, olhe contra a luz para ver se não tem nenhum furo, se a borracha não está enrugada ou começando a afinar;
- e) Seu diafragma deve ser trocado no prazo recomendado;
- f) Se a borracha ficar enrugada, o diafragma deve ser trocado imediatamente;
- g) A vida média útil do diafragma é de cerca de dois anos.

IV - ESPERMICIDA

É um recurso contraceptivo praticado desde a antigüidade e idade média. Quando se usavam cataplasmas de ervas, pastas feitas com óleo de oliva, unguento de chumbo, suco de limão ou meramente metade de um limão. O primeiro espermicida industrial foi introduzido no século XIX, no mesmo período em que se criaram pessários e condons.

São substâncias químicas que formam uma película que recobre a vagina e o colo do útero, impedindo a penetração dos espermatozóides e, bioquimicamente, imobilizando, incapacitando ou destruindo os espermatozóides após a ejaculação na vagina. Podem se apresentar na forma de cremes, óvulos, supositórios, geléias, espumas ou aerossóis. Halbe (1993) complementa...”é toda e qualquer substância que introduzida na vagina, exerça um efeito nocivo sobre o espermatozóide, impedindo a sua ascensão ao trato genital superior”.

A ação dos espermicidas sobre os espermatozóides varia de acordo com a composição química:

- Fortemente ácidos: aumenta a acidez vaginal destruindo os espermatozóides;
- Bactericidas: matam os espermatozóides atacando seu metabolismo;
- Ativos a nível superficial: impedem a alimentação dos espermatozóides tornando-os fracos e inativos.

O agente espermaticida recomendado por Brasil (1996) é a base de Nonoxinol-9. Deve ser colocado na vagina uma hora antes de cada relação sexual. normalmente são colocados uns 15 a 20 minutos antes da penetração do pênis na vagina, porque precisa se dissolver lá dentro. Depois de 1 hora perdem o efeito. São produtos que não oferecem segurança quando utilizados isoladamente, devem ser usados sempre juntos com a camisinha e o diafragma. De acordo com Pinotti (1988), o espermicida tem o índice de falha é elevado, variando de 8 a 42%, porém, quando se utiliza em combinação com outros métodos, aumenta a sua eficácia.

A mulher deve colocar espermicida já deitada e não se levantar mais, para evitar que ele escorra. Não se pode fazer lavagem vaginal pelo menos 8 horas após a relação sexual. Se for observado algum corrimento na vacina, é bom interromper o uso do método, e procurar um médico, pois algumas pessoas tem alergia a certos espermicidas, nesse caso o médico poderá recomendar outro produto.

Os espermicidas devem ser colocados de novo, se houver mais de uma ejaculação na mesma relação sexual. Se ejaculação não ocorrer dentro do período de segurança garantido pelo espermicida, deve ser feita outra aplicação.

A suspeita de que o uso de espermicidas no período próximo à concepção poderia provocar malformações fetais baseava-se num só trabalho, com defeitos metodológicos reconhecidos até por um dos seus autores. Mais importante é o fato de que outros estudos epidemiológicos não acharam nenhuma relação entre o uso de espermicidas e alterações congênitas do recém-nascido (Pinotti, 1988).

A. Modo de usar:

- a) Retirar a tampa do tubo e colocar o aplicador na abertura do mesmo, girando-o;
- b) Apertar o tubo desde o fundo, forçando seu conteúdo para o cilindro do aplicador, até que êmbolo esteja totalmente exposto e o cilindro completamente cheio;
- c) Separar o aplicador do tubo, fechar o tubo e enroscá-lo desde o fundo, após cada uso;
- d) Segurar o aplicador cheio e inseri-lo na vagina o mais profundo possível;
- e) Reaplicar a cada relação sexual;
- f) Evitar duchas vaginais pelo menos até oito horas após o coito;
- g) Lavar o aplicador com água e sabão após cada uso, enxaguando-o bem, entretanto não se deve fervê-lo;

B. Vantagem:

- a) Pode ser usado diariamente, são simples de usar, fáceis de serem entendidos quanto ao modo de uso;
- b) Ajuda a proteger contra algumas infecções vaginais, pois apresentam algum efeito protetor, especialmente gonorréia e sífilis;
- c) Não necessita orientação e intervenção médica;
- d) São poucas complicações e efeitos colaterais;
- e) Pode servir para alguns casais como lubrificante vaginal, o que pode ser benéfico;
- f) Não interferem com a lactação podendo ser uma opção para as mulheres que amamentam, com alta eficácia.

C. Desvantagem:

- a) Algumas mulheres e homens podem ter irritação ou alergia nos órgãos genitais, respectivamente, vagina e pênis. Nesse caso convém mudar de marca ou parar de usar;
- b) Para praticantes de sexo oral, pode ser um inconveniente, pois tem gosto desagradável. Deve-se, pois colocar o espermicida após o sexo oral;
- c) Há mulheres que acham desconfortável ter relação com este produto, o seu uso requer a manipulação dos genitais o que pode ser inaceitável, até mesmo ofensivo para certas mulheres e/ou homens;
- d) O tempo de duração do espermicida é curto e a aplicação repetida pode interferir na relação sexual. Ficam ativos na vagina durante um período limitado de tempo, requerendo a nova aplicação se ocorrer outros coitos ou de o produto for colocado muito tempo antes da ejaculação;
- e) Ser um método que deve ser associado a outros (diafragma, camisinha) para maior segurança, pois tem um índice de falha geralmente superior a vários métodos anticoncepcionais conhecidos e bastante usados;
- f) Não é um método muito seguro, quando não se espalha de maneira uniforme, deixando o colo do útero com áreas descobertas, permitindo assim a passagem de espermatozoides;
- g) É contra- indicado em inflamações nos órgãos genitais e erosões do colo uterino;
- h) É contra-indicado em caso de gravidez ou suspeita (alguns estudos em andamento procuram avaliar os efeitos dos espermicidas sobre o feto, nos casos de falha do método, pois suspeita-se que eles alteram a genética dos espermatozoides. Os resultados são incipientes e não existe correlação comprovada entre o uso dos espermicidas e anomalias fetais).

3.9.1.4. MÉTODO MECÂNICO

I - DIU (DISPOSITIVO INTRA UTERINO) (Brasil, 1996)

É qualquer objeto que, colocado dentro do útero, evita a concepção. O princípio é milenar, pois foi aplicado no Egito antigo, sob a forma de crinas e pedras preciosas; e por Hipócrates que introduzia um tubo de chumbo no útero das mulheres gregas. No século XIX, quando se divulgavam os primeiros condons e diafragmas, circulavam nos

consultórios europeus, um dispositivo conhecido como pessário de fio. Na década dos anos 20, o alemão Graffenburg desenvolveu formas metálicas que se aproximavam muito dos DIU atualmente disponíveis.

É uma pequena peça de plástico de polietileno, com ou sem adição de substâncias metálicas ou hormonais. Os mais comuns e utilizados no posto de saúde, são os que tem a forma de um “T” (TCu). Tem 3cm de largura, 3,5cm de altura, com cordão na extremidade inferior para facilitar a retirada, filamentos de Cobre que liberam sais de cobre que é espermicida, que, colocado dentro do útero impede a gravidez. Com o DIU, o muco cervical é alterado pelos íons de Cobre liberados pelo DIU. O ambiente fica hostil ao espermatozóide, que fica com a movimentação limitada. Os cílios presentes no interior das trompas de falópios (que levam o óvulo do ovário para o útero) invertem o sentido dos seus movimentos. Os movimentos peristálticos – tipos de ondas naturais que acontecem para ajudar a chegada do óvulo ao ovário – também são alteradas pelo Cobre. Algumas teorias relatadas por Halbe (1993), justificam esses mecanismos:

- Reação de corpo estranho: sempre que um corpo estranho é introduzido na cavidade uterina, reações bioquímicas e celulares acontecem, tais como aumento da permeabilidade vascular, infiltração de leucócitos no estroma, inclusive neutrófilos, células mononucleares e macrófagos; o DIU provoca uma reação de corpo estranho, porém com ausência de inflamação bacteriana. Ou seja, é provocada uma reação inflamatória permanente nos tecidos próximos, induzindo o sistema de defesa do organismo a produzir grande número de glóbulos brancos que atacam o espermatozóides e o óvulo fecundado.

- Alterações bioquímicas do endométrio, alterações imunológicas, alterações hormonais, alterações dos espermatozóides (altera a motilidade, penetração, sobrevida e capacitação) e alterações próprias do Cobre (queda na percentagem de espermatozóides móveis diretamente proporcional à superfície de cobre, inibição da penetração e sobrevida no muco cervical)

Normalmente sem o DIU, o muco cervical é, naturalmente, um ambiente excelente para permitir a movimentação do gameta masculino. O movimento dos cílios permite que o óvulo produzido no ovário, atravesse as trompas para se encontrar com os espermatozóides. As trompas tem movimentos especiais, chamados peristálticos, que contribuem também para a chegada do gameta feminino no útero.

Há vários critérios de classificação para os DIUs, entretanto, os de uso prático são, segundo Almeida (1988):

a. Segundo a forma:

- a.1. DIU lineares – Espiral de Mangulies, Alça de Lippes, T de cobre, Saft-Coil;
- a.2. DIU anulares: anel de Grafenberg, Zipper, Ota;

b. Segundo o mecanismo de ação:

b.1. DIU não medicado ou inerte – atua só como corpo estranho – todos os fabricados com polietileno baritado, ou seja, que não contem e não desprendem, teoricamente, substância ativa.

b.2. DIU medicado ou ativo – desprendem uma substância que altera o meio uterino, são os que tem como base o polietileno baritado mas tem, também algumas substâncias ativas como metais ou progestágenos (existe atualmente o DIU feito com o hormônio progestogênio. A vantagem é que este reduz o volume de sangue durante a menstruação, pois atrofia o endométrio, seu uso não está autorizado no Brasil. Mais comuns são os de cobre.

Só pode ser colocado por médico ou pessoa treinada para isso. A colocação, que é simples e rápida, é feita quando a mulher está menstruada, porque o colo do útero está amolecido e dilatado e possivelmente ela não está grávida. Se a paciente estiver amamentando é preciso usar com cautela porque o útero está amolecido e o risco de perfuração é maior. Deve-se fazer uma consulta no mínimo duas vezes por ano. Não se deve colocar o DIU logo após um parto ou aborto, deve-se esperar pelo menos 40 dias, seis a 8 semanas após o parto normal, e 8 a 12 semanas após a cesariana. É preciso que a mulher esteja psicologicamente preparada para que aceite bem este método. A vagina, o útero e as trompas devem estar saudáveis. Se o exame mostrar alguma alteração, é preciso se tratar antes da colocação do DIU. Na primeira semana após a colocação deve-se evitar relações sexuais. É preciso voltar ao médico 1 semana, 1 mês, 3 meses, 6 meses e 1 ano após a colocação, se estiver tudo bem, basta continuar fazendo o exame ginecológico anual. O organismo da mulher pode expulsar o DIU, é raro, mas nesse caso é preciso procurar sem demora o médico, principalmente se estiver sangrando.

Com o uso do dispositivo intra-uterino inerte a mulher segue ovulando normalmente, não existe alteração hormonal, portanto a duração e característica do ciclo menstrual não sofre alteração, do ponto de vista hormonal. Todos os DIUs estimulam uma resposta inflamatória contra um corpo estranho no útero, a qual causa mudanças

celulares e bioquímicas no endométrio e nos fluidos uterinos, as alterações do muco cervical dificulta a ascensão dos espermatozóides. São essas mudanças que se acredita responsáveis pelo efeito contraceptivo. Há o aparecimento de numerosos leucócitos polimorfonucleares, seguidos por células gigantes de corpo estranho, mononucleares, plasmócitos e macrófagos, que parecem englobar os espermatozóides ou o óvulo fecundado pelo processo de fagocitose. Outra teoria, é que as mudanças no endométrio, talvez estimulados pela reação inflamatória, tornem o endométrio impróprio para a implantação do óvulo fecundado, (LinsKin & Fox apud Almeida, 1988).

Os DIUs medicados, além de produzir uma reação inflamatória produzem efeitos locais que podem desempenhar um papel importante na ação contraceptiva.

No Brasil, é aceita a corrente que atribui ao DIU efeito micro-abortivo e como tal não possui respaldo jurídico nem deontológico, pois, o Código Penal Brasileiro defende a teoria concepcionista, segundo o qual o ser humano é pessoa desde a fecundação até a morte. Impedindo a nidação, haverá uma agressão à vida humana e portanto, o método é micro-abortivo, segundo Almeida (1988). Porém a mesma relata, que até o momento não existem provas que permitam assegurar, de forma clara, se o DIU é micro-abortivo ou não, isto é, se produz a expulsão de óvulos fecundados, ou se impede fundamentalmente a fecundação. Brasil (1996), já aceita o DIU de cobre como método contraceptivo, que altera o endométrio, o muco cervical e mobilidade do espermatozóide impedindo a ovulação.

Segundo Brasil (1996), o corpo produz uma reação ao corpo estranho que provoca alterações morfológicas e bioquímicas no endométrio e do fluido intra-uterino bem como alterações do conteúdo celular que interferem com a capacitação e o transporte espermático. O efeito do cobre sobre o muco cervical e espermatozóides interferem sobre a migração e vitalidade dos mesmos. Afetando também na vitalidade e o transporte do óvulo na trompa. Em razão disso, não é considerado abortivo pelo Ministério da Saúde.

A. Procurar o médico quando:

- a) Febre sem motivo;
- b) Calafrios;
- c) Dores no ventre e nos quadris;
- d) Dor nas relações sexuais;

- e) Aparecimento de coágulos de sangue;
- f) Sangramento fora da menstruação;
- g) Corrimentos fétidos;
- h) Atraso menstrual ou outros sinais de gravidez;
- i) Reações alérgicas (tipo urticária);
- j) Qualquer desconforto que indique que o DIU saiu do lugar;
- k) Algum sinal de doença venérea no homem ou na mulher. Nesse caso ambos devem evitar ter relações sexuais até o final do tratamento. O uso da camisinha é também uma boa alternativa para o período.

B. Pode ser usado por:

- a) mulheres que tem vida sexual ativa;
- b) mulher que tem parceiro único, pois elimina em grande parte o risco de contrair infecção por relacionamentos com muitos homens;
- c) mulheres que já tem filhos, reduz a contração uterina e o risco de expulsar o dispositivo intra uterino;

C. Não pode ser usado ou deve ser evitado (algumas avaliações individuais podem ser discutíveis:

- a) Grávidas ou com suspeita de gravidez;
- b) Com corrimento ou doenças venéreas;
- c) Com infecções no útero e nas trompas;
- d) Com múltiplos(as) parceiros(as) sexuais;
- e) Com Sangramento fora do período menstrual;
- f) Com inflamações no colo do útero (cervicite aguda ou colpíte);
- g) Com dores fortes e sangramento abundante durante a menstruação;
- h) Que já tiveram gravidez nas trompas (gravidez ectópica prévia);
- i) Que nunca tiveram filhos (nulíparas jovens);
- j) Com anemia intensa;
- k) Que tem mioma ou anomalias uterinas;
- l) Neoplasia maligna de colo ou corpo uterino;
- m) Doença inflamatória pélvica (DIP aguda ou crônica);
- n) Contra-indicação relativa, alergia ou sensibilidade ao cobre;

- o) Que não tem acesso a serviços de saúde;
- p) A cesárea não é contra-indicada para a colocação do DIU, porém a inserção pode ser mais difícil e causar dor se a mulher nunca teve dilatação do colo. Pinotti (1988).
- q) Pós-parto, a colocação do DIU nos 7 primeiros dias, causa muitas expulsões do dispositivo, passados os 7 dias, torna-se maior o risco de perfuração do útero, razão pela qual a prática mais recomendada é esperar para colocar entre 40 e 60 dias pós-parto.
- r) Após aborto séptico;
- s) Diabéticas.

D. Vantagens:

- a) Baixo risco de falha de 0,5 a 1% dos casos ocorre a gravidez (desde que a mulher esteja em boas condições para usá-lo e que ele seja bem aplicado e acompanhado);
- b) Age por longo tempo, deixando a mulher despreocupada, pode ser usado de dois a cinco anos;
- c) É o segundo método contraceptivo mais usado no mundo, superado apenas pela pílula;
- d) Alguns centros de planejamento familiar colocam o DIU grátis;
- e) É um método muito prático para evitar a gravidez e é reversível;
- f) Não exige disciplina da mulher;
- g) Não interfere nas relações sexuais;
- h) Não interfere com doenças sistêmicas, hepáticas, renais, endócrinas ou cardiovasculares (com exceção de algumas valvulopatias), e é melhor tolerado em mulheres de mais idade (acima de 30 anos) e com um ou mais partos. Pinotti (1988)

E. Desvantagem:

- a) Maior possibilidade de infecção e inflamação no aparelho genital;
- b) Aumenta a possibilidade de Doença Pélvica Inflamatória (DPI);
- c) Pode provocar cólica e a contração do útero pode expulsar o DIU;
- d) Aumenta a menstruação ou tem sangramento extra;
- e) Algumas mulheres ficam com anemia;
- f) Há o risco de expulsão, perfuração do útero ou incrustação do DIU na parede interna do útero;
- g) Depende de assistência médica constante;

- h) Pode provocar reação alérgica ao cobre;
- i) Não é recomendável para adolescentes ou mulheres que nunca engravidaram;
- j) Nem todas as mulheres podem usar;
- k) Apesar de ser um método seguro, há casos de gravidez, quando isto acontece, o risco de abortamento e de gravidez nas trompas é maior;
- l) As complicações e efeitos colaterais, são subdivididos em expulsão, perfuração, sangramento, dor, DIP, gravidez.

3.9.1.5. MÉTODOS HORMONAIS (Brasil, 1996)

Anticoncepção hormonal consiste na administração por via oral e parenteral de progestogênios isolados ou associados aos estrogênios com a finalidade de impedir a concepção (Halbe, 1993)

I - PÍLULA

São comprimidos feitos com substâncias químicas artificiais semelhantes aos hormônios encontrados no corpo da mulher, produzidos pelos ovários. De acordo com Halbe (1993), exercem seu efeito através da inibição do pico de gonadotrofinas do muco do ciclo, ou seja impedem a ovulação. No muco que fica na vagina, provocam alterações físicas e químicas, tornando o muco espesso e hostil, dificultando a espermomigração. Nas tubas modificam a contratilidade e grau que depende da estrogenicidade relativa de cada preparado.

Deve-se tomar um comprimido por dia, de preferência sempre na mesma hora. Não se deve comprar pílulas sem receita médica. A pílula que serve para uma amiga, pode ser perigosa para sua saúde. Existem vários tipos de pílulas, com quantidades diferentes de hormônios. É o método mais seguro para evitar uma gravidez, desde que tomada corretamente. Porém as pílulas mais modernas reduziram ao máximo esses inconvenientes que, quando ocorrem, são mínimos e muitas vezes desaparecem a partir do 3º ou 4º mês de uso. Ao contrário do que se pensava antigamente não é necessário fazer um descanso. Já é conhecido que, quanto menos se interrompe o uso da pílula, menor é a frequência de efeitos indesejáveis.

Classificação dos anticoncepcionais hormonais orais:

a) De acordo com a composição:

- Estrogênio isolado – etinilestradiol;
- Progestogênio isolado – noretindrona, norgestrel
- Combinados – estrogênio associado a um progestogênio, de forma contínua;

b) De acordo com o modo de ação:

- Interceptivos ou pílula do dia seguinte;
- Minipílula (progestogênio continuado);
- Sequenciais;
- Combinadas: monofásicos (dose dos esteróides é constante nos 21 comprimidos da cartela), bifásicos (2 combinações diferentes de estrogênio e progestágeno (10/11) de 21 pílulas ativas), trifásicos (3 combinações diferentes de estrogênio e progesterona (6/5/10) de 21 pílulas ativas) e pílula mensal

As pílulas combinadas atuam basicamente através da inibição da ovulação, além de provocar alterações nas características físico-químicas do muco cervical, no endométrio e na motilidade das trompas, enquanto as minipílulas agem principalmente no muco cervical e endométrio.

A. Como se usa:

a) Existem diferentes tipos de pílulas, o mais comum é o da cartela com 21 comprimidos, que se começa a tomar cinco dias depois que menstruação desceu e encerra no primeiro dia da outra menstruação, na primeira vez seguindo. As pílulas mais comumente receitadas são as que vêm em cartelas de 21 comprimidos. Iniciar com pílula de baixa dosagem.

b) Só o médico pode avaliar corretamente as mulheres que podem e as que não podem usar este método, e qual o tipo adequado para cada mulher.

c) Para isso, ela deve fazer exame clínico e ginecológico completo (inclusive medir a pressão e fazer o preventivo de câncer).

d) Cada tipo de pílula tem uma maneira correta de se tomar. A pílula só faz efeito se tomada corretamente.

e) Para começar a usar o contraceptivo hormonal oral, deve-se tomar o 1º comprimido 5 dias após o dia em que a menstruação começou a descer. Algumas pílulas iniciam no primeiro dia da menstruação.

f) Deve-se continuar tomando um comprimido por dia. De preferência sempre na mesma hora, até terminar os 21 comprimidos da cartela.

g) Esperar 7 dias para começar a tomar os comprimidos da nova cartela. Neste período a menstruação deve descer, ela pode demorar de 2 a 5 dias para descer. Não é preciso deixar de ter relações sexuais nesses dias. Recomece os comprimidos no oitavo dia mesmo que a menstruação não tenha terminado.

h) Podem tomar com menores riscos para saúde:

- Adolescentes com pelo menos quatro anos de menstruação regular;
- Mulheres com menos de trinta anos, pressão e peso normais, que não têm varizes e nem fumam.

B. Recomendações importantes:

a) Procure o médico se a pílula vier a lhe causar algum dos seguintes efeitos colaterais (geralmente ocorre quando o estrogênio ou a progesterona estão em excesso):

- Náuseas, enjôo, vômito, desmaios e tonturas;
- Mal estar gástrico (dor de estômago ou má digestão);
- Sangramento intermenstrual ou fora do período menstrual (hipermenorréia ou mucorréia);
- Queda de cabelos;
- Cefaléia (dores de cabeça freqüentes);
- Inchaço ou edema pré-menstrual, dores nas pernas, câibras;
- Tensão pré-menstrual aumentada;
- Aumento de pelos no corpo, manchas na pele (cloasma) e hirsutismo;
- Ganho ou perda excessiva de peso;
- Aumento do apetite constante;
- Falta de menstruação (hipomenorréia ou amenorréia);
- Nervosismo exagerado, fadiga, meteorismo, irritabilidade ou depressão forte;
- Problemas de vista;
- Mastalgia (dores no peito);
- Alterações da libido, acne, exantema e seborréia.

b) Diga sempre ao médico que você toma pílula, principalmente se tiver que fazer algum tratamento, porque alguns remédios não podem ser tomados juntamente com ela, pois mudam seu efeito, como os antibióticos, antialérgicos, alguns calmantes, ou

remédios para epilepsia e tuberculose; no caso se fosse necessário usar a pílula ou outros métodos hormonais, haveria que usar dosagens mais altas, tanto dos hormônios contraceptivos como dos anticonvulsivantes, portanto é preferível utilizar métodos não hormonais. Pinotti (1988).

c) No primeiro mês, usar outro método junto com a pílula;

d) A pílula interfere no desenvolvimento dos ossos e ovários da adolescente no caso de fazer uso deste método, é melhor tomar uma pílula com pequenas quantidades de hormônios;

e) Se você resolver engravidar, recomenda-se parar de tomar a pílula, três meses antes. Neste período, use outro método (camisinha, diafragma).

f) Se você esquecer de tomar um comprimido, tome-o assim que se lembrar. Além desse, tome o comprimido do dia, na hora de sempre. E continue a cartela. Se o esquecimento superior a 12 horas, suspender a cartela e usar outro método. Iniciar após próxima menstruação.

g) Se você esquecer de tomar dois ou mais comprimidos seguidos, faça o seguinte:

- Se houver menstruação, pare de tomar esta cartela. Comece outra 4 dias após o dia de início da menstruação;
- Se não houver menstruação, continue a tomar uma pílula diariamente, até o final da cartela.

h) Em qualquer caso de esquecimento, use outro método para garantir sua segurança neste mês (camisinha, diafragma).

i) Não podem ser tomadas por:

- Grávidas ou com suspeita de gravidez;
- Que fumam muito e há muito tempo;
- Com mais 35 anos associada a fatores de risco;
- Com menos 16 anos;
- Hepatopatias graves
- Que estão amamentando, para não secar o leite (a não ser que tomem uma pílula especial – ver com o médico). A minipílula (cartela com 35 comprimidos) sem interrupção da cartela.
- Com pressão alta e com doenças do coração;
- Com Sangramento fora do período menstrual;
- Com varizes, tromboflebite prévia;

- Com enxaquecas fortes;
- Que têm convulsões;
- Com diabetes insulino-dependentes;
- Com glaucoma;
- Com retardo mental;
- Câncer de mama ou suspeita;
- Doença vascular arterial;
- Imobilização prolongada;
- Psicose e neurose grave;
- 4 a 6 semanas pré e pós cirurgias de grande porte;
- Que vão operar ou acabaram de ser operadas;
- Que já tomaram pílulas por mais de 5 anos mesmo que não tenham sido seguidos;
- Têm o resultado anormal no exame preventivo de câncer do colo de útero (exame papanicolau).
- Que fazem uso crônico de drogas que interagem com a pílula

C. Vantagem:

- a) É um método seguro para evitar a gravidez quando tomada corretamente;
- b) Além de evitar a gravidez, oferece outros benefícios, tais como:
 - Diminuição do risco de alguns tipo de câncer ginecológico (ovário de 50 a 75% e endométrio de 50 a 60%) e algumas doenças benignas da mama;
 - Normalização do ciclo menstrual;
 - Proteção contra doença inflamatória pélvica (usuárias com mais de 1 ano de uso apresentam risco de 33 a 50% menor de DIP, é possível que impeçam a passagem da bactéria pelo muco cervical);
 - Diminuição da menstruação e da tensão pré-menstrual, melhora acentuada da dismenorréia, sangramentos menstruais mais regulares e diminuição da incidência de hemorragia do meio-ciclo;
 - Diminui o risco de gravidez ectópica por impedir a ovulação e reduz a incidência de moléstia trofoblástica;
 - Probabilidade das usuárias sofrerem a síndrome do choque tóxico é 25% menor;
 - Regressão rápida dos cistos ovarianos funcionais;
 - Apresentam melhoras relativas à artrite reumatóide, acne, seborréia e hirsutismo;

D. Desvantagem:

- a) É um produto químico, que produz reações no organismo;
- b) Algumas mulheres não podem usar este método;
- c) Se houver esquecimento, a mulher pode engravidar.

II - CONTRACEPTIVO INJETÁVEL

São injeções de hormônios que também impedem a ovulação. Como são em doses bem mais altas, possibilitam um efeito mais prolongado. A aplicação é mensal, em torno do 1° ao 5° dia do ciclo menstrual, por via intramuscular, sem massagear a região. Existe uma injeção que é usada no Brasil e que, como a pílula, é feita de hormônios. Como o efeito dessa injeção dura bastante tempo, ela pode ser mensal (combinados de progesterona e estradiol), bimestral ou trimestral (estes dois últimos possuem ação mais prolongada contendo apenas a progesterona).

A. Indicado:

- Mulher que deseja anticoncepção de alta eficácia e longa duração;
- Por levar com alta frequência a alterações importantes do padrão menstrual e por ter uma recuperação da fertilidade mais demorada que outros anticoncepcionais, é mais apropriado para ser usado por mulheres acima de 30 anos;
- Não está contra indicado nas condições que favoreçam a doenças tromboembólicas nem está contra-indicada a priori na hipertensão arterial leve ou moderada, alguns efeitos sobre os fatores de coagulação.

B. O uso desta injeção também pode trazer problemas:

- a) Devida a quantidade de hormônios, pode produzir efeitos indesejáveis, como alteração do ciclo menstrual;
- b) Só deve ser indicado somente pelo médico;
- c) Não deve ser utilizado por adolescentes, com menos de dois anos de menstruação, nem por mulheres que estão em idade próxima à menopausa.
- d) Ela está proibida em alguns países porque existe dúvida a respeito dos efeitos que ela provoca;

e) Ao tomar esta injeção, a mulher pode deixar de menstruar, ou demorar para engravidar se resolver para de usar.

C. Vantagens:

- Alta eficácia (taxa de gravidez 0,3-1,0 por 100 mulheres durante o primeiro ano de uso). Sua eficiência de uso está muito próxima de sua eficiência teórica;
- Fácil de usar, não requer rotina diária, ação prolongada, reversível e oferece privacidade;
- Podem ser usados esteróides naturais, que pela via oral são inativos;
- A absorção enteral leva a que os esteróides, conduzido pelo sistema porta, passem pela circulação geral. Devido a grande capacidade do fígado de inativar esteróides, para alcançar um nível sanguíneo adequado, precisa-se administrar uma dose mais alta quando se utiliza a via oral em vez da parenteral;
- A via parenteral está livre de alguns fatores que podem interferir na absorção de esteróides por via enteral, tais como ingestão de antibióticos, ansiolíticos;
- A passagem maciça dos esteróides pelo fígado, que acontece com a administração oral, leva a um maior efeito metabólico por ação direta sobre este órgão e aumento da possibilidade de produzir dano hepático;
- O injetável a base de progesterona pode ser usado na amamentação.

D. Não recomenda-se pelos efeitos colaterais e metabólicos que apresente:

- gravidez;
- Ca de hormônio dependente (faz exceção ao Ca de endométrio metastático);
- Sangramento genital de causa desconhecida;
- Diabetes mellitus;
- Cardiopatia com insuficiência cardíaca e obesidade;

E. Efeitos secundários:

- Alterações nos fluxos menstruais (períodos de amenorréia de mais de 90 dias de duração em 30 a 40% dos usuários com um ano de uso e a maioria dos restantes apresentam oligopomenorréia);
- Aumento de peso;
- Aumento de gases intra-abdominais;

- Cefaléias;
- Humor depressivo;
- Nervosismo e sensação de fadiga;

III - PÓS-COITAL OU PÍLULA DO DIA SEGUINTE (Brasil, 1996)

É o recurso de usar pílulas combinadas de baixa dosagem como contraceptivo pós-coital. Essa possibilidade foi identificada no contexto das pesquisas de aprimoramento dos anticoncepcionais orais. Seu funcionamento é o seguinte, se uma quantidade adequada de estrogênio e progesterona for ingerida durante ou imediatamente após a ovulação, a modificação na circulação hormonal faz com que as trompas dificulte (torna mais lenta) a viagem do óvulo eventualmente fecundado até o útero, o que impede a nidação. Um efeito secundário se dá sobre o próprio endométrio, que assume a forma proliferativa, o que também perturba o processo de implantação. Para usá-la é preciso que a mulher conheça bem seu ciclo e seja capaz de identificar os dias férteis. Se ela tiver relações com penetração nesse período sem usar outro método, ou no caso de acidentes como ruptura ao condom, erro de tabela e falha no coito interrompido, poderá lançar mão desse recurso. Os passos seriam comprar uma cartela de pílulas de dosagem alta. Deve ser usada até 72 horas (3 dias) depois da referida relação. Existem várias dosagens possíveis, tomar 2 pílulas (100mg) ou 4 pílulas (150mg) (depende da dosagem) de uma única vez e depois 12 horas repetir a dosagem novamente. A mais usada é 2 comprimidos de 50mcg de etinil estradiol (por exemplo: Neovlar, Evanor), via oral, seguido de mais 2 em 12 horas (total de 4 pílulas). Passadas 72 horas, o recurso não terá mais eficácia. Quanto mais próxima a relação sexual, mais eficaz é a medida. Esse procedimento só pode ser feito uma vez no ciclo. Depois deve-se usar um método de barreira, pois há possibilidade que ocorra uma segunda ovulação, por causa da alteração hormonal. Os efeitos colaterais que poderão ocorrer seriam náuseas (temporário, cerca de 1 dia), vômitos (se dentro de 1 hora depois de tomar a primeira ou segunda dose de pílulas, a usuária pode precisar repetir a droga) e adiantamento da menstruação. Se não apresentar menstruação dentro de 14 dias, procure o serviço médico para avaliar possível gravidez.

3.9.2. MÉTODOS IRREVERSÍVEIS

São aqueles que dificilmente possibilitam uma nova gravidez, ou seja, que, uma vez adotados, não mais permitem a gravidez. A opção por um método irreversível deve ser muito bem pensada, uma vez que é muito difícil voltar a ter filhos depois da operação. A esterilização não é exatamente um método anticoncepcional, mais uma cirurgia que se realiza na mulher ou no homem com a finalidade de evitar definitivamente a concepção.

3.9.2.1. ESTERILIZAÇÃO

É uma operação que se realiza no homem ou na mulher, com a finalidade de evitar definitivamente a possibilidade de gravidez, ou seja deixar o indivíduo estéril para sempre, ou por um determinado tempo. No caso do homem, a operação é a vasectomia. Na mulher, é a ligadura tubária, laqueadura, amarração ou ligadura de trompas.

Essas operações são irreversíveis e agora consideradas legais pelas leis do Brasil. É um método contraceptivo seguro, mas com muitos riscos do ponto de vista clínico por ser um método invasivo, podendo acontecer várias complicações.

Essas cirurgias estão indicadas somente nos casos de:

- Homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de 25 anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado, a pessoa interessada, acesso ao serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando a desencorajar a esterilização precoce;
- Em caso de risco de vida ou à saúde da mulher ou do futuro conceito, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos;
- A esterilização cirúrgica como método contraceptivo somente será executada por laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, sendo vedada por meio de histerectomia e ooforectomia;
- Será obrigatório constar no prontuário médico o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação dos riscos da cirurgia,

possíveis efeitos colaterais, dificuldade de reversão e opções de contracepção reversíveis existentes;

- É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante períodos de parto, aborto ou até o 42 dia do pós-parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores, ou quando a mulher for portadora de doença de base e a exposição a segundo ato cirúrgico ou anestésica representar maior risco para sua saúde. Neste caso, a indicação deverá ser testemunhada em relatório escrito e assinado por dois médicos.

I - LAQUEADURA OU LIGADURA DE TROMPAS

A origem da laqueadura está intimamente associada a prática médica da ginecologia e obstetrícia. Foi proposta pelo cirurgião Blundell a cerca de 100 anos atrás, tendo sido realizada pela primeira vez em 1880, através de uma cesareana. A partir de 1897, começou a ser praticada de forma isolada do parto. É uma operação feita nas trompas tubárias da mulher através de um rompimento (corte) da mesma, para impedir que o espermatozóide vá de encontro com o óvulo nas trompas. Através de uma incisão, o cirurgião localiza as trompas e as interrompe através de uma obstrução ou da retirada de um pedaço.

É considerada uma operação irreversível, definitiva, porque depois que a cirurgia é feita, dificilmente a mulher poderá engravidar novamente. Muitas mulheres estão fazendo a ligadura de trompas sem pensar direito, arrependendo-se no futuro. Elas pensam que é fácil operar novamente, para voltar a ter mais um filho. Isto não é verdade. Esta nova operação é muito cara, são raros os hospitais que têm condições para realizá-la e, muitas vezes, ela não dá resultado. Por tudo isso, é fundamental pensar bastante antes de tomar uma decisão precipitada. A vida da gente pode mudar de uma hora para outra.

A ligadura pode ser feita através da vagina ou cortando a barriga, com anestesia local ou geral. Não diminui o prazer da mulher. Porém pode oferecer riscos à saúde e algumas mulheres se queixam de dores na barriga, dores fortes durante a menstruação e aumento da menstruação.

As cinco principais técnicas operatórias usadas comumente para a esterilização feminina são, segundo Green (1978) citado por Almeida (1988): Laparotomia, laparoscopia, minilaparotomia, colpotomia e culdoscopia.

a) Laparotomia é o método tradicional; de esterilização feminina, usando uma técnica cirúrgica rotineira para acesso de trompas de Falópio. Quando se efetua depois do parto é simples e só requer uma pequena incisão.

b) Minilaparotomia e a laparoscopia, foram aperfeiçoadas desde 1960, quando se desenvolveram fontes de luz e equipamentos sofisticados e transformaram a esterilização feminina numa intervenção rápida, segura e que pode e deve ser feita com anestesia local, sem necessidade de internação em hospital. A minilaparotomia, algumas vezes chamada de minilap, consiste numa pequena incisão abdominal de menos de 3 cm. Cada trompa de Falópio é delicadamente trazida para esta incisão, e é obstruída, através do corte e da ligação das extremidades cortadas, ou pela aplicação de cliques ou anéis, permitindo em seguida, que volte ao lugar. A laparoscopia consiste na inserção, através da parede abdominal anterior de um instrumento semelhante a um telescópio, o laparoscópio pelo qual o médico pode ver os órgãos internos e bloquear as trompas por meio de eletrocoagulação, ou pela aplicação de cliques ou anéis. Estes métodos podem ser executados, a maioria das vezes, em 10 a 20 minutos. Liskin et al (1984) citado por Almeida (1988).

c) Colpotomia que requer uma pequena incisão na vagina é um método mais apropriado para mulheres que tenham tido vários filhos.

d) Culdoscopia, que necessita a inserção do instrumento ótico, o culdoscópio, através do fundo de saco vaginal, não é tão comum como a laparoscopia. Almeida (1988).

Geralmente, os métodos vaginais (a colpotomia e a culdoscopia) tem uma taxa de complicações mais alta que a laparotomia, laparoscopia e minilaparotomia. A laparoscopia e a culdoscopia requerem equipamentos custosos e um cirurgião hábil. Já a minilaparotomia requer poucos equipamentos adicionais ao instrumental cirúrgico básico e a capacidade para efetuar cirurgia abdominal. Green (1978) citado por Almeida (1988). A culdoscopia, que necessita a inserção do instrumento ótico, o culdoscópio, através do fundo de saco vaginal, não é tão comum como a laparoscopia. Almeida (1988).

A. Indicado:

- Problemas cardíacos graves;
- Hipertensão ou problemas renais graves;
- Mulheres que tiveram muitos filhos e cujas gestações ocasionaram problemas dos órgãos reprodutores;
- Doenças circulatórias graves (flebites, pressão alta, varizes)
- Mulheres com fator Rh negativo, que tiveram gestações sem preocupações e estão sensibilizadas;
- Diabéticas que já tiveram muitos filhos;

B. Recomendações importantes:

- a) Certas indicações aumentam o risco da cirurgia e podem exigir cuidados especiais antes da esterilização como infecções grave do aparelho reprodutor, má-formação do útero ou das trompas, hérnia abdominal, na hora do parto, pois as condições emocionais e psíquicas da mulher não favoreçam a clareza de decisão e, além disso, no caso de haver morte do bebê, a laqueadura poderá ocasionar uma situação traumática, exceção depois da 3ª cesareana;
- b) Todos os procedimentos cirúrgicos são potencialmente perigosos e devem ser feitos cuidadosamente. Na esterilização feminina as complicações sérias ocorrem com maior frequência do que na vasectomia (Almeida, 1988).
- c) O procedimento cirúrgico tem uma extrema efetividade de custo para a mulher, pois elimina a necessidade de readquirir produtos contraceptivos e as visitas regulares de seguimento (Almeida, 1988). No entanto Luzinete (1996) contrapõe-se as diversas complicações da laqueadura e necessidades freqüentes de acompanhamento médico.
- d) Os ciclos menstruais não se modificam em consequência da esterilização. As mulheres que apresentam irregularidades menstruais, ou outros problemas ginecológicos, antes da esterilização, tendem a ter problemas semelhantes posteriormente. Problemas psicológicos não são mais comuns entre as mulheres que foram esterilizadas. Em geral, quando superam o medo da gravidez não desejada muitos casais são mais felizes. Liskin et al (1986) citado por Almeida (1988). Contrapõe-se a isto Luzinete (1996)

e) É provável que, só uma quinta parte de todas as mulheres esterilizadas mediante as técnicas atuais, possam reverter suas esterilizações. A reversão é, ainda, uma operação que requer grande perícia cirúrgica e custos para a mulher (Almeida, 1988).

f) O procedimento cirúrgico para reverter a esterilização feminina consiste na recanalização ou anastomose das porções da trompa de Falópio que tenham sido danificadas ou divididas, mediante uma operação anterior (Almeida, 1988). Porém apesar de muitas tentativas terem sido feitas nesse sentido, a laqueadura por enquanto, continua sendo irreversível. Porque apesar destas cirurgias superespecializadas existirem elas são muito caras e não podem ser realizadas em qualquer serviço;

g) As razões mais comuns de gravidez após a esterilização são: uma gravidez já em curso, mas, ainda, recente para ser identificada, um erro cirúrgico na identificação na trompa de Falópio, a recanalização espontânea de uma trompa cortada, ou a formação de nova passagem na trompa, que permite o encontro dos espermatozoides com o óvulo. A gravidez após a esterilização tem maior probabilidade de ser ectópica. Liskin et al citada por Almeida (1988).

C. Cuidados pré-operatórios:

- É fundamental que se realize entrevista com o casal e/ou mulher para detectar até que ponto a decisão pela contracepção cirúrgica é fruto de uma reflexão consciente, evitando que possam a vir arrepender-se deste procedimento.

D. Cuidados pós-operatórios:

- Raro acontecer sangramento no local da incisão, febre ou dor, principalmente se forem seguidas as orientações: abstinência sexual por 15 dias, incisão limpa e seca, volta a atividade normal em 7 dias, sem esforços;

E. Instruções sobre complicações:

- É normal: mal estar na barriga (estufada), um pouco de dor nos ombros, pequenas manchas róseas perto do corte, um pouco de sangue no curativo, pequeno sangramento pela vagina;

- Não é normal: dor forte na barriga, febre, hemorragia, infecção no local da incisão;

II - VASECTOMIA

Os primeiros registros históricos sobre a prática da vasectomia indicam que ela tem origem menos nobre que a laqueadura. Há algumas referências sobre a castração de homens internados em instituições públicas americanas e européias no final do século XIX. Em 1912, médico americano chamado Harry Sharp diretor de um reformatório escreveu um artigo informando que desde 1899 ele havia realizado 236 vasectomias entre seus internos, com resultados amplamente satisfatórios. Essas informações sugerem que o princípio da vasectomia foi identificado a partir de experiências com castração e que seu aperfeiçoamento técnico teve finalidades abertamente eugênicas.

É uma operação feita nos órgãos genitais do homem, que secciona, fecha ou bloqueia os canais deferentes da passagem de saída dos espermatozoides (são as células reprodutoras do homem) acima dos testículos, impedindo que os espermatozoides se juntem aos líquidos da próstata e vesículas seminais até o pênis. Fechando a saída, o homem continuará expelindo um líquido, o sêmen, que não conterá os espermatozoides e, portanto, não fecundará a mulher, impedindo, assim, que o homem tenha filhos. Só deverá ser indicada por médico, mediante criteriosa investigação, nos casos de risco de vida da mulher do interessado. A operação só deverá ser realizado por médico, após os exames pré-operatórios necessários.

A cirurgia é realizada, através de uma pequena incisão no escroto, pelo qual o canal deferente é seccionado. Ambos os cotos seccionados são ocluídos, em geral, através de eletrocoagulação ou por ligadura. Os espermatozoides continuam a ser produzidos como antes mas, como os canais deferentes estão bloqueados, os espermatozoides não podem chegar ao material da ejaculação segundo Gallen, citado por Almeida (1988). A operação é bastante simples, dura poucos minutos e não necessita de anestesia geral, somente local. Normalmente, não há necessidade de repouso especial depois da cirurgia, após a mesma o homem pode andar, trabalhar. Convém não fazer exercícios físicos até 10 dias após a operação. Seguindo corretamente as orientações médicas, após a vasectomia, o homem continua, normalmente, a ter desejo sexual, ereção e ejaculação. Depois da vasectomia os espermatozoides passam a ser absorvidos pelo organismo.

A vasectomia é indicada como um método contraceptivo com 100% de sucesso. Desde que realizada adequadamente. Um outro objetivo da cirurgia é proteger o

epidídimo (que armazena e capacita os espermatozóides) e os testículos de infecções que podem descer de outros órgãos genitais, como próstata e bexiga.

Estão sendo realizadas pesquisas para o desenvolvimento de novos métodos de vasectomia como: atingir os canais deferentes, através de uma punção percutânea, bloquear uma extremidade de cada canal deferente, bloquear os canais deferentes com agentes químicos e implantar nos canais dispositivos que bloqueiam a passagem dos espermatozóides, segundo Almeida (1988).

De acordo com Liskin et al e Gallen apud Almeida (1988), a vasectomia é um dos métodos anticoncepcionais mais eficazes, apresentando taxas de gravidez semelhante aquelas da esterilização feminina e inferiores àquelas dos métodos reversíveis. As taxas de gravidez após a vasectomia são muito baixas, em geral, menos de 1%. Este índice baixo de fracasso é causado pela recanalização dos extremos do canal deferente, relações sexuais antes do trato reprodutor estar livre de espermatozóides, secção de uma estrutura distinta de deferente e presença rara, mas não impossível, de mais de um deferente de cada lado. A adoção limitada da vasectomia como método anticoncepcional, deve-se a falta de motivação entre os homens e a falta de informações e serviços, além dos aspectos culturais (Gallen apud Almeida, 1988).

As complicações cirúrgicas são reduzidas e os efeitos colaterais sérios, são raros. Alguns homens podem apresentar edemas, equimoses e dores, que desaparecem rapidamente. Um número pequeno de pacientes podem apresentar hemorragia ou infecção, que podem ser praticamente eliminadas se as técnicas cirúrgicas e assépticas forem respeitadas. Problemas psicológicos relacionados com o comportamento sexual podem ser agravados; 1 a 5% dos homens vasectomizados revelam diminuição do libido, depressão, deterioração generalizada da saúde e outras queixas. Os granulomas espermáticos, às vezes, se formam depois da vasectomia, no local da vasectomia ou no epidídimo, e causam desconforto, que cessa espontaneamente (Coelho, 1988).

A. Recomendações importantes:

a) Mesmo nos casos de indicação médica para realizar a vasectomia, é necessário pensar muito antes, pois se trata de uma operação irreversível. Antes da operação o homem deve assinar um documento em que se responsabiliza pela decisão que tomou. É importante esperar um mês entre a decisão de se operar e a cirurgia,

- b) É importante saber que, após ter feito a operação, o homem deve evitar a ter relações sexuais nos primeiros dez dias da operação e usar o condom ou preservativo, pelo menos até dois meses depois. Isso é recomendável porque leva algum tempo até que os espermatozóides que já estão no canal do pênis sejam eliminados. Pode haver espermatozóides acumulados no que se chama de ampola do deferente (lugar onde as células germinativas ficam armazenadas);
- c) Realizar espermograma após 30 e 60 dias após a cirurgia para avaliar se a concentração de espermatozóides pode levar a gravidez. Esse exame avalia a quantidade de células germinativas no sangue, a ausência total de espermatozóides.
- d) Não é aconselhável para homens que desejam ter filhos no futuro, porque é irreversível;
- e) Infecções cutâneas localizadas, como a escabiose, ou infecção do trato genital, podem interferir no processo de cicatrização da incisão e devem, portanto, ser tratada antes da operação (Almeida, 1988).
- f) Ao ser indicada a vasectomia, deve-se ponderar sobre a impossibilidade de filhos futuros e considerar a idade, número de filhos e estabilidade da união (Almeida, 1988).
- g) É feita com anestesia local e se o paciente ficar apreensivo pode tomar um tranqüilizante ou sedativo, sendo liberado após breve recuperação (Almeida, 1988).
- h) A operação não prejudica a potência e nem afeta o desejo sexual. Alguns tabus assustam os homens que pretendem submeter-se à vasectomia. Entre eles, o que mais preocupa-se é a potência. Segundo os médicos, essa possibilidade não tem fundamentação científica. Outros mitos que não precisam ser levados a sério (como engordar ou provocar câncer);
- i) Evitar trabalhos pesados e exercícios físicos, e quando estiver recuperado, a atividade sexual pode ser retomada normalmente;
- j) As complicações são raras, mas procure o médico se, após a cirurgia, ocorrer:
- Febre;
 - Sangramento;
 - Dor forte nos testículos;
 - Desconforto durante as ejaculações;
 - Dificuldade de urinar;
 - Edema.

B. Passos da cirurgia:

- Após uma anestesia local, é feito um pequeno corte na raiz da bolsa escrotal. A cirurgia não exige internação prévia no hospital;
- O canal deferente, responsável pela passagem do sêmen desde o testículo até o pênis, é isoladamente com pinças para facilitar o corte;
- São feitos dois nós com fios especiais no canal deferente para que o líquido não vaze. Os nós permanecem depois da cirurgia;
- Para interromper a passagem dos espermatozoides, o canal tem que ser cortado, retirando-se um pequeno pedaço e amarrado;

C. Absorção do espermatozoide pelo organismo:

- Como as células germinativas deixam de ser expulsas do organismo, são absorvidas pela circulação sanguínea. As células do sangue, os leucócitos, ficam responsáveis por destruí-las. Depois de absorvida e eliminada por células do corpo, a proteína que fica no sangue da célula germinativa começa a promover reações de defesa no corpo. Podemos chamar essa defesa de infertilidade imunológica, ou seja, depois que a proteína do espermatozoide, depois de a célula ter sido destruída pelos leucócitos do sangue, promove a formação de substâncias de defesa contra ela. Isto estabelece a infertilidade imunológica, que vai aumentar ao longo do tempo. Quando o homem pretende reverter a vasectomia, o líquido seminal está cheio destas substâncias.

D. Reversibilidade:

- A extremidade do canal deferente são unidas permitindo a passagem dos espermatozoides. A produção de células germinativas, antes reduzida volta ao normal. Mas apenas 50% dos casos de reversão até 5 anos da cirurgia conseguem manter os espermatozoides saudáveis. Quando os exames constatarem infertilidade imunológica (definição abaixo) há medicamentos que buscam reverter o processo criado para defender o organismo do corpo estranho. Esses tratamentos químicos podem aumentar as chances de sucesso da cirurgia de reversão.

3.10. ANATOMIA E FISILOGIA DOS GENITAIS FEMININOS E MASCULINOS (Brasil, 1996)

Chamam-se genitais as partes do corpo que estão diretamente ligados às atividades sexual e reprodutora. Eles se localizam no púbis, região do baixo-ventre que se cobre de pêlos durante a puberdade.

3.10.1. ANATOMIA E FISILOGIA DOS GENITAIS FEMININOS (Brasil, 1996)

- a) Vulva: conjunto de órgãos sexuais externos, possui diferentes partes, que vai do monte de Vênus, até o períneo;
- b) Monte de Vênus: fica na parte de cima da vulva, é uma região gordurosa e macia que recobre o osso púbico. É coberto por pêlos pubianos que têm a função de proteger a vulva;
- c) Grandes lábios: formam os limites laterais da vulva, são duas pregas de pele recobertas por pêlos, que tem também função de proteção da vulva;
- d) Pequenos lábios: ficam entre os grandes lábios e rodeiam a entrada da vagina. São bastante sensíveis, úmidos, de cor avermelhada e sem pêlos;
- e) Clitóris, órgão pequeno, saliente e muito sensível, localizado no início dos pequenos lábios. É de tecido esponjoso, irrigado por vasos sanguíneos e que está ligado aos órgãos genitais internos por 2 alças nervosas. É recoberto por uma pele fina e sensível. Desempenha um importante papel na excitação sexual da mulher e nos espasmos que sobrevêm durante o orgasmo, ele enche de sangue e cresce quando a mulher está excitada sexualmente.
- f) Meato urinário: primeira abertura abaixo do clitóris, um pequeno orifício por onde sai a urina;
- g) Intróito vaginal: orifício ou canal onde o homem introduz o pênis durante a relação sexual. É pela vagina que sai a menstruação;
- h) Períneo: músculo importante que sustenta os órgãos genitais internos da mulher, que fica entre a vagina e o ânus;
- i) Canal vaginal ou vagina: canal de uns 10 centímetros (varia de mulher para mulher), cheio de pregas, enrugada e elástica, onde o homem introduz o pênis durante a relação sexual, na qual há passagem da menstruação e o nascimento do bebê no parto normal. Com uma abertura para a vulva e tendo o colo do útero fechando a outra extremidade,

denominada fundo de saco. Na excitação ela produz um líquido lubrificante que facilita e torna prazerosa a penetração;

j) Ovários: do tamanho de grandes azeitonas, ficando presos um de cada lado do útero por um ligamento nervoso e por camadas de pele. Neles contêm mais ou menos 500 mil óvulos (que já nascem com as mulheres) que a partir da puberdade, em consequência dos estímulos hormonais, amadurece um todo mês, a partir da primeira menstruação. Tem a função de armazenamento, amadurecimento, liberação do óvulo e produção de hormônios. Esses hormônios são substâncias que circulam no sangue, importantes para o funcionamento dos órgãos genitais, que guardam e liberam os óvulos;

k) Trompas: são dois tubos estreitos, com 15 centímetros, saindo um de cada lado da parte mais larga do útero. A ação hormonal proporciona às trompas a capacidade de ter movimentos próprios. Suas pontas formam uma espécie de franja e são capazes de roçar, ou mesmo encobrir parcialmente os ovários. É o local onde ocorre a união do espermatozóide com o óvulo (fecundação), ou seja, o início da gravidez, se não houver relação sexual, o óvulo passa pela trompa, cai no útero, e em seguida ocorre a menstruação. É através delas que o óvulo, depois de fecundado pelo espermatozóide, caminha até o útero;

l) Útero: fica localizado na bacia, logo acima do canal vaginal. É feito de tecido muscular forte, é elástico, com a forma e o tamanho de uma pêra. Sua parte interna chama-se endométrio e é formado por um tecido esponjoso e cheio de vasos sanguíneos. Tem a capacidade de aumentar de tamanho, e é neste que o óvulo fica aninhado para se desenvolver (nidação). Depois do parto, o útero volta ao seu tamanho normal. O colo do útero ou cérvix é a parte mais estreita deste órgão que fica no finalzinho do útero e se comunica com a vagina. É por aí que entram os espermatozóides, e por onde o bebê passa quando vai nascer. É um dos locais onde se colhe o esfregaço para realizar o preventivo de câncer de colo de útero.

3.10.2. ANATOMIA E FISILOGIA DOS GENITAIS MASCULINOS (Brasil, 1996)

a) Pênis: órgão muito sensível, cujo tamanho varia de homem para homem. O pênis endurece e aumenta de tamanho porque o interior do pênis é feito de tecido esponjoso, irrigado por inúmeros vasos. Durante a excitação sexual ele fica cheio de sangue, neste momento o pênis, que normalmente é mole e pendente, cresce, se enrijece e fica mais

quente, até o momento da ejaculação, quando após o mesmo volta a ficar como antes. No momento da relação sexual é através do pênis há a saída do sêmen (líquido que sai do pênis na hora da ejaculação, também chamado de esperma). O orgasmo ou gozo sexual é atingido com a ejaculação;

b) Glândula ou cabeça do pênis: pele bem fina, que se forma na ponta do pênis. É a parte mais sensível do homem;

c) Uretra: canal por onde passa a urina e também o esperma;

d) Escroto: também chamado de saco ou de bolsa escrotal (são duas bolsas cobertas de uma pele fina e enrugada), localizada atrás do pênis e dentro destas bolsas estão os testículos. Essa posição do saco escrotal tem a finalidade de manter os testículos em temperatura mais baixa que a do corpo;

e) Testículos ou gônadas: dois órgãos com a forma de um ovo pequeno, é formado internamente por um novelo de canais, chamados seminíferos, que esticados, chegam a cerca de 1.96 centímetros. Lá são produzidos os espermatozoides, que são chamados de sementes do homem ou células reprodutoras masculinas e hormônios, que são responsáveis pelas características do homem. Cada vez que acontece uma ejaculação, saem milhões de espermatozoides no sêmen;

f) Canais seminíferos: onde em decorrência da ação hormonal produzem os espermatozoides;

g) Próstata: glândula que se localiza abaixo da bexiga e que produz grande parte do sêmen (líquido branco leitoso que jorra quando o homem ejacula), a esse líquido, também chamado de esperma, se misturam os espermatozoides. Ele funciona também como válvula, impedindo a passagem da urina no momento da ejaculação;

h) Epidídimos: é um canal em forma de espiral, agregado a cada testículo, que desenrolado atinge cerca de 6 a 8 metros. Servem para guardar e amadurecer os espermatozoides e;

i) Canais deferentes: dois canais finos ligados a cada um dos testículos, com 28 centímetros cada, por onde passam os espermatozoides e se juntam a outros líquidos na próstata para formar o sêmen, ou seja, saem um de cada lado testículos, indo para o interior do corpo e desembocando no canal uretral, depois de fazer a comunicação com a vesícula e a próstata;

j) Vesícula seminal: glândula que produz uma substância viscosa e nutritiva que mantém os espermatozoides vivos e móveis, até a ejaculação.

4. MARCO CONCEITUAL

Os conceitos e pressupostos que vão direcionar e fundamentar as atividades teórico-práticas, neste estudo formam uma rede denominada de Marco Conceitual. Segundo Meleir, Neves & Gonçalves, Polit & Hungkler apud Santos (1991, pg. 93), diversos termos tem sido utilizados para designar o sistema organizado de conhecimentos que norteia os diversos estudos,....“pesquisadores de Enfermagem tem evidenciado que os termos teoria, marco teórico, marco conceitual, referencial teórico, marco referencial, modelo conceitual, paradigma e modelo, embora diferentes em sua significação e constituição vem sendo utilizados como sinônimos literatura.”

Marco Conceitual, é um conjunto de definições e conceitos interrelacionados com o objetivo de apresentar maneiras globais de perceber um fenômeno e de guiar a prática de um modo abrangente (Stevens & Neuman citado por Santos, 1993, p. 93). Neste estudo o marco conceitual objetiva guiar a assistência de enfermagem a ser prestada a mulheres e casais que desejam realizar o planejamento familiar.

Acreditando que o ser humano tem capacidades, potencial e poder para auto-cuidar-se é que optei pela Teoria de Auto-cuidado de Dorothea Orem. Segundo George (1993, p. 91), “a teoria geral de enfermagem de Orem é desenvolvida por três construtos teóricos: a teoria de auto-cuidado, a teoria das deficiências do auto-cuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem. Ela estabelece que cabe a enfermagem ajudar o cliente a identificar suas necessidades, déficits e desvios de saúde, auxiliando-o e estimulando-o na direção do auto-cuidado.

Neste trabalho, o marco conceitual de acordo com Orem, busca direcionar a assistência a mulher e ao homem nas questões relativas ao planejamento familiar, ou seja, auxiliar o cliente a auto-cuidar-se e decidir sobre a sua reprodução, evitando ou não uma gravidez futura, estabelecendo quando tê-la, delimitando o espaçamento entre as suas gestações, definindo o número de filhos desejados, bem como realizando tratamento de infertilização, se necessário.

Ao refletir e aprofundar conhecimentos sobre o marco conceitual que iria utilizar, percebi que o de Orem, vem de encontro com as necessidades e expectativas que vislumbro em meu trabalho. As definições e conceitos delimitados por Orem citado por Santos (1991), estão de acordo com a minha linha de pensar e modo de agir, uma vez que preconizam a ajuda pela enfermagem ao indivíduo no seu desenvolvimento, utilizando e adaptando suas próprias habilidades, e estimulando-o para o seu auto-cuidado e bem estar.

Estabelecendo o que a teoria propõe e de acordo com os meus pressupostos, buscarei compreender o homem e a mulher de forma integral, identificando déficits motivacionais, cognitivos, físicos, sociais e psicológico no desenvolvimento das ações no planejamento familiar, e em conjunto com os clientes propor uma assistência de enfermagem que favoreça o desenvolvimento de seu potencial das suas capacidades e poder de decisão.

De acordo com Santos (1991), e fazendo dela as minhas palavras, procurarei através de análise e reflexão, adaptar e integrar os conceitos da referida teoria a minha realidade e situação concretamente vivenciada na prática. Isto implica que o marco conceitual elaborado reflète a visão que tenho sobre o ambiente sociocultural, no qual estou inserida, os interesses da enfermagem de acordo com momento histórico em que estou vivenciando, a experiência e meu conhecimento acerca do planejamento familiar e da teoria do auto-cuidado de Orem.

Assim sendo, apresento inicialmente os pressupostos selecionados da teórica e os pessoais, e posteriormente explicito os conceitos que vão dar forma e conteúdo ao presente marco.

4.1. PRESSUPOSTOS DA TEORIA DO AUTO-CUIDADO DE OREM (Orem apud Santos, 1991, pg. 96, 97)

- Auto-cuidado é uma necessidade universal dos seres humanos;
- Auto-cuidado é uma ação deliberada que possui propósito, padrão e seqüência, que busca metas e resultados;
- As atividades de auto-cuidado são aprendidas de acordo com as crenças, hábitos e práticas que caracterizam o estilo de vida cultural do grupo ao qual o indivíduo pertence;

- As maneiras de encontrar as necessidades de auto-cuidado (processos, tecnologias e práticas de auto-cuidado) são elementos culturais e variam com os indivíduos e grupos sociais maiores;
- Os fatores individualizados de saúde, idade, estágio de desenvolvimento, conhecimento e habilidades, valores e metas, motivação e o padrão estabelecido para responder a estímulos internos e externos influenciam as decisões e ações ao auto-cuidado;
- Fatores como ambiente, hereditariedade, conhecimento sobre saúde, valores, atividades, crenças e comportamentos influem na saúde do indivíduo;
- A enfermagem é um serviço de ajuda;

4.2. PRESSUPOSTOS PESSOAIS

- O casal ou mulher que deseja planejar sua prole, definindo se deseja ter filhos ou não, quando tê-los e o número destes, bem como espaçamento entre as gestações, necessitam auto-cuidar-se, principalmente, através do educar-se;
- O auto-cuidado no planejamento familiar favorece ao homem e a mulher agirem de forma ativa, tornando-os protagonistas da sua reprodução;
- O auto-cuidado desenvolvido por aqueles que buscam participar das ações de planejamento familiar consiste de uma ação deliberada, cheia de pressupostos que busca metas e resultados;
- As ações de auto-cuidado no Planejamento familiar, são aprendidas de acordo com as crenças, hábitos e práticas sociais de cada indivíduo, de acordo com suas histórias de vida, aspectos educacionais e culturais;
- As decisões e ações de auto-cuidado desenvolvidas no planejamento familiar, dependem de cada indivíduo, de sua história de vida, sua idade, estágio de desenvolvimento, conhecimentos e habilidades, valores, crenças, metas e motivação;
- A enfermagem pode ser um mediador no desenvolvimento das práticas relativas ao planejamento familiar, propondo alternativas, compartilhando informações, orientando para que o indivíduo possa auto-cuidar-se e decidir melhor sobre a sua vida reprodutiva;
- A necessidade de auto-cuidar-se objetivando um planejar seguro e eficaz da reprodução deve vir de encontro, as expectativas e habilidades de cada indivíduo, e de acordo com suas crenças, valores e costumes;

4.3. PRINCIPAIS CONCEITOS DA TEORIA

4.3.1. SER HUMANO

Orem citado por Santos (1991, p. 98), descreve que “o ser humano é uma unidade funcionando biologicamente, simbolicamente e socialmente. O funcionamento do ser humano está ligado ao seu ambiente, e juntos, ser humano e ambiente, formam um todo integrado ou sistema”. Orem apud Santos (1991, p.98), acredita que o ser humano é um ser que tem necessidade de auto-cuidado, é responsável e possui habilidades (capacidades) para cuidar de si próprio e de seus dependentes. Distingue-se de outros seres vivos pela capacidade de refletir sobre si mesmo e seu ambiente, simbolizar suas experiências e usar criações simbólicas (idéias, palavras), através do pensamento, da comunicação e da ação, em seu próprio benefício ou de outros. Na visão de Foster & Janssews, citado por Santos (1991), o conceito de ser humano de Orem inclui aspectos físicos, psicológicos, interpessoal e social. É um ser de conhecimento próprio, resultante de sua experiência de vida, de sua história, de suas crenças, valores e estilo de vida.

Neste estudo, os seres humanos a serem focalizados, são a mulher, o homem, que em conjunto com a enfermagem buscam, adquirir novos conhecimentos sobre o planejamento familiar. Podemos dizer que são seres que tem consciência e razão, distinguindo-se de outros seres vivos, por sua capacidade de reflexão, expressão e criatividade, que ligados intimamente com o meio ambiente, formam juntos um todo integrado (Adaptado de Santos, 1991). Refletem sobre a sua vida, sobre as questões sócio-econômicas, sobre seus ideais, para exercer sua sexualidade, decidindo sobre a sua reprodução. O meio em que vivem o influencia e o define. Age de acordo com suas crenças, valores e história. Os mitos sobre o planejamento dos filhos, os valores em relação a sexualidade, determinam o modo de agir deste ser humano.

A sociedade repassa normalmente a mulher a responsabilidade pelo planejamento da família, deixando o homem a margem deste processo. Percebo que em nossa sociedade, esse aspecto sensibiliza-o pouco, não pelo fato de esquivar-se da responsabilidade de promover a anticoncepção, mas sim em virtude de seu papel no contexto social que dificilmente lhe permitiu ou incentivou que tomasse essa decisão, deixando sempre a responsabilidade de planejar a cargo de sua companheira.

Tendo um olhar crítico observo que, nos dias atuais, a mulher vivência influências sociais, tem novas expectativas e rotinas, está modificando seu papel na sociedade e a gravidez lhe impediria de desenvolver seus ideais. A necessidade de trabalhar e ter uma vida profissional e pessoal independente, torna a mulher um ser atuante e responsável pela sua vida e suas necessidades, fazendo com que ele regule sua fertilidade e vida reprodutiva buscando desenvolver seus potenciais e capacidades para agir nessa área e alcançar suas realidades.

O homem na sociedade atual exerce um papel coadjuvante na questão reprodutiva. Esta situação está muito presente, e representa um problema nos dias de hoje. A atuação do homem, como ser humano, vai depender de acordos existentes com a sua parceira, e ambos decidirem pela gravidez ou não, ou do fato de sua mulher estar impossibilitada de engravidar, e muito raramente do homem estar decidindo, evitar, naquele momento, ter filhos. Cabe ao homem, como ser humano responsável por sua vida, lutar por este espaço e decidir junto com a companheira sobre sua prole.

A mulher e o homem são seres humanos com direitos e deveres iguais, tendo ambos a função de planejarem juntos sua vida reprodutiva e neste sentido são responsáveis pelos seus atos, por sua reprodução e exercício da sua sexualidade, mesmo em conjunto com outrem e dentro de uma sociedade em que vive, são agentes de seu próprio auto-cuidado.

O enfermeiro é um ser humano que auxiliará os outros seres humanos, aqui homem e mulher que procuram o serviço de planejamento familiar a desenvolverem seus potenciais, suas capacidades para sanarem seus déficits do cuidados em relação a sua reprodução e planejamento de sua família.

Silva citado por Zampieri (1998, p. 61), diz que a abordagem compreensiva do cliente como ser humano, dotado de conhecimento próprio, resultante de sua experiência de vida, permite que o profissional aprenda com ele, havendo um crescimento pessoal e profissional, uma vez que, deixará de lado a posição de detentor de todo o conhecimento. Na medida que seja estimulada a participação da cliente na conservação de sua saúde e prevenção da doença, fica explicitado o que já deveria estar introjetado por todos, que cabe ao cliente grande parte da responsabilidade por sua saúde.

4.3.2. AUTO-CUIDADO

Orem Apud Santos (1991, p. 103) define auto-cuidado como “a prática das ações que os indivíduos iniciam e executam por si mesmos para manter a vida, a saúde e o bem estar”. Consiste no cuidado desempenhado pela própria pessoa para si mesma quando ela atinge um estado de maturidade que a torna capaz de realizar uma ação propositada, consistente, controlada e eficaz.

Para Orem apud Santos (1991, p. 103), é empenho humano, comportamento aprendido que possui características de ação deliberada. É produzido conforme os indivíduos se envolvem na ação para cuidarem de si próprios, para regularem seu próprio funcionamento e desenvolvimento interno, influenciando fatores internos e externos. Neste caso as ações de auto-cuidado são designadas por Orem, citada por Santos (1991, p. 104) como requisitos de auto-cuidado. Segundo ela são três os tipos de requisitos de auto-cuidado identificados pela teorista.

- Requisitos de auto-cuidado universais que são comuns a todos os seres humanos durante os estágios do ciclo vital, ajustados a idade, estado de desenvolvimento, fatores ambientais e outros fatores.

Estão associados a processos de vida e a manutenção da integridade da estrutura e funcionamento humanos (George, 1993, p. 91).

- Os requisitos de auto-cuidado relativos ao desenvolvimento dos indivíduos, que estão associados com processos desenvolvimentais humanos e com condições e eventos que ocorram durante vários estágios do ciclo vital (por exemplo nascimento de um filho), e eventos que possam afetar adversamente o desenvolvimento. Complementando com George (1993, p. 91), são as expressões especializadas de requisitos universais de auto-cuidado, que foram particularizadas por processos de desenvolvimento, quanto novos requisitos, derivados de alguma condução...ou associados a algum evento.

- Os requisitos de auto-cuidado relativos aos desvios de saúde, que estão associados com defeitos genéticos, constitucionais e desvios estruturais e funcionais humanos, com os seus efeitos e com medidas de diagnóstico e tratamento médico.

Complementando mais sobre auto-cuidado, Noronha (1986), diz que uma das premissas do auto-cuidado é a decisão e, em tese, qualquer pessoa em lucidez pode decidir e raciocinar acerca de seu corpo, seus interesses, seu próprio bem-estar e o da coletividade. O auto-cuidado não é uma atividade individualista de relação

enfermeiro/cliente. Engloba muito mais que isso e implica numa visão do coletivo. A adoção desta teoria não significa apenas uma transposição de ensinamentos técnicos do profissional para o cliente, como se corre o risco de interpretar neste país. Certamente a interpretação do conceito de auto-cuidado, para que se consiga atingir sua plenitude, reconhecidas as características culturais da população envolvida, implica em adaptações, esforços, acertos e erros. Reforça ainda que *“o trabalho “com” o cliente é diferente do trabalho “para” ou “pelo” cliente.*

Auto-cuidado da mulher e do casal que desejam o planejamento familiar refere-se a prática de ações que as mulheres e os casais deliberados, responsáveis e eficazmente iniciam e executam em seu próprio benefício, para manter a vida, a saúde e o bem estar, planejando sua família através da contracepção por um período desejado. (Adaptado de Santos, 1991). Ou seja, ações que vão ser executadas por homens e mulheres para desenvolver melhor suas necessidades para atingir seu bem estar. O auto-cuidado de homens e mulheres que desejam o planejamento familiar, são práticas que eles próprios desempenham para si mesmo, para manter um planejamento familiar seguro, de acordo com suas expectativas e por um período desejável. São todas as ações, principalmente, as educativas que os auxiliam no conhecimento sobre os métodos contraceptivos, sobre seu corpo, que as favoreça no desenvolvimento de suas capacidades de seu potencial para decidir e tornarem-se agentes da sua vida reprodutiva.

A necessidade de planejar os filhos, vai requerer, que o homem e a mulher desenvolvam seus *potenciais*, e os ampliem ainda mais através das trocas com o enfermeiro, meio em que vive, e novas experiências, somando as já existentes de acordo com sua história de vida; desenvolvam *suas capacidades*, procurando profissionais proporcionando situações para que possam expandir-se; bem como adquirirem *poder de decisão*, para executarem o seu auto-cuidado, permitindo-lhes, saber seus limites e necessidades, tornando-os agente ativos de sua vida reprodutiva, exercendo seus direito de cidadania.

Na sua integralidade a contracepção vai estar adaptada em todos es requisitos, requerendo ações de auto-cuidado universal cuidados básicos para sobrevivência como oxigênio, repouso, hidratação entre outros; ações de auto-cuidado desenvolvimental, pois só vai ocorrer quando o homem e a mulher atingir um nível de maturidade que lhe permita fecundar; e ações de auto-cuidado de desvio de saúde, pois no desenvolver das

atividades que serão realizadas por este projeto, vão aparecer situações, que a escolha do método, será impedida ou será de acordo com os desvios de saúde.

4.3.3. DEMANDA TERAPÊUTICA DO AUTO-CUIDADO

Consiste na totalidade das ações de auto-cuidado requeridas pelo indivíduo em determinado período, de modo a satisfazer os requisitos de auto-cuidado. Orem apud Santos (1991, p. 105) entende que, a demanda terapêutica do auto-cuidado, constitui em essência, na prescrição de ações contínuas de auto-cuidado, através do qual os requisitos de auto-cuidado identificados podem ser satisfeitos dentro de certo grau de efetividade.

A demanda terapêutica do auto-cuidado da mulher e/ou casal que desejam o planejamento familiar refere-se a totalidade das ações que são requeridas durante o período em que estes estão realizando a anticoncepção, de modo a satisfazer seus requisitos de auto-cuidado. Estas ações podem estar voltadas à métodos que melhor se adaptem ao corpo da mulher e do homem e que vão ao encontro de sua necessidade atual. Podem estar ligados a limitação física, social, psicológica e econômica que o homem ou mulher possam apresentar. Implica na obtenção de um método que lhe seja favorável e seguro, que se adapte aos valores culturais, crenças e estilo de vida. Implica na aquisição dos conhecimentos e experiências que a clientela necessita ter sobre seu corpo, sobre os métodos, sobre seus direitos frente ao Estado, sobre sua sexualidade, fertilidade e fecundidade.

4.3.4. COMPETÊNCIA DO INDIVÍDUO PARA AUTO-CUIDADO

Segundo Orem apud Santos (1991, p.108), é a terminologia utilizada para referir-se ao “poder, a competência ou potencial do indivíduo para se engajar no auto-cuidado, é um símbolo para a característica humana, uma capacidade para uma forma de ação que começa a se desenvolver na infância, atinge um grau de perfeição como adulto e declina com o avançar da idade. A mesma é usada no sentido de um meio, (um instrumento), para exercer poder, uma habilidade. Tal habilidade é complexa e é adquirida para satisfazer as necessidades continuadas de uma pessoa no que toca ao cuidado que regula os processos de vida, mantém ou promove o bem estar. Orem apud Santos (1991), completa dizendo que a competência para o auto-cuidado pode variar de

acordo com o desenvolvimento do indivíduo da infância à velhice; o estado de saúde, os fatores que influenciam a educabilidade, as experiências de vida, conforme estas experiências capacitam a aprendizagem, às exposições a influências culturais e à utilização de recursos no viver diário. A determinação da adequabilidade da competência para o auto-cuidado é fundamental para que se possa identificar a presença ou ausência de déficit de auto-cuidado (Orem citado por Santos, 1991, p.108).

Na prática do planejamento familiar a competência da mulher, homem e casal, para o auto-cuidado refere-se ao poder, à capacidade ou potencial para engajar-se em operações de auto-cuidado, a fim de satisfazer suas necessidades continuadas de auto-cuidado, de forma a regular seus processos de vida, manter ou promover sua estrutura, o seu funcionamento e desenvolvimento como ser humano integral e promover seu bem estar.

As ações do planejamento familiar vão variar de acordo com os valores, crenças, do meio de vida, de acordo com a idade, com o seu desenvolvimento físico e psíquico, de sua história ginecológica e obstétrica e também das motivações que tem para realizar as ações referentes ao planejamento familiar.

No presente estudo esta capacidade é representada por componentes físicos (destreza manual, coordenação motora, acuidade visual, conhecimento do corpo, gestações, problemas ginecológicos, problemas de saúde); componentes cognitivos (capacidade de refletir e escolher o melhor método, o mais seguro, o mais eficaz, capacidade de memorizar e manter atenção; componentes afetivos (diz respeito as relações com o companheiro, o modo como encara a sexualidade e a maneira como ela foi educada, vai estar relacionada com os aspectos motivacionais para engajar-se nas ações do auto-cuidado que incluem, a auto-estima, auto-valorização, auto-conhecimento, disponibilidade, a necessidade de procurar o serviço, a credibilidade nos métodos); e os componente ambientais (relacionados a influências da igreja, da comunidade, aspectos sócio-econômicos, entre outros).

Para isso então, é necessário desenvolver um instrumento para obtenção dos dados acima citados, para que possamos assim, determinar o quanto o indivíduo está capacitado para desempenhar tais ações para o seu auto-cuidado.

Neste caso, significa sensibilizar e fazer com os indivíduos participantes desse processo possam atuar a seu benefício, ou seja, influenciando na escolha do método que mais lhe oferece segurança e no seu modo de usar.

Werebe (1985), complementa “além dos obstáculos intelectuais para a compreensão e assimilação dos conhecimentos, existem barreiras emocionais, valores, etc., que interferem neste processo.

4.3.5. COMPETÊNCIA OU PODER DA ENFERMAGEM PARA AGENCIAR O AUTO-CUIDADO

Segundo Orem apud Santos (1991, p. 117) refere-se a capacidade ou potencial que a enfermagem tem para desempenhar ações de auto-cuidado para, pelo e com o indivíduo. A competência de enfermagem é desenvolvida e exercida para o benefício e bem estar de outros e a competência do indivíduo para o auto-cuidado é desenvolvida e exercida para o benefício e bem estar da própria pessoa. A referida autora, segundo Santos (1991, p. 118), estabelece três tipos de sistemas de enfermagem relacionados com a dinâmica do auto-cuidado.

Segundo Orem estes sistemas se referem como determinar os déficits dos indivíduos para atendimento da demanda terapêutica do auto-cuidado. São eles:

- Sistema de compensação total quando o indivíduo está totalmente incapacitado para atender suas necessidades de auto-cuidado;
- Sistema de compensação parcial quando o cliente apresenta algumas dificuldades de competência para atender suas necessidades de auto-cuidado;
- ✎ - Sistema de suporte educativo quando o cliente necessita da assistência de enfermagem para adquirir habilidade, poder decisório e comportamento de controle em relação as necessidades de auto-cuidado.

Santos (1991, p. 118) complementa que a determinação de sistemas de assistência de enfermagem relacionados ao auto-cuidado indica que espécie de métodos que o profissional de enfermagem deve utilizar para instituir e manter a assistência ao cliente. Deste modo, o profissional intervém no auto-cuidado como regulador do sistema, fazendo pelo cliente aquilo que ele não pode fazer por si mesmo, ou ensinando, orientando e promovendo o desenvolvimento das suas capacidades para o auto-cuidado.

No planejamento familiar, a competência ou poder da enfermagem refere-se à capacidade ou potencial que a enfermagem tem para desempenhar ações de auto-cuidado para, pela e com a mulher e o casal que desejam um planejamento familiar. Esta capacidade requer do profissional um conjunto de habilidades e conhecimentos

específicos dos métodos contraceptivos, indicações e contra-indicações, vantagens e desvantagens, recomendações importantes, funcionamento do corpo do homem e da mulher, conceitos sobre concepção, métodos e tudo que se refere a esta área, descrita na revisão bibliográfica. (Adaptada de Santos, 1991). Capacidade de relacionar-se pessoa a pessoa e compreender o seu contexto sociocultural, entendendo sobre o controle e planejamento, conhecimento sobre as possibilidades de acesso a clientela no SUS.

No planejamento familiar, a competência ou poder da enfermagem será desenvolvida dentro do sistema educativo proposto por Orem, que segundo George (1993), incluem ações que visam orientar, estimular, favorecer a reflexão, ensinar, compartilhar e trocar conhecimentos sobre sexualidade, sobre os métodos contraceptivos, sobre os direitos reprodutivos, sobre o corpo e a fertilidade para que os indivíduos possam ser agentes de sua vida e sua saúde reprodutiva e melhor decidir para auto-cuidar-se.

Será certamente um trabalho conjunto, na qual a enfermagem ao alcançar os objetivos propostos, ajudar a satisfazer as necessidades e solucionam os déficits do cuidado, que levam ao bem estar do cliente.

4.3.6. SOCIEDADE

O conceito de sociedade/comunidade é explicado por Orem apud Santos (1991, p.101) como um grupo de pessoas que vivem juntas numa mesma área, cidade ou distrito sob as mesmas leis. Este grupo, segundo Orem, constituído de indivíduos e família, compartilham não somente uma área e ambiente comuns, mas também de interesses comuns nas instituições que governam e regulam seus processos de vida.

Os homens e mulheres que buscam o serviço de planejamento familiar tem como interesse comum, o fato de desejarem evitar uma gravidez ou de tê-la. São residentes em Florianópolis ou nas regiões próximas a capital e procuram os serviços de saúde da rede pública para prevenir e tratar de doenças e recuperar-se. A sociedade formada por homem e mulher é regida por leis. O planejamento familiar é um direito instituído legalmente, cabendo ao Estado garantir informações e os métodos para operacionalizá-lo. No entanto observa-se que estes direitos não estão sendo cumpridos. A utilização de laqueadura e vasectomia na prática de anticoncepção, hoje em dia está tomando caminhos, que daqui algum tempo, quase metade da população será considerada infértil.

De certa forma, o controle de natalidade está sendo implantado com o nome de planejamento familiar.

O acesso aos serviços de planejamento familiar não é uma realidade para toda a clientela, divergindo nas diversas regiões do Brasil. Numa mesma região e nas áreas urbanas e rurais, como no caso do Sul do Brasil, em especial em Santa Catarina são poucos que tem conhecimento da existência do serviço de planejamento familiar e o procuram, apesar de ser um serviço oferecido a toda clientela, a todos que constituem a sociedade. São justamente aqueles que mais necessitam, que não tem acesso aos meios de comunicação, a educação e que não usufruem desta possibilidade. As leis existentes na sociedade, de certa forma, não são executadas de forma igualitária a todos indivíduos, sendo aqueles que mais tem oportunidades de se desenvolverem pessoalmente, que gozam e exigem seus direitos.

4.3.7. EDUCAÇÃO

Orem não conceitua educação, porém explica o que é aprendizagem, “a aprendizagem e o uso de conhecimento orientados interna e externamente, se constituindo em elementos centrais na seqüência de ações de auto-cuidado (...) inclui o desenvolvimento gradual do indivíduo de um repertório de práticas de auto-cuidado e habilidades relacionadas (Orem apud Santos, 1991, p. 112).

Zampieri (1998, p.55), em seu estudo, diz que o “processo educativo pode ser um instrumento de capacitação, no âmbito individual ou coletivo, no que tange as questões relativas à saúde, contribuindo para a autonomia no agir e aumentando a capacidade de enfrentar situações de estresse e de crise, tornando os envolvidos sujeitos do processo”.

Freire citado por Zampieri (1998, p.53), ressalta que a “premissa básica daqueles que realizam o processo educativo é propiciar o fortalecimento pessoal dos seres humanos com quem interagem. O importante, continua dizendo, é ajudar o ser humano a ajudar-se. Fazê-lo agente de sua recuperação, com postura comumente crítica de seus problemas. Conclui também, que a aquisição de conhecimento é um processo social e não simplesmente individual, no qual a participação do indivíduo é indispensável”.

Brandão (1995), descreve alguns conceitos sobre a educação. Educação seria para ele, um meio pelo qual o homem (a pessoa, o ser humano, o indivíduo, a criança,

etc.) desenvolve potencialidades bio-psíquicas inatas. Segundo o autor referido, pode ser até que haja formas próprias de auto-educação, mas é principalmente das práticas interativas (interpessoais), coletivas, que emergem o educar. Deve ser realizada como um serviço coletivo que se presta a cada indivíduo, para que ele obtenha dela tudo o que precisa para se desenvolver individualmente. É atividade criadora, que leva o ser humano a realizar as suas potencialidades físicas, morais, espirituais e intelectuais. É ação de guiar o homem no desenvolvimento dinâmico, no curso do qual se constituirá como pessoa humana – dotada das armas do conhecimento – transmitindo-lhe ao mesmo tempo o patrimônio espiritual da nação e da civilização as quais pertence e conservando a herança secular das gerações.

Segundo Zampieri (1998, p.166), “a educação, é uma dimensão do cuidado, instrumento de capacitação, no âmbito individual ou coletivo, no que tange as questões relativas à saúde, contribuindo para a autonomia no agir e auxiliando no desenvolvimento de suas capacidades e potencialidades, podendo superar os déficits e desvios de saúde. São ações que fortalecem os seres humanos e os ajudam a desenvolver seus potenciais, suas capacidades e poder de decisão, orientados para auto-cuidado, tornando-os agentes de sua reprodução. Ações que exigem disponibilidade, respeito a crenças, valores e idéias, capacidade de ouvir, afetividade, alegria, sensibilidade, compromisso e responsabilidade. Um processo reflexivo, complexo pelo qual há troca de conhecimento e experiências”.

Neste estudo, a educação, como dimensão do cuidado, implica em ações de enfermagem que tem como objetivo desenvolver os potenciais do indivíduo para auto-cuidar-se em relação as questões de planejamento familiar. Aprofundar conhecimentos já existentes, respeitando os valores, crenças, história de vida do indivíduo, para que possa junto com o enfermeiro participar desse processo, e auto-cuidar-se. Isto favorece o poder de decisão do indivíduo para que opte por um método de planejamento familiar seguro e para exercer livre e responsavelmente sua sexualidade.

4.3.8. SAÚDE

A saúde é definida por segundo Orem citado por Santos (1991, pg. 120), como um estado de totalidade ou integridade do ser humano como indivíduo, suas partes e seu modo de funcionamento Este conceito inclui aspectos físicos, psicológicos,

interpessoais e sociais, os quais são considerados por Orem (1985, p. 120), como inseparáveis do indivíduo. Santos (1991) ainda complementa com Frey & Denyes, (1989, p. 120) que consiste na capacidade do ser humano de viver seu potencial máximo.

George (1993, p. 96) relata que Orem apoia a definição de saúde da Organização Mundial da Saúde, como o estado de bem estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de enfermidade ou doença. E também apresenta a saúde com base no conceito de cuidados preventivos de saúde. Esse cuidado da saúde inclui a promoção e manutenção da saúde (prevenção primária), o tratamento da doença ou ferimento (prevenção secundária), e a prevenção de complicações (prevenção terciária).

As ações propostas pela enfermagem neste estudo relativas ao planejamento familiar, envolvem além dos aspectos físicos, os sociais, culturais, educacionais da cliente, observando o indivíduo como um ser integral. Estas ações visam o bem estar físico, social, psíquico e espiritual do indivíduo, sua saúde.

O planejamento familiar constitui-se de ações primordiais de saúde que visam prevenir a gravidez indesejada, favorecer o livre exercício da sexualidade, recuperar estados de infertilidade, evitar abortos, favorecer outras oportunidades de vida ao indivíduo. Ações que promovem a saúde, integral uma vez que engloba práticas educativas as quais fortalecem o indivíduo e propiciam que o mesmo exerça seus deveres de cidadão. Estas ações propiciam, favorecem seu bem estar e seu viver de modo saudável. A consciência deste bem estar deveria partir do indivíduo, com a ajuda da enfermagem.

4.3.9. ENFERMAGEM

Para Orem apud Santos (1991, p. 113), a condição que justifica a existência da enfermagem para o indivíduo adulto é a ausência da capacidade de manter continuamente aquela quantidade e qualidade de auto-cuidado que é terapêutica na manutenção da vida e da saúde, na recuperação da doença ou dano ou na maneira de enfrentar seus efeitos. Orem citada por George (1993, p. 97) conceitua enfermagem no auto-cuidado, isto é, quando capazes, os indivíduos cuidam de si mesmos, quando uma

pessoa não consegue auto-cuidar-se, o enfermeiro então oferece ajuda. Segundo Santos (1991, p. 114), na visão da teórica a Enfermagem é “*serviço, arte e tecnologia*”.

Como serviço a enfermagem refere-se a maneira de ajudar aos seres humanos através do desempenho de ações deliberadamente selecionadas e desempenhadas pela enfermeira para ajudar as condições em si mesmos ou em seus meios ambientes. George (1993, p. 97), complementa que a “Enfermagem é ação voluntária. A enfermagem difere de outros serviços humanos pela maneira como ela focaliza os seres humanos”. Como serviço, a enfermagem na prática refere-se a forma de prestar assistência a mulher, homem e casal no planejamento familiar por um período que acharem necessário, através de efetiva relação interpessoal, e aplicação do processo de enfermagem, alcançado assim objetivos que devem estar claros para a profissional e cliente. Isto deverá ser facilitado mediante uma relação contratual onde ambos se comprometem a trabalhar juntos, (Adaptado de Santos, 1991). É uma relação de ajuda, respeitando as crenças, estilo de vida, valores e histórias de vida do indivíduo, nos questões relativas ao planejamento familiar.

Como arte, a enfermagem consiste na habilidade em assistir os outros indivíduos no planejamento, provisão e gerência dos sistemas de auto cuidado para manter o funcionamento humano num certo nível de afetividade (Adaptado de Santos, 1991). No estudo, consiste na habilidade que a enfermeira deverá ter para assistir o indivíduo no planejamento e operacionalização das ações educativas e avaliação dos mesmos, propiciando a clientela auto-cuidar-se no que se refere ao planejamento familiar.

E como tecnologia a enfermagem refere-se ao conjunto de informações sistematizadas sobre o processo ou o método para obtenção de resultados desejados através de um empenho prático deliberado com ou sem o uso de materiais e instrumentos (Orem apud Santos, 1991, p.114). como tecnologia a enfermagem na prática do planejamento familiar, refere-se ao conjunto de informações sistematizadas direcionadas à mulher, homem e casal sobre os métodos contraceptivos, para que obtenha sucesso através de ações efetivas. Estas informações incluem os diferentes aspectos que permitam esta prática, ou seja: importância e vantagens/desvantagens dos métodos contraceptivos, indicações/contra-indicações, funcionamento e (re)conhecimento do órgão reprodutor feminino e masculino, fatores que vão interferir na utilização de determinado método (Adaptado de Santos, 1991).

Santos (1991, p.115) complementa que é importante considerar ainda que o cuidado de enfermagem na forma como concebe Orem, por ser contínuo ou periódico possui tanto as dimensões de saúde como de doença, isto é, inclui o atendimento primário, secundário e terciário de saúde.

Na prática assistencial, podemos deter que os serviços de planejamento familiar se constitui em ação primária de saúde, por promover a educação em saúde, com mulheres, homens e casais que desejam evitar uma gravidez, ou seja, prevenir uma gestação indesejada. Implica no uso de tecnologias interpessoais e sociais para atender os déficits dos indivíduos partindo de seus conhecimentos prévios.

No caso da clientela realizar tratamentos para viabilizar uma nova gravidez, o planejamento familiar pode ser considerado ou enquadrado na atenção secundária ou terciária, dependendo dos encaminhamentos a serem realizados dentro do sistema de referência e contra-referência.

5. PROCESSO DE ENFERMAGEM SEGUNDO OREM

Depois de descrito o marco conceitual, para operacionalizar as minhas ações utilizarei o processo de enfermagem preconizado por Orem apud Santos (1991). Que será apresentado sua estrutura, como etapas e fases segundo a teorista.

De acordo com Santos (1991, p.123), Orem ao tecer considerações teóricas acerca do processo de enfermagem, parte da premissa de que a Enfermagem é mais que uma simples combinação de todas as atividades que uma enfermeira desempenha em benefício de uma pessoa sob seus cuidados. A teorista sustenta que os resultados alcançados pelas enfermeiras através de suas ações trazem benefícios aos clientes na medida em que (1) consegue-se o auto-cuidado terapêutico do cliente; (2) as ações de enfermagem são úteis no sentido de direcionar o cliente para ações responsáveis em termos de auto-cuidado e (3) os membros da família do cliente ou qualquer outra pessoa leiga que atenda o mesmo, torne-se responsável progressivamente competente em tomar decisões, no cuidado diário e individualizado do cliente, ou em prover e dirigir o cuidado do cliente sob supervisão da enfermagem.

Em grandes linhas, o processo de enfermagem segundo Orem (1985) apud Santos (1991, p.125) é sustentado pela base teórica de que as ações a serem realizadas devem:

- a) estar em consonância com objetivos desejados;
- b) considerar os fatores ambientais, tecnológicos e humanos para a obtenção destes objetivos;
- c) ser desempenhadas de acordo com o planejamento, fazendo ajustes e revisões no planejamento à medida que as condições se alterem;
- d) ser controladas para verificar se os objetivos estão sendo alcançados.

5.1. ETAPAS DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

A estrutura do processo de enfermagem de acordo com Orem segundo Santos (1991, pg. 125, 126, 128, 129, 132), contém diferentes etapas sendo que as mesmas compreendem duas fases:

- uma primeira denominada fase intelectual;
- e a segunda denominada fase prática.

a. Fase Intelectual (fase 1)

1º etapa – Diagnóstico e Prescrição

A primeira etapa do processo de enfermagem está constituída de operações de diagnóstico e prescrição. O diagnóstico implica em uma operação investigadora que permite as enfermeiras fazerem avaliações e julgamentos quanto a situação existente em relação ao cuidado a saúde e tomar decisões sobre o que pode e o que deve ser feito (Orem 1980, p. 205 e 1985, p. 225) apud Santos (1991). Nesta etapa Orem (1985) propõe que as enfermeiras façam os seguintes questionamentos:

1. Qual é a demanda terapêutica do auto-cuidado do paciente? Agora? Futuramente?
2. O paciente apresenta algum déficit para se engajar no auto-cuidado?
3. Se tem, qual a natureza e as razões para sua existência?
4. Deve o paciente ser impedido de se engajar no auto-cuidado ou deveria proteger capacidades de auto-cuidado já dado ou desenvolvidas para propostas terapêuticas?
5. Qual é o potencial do paciente para se engajar nas ações de auto-cuidado em período futuro? Aumentar ou aprofundar o conhecimento do auto-cuidado? Aprender técnicas de auto-cuidado? É benéfica a vontade para se engajar no auto-cuidado? Incorporações de medidas efetivas de auto-cuidado incluindo novas no sistema de auto-cuidado e na vida diária? (Orem 1985, 225)

2º etapa – Projeção e planejamento do sistema de assistência enfermagem

A segunda etapa do processo de enfermagem segundo Orem (1985) apud Santos (1991) envolve a projeção e o planejamento de sistemas de enfermagem. Projetar um sistema de enfermagem de acordo com a teorista, consiste essencialmente em um processo de seleção de alternativas válidas para a implementação da assistência de enfermagem à um cliente, tão logo seus requisitos de limitação de auto-cuidado sejam

identificados e descritos. O mesmo envolve basicamente duas operações: uma primeira que é fazer ocorrer uma boa organização dos componentes da demanda terapêutica do auto-cuidado dos clientes e uma segunda, que consiste na combinação de maneiras de ajuda que deverão ser tanto efetivas quanto eficientes para compensar ou superar os déficits de auto-cuidado. Neste sentido Orem (1980, p.96-101, p. 152-159) propõe três tipos de sistemas de enfermagem relacionados com a dinâmica de auto-cuidado: sistema de compensação total, sistema de compensação parcial e sistema de suporte educativo.

O planejamento da assistência de enfermagem de acordo com o sistema projetado, consiste na segunda parte da segunda etapa do processo de Enfermagem. Orem (1985, p. 26) apud Santos (1991). Considera que o mesmo consiste na passagem da projeção de sistemas de enfermagem, ou de parte de tais sistemas, para modos e meios de produção. Um plano determina a organização e o momento das tarefas essenciais a serem executadas; designa o desempenho da enfermagem ou do cliente e designa como os clientes serão auxiliados pela enfermagem no desempenho de tarefas. O planejamento inclui as especificações do sistema de enfermagem propostas de tempo, lugar, condições ambientais, equipamentos e suprimentos requeridos para a produção do sistema.

b. Fase Prática (fase 2)

3º etapa – Provisão e controle da Assistência de Enfermagem

A terceira etapa do processo de enfermagem envolve a iniciação, a assistência e o controle do cuidado de enfermagem baseado no sistema de assistência de enfermagem projetado e nos detalhes do plano de cuidados de enfermagem. Essa fase constitui-se em um ciclo de assistir, checar, ajustar e avaliar as atividades desenvolvidas.

6. METODOLOGIA

6.1. LOCAIS DE ESTÁGIO

Os campos utilizados para o desenvolvimento da prática assistencial proposta foram: o Programa de Planejamento Familiar do Hospital Universitário, localizado na Trindade, Florianópolis e o Programa de Planejamento Familiar da Policlínica de Referência Regional I, localizado no Centro de Florianópolis.

6.1.1. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

O HU é uma unidade hospitalar de referência pública e de clientela exclusiva do Sistema Único de Saúde - SUS em Santa Catarina. Está classificado como hospital geral, tendo uma área física de 25.185 m², com 287 leitos (43 não ativados), distribuídos em diversas especialidades, médica, cirúrgica, pediátrica, ginecológica, UTI geral, emergência, diálise, obstetria com alojamento conjunto/puerperio, gestação de alto risco, neonatologia/berçário e UTI neonatal. Atende todas as especialidades médicas do ensino de graduação e pós-graduação, nas áreas de Medicina, Enfermagem, Nutrição, Farmácia e Bioquímica, além de psicologia. Apresenta Centro de Informações Toxicológicas, Núcleo de Engenharia Clínica, Núcleo de Apoio à pesquisa, Núcleo de Avaliação de Reações alérgicas à drogas, Núcleo Integrado de Cabeça e Pescoço.

Tem por finalidade promover a assistência, o ensino, a pesquisa, e a extensão na área de saúde e afins. Servir de campo de ensino, pesquisa e extensão na área de saúde e afins, em estreita relação e sob orientação das Coordenadorias e dos Departamentos de Ensino, que nele efetivamente atuam. Finalmente presta assistência à comunidade na área de saúde, em todos os níveis de complexidade, de forma universalizada e igualitária. O HU está harmonizado com o Sistema Nacional de Saúde vigente.

Tem convênios com outras instituições, tais como a Fundação de Apoio HEMOSC/CEPON, FAPEU, Hospital de Caridade (serviço de radioterapia), Secretaria

da Saúde, Prefeitura Municipal de Florianópolis, Sociedade Médica de Acupuntura de SC e Escola Técnica Federal de SC.

A clientela do HU é universalizada, bastando ter identificação pessoal, para ter acesso ao mesmo. Sua assistência estende-se a comunidade local, regional e estadual. engloba programas de extensão e de atendimentos as necessidades de saúde nas áreas ambulatoriais, hospitalar e de serviços complementares de diagnose e terapia, somando 453.149 procedimentos. Em 1996 foi responsável por 124.834 atendimentos ambulatoriais (consultas em clínica médica, clínica cirúrgica, pediatria, gineco-obstétrica, SASC, postos periféricos e outras áreas) e 7.689 internações. Somente na área de emergência atendeu 102.947 pacientes (média de 282 pacientes/dia). Por ser um hospital escola, preconiza-se que a clientela deva ser orientada quanto ao contato com alunos dos diferentes cursos que nele estagiam, sendo-lhe sempre assegurado respeito ético e assistência de saúde por profissional ou equipe multiprofissional qualificado(a).

Seus principais indicadores hospitalares tem os seguintes resultados: taxa de ocupação (72,47%), média de permanência (8,68%), taxa de mortalidade geral (3,99%), taxa de infecção hospitalar/1000 pacientes (6,8%).

As suas condições físicas, que dão suporte ao ensino de graduação e as atividades de assistência, sofrem as conseqüências restritivas da situação orçamentária e financeira, que penalizam a totalidade dos HU's no Brasil. Seu quadro de recursos humanos em atividades no HU, é composto por categorias 1224 profissionais, 47 residentes, 199 professores dos departamentos dos cursos que ali atuam.

O HU, de acordo com CCS/UFSC (1996) desenvolve atividades de ensino e aprendizagem com 1925 alunos de graduação, sendo que destes 394 são de Análises clínicas, 2 da Biblioteconomia, 8 da Enfermagem de outros cursos, 270 da Enfermagem UFSC, 45 da Engenharia biomédica, 191 da Farmácia tecnológica, 597 da Medicina, 146 da Nutrição, 13 da Psicologia e 259 do Serviço social.

O Programa de Planejamento Familiar faz parte do ambulatório da Clínica Tocoginecológica, localizado na parte térrea, na área c do HU. A clínica de tocoginecologia é composta por uma equipe de 7 funcionários, sendo 2 recepcionistas (uma para cada turno), 1 auxiliar de enfermagem, 1 bolsista, 1 enfermeira e 6 médicos (sendo que apenas dois destes, participam do Programa de planejamento familiar). Seu funcionamento é de 2^a à 6^a com turnos às 8:00hs e às 13:00hs. Dentre os serviços disponíveis estão gineco geral, climatério, gineco operatória, infertilidade, mama, pré-

natal, pré-natal de alto risco, puerpério e planejamento familiar, num total de 4.400 consultas em 1998.

O Programa de planejamento familiar, começou suas atividades em 21 de maio e teve um recesso em 29 de outubro de 1998, com atendimentos individuais todas as terças-feiras das 8:00hs às 12:00hs e encontros quinzenais coletivos nas quintas-feiras das 14:00 às 15:30hs. Suas atividades incluem, um trabalho de extensão na comunidade da Serrinha e o Grupo de Mulheres Amigas do Peito, um trabalho na Escola Municipal da Serrinha, que teve seu início em 29 de abril de 1998.

6.1.2. POLICLÍNICA DE REFERÊNCIA REGIONAL

A Policlínica de Referência Regional é uma instituição pública, da área da saúde pública, vinculada à administração direta do poder público de Santa Catarina. Teve origem como órgão da SES em 1991, através do convênio de municipalização do SUS/SC 01/95, com a cedência do Posto de Assistência Médica de Florianópolis (PAM-Capital), de propriedade do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) para o estado de Santa Catarina, através da SES. O objetivo desses convênios era o de ceder os PAM's para os Municípios de Santa Catarina, entretanto a Policlínica, devido seu grande porte e complexidade, continuou sob responsabilidade da SES. É um órgão da Secretaria de Estado da Saúde e subordinada diretamente a ela, a qual gerencia suas receitas e despesas, responsabilizando-se também pela realização de investimentos. Funciona 12 horas por dia, prestando serviços em nível ambulatorial e laboratorial a todo e qualquer cidadão conforme as diretrizes gerais do modelo assistencial, qual sejam: universalidade, equidade, integralidade, regionalização e hierarquização, resolubilidade, descentralização, participação da comunidade e complementaridade do setor privado. É uma unidade de referência para todo o estado de Santa Catarina, por apresentar grande número de clínicas especializadas e também realizar uma infinidade de exames laboratoriais. Tem como principal missão oferecer um atendimento de saúde globalizado de referência, com qualidade e baixo custo, principalmente, a todo o público da microrregião da grande Florianópolis: Biguaçu, Florianópolis, Palhoça e São José. Em 1995 foram oferecidas 153,3 consultas por especialidades e agendadas 136,6 consultas com um percentual de atendimento de 88,98%.

Seu corpo funcional é constituído por 403 servidores públicos, divididos em várias categorias funcionais. Destes 45% são servidores públicos estaduais e 55% federais (cedidos pelo extinto INAMPS), que trabalham em dois períodos diários, compreendidos entre 7:00 às 13:00hs e 13:00 às 19:00hs.

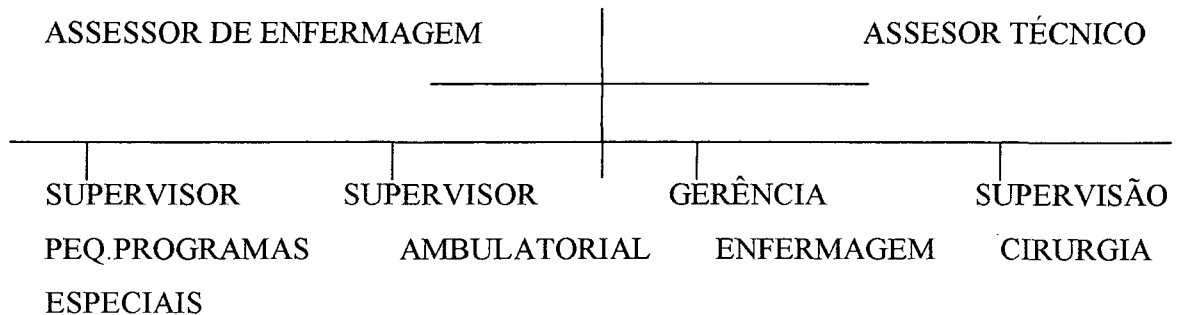
Grupo de categorias funcionais da Policlínica	Nº	%
Médicos (alergia e imunologia, cardio, cirurgia geral, clínica geral, dermatologia, endocrino, gineco, nefrologia, oftalmo, ortopedia, traumato, otorrino, pediatria, pneumo, proctologia, psiquiatria, radiologia, reumatologia, geriatria, homeopatia, urologia)	072	18%
Odontólogos	018	04%
Enfermagem (enfermeira, técnico e auxiliar de enfermagem)	109	28%
Administrativo	109	28%
Técnico de radiologia	009	02%
Bioquímico/farmacêutico	026	06%
Assistente social, nutricionista, psicólogo, sociólogo, terapeuta ocupacional, fiscal sanitário, pedagoga em educação em saúde	030	07%
Auxiliares de serviços gerais	030	07%
Total	403	100%

A Policlínica de Referência Regional está departamentalizada da seguinte forma, nível diretivo, seções de apoio diretivo, seções técnicas, seções administrativas. Possui um organograma elaborado em 7/12/98, por um grupo de servidores e apresentada aos supervisores e encontra-se à disposição de todos com as respectivas chefias. Nele está a estruturação organizacional da Policlínica de Referência Regional, composto pela discussão e elaboração do organograma, atribuições e funciograma de todos os cargos diretivos dos setores e atividades da PRR.

Nele podemos encontrar dentre outras coisas, as atribuições e a inserção da enfermagem.

Função do nível gerencial de Enfermagem

GERENCIAL TÉCNICO

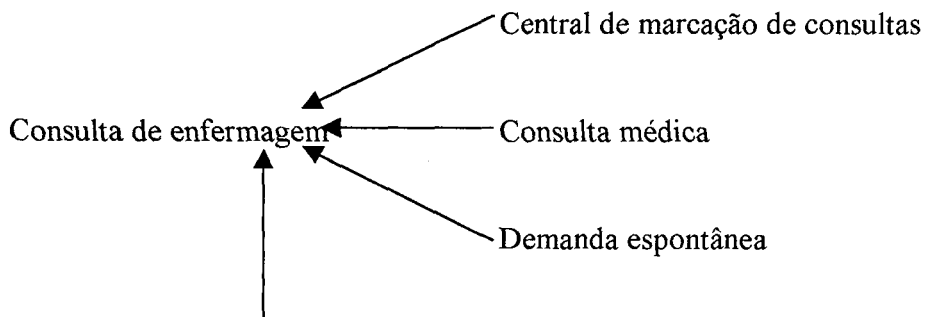


- Assessor de enfermagem: coordenar as atividades de enfermagem no ambulatório médico, pequena cirurgia e programas especiais; representar a PRR junto aos órgãos de classe de enfermagem e onde se fizer necessário; assessorar a direção da PRR em assuntos de sua competência; apreciar propostas e/ou pedidos dos supervisores antes de encaminhá-los à gerência técnica; cumprir e fazer cumprir as disposições do regimento interno da PRR, bem como, as normas e rotinas em vigor no âmbito de sua coordenação; orientar e colaborar no programa de educação continuada para a enfermagem voltada as necessidades da assistência prestada; elaborar previsão qualitativa e quantitativa do quadro de funcional da enfermagem; supervisionar o controle de material, bem como, emitir parecer técnico quando da sua aquisição; participar dos estudos e projetos e reparos, adaptações e ampliações das áreas físicas da enfermagem; supervisionar a coleta de dados dos boletins mensais de atividade, procedendo a devida análise; propor alienação de material e equipamentos sem condições de uso; coordenar e participar da avaliação de desempenho dos servidores ligados à coordenação de enfermagem; orientar e colaborar na elaboração de manuais de normais e rotinas;
- Gerência de enfermagem: gerenciar os recursos com vistas a melhoria da qualidade nos programas especiais e nos setores de pequena cirurgia e ambulatório da policlínica;
- Supervisão de programas especiais: supervisionar as atividades técnicas e de apoio administrativo nos programas especiais;
- Supervisão de pequena cirurgia: supervisionar as atividades de enfermagem e apoio nos setores de pequena cirurgia e no Centro de Material de Esterilização;

- Supervisão de ambulatório: supervisionar as atividades de enfermagem e de apoio desenvolvidas no ambulatório de especialidades médicas.

O Programa de Planejamento Familiar da Policlínica de Referência Regional tem como objetivo geral oferecer à clientela oportunidade de acesso as informações e aos meios relacionados a reprodução humana, e mais especificamente assistir a contracepção, infertilidade e esterilidade, orientar anatomia e fisiologia do aparelho reprodutor masculino e feminino, orientar fisiologia do ciclo menstrual, ovulação e fecundação, fornecer noções de sexualidade e evitar aborto provocado, mediante prevenção da gravidez indesejada. As consultas são marcadas através da central de marcação de consultas, encaminhamentos de outros programas, encaminhamentos de outros profissionais, retorno de consulta médica, orientações pré e pós consulta médica, encaminhamentos de outras instituições e demanda espontânea. As consultas são distribuídas da seguinte forma: para as enfermeiras são 8 consultas no período vespertino, sendo 4 retornos e 4 novas consultas e igual para o matutino.

Fluxograma:



Encaminhamento de outros programas por profissionais

O Programa de Planejamento Familiar da Policlínica localiza-se no 1º andar da Policlínica, com 2 enfermeiras, sendo uma responsável pelo período matutino (7:00 – 12:00), outra pelo vespertino (13:00 – 18:00) e um médico ginecologista 4 vezes por semana. Os métodos oferecidos são contraceptivo hormonal oral (atualmente são fornecidos pela farmácia da PRR), contraceptivo hormonal injetável, DIU (fornecidos diretamente pela Secretaria de Estado da Saúde), diafragma (Maternidade Carmela Dutra), condom (almoxarifado da policlínica), vasectomia e métodos naturais, anticoncepção de emergência, contracepção na pré-menopausa, pós-parto e pós-aborto e assistência à infertilidade. Os recursos materiais utilizados são dois consultórios ginecológicos, duas mesas ginecológicas, mesas, cadeiras, armários e arquivos, o material de registro seria, impressos, instrumento para consulta de enfermagem, folha de

evolução, material educativo, folhetos informativos, consentimento informado, estatística, livro de registro (registro de todos os clientes inscritos no programa, atualmente 5.930, com o método utilizado) e livro de registro específico para candidatos à vasectomia.

6.2. POPULAÇÃO ALVO

O foco central do meu estudo foram as mulheres, homens e casais que procuraram o serviço de planejamento familiar, em nível ambulatorial.

6.3. PLANEJAMENTO

Nesta etapa, identifico os objetivos deste estudo, bem como as estratégias para alcançá-las e a maneira de avaliá-las. Para nortear a assistência de enfermagem, os dados irão ser coletados através de dois instrumentos. Em apêndice 1, consta o instrumento para aplicação do processo de enfermagem, que deverá ser feito, com pelo menos 5 clientes. Em apêndice 2, consta o instrumento para toda a clientela que desejar receber assistência para o planejamento familiar, deverá ser feito com pelo menos 70% da clientela.

1. OBJETIVO ESPECÍFICO: estabelecer o perfil dos indivíduos que procuram o serviço de planejamento familiar, na Policlínica e Hospital Universitário.

ESTRATÉGIA	AVALIAÇÃO
- Utilizar o instrumento proposto (anexo 2 e 3) para levantar os dados necessários e identificar o perfil da clientela.	- O objetivo será considerado alcançado, se os dados forem agrupados e analisados, com pelo menos 70% da clientela.

2. OBJETIVO ESPECÍFICO: propor, orientar, aplicar e avaliar o processo de assistência de enfermagem, fundamentado na teoria do auto-cuidado proposto por Orem, aos indivíduos que buscam o serviço de planejamento familiar.

ESTRATÉGIAS	AVALIAÇÃO
- Expor de maneira sucinta a proposta de trabalho e referencial teórico que fundamenta e norteia as ações, ao indivíduo envolvido no processo.	- O objetivo será considerado alcançado, se o referencial proposto for colocado a todas as clientes as quais forem aplicados o processo.
- Selecionar, ao longo do período de estágio, clientes para aplicação do processo de enfermagem, segundo Orem.	- O objetivo será considerado alcançado, se for selecionado no mínimo 5 clientes para aplicar o processo.
- Aplicar o processo de enfermagem, fundamentado nos conceitos propostos por Orem.	- O objetivo será considerado alcançado, se for aplicado o processo as clientes atendidas.
- Solicitar a participação dos clientes no planejamento e implementação do cuidado.	- O objetivo será considerado alcançado se for discutido individualmente ou coletivamente com a clientela, as ações prestadas, através da realização de todas as atividades propostas.

3. OBJETIVO ESPECÍFICO: avaliar a operacionalização do processo implementado no serviço de planejamento familiar, trocando conhecimentos e experiências com a coordenadora responsável pelo programa.

ESTRATÉGIAS	AVALIAÇÃO
- Discutir e anotar com a equipe, após cada consulta, como está sendo a aplicabilidade do processo.	- O objetivo será considerado alcançado se for estabelecido espaços para troca de conhecimentos à respeito do processo.

4. OBJETIVO ESPECÍFICO: conhecer o contexto dos dois campos de estágio onde será desenvolvida a prática do cuidado.

ESTRATÉGIAS	AVALIAÇÃO
- Solicitar documentos a direção ou	- O objetivo será considerado

chefe do serviço, referentes a estrutura organizacional da instituição.	alcançado se for conhecido e analisado os documentos.
- Contextualizar a instituição dentro do Sistema Único de Saúde e no que concebe a referência e contra-referência.	- O objetivo será considerado alcançado se for contextualizado naquilo que é preconizado e estabelecido.
- Identificar como se operacionaliza o serviço de planejamento familiar, seus recursos financeiros, humanos, materiais, fluxo utilizado, como se dão os encaminhamentos, ações que possam contribuir para melhor serviço.	- O objetivo será considerado alcançado se for identificado o organograma, o fluxograma, o regime interno e os objetivos da instituição.

5. OBJETIVO ESPECÍFICO: Avaliar periodicamente as atividades do estágio.

ESTRATÉGIAS	AVALIAÇÃO
- Estabelecer reuniões semanais informais com as supervisoras e orientadora.	- Se as reuniões ocorrerem semanalmente.
- Realizar quinzenalmente encontros com as supervisoras e orientadora.	- O objetivo será considerado alcançado se forem realizados no mínimo dois encontros.

6. OBJETIVO ESPECÍFICO: realizar e participar de consultas de enfermagem e atendimentos, detectando os déficits de competência para o auto-cuidado no que se refere ao planejamento familiar.

ESTRATÉGIAS	AVALIAÇÃO
- Participar e realizar as consultas aos indivíduos, previamente agendados no serviço de planejamento familiar, fundamentado no referencial teórico proposto por Orem.	- O objetivo será considerado alcançado se for realizado consultas, utilizando o referencial proposto, com no mínimo 5 clientes.
- Utilizar instrumento adaptado a teoria de Orem, para coleta e registro dos dados diariamente, buscando detectar os déficits	- O objetivo será considerado alcançado se forem coletados e registrados os déficits de competência

de competência mais incidentes.	mais incidentes com os indivíduos selecionados para aplicação do processo.
- Propor ações de enfermagem que favoreçam o cliente a conscientizar-se de seu poder, potencial e habilidade, para desenvolver o seu auto-cuidado, tornando-o protagonista do processo de planejar sua família.	- O objetivo será considerado alcançado se forem propostas as ações.
- Reforçar a importância do acompanhamento contínuo e retorno ao serviço.	- O objetivo será considerado alcançado se for reforçado, no mínimo a 5 indivíduos retornarem ao serviço para acompanhamento do método escolhido.

7. Identificar o conhecimento prévio do indivíduo que busca os serviços de planejamento familiar acerca dos métodos contraceptivos

ESTRATÉGIA	AValiação
- Aplicar instrumento para identificar os conhecimentos prévios acerca do planejamento familiar.	- O objetivo será considerado alcançado se 80% dos indivíduos responderem os instrumentos propostos, em anexo 1, 2 e 3.

8. OBJETIVO ESPECIFICO: ampliar conhecimentos pessoais sobre o planejamento familiar.

ESTRATÉGIAS	AValiação
- Realizar levantamentos e estudos bibliográficos referentes ao planejamento familiar, fertilidade e sexualidade.	- O objetivo será considerado alcançado se for realizado o levantamento bibliográfico sobre os temas e fichamento de 4 publicações a respeito dos mesmos.
- Compartilhar conhecimentos com a equipe dos serviços.	- O objetivo será considerado alcançado se houver troca de conhecimentos com a equipe dos serviços.
- Elaborar um álbum seriado sobre o	- O objetivo será considerado

planejamento familiar para instrumentalizar a equipe e clientela que participa e procura o serviço.	alcançado se for elaborado um álbum seriado e entregue ao serviço.
- Participar de treinamentos, eventos sobre planejamento familiar e ações desenvolvidas pela equipe que compõem o serviço de planejamento familiar.	- O objetivo será considerado alcançado se houver participação em no mínimo um evento.

9. OBJETIVO ESPECÍFICO: Promover a integração dos profissionais responsáveis pelo programa;

ESTRATÉGIA	AVALIAÇÃO
- Realizar reuniões para troca de experiências e conhecimentos entre os dois serviços	- Se forem realizadas 2 reuniões durante a prática assistencial;

10. OBJETIVO ESPECÍFICO: Conhecer como se desenvolve o trabalho pela equipe e apresentar proposta;

ESTRATÉGIAS	AVALIAÇÃO
- Expor a proposta aos membros da equipe.	- O objetivo será considerado alcançado se for repassado a equipe a proposta da acadêmica.
- Apresentar-se e estimular a participação da equipe nas atividades.	- O objetivo será considerado alcançado se pelo menos 1 membro da equipe trouxer suas opinião e observação, sobre a sua participação.
- Participar das ações desenvolvidas nos dois serviços, compartilhando novas práticas.	- O objetivo será considerado alcançado se os dois serviços ampliarem seus conhecimentos.

11. OBJETIVO ESPECÍFICO: propor, estimular e avaliar atividades educativas com o cliente sobre o planejamento familiar.

ESTATÉGIAS	AVALIAÇÃO
<p>- Quando for realizadas oficinas, palestras, atividades de sala de espera, e consultas individuais com a clientela a respeito do conhecimento do corpo e dos métodos contraceptivos.</p>	<p>- O objetivo será considerado alcançado se forem realizadas no mínimo duas palestras, uma oficina, duas atividades de sala de espera e consultas individuais, com a clientela proposta.</p>
<p>- Compartilhar orientações individuais e coletivas acerca do planejamento familiar em direção para auto-cuidado.</p>	<p>- O objetivo será considerado alcançado se o indivíduo superar seus déficits.</p>
<p>- Estimular a participação do casal em ações educativas, facilitando a sua decisão no que tange ao planejamento familiar.</p>	<p>- O objetivo será considerado alcançado se houver a participação de no mínimo dois casais.</p>
<p>- Estimular os potenciais e capacidades do cliente orientado para a direção do auto-cuidado e explicar a importância das ações desenvolvidas no serviço de planejamento familiar;</p>	<p>- O objetivo será considerado alcançado se forem feitas atividades educativas com no mínimo 70% da clientela atendida.</p>
<p>- Compartilhar informações para que melhor possa decidir e auto-cuidar-se em relação aos aspectos reprodutivos e conhecimentos do próprio corpo anatomia e fisiologia do sistema reprodutor masculino e feminino.</p>	<p>- O objetivo será considerado alcançado se os clientes que realizarem as atividades propostas demonstrarem através de feed back que captaram o conteúdo.</p>
<p>- Elaborar folhetos educativos a respeito do planejamento familiar e métodos contraceptivos para entregar a clientela.</p>	<p>- O objetivo será considerado alcançado se o folheto estiver pronto e ser repassado a clientela proposta.</p>
<p>- Utilizar técnicas para que apresentem seus conhecimentos a cerca do planejamento familiar.</p>	<p>- O objetivo será considerado alcançado se for aplicada as técnicas e observar os resultados.</p>

7. CRONOGRAMA: Maio/junho

Total de horas: 41

Data	Horário	Orientação/outros	Observações
11/05	8:00 – 12:00	Elaboração/álbum	4
11/05	13:00 – 18:00	Elaboração/álbum	5
12/05	13:00 – 17:00	Elaboração/álbum	4
25/05	8:00 – 12:00	Elaboração/folders	4
25/05	13:00 – 17:00	Elaboração/folders	4
26/05	14:00 – 17:00	Reunião CCS	3
10/06	13:00 – 18:00	Reunião/superv.	5
18/06	20:00 – 23:00	Palestra	3
19/06	9:00 – 12:00	Palestra	3

Cronograma da Policlínica de Referência Regional I

Nome da supervisora: Andyara M.^a Boso

Total de horas: 82

Data	Horário	Estágio	Observações
03/05	8:00 – 12:00	Reconhecimento	4
03/05	13:00 – 16:00	Reconhecimento	3
05/05	8:00 – 12:00	Consulta	4
10/05	8:00 – 12:00	Consulta	4
12/05	8:00 – 12:00	Consulta	4
13/05	18:00 – 21:00	Palestra	3
17/05	8:00 – 12:00	Consulta	4
18/05	8:00 – 12:00	Consulta	4

19/05	8:00 – 12:00	Consulta	4
24/05	8:00 – 12:00	Consulta	4
26/05	8:00 – 12:00	Consulta	4
31/05	8:00 – 12:00	Consulta	4
02/06	8:00 – 12:00	Consulta	4
07/06	8:00 – 12:00	Consulta	4
09/06	8:00 – 12:00	Consulta	4
21/06	8:00 – 12:00	Consulta	4
28/06	8:00 – 12:00	Consulta	4
29/06	8:00 – 12:00	Consulta	4
30/06	8:00 – 12:00	Consulta	4
05/07	8:00 – 12:00	Consulta	4
06/07	8:00 – 12:00	Consulta	4

Cronograma do Hospital Universitário

Nome do supervisora: Silvana Pereira

Total de hora: 130

Data	Horário	Estágio	Observações
04/05	8:00 – 12:00	Reconhecimento	4
04/05	13:00 – 16:00	Palestra	3
06/05	13:00 – 17:00	Reunião	4
07/05	13:00 – 17:00	Sala de espera	4
13/05	13:00 – 16:00	Reunião	3
14/06	13:00 – 17:00	Sala de espera	4
18/05	13:00 – 16:00	Reunião	3
20/05	13:00 – 17:00	Reunião	4
21/05	13:00 – 17:00	Sala de espera	4
24/05	19:00 – 21:00	Reunião	2
27/05	13:00 – 17:00	Reunião	4
28/05	10:00 – 12:00	Sala de espera	2
28/05	13:00 – 15:00	Sala de espera	2

01/06	13:00 – 17:00	Reunião	4
02/06	13:00 – 17:00	Palestra	4
03/06	13:00 – 16:00	Reunião	3
04/06	8:00 – 12:00	Sala de espera	4
04/06	13:00 – 16:00	Sala de espera	3
07/06	13:00 – 17:00	Reunião	4
08/06	8:00 – 12:00	Reunião	4
09/06	13:00 – 16:00	Reunião	3
11/06	8:00 – 12:00	Reunião	4
11/06	13:00 – 17:00	Reunião	4
14/06	8:00 – 12:00	Amostra	4
14/06	13:00 – 18:00	Amostra	5
15/06	8:00 – 12:00	Amostra	4
15/06	13:00 – 18:00	Amostra	5
16/06	8:00 – 12:00	Visita domiciliar	4
17/06	13:00 – 16:00	Reunião	3
18/06	13:00 – 18:00	Reunião	5
21/06	13:00 – 17:00	Palestra	4
23/06	8:00 – 12:00	Palestra	4
24/06	13:00 – 17:00	Reunião	4
25/06	10:00 – 12:00	Sala de espera	2
25/06	13:00 – 17:00	Sala de espera	4
29/06	16:00 – 18:00	Palestra	2

8. APRESENTAÇÃO, DISCUSSÃO E AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS

A trajetória vivenciada nos campos de estágio, nos Programas de planejamento familiar foi estressante e até um pouco desgastante, em razão das múltiplas atividades, amplitude de ação e experiências diversas. No entanto foi ao mesmo tempo estimulante, apaixonante, prazerosa e grandiosa, em termos de experiências e conhecimentos.

O fato de trabalhar em dois campos favoreceu o contato com diferentes realidades e abordagens, propiciou uma visão do coletivo e individual e ampliou as possibilidades, oportunidades e os objetivos propostos. Serviu também para ter uma idéia do grau de alcance que os programas podem ter e dos limites que eu como acadêmica, posso atingir. A decisão de trabalhar no HU, deu-se em razão deste serviço desenvolver principalmente ações coletivas. A opção pela Policlínica ampliou a visão das ações dos Programas de planejamento familiar, reforçando a assistência individual, através de consultas. Apesar de saber e ter em mente que seria uma tarefa difícil, porém bastante proveitosa, decidi escolher os dois campos. Procurei no primeiro momento as enfermeiras responsáveis pelos programas, que foram ao longo do meu projeto, minhas supervisoras, para me exporem de maneira simples como se dava o programa e todos os seus aspectos, desde a parte estrutural, burocrática e funcional.

Fui muito bem recebida em ambos os campos, não tive problemas em relação a parte burocrática e muito menos com a parte funcional do serviço, seja ela com os funcionários, com o próprio espaço de serviço e com os modelos da instituição. Trabalhei meus medos e temores, colocando-os sempre a minha orientadora e as próprias supervisoras, que foram imprescindíveis para essa minha caminhada. Tinha receios sim, porém fui tão bem recebida e aceita enquanto pessoa e estudante que estes eram irrelevantes. Rapidamente minhas propostas foram aceitas e entendidas em ambos os locais de estágio, onde estabeleci minhas atividades através de um cronograma especificando tudo que ocorreria ao longo do estágio.

O fato de trabalhar sozinha, exigiu um esforço maior de minha parte, já que não tinha colegas para compartilhar as dificuldades, experiências e atividades. No entanto, não considero entrave, pois facilitou minha autonomia e permitiu-me decidir de acordo com

minhas idéias e conhecimentos. O estar sozinha, significa dizer que desenvolvi a prática sem outras colegas, contudo me senti segura, e acompanhada na condução do estágio e do relatório, podendo contar com supervisoras e orientadora. Pude colocar meus pontos de vista, minha proposta, meu modo de agir e pensar para não haver confrontos. Expus claramente o que pretendia e esperava nessa prática assistencial. Deixei claro também os meus limites enquanto acadêmica de enfermagem e pessoa. Enfim expressei minha proposta e o porque de estar ali.

Para alcançar os objetivos propostos utilizei as estratégias já delimitadas por mim e minha orientadora. No decorrer das atividades, descrevia o que tinha acontecido, para depois verificar qual objetivo que tinha sido alcançado naquele dia. Essa descrição foi feita em diário de campo e depois repassada para o relatório. Os objetivos na sua totalidade foram alcançados. Alguns objetivos propostos no projeto foram melhor redigidos, buscando facilitar a compreensão do que havia sido proposto, e a melhor viabilização na prática.

Neste capítulo passo a apresentar a execução dos objetivos propostos, bem como faço a discussão e análise das estratégias anteriormente determinadas, finalizando com a avaliação de cada objetivo. A seguir, passo a descrever cada um dos objetivos desenvolvidos:

OBJETIVO ESPECÍFICO 1

Estabelecer o perfil dos indivíduos que procuram o serviço de planejamento familiar, na Policlínica e no Hospital Universitário.

Estratégia	Avaliação
- Utilizar o instrumento proposto (anexo 2 e 3) para levantar os dados necessários e identificar o perfil da clientela.	- O objetivo será considerado alcançado, se os dados forem agrupados e analisados, com pelo menos 70% da clientela.

O perfil da clientela de ambos os locais de estágio foi obtido através da aplicação de um instrumento proposto no anexo 2 e 3, através do qual se coletou dados referentes a população assistida e sobre o uso de métodos contraceptivos. Posteriormente estes dados foram agrupados e analisados, 70% da clientela preencheu o questionário. Este foi construído em conjunto com a minha orientadora, com a supervisora do HU e com a assistente social do programa, para ser utilizado no grupo de candidatos a vasectomia e laqueadura do Programa de planejamento familiar do HU

realizado quinzenalmente nas 5^{as} Feiras. Ele foi adaptado as outras atividades como sala de espera, tanto no puerpério do Alojamento Conjunto, quanto no puerpério tardio do ambulatório de tocoginecologia. Abaixo, serão apresentados seus resultados sob forma de tabela. Os 4 itens indicados com asterisco, não constam em alguns questionários, pois houve mudanças de instrumento no decorrer do estágio, por isso os percentuais não fecham em 100%.

TABELA 1 – Indivíduos que utilizam o Programa de Planejamento Familiar da Policlínica de Referência Regional I, quanto ao sexo, religião, escolaridade, estado conjugal, nº de gestações e tipo de parto, Florianópolis, 1999.

Idade	21 – 30		31 – 40		+ 41 anos		Total absoluto	%	
	M	F	M	F	M	F		M/F	M
Sexo	4	7	8	4	1	2	26	50%	50%
Cliente									
Religião*									
-Católica	4	6	7	4	-	2	23	88,5%	
-Outras	-	1	1	-	1	-	3	11,5%	
Escolaridade*									
-1º grau incompleto	3	5	6	3	1	1	19	73,1%	
-2º grau incompleto	1	2	2	1	-	1	7	26,9%	
Estado conjugal									
-Casado	4	6	8	4	1	1	24	92,3%	
-Vive c/ companheiro	-	1	-	-	-	1	2	7,7%	
N.º de gestações*									
-1 e 2	1	7	1	3	-	-	12	48%	
-3 e 4	3	-	6	1	1	1	12	48%	
-5 +	-	-	1	-	-	-	1	4%	
Tipo de parto*									
-Parto normal	1	7	2	2	3	2	40	77,0%	
-Cesárea	0	1	6	4	-	-	10	19,2%	
-Aborto	1	-	4	-	-	1	2	3,8%	
	-		1						

Fonte: Policlínica/atendimentos

Comentário: Das 26 pessoas que foram atendidas na Policlínica, 50% eram homens e 50% eram mulheres. De acordo com a religião, 88,5% eram católicos e 11,5% de outras religiões (1 da assembleia de Deus e 2 evangélicos da igreja quadrangular). Apesar da igreja ter uma política contrária ao uso de todos os métodos contraceptivos,

observamos que a grande maioria dos católicos, procuram o serviço de planejamento familiar. Dos clientes 73,1% tem o 1º grau incompleto, e 26,9% com o 2º grau incompleto. O grau de escolaridade parece não estar interferindo com a procura dos serviços de planejamento familiar. Os casados representam 92,3% e apenas 7,7% vivem com o companheiro. De acordo com o número de gestações, 96% tem de 1 a 4 gestações, e apenas 4% tem mais que 5 gestações. No indicador para tipo de parto, encontramos 77% de partos normais, 19,2% de cesarianas e 3,8% abortos.

TABELA 2 – Indivíduos que participam do grupo de candidatos a vasectomia e laqueadura do Hospital Universitário, quanto ao sexo, religião, escolaridade, estado conjugal, n° de gestações e tipo de parto, Florianópolis, 1999.

IDADE	21 – 30		31 – 40		Total absoluto	%	
	M	F	M	F		M/F	M
Sexo							
Cientes		11	3	13	27	89%	11%
Religião*							
-Católica	-	8	-	7	15	55,6%	
-Outras	-	-	-	2	2	7,4%	
-Não relatou	-	1	-	-	1	3,7%	
Escolaridade*							
-1º grau incompleto	-	7	-	6	13	48,1%	
-2º grau incompleto	-	2	-	1	3	11,1%	
-Não relatou	-	-	-	2	2	7,4%	
Estado conjugal							
-Casado	-	5	2	5	12	44,4%	
-Vive companheiro	-	4	1	8	13	48,2%	
-Outros	-	2	-	-	2	7,4%	
N.º de gestações*							
-1 e 2	-	4	-	2	6	30%	
-3 e 4	-	2	-	4	6	30%	
-5 +	-	6	-	2	8	40%	
Tipo de parto*							
-Parto normal	-	6	-	21	27	64,3%	
-Cesárea	-	5	-	4	9	21,4%	
-Aborto	-	-	-	5	5	11,9%	
-Não relatou	-	-	-	1	1	2,4%	

Fonte: HU/grupo candidatos a método irreversível

De acordo com o perfil traçado com a clientela do HU, podemos dividi-los em dois grupos, o grupo dos candidatos a vasectomia e laqueadura, e o grupo de puerpério.

Comentário: Do grupo de candidatos a cirurgia irreversível, os indivíduos se encontram na sua maioria na faixa dos 31 a 40 anos, atingindo um percentual de 54,2% para mulheres e 100% para os homens, 55,6% são católicos e 7,4% de outras religiões. Apesar da igreja ser contrária a laqueadura e vasectomia. 48,1% tem o 1º grau incompleto e 11,1% o 2º grau incompleto. A maioria desta população vive com o companheiro (a) representando 48,2%. Quanto ao número de gestações 60% tem entre 1 e 4 gestações e 40% tem 5 filhos ou mais. 64,3% tiveram parto normal, 21,4% cesárea e 11,9% aborto. 30% das mulheres que procuraram o programa tem baixa paridade, nos levando a crer que as orientações sobre os métodos não estão sendo compreendidas, ou talvez não estejam sendo realizadas.

TABELA 3 – Motivos que influenciaram a clientela ao método irreversível no Hospital Universitário, Florianópolis, 1999.

SEXO	Mulher	Homem	Total absoluto	%
Motivos que influenciaram a sua decisão:				
- Não quer ter mais filhos	19	3	22	84,6%
- Falta de conhecimento de outros métodos	8	-	8	30,8%
- Dificuldade de adaptação aos métodos que já utilizou	11	-	11	42,3%
- Você tem algum problema de saúde	12	1	13	50%
- Se(sua) companheiro(a) tem um problemas de saúde	2	-	2	7,7%
- Dificuldade financeira	-	-	-	-
- Outros	-	-	-	-

Fonte: HU/grupo candidatos a método irreversível

Comentário: Dentre os fatores que influenciaram a decisão por um método contraceptivo irreversível, 84,6% seria de não querer ter mais filhos, seguidos de dificuldade financeira com 50% e problema de saúde com 42,3%. O desconhecimento do método contribui com 30,8%, apontando para a necessidade de compartilhar conhecimentos sobre o tema proposto. Em relação a questão financeira, acredito ser um motivo polêmico, visto que no momento da decisão de adotar um método irreversível

possa estar com problemas econômicos, que podem ser superados. Nesta ocasião pode ocorrer arrependimento de optar por um método definitivo.

TABELA 4 – Puérperas que freqüentam a sala de espera do HU, de acordo com o sexo, religião, escolaridade, estado conjugal, nº de gestações e tipo de parto, Florianópolis, 1999.

IDADE	- 20	21 – 30	31 – 40	TOTAL	%
Sexo/feminino	5	11	3	19	
Religião*					
-Católica	4	8	1	13	68,4%
-Outras	-	1	1	2	10,5%
-Não tem	-	1	-	1	5,3%
Escolaridade*					
-1º grau incompleto	3	3	1	7	36,8%
-2º grau incompleto	1	6	1	8	42,1%
-3º grau incompleto	-	1	-	1	5,3%
Estado conjugal					
-casado	1	2	2	5	26,3%
-vive companheiro	4	9	1	14	73,7%
No. de gestações*					
-1 e 2	4	8	1	13	50%
-3 e 4	-	2	1	3	11,5%
-5 e +	-	-	-	-	-
Tipo de parto*					
-parto normal	3	11	4	18	66,7%
-cesárea	1	7	-	8	29,6%
-aborto	1	-	-	1	3,7%

Fonte: HU/sala de espera

Comentário: Das 19 clientes atendidas na sala de espera, 68,4% eram católicas, e 10,5% de outras religiões. Em nível de escolaridade 42,1% tem o 2º grau incompleto. Destacamos que 73,7% dessa população vive com o companheiro, e 50% possui de 1 a 2 gestações, com o total de 66,7% de parto normal e 29,6% de cesareana.

OBJETIVO ESPECÍFICO 2:

Propor, orientar, aplicar e avaliar o processo de assistência de enfermagem, fundamentado na teoria do auto-cuidado proposto por Orem, aos indivíduos que buscam o serviço de planejamento familiar.

ESTRATÉGIAS	AVALIAÇÃO
Expor de maneira sucinta a proposta de trabalho e referencial teórico que fundamenta e norteia as ações, ao indivíduo envolvido no processo.	O objetivo será considerado alcançado, se o referencial proposto for colocado a todas as clientes as quais forem aplicados o processo.
Selecionar, ao longo do período de estágio, clientes para aplicação do processo de enfermagem, segundo Orem.	O objetivo será considerado alcançado, se forem selecionados no mínimo 5 clientes para aplicar o processo.
Aplicar o processo de enfermagem, fundamentado nos conceitos propostos por Orem.	O objetivo será considerado alcançado, se for aplicado o processo as clientes atendidas.
Solicitar a participação dos clientes no planejamento e implementação do cuidado.	O objetivo será considerado alcançado se for discutido individualmente ou coletivamente com a clientela, as ações prestadas, através da realização de todas as atividades propostas.

Inicialmente a proposta do referencial foi exposta de forma sucinta aos indivíduos envolvidos no processo e também a enfermeira do programa.

Foi elaborado um instrumento amplo (anexo 1), que contemplava os requisitos universais, desenvolvimentais e de desvio de saúde, que foi sintetizado e adaptado ao instrumento (anexo 5) já utilizado pelo Programa de Planejamento Familiar da Policlínica.

O processo de enfermagem, na sua totalidade, foi aplicado à 5 clientes do Programa de Planejamento Familiar da Policlínica, sendo eleitas 2 situações para serem registrados no presente relatório.

PROCESSO DE ENFERMAGEM 1

☆ URSO MAIOR: C. N.

1 – Identificação

- a) Idade: 28 anos (02/07/71)
- b) Sexo: feminino
- c) Cor: branca
- d) Religião: católica
- e) Escolaridade: 4º série do primeiro grau
- f) Estado civil: vive com o companheiro
- g) Naturalidade: São José - SC
- h) Procedência: Barreiros - SJ
- i) Profissão: do lar
- j) Telefone para contato: 246-01**
- k) Motivo da consulta: colocar o DIU
- l) Quem lhe indicou: amiga e cunhada

2 – Requisitos de auto-cuidado universais:

- a) Manutenção de oxigenação
 - Tem vício a nicotina, fuma há 3 anos, uma carteira para dois dias.
 - Tem conhecimento a respeito dos malefícios do fumo sobre sua saúde, porém não consegue parar e diz que ninguém consegue lhe convencer em parar de fumar.
 - Refere não ter problemas respiratórios.
- b) Manutenção de nutrição
 - Come bem durante o dia, toma café da manhã, almoço, lancha a tarde, porém não janta.
 - Não tem restrição a alimentos
 - Peso: 61,700Kg
 - Altura: 1,55m
 - Demonstrou ter conhecimentos sobre os alimentos como fontes de nutrientes necessários para o corpo.
- c) Manutenção de processos de eliminação e excreção
 - Não apresenta alteração na eliminação intestinal, evacua 2 vezes por dia
 - Não apresenta alteração na eliminação urinária, urina de 4 a 5 vezes por dia

- Tem conhecimentos sobre a importância da ingestão alimentar e hídrica em relação as eliminações
- d) Manutenção de equilíbrio entre atividade e repouso
 - Tem horário preestabelecido para o sono e repouso, dorme de 7 a 8 horas por noite
 - Faz os serviços de casa pela manhã e descansa o resto do dia,
 - É caseira e não pratica nenhuma atividade física
- e) Manutenção do equilíbrio na integração social
 - A renda do companheiro está em torno de R\$400,00
 - No momento está desempregada, quer arranjar um serviço o mais rápido possível
 - Mora em casa própria, com água encanada, luz elétrica e esgoto. Vive com o companheiro e os dois filhos, um menino de 7 anos e uma menina de 3 anos. Sua casa fica no mesmo terreno onde está a casa de sua mãe, diz não ter nenhum problema quanto a isso.
 - Na constelação familiar é a terceira filha de uma família de 4 irmãos
 - Ultimamente não participação de atividades na sociedade ou comunidade
- f) Promoção do funcionamento e desenvolvimento normais
 - Apresenta bom aspecto geral, não apresenta alterações aparentes
 - Tem a acuidade visual alterada, possui miopia, utiliza óculos e vai regularmente ao oftalmologista
 - Pressão arterial: 110x70mmHg

3 – Requisitos de auto-cuidado desenvolvimental:

- a) Antecedentes gineco-obstétricos:
 - Sua menarca foi aos 12 anos
 - Apresenta dismenorréia moderada
 - A idade da 1º relação sexual foi aos 15 anos
 - A duração do fluxo menstrual é de 3 dias, a quantidade é regular, quando tomava comprimido disse que regulava, porém agora que abandonou a pílula desregulou, ficou menstruada dia 14/04/99 e a sua última menstruação veio dia 24/05. Diz que “quando abandono o CHO a menstruação desregula.
 - A idade da primeira gestação foi com 18 anos, tem um filho com 7 e outro com 3 anos.
 - É gesta II, para II e a data do último parto foi dia 30/07/95

- Diz que durante as gestações apresentou períodos hemorrágicos, porém sem alterações no quadro gravídico. Também relata cicatrização tardia, seus pontos caem sem a ferida cirúrgica cicatrizar. “No 7º dia da minha 2º gestação, ainda estava costurada ainda sem cicatrização da episiotomia, aconteceu uma emergência com o RN e tive que sair correndo, meus pontos se desfizeram ou arrebentaram e olha que foi costurado com um fio especial, por causa do meu problema.
- A primeira gravidez foi desejada, a segunda não.
- Amamentou o primeiro filho até o 7º mês e o segundo até 1 ano
- Não faz atualmente auto-exame de mama, pois ainda está produzindo leite e qualquer estímulo no seio a saída de leite é imediata, sente os seios incharem em situação de estresse. Foi ao médico e esse recomendou ter paciência, pois com o tempo se normaliza, só que C. N. acha que já passou do prazo e está preocupada
- Sua mãe apresenta tumor benigno de colo de útero e irmã um tumor benigno no nervo ciático

b) Padrão de vida sexual/conjugal:

- Relata manter relações sexuais todos os dias e que sente desejo em todas as relações e elas geralmente acontecem pela noite. Às vezes sente dispareunia mais atribui ao fato do deslocamento uterino (prolapso) adquirido após a última gestação, por conta desse fato, não pode usar calça justa pois comprime a região perineal e causa desconforto
- O grau de envolvimento do parceiro na prática da anticoncepção na sua opinião é boa, quando usava a pílula ele a lembrava sempre, e quando abandonou o CHO, o marido imediatamente empregou a camisinha nas relações.

c) Aspectos cognitivos

- Planejamento familiar é evitar para não ter mais filhos
- Tem pouco conhecimento do corpo, diz “conheço o básico, os órgãos mais importantes, e alguns funcionamentos do corpo feminino
- Não possui crenças e valores sobre o planejamento familiar
- Acha que se evita a gravidez usando camisinha, CHO....
- Relata que seu companheiro concorda em planejar a família
- Relata ser capaz de cuidar de si mesmo
- Relata ter conhecimento que os ciclos menstruais é que vão indicar o período fértil ou não da mulher
- Recebeu orientação sobre o planejamento familiar com o médico e no posto

e) Aspectos motivacionais

- Relata que já recebeu alguma orientação em relação ao seu corpo no médico e no posto e que sobre menstruação, ovulação, gravidez foi bem pouco que aprendeu
- Os métodos que conhece seriam camisinha que utilizou algumas vezes, porém não se adaptaram, e CHO que utilizou depois de seu primeiro filho por 3 anos e meio (primovlar), abandonou, engravidou e tomou por mais 2 anos (neovlar) e abandonou, porque seu sangramento estava escurecendo muito,
- As maiores preocupações em relação ao uso do DIU são de seu marido, ele está preocupado se o DIU pode ser expulso
- Quer utilizar o método, porque o considera seguro e tem boas informações quanto a isso.

4 – Desvios de saúde

- Não faz nada para manter a saúde
- Tem apresentado corrimento em pouquíssima quantidade amarelada sem odor fétido, porém com um pouco de prurido, porém automedicou-se com pomada vaginal e resolveu. Já tinha apresentado isso antes, por isso que ela própria foi a farmácia comprar ou remédio pois já sabia o nome. Diz que para marcar uma consulta ao ginecologista demora muito por isso que automedicou-se
- Atualmente não apresenta doenças. Porém há quatro meses teve cólica renal e foi hospitalizada e medicada com soro e antibiótico, o qual não retornou mais.

PROCESSO DE ENFERMAGEM I

DIAGNÓSTICO E PRECISÃO DE DÉFICITS DE COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO		PROJEÇÃO E PLANEJAMENTO DO SISTEMA DE ENFERMAGEM		PROVISÃO	
ESPECIFICAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO	SISTEMA DE ENFERMAGEM	PLANO DE ASSISTÊNCIA. OBJETIVO DE SAÚDE	AÇÃO DE ENFERMAGEM	CONTROLE DE ASSISTÊNCIA
Dependência a nicotina	Requisito de auto cuidado universal	Sistema de suporte educativo	Ampliar e apreender conhecimentos sobre os malefícios do cigarro. Compreender as alterações fisiológicas e patológicas que o cigarro causa	Esclarecer sobre os riscos do uso da nicotina.	Mesmo sabendo dos malefícios causados pela droga, relata que irá manter o hábito.
Não pratica nenhuma atividade física	Requisito de auto cuidado universal	Sistema de suporte educativo	Adquirir conhecimento sobre a importância de qualquer tipo de atividade ou exercício físico que favoreça a circulação, aumento do tônus muscular e o estado geral.	Esclarecer sobre a necessidade de realizar qualquer atividade ou exercício físico, no domicílio, na rua ou academia, podendo ser caminhada, corrida ou exercício com supervisão.	Relata que arruma toda a casa todos os dias e leva as crianças para o colégio, já considera isso como exercício.
Interação social (no momento está desempregada)	Requisito de auto cuidado universal	Sistema de suporte educativo	Buscar alternativas de trabalho de acordo com suas capacidades. Expressar suas necessidades e angústias frente a dificuldade de emprego.	Estimular a cliente a pesquisar novas atividades de trabalho. Ouvir suas dificuldades e anseios.	Quer arranjar um serviço o mais rápido possível, mas não teve tempo de procurá-lo
Déficit de lazer	Requisito de auto cuidado universal	Sistema de suporte educativo	Compreender a dificuldade de emprego.	Esclarecer sobre a dificuldade de emprego.	Por enquanto

(ultimamente não participa de atividades na sociedade ou comunidade)	cuidado universal	educativo	importância de interação com a sociedade e comunidade	necessidade de se interagir com indivíduos, para desenvolver-se como ser humano. Estimular a participação de atividades na comunidade, igreja, associações e grupos de amigos.	não apresenta interesses quanto a essas interações e atividades.
Alteração no mecanismo neuro-endócrino do ciclo menstrual (apresenta dismenorréia moderada)	Requisito de cuidado desenvolvimental	Sistema de suporte educativo	Adquirir conhecimento sobre a fisiologia do sistema reprodutor feminino e sistemas endócrinos ligados a este.	Esclarecer sobre como acontece a cólica menstrual, a diversidade de ocorrência nos diversos indivíduos. Orientar sobre o mecanismo neuro-endócrino do ciclo menstrual. Orientar ainda, técnicas de respiração, relaxamento e exercícios que minimizem esta intercorrência.	Relata que achava estar relacionado com o prolapso, agora sabe realmente o que está acontecendo.
Alteração do mecanismo neuro-endócrino na produção de leite (ainda está produzindo leite, a data do último parto foi dia 30/07/95)	Requisito de cuidado desenvolvimental	Sistema de suporte educativo	Compreender a fisiologia da glândula mamária e os mecanismos neuro-endócrinos na produção do leite.	Esclarecer sobre o funcionamento da produção de leite materno e as possíveis causas da intercorrência apresentada, ações hormonais e emocionais, ação de drogas e medicamentos, disfunção de glândulas	Relata que o médico já conversou com ela sobre a situação, porém disse que com o tempo se normaliza.

				endócrinas, entre outros. Orientar com relação a alguns cuidados que deve ter quanto ao seio, entre eles restrição de estímulos na mama.	
História de câncer na família (mãe apresenta tumor benigno de colo de útero e irmã um tumor benigno no nervo ciático)	Requisito de auto-cuidado desenvolvimental	Sistema de suporte educativo	Adquirir conhecimentos sobre a prevenção e detecção de qualquer sinal ou sintoma de neoplasia.	Esclarecer que estas doenças tem um fator hereditário e que deve ser avaliado anualmente por um especialista para prevenir alterações mais graves.	Nunca pensou nessas possibilidades, agora vai ter mais cuidados.
Desconhecimento sobre a amplitude dos objetivos do planejamento familiar	Requisito de auto-cuidado desenvolvimental	Sistema de suporte educativo	Compreender o que significa planejamento familiar e sua finalidade e objetivos frente a comunidade	Esclarecer sobre o programa de planejamento familiar, os métodos existentes para ter e não filhos e oferecer opções para que possa melhor direcionar sua vida reprodutiva.	Relata que agora sabe em que programa que está inserido, pois antes não sabia só tinha sido encaminhada
Desconhecimento sobre a fisiologia e anatomia do sistema reprodutor feminino, ovulação, gravidez e menstruação.	Requisito de auto-cuidado desenvolvimental	Sistema de suporte educativo	Ampliar conhecimento sobre a fisiologia e anatomia do sistema reprodutor feminino	Esclarecer sobre a anatomia e fisiologia dos órgãos que compõem o aparelho reprodutor, e mecanismo neuro-endócrino do ciclo menstrual e sobre a ovulação e gravidez.	Relata que agora tem um conhecimento maior sobre o seu corpo
Dispareunia e Prolapso uterino	Requisito de auto-cuidado desenvolvimental	Sistema parcialmente compensatório	Adquirir conhecimentos sobre as causas e tratamento	Facilitar a expressão de seus sentimentos em relação sobre a	Foi encaminhada para a

Desconhecimentos sobre os métodos contraceptivos e principalmente o DIU	Requisito de cuidado e desenvolvimental	Sistema de suporte educativo	do prolapso. Expressar seus sentimentos em relação a sua sexualidade Adquirir conhecimentos sobre métodos contraceptivos principalmente o DIU, modo de usar, vantagens, desvantagens, recomendações importantes	Orientar sobre os métodos contraceptivos principalmente o DIU, disse que ficou ciente sobre o método de usar, vantagens, desvantagens, método de escolha e que está decidida que quer utilizar o DIU.	ginecologista para avaliação.
Manutenção de saúde alterada (não faz nada para manter a sua saúde)	Desvio de saúde	Sistema de suporte educativo	Compreender a necessidade de anualmente procurar os serviços de saúde para exames gerais.	Estimular o indivíduo para realizar anualmente de uma consulta com o clínico geral e fazer exames de rotinas.	Vai tentar realizar exames, tentar cuidar mais da saúde
Alterações na flora vaginal e processo infeccioso	Desvio de saúde	Sistema parcialmente compensatório	Compreender a necessidade de realizar a consulta ginecológica e preventivo de câncer	Orientar sobre as diversas patologias ligadas ao aparelho reprodutor feminino e a importância da consulta ginecológica preventiva para avaliação da intercorrência apresentada.	Foi encaminhada para o preventivo e depois para a ginecologista para avaliação.

PROCESSO DE ENFERMAGEM 2

★ **URSO MENOR: M.E.C.**

1 – Identificação

- a) Idade: 31 anos (25/11/68)
- b) Sexo: feminino
- c) Cor: branca
- d) Religião: católica
- e) Escolaridade: 2º grau completo
- f) Estado civil: casada
- g) Naturalidade: Maranhão
- h) Procedência: Biguaçu
- i) Profissão: balconista
- j) Telefone para contato: 243-69**
- k) Motivo da consulta: trocar de pílula

2 – Requisitos de auto-cuidado universais:

- a) **Manutenção de oxigenação**
 - Fumou há 4 anos, parou há um ano, antes de ficar grávida;
 - Tinha conhecimento a respeito dos malefícios do fumo sobre sua saúde e a do feto que queria gestar, por isso que parou. Diz que não pretende voltar a fumar novamente;
 - Refere não ter problemas respiratórios;
- b) **Manutenção de nutrição**
 - Refere fazer 4 refeições diárias, o café da manhã, almoço, lanche da tarde e janta;
 - Sempre quando pode evita comer gordura e não gosta de doces.
 - Peso: 61kg
 - Altura: 1,63cm
 - Tem conhecimentos sobre os alimentos como fontes de nutrientes necessários para o corpo
- c) **Manutenção de processos de eliminação e excreção**
 - Não apresenta alteração na eliminação intestinal, evacua 1 vezes por dia
 - Não apresenta alteração na eliminação urinária, urina 3 vezes por dia

- Tem conhecimentos sobre a importância da ingestão alimentar e hídrica em relação as eliminações;
- d) Manutenção de equilíbrio entre atividade e repouso
 - Tem horário preestabelecido para o sono e repouso, dorme 9 horas por noite em média, e descansa quando pode;
 - Não faz nada para se divertir;
 - Não pratica atividade física;
- e) Manutenção do equilíbrio na integração social
 - A renda familiar está em torno de R\$500,00;
 - Mora em cada própria com água encanada, luz elétrica e esgoto, com o esposo e o filho;
 - Na constelação familiar é a sexta filha de uma família de 8 irmãos
 - Participada missa todos os sábados e às vezes de eventos que ocorrem na igreja;
- f) Promoção do funcionamento e desenvolvimento normais
 - Apresenta bom aspecto geral, não apresenta alterações aparentes;
 - Acuidade visual e auditiva sem alterações;
 - Exame cardiorespiratório: Pressão arterial: 140x80mmHg (durante a gestação ficou na faixa de 180x80mmHg);

3 – Requisitos de auto-cuidado desenvolvimental:

- a) Antecedentes gineco-obstétricos:
 - Sua menarca foi aos 12 anos;
 - Não apresenta dismenorréia;
 - A idade da 1º relação sexual foi aos 21 anos;
 - A duração do fluxo menstrual é de 3 a 4 dias, a quantidade é normal, depois que casou e começou a tomar o CHO, ela ficou normal. A DUM é 15/04;
 - A idade da primeira gestação foi aos 29 anos, tem um filho com 1 ano e 4 meses
 - É gesta I, cesárea I, com a data do último parto em 25/01/98. Durante a internação na maternidade, teve pressão alta;
 - A gravidez foi desejada
 - Está amamentando há 1 ano e 4 meses;
 - Sua irmã tem câncer no útero;
- b) Padrão de vida sexual/conjugal:

- Depois que seu filho nasceu, não conseguiu mais ter relação sexual satisfatória, nem sentir desejo e prazer. Ela e seu esposo conversam bastante sobre o que está acontecendo, diz que ele a entende, que compreende maneira racional o que está acontecendo, porém, ele tem medo que ela não goste mais dele. Diz que o ama, que é a pessoa ideal. Não sente nada por ninguém, não tem ou teve relações extraconjugais e nem pretende ter. Seu relacionamento anterior a gravidez era ótimo, suas relações sempre foram satisfatórias, ele foi o único homem de sua vida. Nos últimos dois meses, só manteve duas relações sexuais que foram frias, ou seja, sem desejo. Está abalada emocionalmente e acha que seu casamento pode terminar sem previsão. Ela pediu ajuda e comentou, mesmo sem ter chegado a pergunta sobre sexualidade, começou a desabafar e disse que isto a deixa muito angustiada. “gosto do meu marido, ele está sendo paciente, mas acho que ele não vai agüentar”.
 - Ele participa bastante na parte contraceptiva, quer ter mais um filho, porém no momento ela não quer;
- c) Aspectos cognitivos
- Planejamento familiar é saber a hora de ter um filho, não procurar ter muitos filhos. Dependendo das condições, ter no máximo 2 filhos;
 - Recebeu alguma informação sobre o corpo através da escola e do pré-natal;
 - Em relação a crenças e valores, não acredita muito no DIU, porque já soube de bastante gente que engravidou;
 - Acha que se evita a gravidez usando contraceptivo hormonal oral e preservativo;
 - Não esquece de tomar o comprimido, sempre lembrou na hora certa;
 - Diz ser capaz de cuidar de si mesmo;
 - Diz ter conhecimento de que os ciclos menstruais tem relação com o planejamento familiar;
 - Recebeu orientação sobre o planejamento familiar no colégio;
- e) Aspectos motivacionais
- Relata que já recebeu alguma orientação em relação ao seu corpo, menstruação, ovulação, gravidez e métodos contraceptivos no colégio;
 - Os métodos que conhece são o contraceptivo hormonal oral, o DIU, a vasectomia, a laqueadura e outros que não lembra;
 - Utilizou somente a pílula, durante 8 anos. Parou para engravidar.

- Depois da gravidez foi prescrito o Microdiol, onde tomou até abril deste ano. Quando ficou internada por um mês por irizipela, ingeriu uma grande quantidade de antibióticos e isto desregulou o seu fluxo menstrual, então parou e agora quer mudar de contraceptivo hormonal oral, pois vai voltar a trabalhar, já parou de amamentar e quer voltar a tomar o que tomava anteriormente o Nordete, pois com este já estava adaptada e segura.

4 – Desvios de saúde

- Diz que para manter a saúde, vive bem;
- Sempre procura os serviços de saúde, principalmente o ginecologista, faz o preventivo ginecológico 2 vezes por ano;
- É a primeira vez que procura o serviço de planejamento familiar;
- Está apresentando corrimento, branco, leitoso, sem cheiro e sem prurido (fez preventivo há 3 dias);
- Tem irizipela, ficou internada por 12 dias, fez uso de uma grande quantidade de antibiótico, porém agora está melhor. Não está mais fazendo uso de nenhum medicamento;

PROCESSO DE ENFERMAGEM 2

DIAGNÓSTICO E PRECISÃO DE DÉFICITS DE COMPETÊNCIA PARA O AUTO-CUIDADO		PROJEÇÃO E PLANEJAMENTO DO SISTEMA DE ENFERMAGEM		INICIAÇÃO		PROVISÃO	
ESPECIFICAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO	SISTEMA DE ENFERMAGEM	PLANO DE ASSISTÊNCIA. OBJETIVO DE SAÚDE	AÇÃO DE ENFERMAGEM	DE	CONTROLE DE ASSISTÊNCIA	DE
Déficit de lazer (não faz nada para se divertir)	Requisito de auto-cuidado universal	Sistema de suporte educativo	Compreender a importância de interação com a sociedade e comunidade	Esclarecer sobre a necessidade de se interagir com os indivíduos, para desenvolver-se como ser humano. Estimular a participação de atividades na comunidade, igreja, associações e grupos de amigos.	Participa da missa todos os sábados e às vezes de eventos que ocorrem na igreja, mas vai tentar ter mais horas de lazer		
Não pratica nenhuma atividade física	Requisito de auto-cuidado universal	Sistema de suporte educativo	Adquirir conhecimento sobre a importância de qualquer tipo de atividade ou exercício físico que favoreça a circulação, aumento do tônus muscular e o estado geral.	Esclarecer sobre a necessidade de se realizar qualquer atividade ou exercício físico, no domicílio, na rua ou academia, podendo ser caminhada, corrida ou exercício com supervisão.	No momento não tem tempo, porém as caminhadas que faz de casa até a loja onde trabalha já lhe exercita bastante.		
História de câncer na família (irmã apresenta tumor)	Requisito de auto-cuidado desenvolvimental	Sistema de suporte educativo	Adquirir conhecimentos sobre a prevenção e detecção de qualquer sinal ou sintoma de neoplasia.	Esclarecer que estas doenças tem um fator hereditário e que deve ser avaliado anualmente	Faz	semestralmente o preventivo e sempre que tem alterações também	

maligno no útero)					procura o ginecologista.
Alterações nos padrões de sexualidade e disfunção sexual	Requisito de cuidado desenvolvimental	Sistema de suporte educativo	Expressar as alterações que estão acontecendo em torno da sexualidade	Esclarecer e orientar sobre as alterações que ocorrem na sexualidade do casal. Propiciar espaço para o casal expressar seus medos, angústias e ansiedades. Estimular o diálogo com o companheiro.	Não aguenta mais essa situação, e vai tentar conversar com ele sobre o que foi conversado com a enfermeira.
Desconhecimento sobre a amplitude dos objetivos do planejamento familiar	Requisito de cuidado desenvolvimental	Sistema de suporte educativo	Compreender o que significa planejamento familiar e sua finalidade e objetivos frente a comunidade	Esclarecer sobre o programa de planejamento familiar, os métodos existentes para ter e não filhos e oferecer opções para que possa melhor direcionar sua vida reprodutiva	Relata que agora sabe que o programa também auxilia a ter filhos, e não só evitá-los
Pouco conhecimento sobre a fisiologia e anatomia do sistema reprodutor feminino, ovulação, gravidez e	Requisito de cuidado desenvolvimental	Sistema de suporte educativo	Ampliar conhecimento sobre a fisiologia e anatomia do sistema reprodutor feminino	Esclarecer sobre a anatomia e fisiologia dos órgãos que compõem o aparelho reprodutor, e mecanismo neuro-endócrino do ciclo menstrual e sobre a	Relata que o pouco que sabia, foi complementado e sabe que agora tem um maior conhecimento

menstruação.				ovulação e gravidez.	
Desconhecimentos sobre os métodos contraceptivos	Requisito de auto-cuidado desenvolvimental	Sistema de suporte educativo	Adquirir conhecimentos sobre os métodos contraceptivos, modo de usar, vantagens, desvantagens, e recomendações importantes	Orientar sobre os métodos contraceptivos, modo de usar, vantagens, desvantagens, e recomendações importantes	Foi interessante para desmistificar mitos sobre o DIU e continuar com a pílula, por achar ser o mais seguro.
Alterações na flora vaginal e processo infeccioso	Desvio de saúde	Sistema parcialmente compensatório	Compreender a necessidade de realizar a consulta ginecológica e preventivo de câncer	Orientar sobre as diversas patologias ligadas ao aparelho reprodutor feminino e a importância da consulta ginecológica e preventiva para avaliação da intercorrência apresentada.	Fez o preventivo, só está esperando o resultado.

OBJETIVO ESPECÍFICO 3

Avaliar a operacionalização do processo proposto, no serviço de planejamento familiar, trocando conhecimentos e experiências com a coordenadora responsável pelo programa.

ESTRATÉGIAS	AValiação
Discutir e anotar com a equipe, após cada consulta, como está sendo a aplicabilidade do processo.	O objetivo será considerado alcançado se for estabelecido espaços para troca de conhecimentos à respeito do processo.

Após a avaliação da aplicabilidade do questionário mais amplo pela coordenadora do programa, constatou-se a necessidade de suprimir alguns questionamentos. Observamos que a maioria das perguntas eram similares nos dois impressos, contudo a forma de abordagem era diferente. Assim sendo, adaptamos a nova proposta de instrumento ao já existente no programa, também fundamentado em Orem, ampliando a abordagem. Isto facilitou a compreensão por parte da coordenadora, reduziu o tempo de coleta de dados e manteve parcialmente a rotina do programa.

OBJETIVO ESPECÍFICO 4

Conhecer o contexto dos dois campos de estágio onde será desenvolvida a prática do cuidado.

ESTRATÉGIAS	AValiação
Solicitar documentos a direção ou chefe do serviço, referentes a estrutura organizacional da instituição.	O objetivo será considerado alcançado se for conhecido e analisado os documentos.
Contextualizar a instituição dentro do Sistema Único de Saúde e no que concebe a referência e contra-referência.	O objetivo será considerado alcançado se for contextualizado naquilo que é preconizado e estabelecido.
Identificar como se operacionaliza o serviço de planejamento familiar, seus recursos financeiros, humanos, materiais, fluxo utilizado, como se dão os encaminhamentos, ações que possam contribuir para melhor serviço.	O objetivo será considerado alcançado se for identificado o organograma, o fluxograma, o regime interno e os objetivos da instituição.

O conhecimento sobre os campos de estágio, deu-se através de informações e documentos cedidos pelas supervisoras dos programas e do serviço de administração e recursos humanos, centro de estudos, diretoria de enfermagem e na DPI. Nestes locais foram fornecidos dados relativos aos recursos humanos, fluxo, materiais e encaminhamentos.

Os programas foram contextualizados dentro do sistema de referência do sistema único de saúde, estabelecido os mecanismos de referência e contra-referência. Pude perceber que as duas instituições estão intimamente ligadas a este sistema. São instituições totalmente públicas e ligadas direta e indiretamente aos postos de saúde, como podemos ver no sistema de referência e contra-referência. Esse mecanismo de organização dos sistemas de saúde, que prima por assegurar a todos os indivíduos o atendimento necessário, se faz presente o tempo todo. Pois a maioria de consultas, principalmente da Policlínica, são encaminhamento dos postos e de outras instituições. Às vezes se faz necessário fazer a contra-referência, ou por erros do próprio posto ou por proximidade do posto do domicílio, para a realização de alguns exames ou consultas diversas.

Esse objetivo foi aprofundado no capítulo 6, que trata dos locais de estágio e sua contextualização.

OBJETIVO ESPECÍFICO 5

Avaliar periodicamente as atividades do estágio

ESTRATÉGIA	AVALIAÇÃO
- Estabelecer reuniões semanais informais com as supervisoras e orientadora	Se as reuniões ocorrerem semanalmente.
- Realizar quinzenalmente encontros com as 2 supervisoras e orientadora.	O objetivo será considerado alcançado se forem realizados no mínimo dois encontros.

OBJETIVO ESPECÍFICO 9

Promover a integração dos profissionais responsáveis pelo programa:

ESTRATÉGIA	AVALIAÇÃO
- Realizar reuniões para troca de experiências e conhecimentos entre os dois serviços	- Se forem realizadas 2 reuniões durante a prática assistencial;

Para alcançar esse objetivo, foi realizado um encontro com as duas supervisoras e a orientadora e outros encontros com a orientadora e as supervisoras de cada estágio separadamente. O encontro com as supervisoras e a orientadora deu-se no Hospital Universitário às 16:00hs, na DPX (divisão de pacientes externos). Deu-se de forma informal. As supervisoras, colocavam suas análises sobre o andamento do estágio, a minha atuação e o meu desenvolvimento e crescimento dentro da assistência que estava prestando. No transcorrer da discussão foram discutidos, além de aspectos relacionados a atuação da acadêmica, pontos relativos a assistência, trabalho em equipe, dificuldade de recursos humanos e financeiros para dar continuidade ao programa, percebidos pela acadêmica nos dois campos. A troca de experiências entre as duas instituições favoreceu que ambos conhecessem como era encaminhado os programas. No HU se procurava o cuidado em nível coletivo e na Policlínica o cuidado era mais individual. Permitiu que as dificuldades de ordem estrutural, administrativa, e de falta de apoio fossem compartilhadas e criou um clima de ajuda mútua, surgindo a possibilidade de um trabalho em conjunto para sanar os problemas.

Neste encontro tentamos achar soluções para os problemas que estavam surgindo (ou já existiam), porém notou-se que não poderiam ser resolvidos por apenas algumas pessoas, e sim por movimentos e em conjunto com outras instituições. É nesse ponto que aparece o objetivo desse encontro. Estabelecer laços entre as instituições, com os mesmos problemas, para que em conjunto possam resolvê-los. Observa-se nos dois serviços a grande incidência e filas de espera para a realização de laqueadura e vasectomia. Existe um grande número de pessoas que estão procurando os serviços de planejamento familiar, afim de evitar de ter filhos, através de uma cirurgia irreversível. Evidencia-se a necessidade de se estabelecer ainda mais espaços educativos para estimular o uso de outros métodos. No encontro foram colocados também novos conhecimentos sobre o planejamento familiar e discutido novas abordagens sobre o mesmo e alterações quanto ao uso de determinados métodos (pílula do dia seguinte, DIU, etc..

Foi exposta a importância do trabalho em equipe e a dificuldade deste ser operacionalizado na prática, devido a formação e atitude dos profissionais envolvidos, mas foi ressaltado, que não devemos desistir. Foi ressaltada também a importância do trabalho acadêmico para mexer com os serviços e para reflexão sobre a assistência, para conhecer a outra realidade. Reforçado na atuação do discente o fato de ter trabalhado

com diversas idades, de forma individual e coletiva, que podem ampliar os conhecimentos e experiências.

OBJETIVO ESPECÍFICO 6

Realizar e participar de consultas de enfermagem e atendimentos, detectando os déficits de competência para o auto-cuidado no que se refere ao planejamento familiar.

ESTRATÉGIAS	AVALIAÇÃO
Participar e realizar as consultas aos indivíduos, previamente agendados no serviço de planejamento familiar, fundamentado no referencial teórico proposto por Orem.	O objetivo será considerado alcançado se forem realizadas consultas, utilizando o referencial proposto, com no mínimo 5 clientes.
Utilizar instrumento adaptado a teoria de Orem, para coleta e registro dos dados diariamente, buscando detectar os déficits de competência mais incidentes.	O objetivo será considerado alcançado se forem coletados e registrados os déficits de competência mais incidentes com os indivíduos selecionados para aplicação do processo.
Propor ações de enfermagem que favoreçam o cliente a conscientizar-se de seu poder, potencial e habilidade, para desenvolver o seu auto-cuidado, tornando-o protagonista do processo de planejar sua família.	O objetivo será considerado alcançado se forem propostas as ações.
Reforçar a importância do acompanhamento contínuo e retorno ao serviço.	O objetivo será considerado alcançado se for reforçado, no mínimo 5 indivíduos retornarem ao serviço para acompanhamento do método escolhido.

Os déficits de competência para o auto-cuidado foram levantados a partir das consultas de enfermagem e ações educativas. Foram realizadas 5 consultas de enfermagem na Policlínica de Referência Regional, utilizando todas as etapas do processo de enfermagem e o questionário na sua totalidade e 60 atendimentos (ações educativas na sala de espera, reuniões de candidatos a métodos irreversíveis, consultas, palestras) utilizando parcialmente o processo de Dorothea Orem. Em todas essas ações

foram observados os requisitos de auto-cuidado universal, desenvolvimental e de desvio de saúde. Analisou-se a competência do indivíduo para o auto-cuidado detectou-se déficits de acordo com os componentes físicos (acuidade visual, conhecimento sobre o corpo, gestações, problemas ginecológicos e de saúde) cognitivos (capacidade de refletir e escolher o melhor método) afetivos (relação com o companheiro, sexualidade, motivação para realizar o auto-cuidado, disponibilidade e credibilidade dos métodos), ambientais (interferências da igreja e fator sócio-econômico). Os déficits de competência mais incidentes foram:

- ❖ Desconhecimento sobre a anatomia e fisiologia do aparelho reprodutor;
- ❖ Desconhecimento sobre os objetivos e propostas desenvolvidas no programa de planejamento;
- ❖ Desconhecimento sobre os métodos, modo de usar, vantagens, desvantagens e recomendações importantes;
- ❖ Alterações nos padrões de sexualidade;
- ❖ Incapacidade de refletir sobre os métodos e decidir sobre aquele que melhor se adapta as suas necessidades;
- ❖ Desconhecimento e detecção de câncer de colo e patologias ginecológicas;

A partir do levantamento destes déficits de capacidade, foram propostas ações de enfermagem que favoreceram o cliente a conscientizar-se de seu poder, potencial e habilidade, para desenvolver o seu auto-cuidado, tornando-o protagonista do processo de planejar sua família. Reforçado a importância do acompanhamento contínuo e retorno ao serviço. Em razão do tempo reduzido de estágio, alguns déficits foram detectados e trabalhados no momento da consulta ou atendimentos, sem precisar de um retorno imediato, sendo os demais analisados e trabalhados posteriormente.

OBJETIVO ESPECÍFICO 7

Identificar o conhecimento prévio do indivíduo que busca os serviços de planejamento familiar acerca dos métodos contraceptivos

ESTRATÉGIA	AVALIAÇÃO
Aplicar instrumento para identificar os conhecimentos prévios acerca do planejamento familiar.	O objetivo será considerado alcançado se 80% dos indivíduos responderem o instrumento proposto, em anexo 1,2,3.

O conhecimento prévio dos indivíduos acerca dos métodos contraceptivos se deu através do uso de 3 instrumentos diferentes, realizados antes de qualquer compartilhamento de informações, não havendo interferência das orientações dadas.

Na Policlínica foi utilizado o instrumento 1 (anexo 1) e instrumento da própria instituição (anexo 5), ambos embasados na Teoria de Orem. A utilização do impresso da própria instituição favoreceu a coleta de dados de forma rápida, uma vez que o número de questionamentos era menor, além de permitir a continuidade das ações já propostas pelo programa e manutenção da rotina existente. Por sua vez, a utilização do instrumento 1 (anexo 1) propiciou um levantamento mais completo dos conhecimentos prévios e déficits dos indivíduos em relação ao planejamento e a aplicação integral do processo de Orem.

No HU, nas atividades educativas como reunião dos candidatos a contracepção irreversível (laqueadura e vasectomia) e reunião de sala de espera, foram utilizados os apêndices 2 e 3, respectivamente, elaborados em conjunto, com a supervisora e a assistente social da instituição, sob a ótica de Orem. Todos os instrumentos buscavam identificar o conhecimento da clientela sobre os métodos contraceptivos, fornecendo subsídios para planejar a assistência.

A identificação deste conhecimento prévio não ficou restrita aos dados obtidos no questionário. Aproveitei as palestras, conversas informais e outras atividades para resgatar as percepções da clientela, conhecimentos já existentes, o que propiciou o reforço das posturas corretas e o esforço para ampliar e reconstruir conhecimentos e propor mudanças de conduta.

Os dados levantados e agrupados permitiu identificar os métodos mais conhecidos e os mais usados.

TABELA – 5 - Conhecimento e uso dos métodos contraceptivos da clientela do Programa de Planejamento Familiar da Policlínica de Referência Regional I, segundo o sexo, Florianópolis, 1999.

SEXO	HOMENS		MULHERES		Total absoluto		Percentual	
	Conhece	Já usou	Conhece	Já usou	Conhece	Já usou	Conhece	Já usou
Camisinha	13	4	8	4	21	8	81%	31%
Camisinha feminina	1	-	-	-	1	-	3,8%	-
Pílula	13	10	13	10	26	20	100%	77%
Coito interrompido	1	-	-	-	1	-	3,8%	-
DIU	3	2	7	5	10	7	38,5%	27%
Tabelinha	2	1	1	-	3	1	11,5%	3,8%
Ligadura	2	-	1	-	3	-	11,5%	-
Vasectomia	13	-	1	-	14	-	54%	-
Minipílula	-	-	2	1	2	1	7,7%	3,8%
Não sabe	-	3	-	-	-	3	-	11,5%

Fonte: Policlínica de Referência Regional/atendimentos

Comentário: Dos 26 clientes atendidos na Policlínica, o método mais conhecido pela clientela em geral, é a pílula, com 100%, ficando em segundo lugar a camisinha com 81% e a vasectomia com 54%. O método mais utilizado pela clientela é a pílula com 77%, depois em seguida a camisinha com 31% e o DIU com 27%. Segundo dados da Policlínica, nos últimos seis meses, os métodos mais utilizados pelos clientes que freqüentam o programa foram, o DIU, seguido do contraceptivo hormonal oral. Podemos observar através de outros dados, a confirmação das informações descritas acima. De acordo com a PNDS¹ (1996), cerca de 99,6% das mulheres e 99,7% dos homens conhecem algum tipo de método, tendo sido entrevistadas 12.612 mulheres de 15 a 49 anos e 2.949 homens com idade de 15 a 59 anos. O uso da pílula apresenta maior índice entre as mulheres e os homens.

TABELA – 6 - Conhecimento e uso dos métodos contraceptivos da clientela do grupo de candidatas a contracepção irreversível do Hospital Universitário, segundo o sexo, Florianópolis, 1999.

SEXO	MULHERES		HOMENS		Total absoluto		%	
	Conhece	Já usou	Conhece	Já usou	Conhece	Já usou	Conhece	Já usou
Tabelinha	15	7	2	1	17	8	63%	29,6%
Diafragma	5	-	-	-	5	-	18,5%	-
Camisinha	20	16	2	3	22	19	81,5%	70,4%
Injetável	15	4	1	1	16	5	59,2%	18,5%
Ligadura	12	-	1	-	13	-	48,1%	-
Muco cervical	-	-	-	-	-	-	-	-
Espermicida	1	1	1	-	2	1	7,4%	3,7%
Camisinha feminina	8	-	2	-	10	-	37%	-
Minipílula	5	1	-	-	5	1	18,5%	3,7%
Vasectomia	13	-	1	-	14	-	51,9%	-
Coito interrompido	4	3	2	1	6	4	22,2%	14,8%
DIU	14	5	2	1	16	6	59,2%	22,2%
Pílula	21	16	2	1	23	17	85,2%	63%
Amamentação	9	5	-	-	9	5	33,3%	18,5%
Não sabe	2	3	-	-	2	3	7,4%	11,1%

Fonte: HU/candidatas ao método irreversível

Comentário: Os 46 indivíduos analisados no HU, foram divididos em dois grupos, o grupo dos candidatas a contracepção irreversível e o grupo das puérperas da sala de espera. O primeiro grupo aqui analisado é o grupo de candidatas a contracepção irreversível. Dos 27 candidatas a contracepção irreversível analisados, também pudemos observar que os métodos mais conhecidos foram a pílula com 85%, depois a camisinha com 81%, a tabelinha com 63%, e em seguida juntos contraceptivo hormonal injetável e o DIU com 59,2%. Os métodos já utilizados foram a camisinha com 70,4%, pílula com 63% e tabelinha com 29,6%. No estudo, os homens responderam à respeito

¹ Pesquisa Nacional de Desenvolvimentos Social.

dos métodos já utilizados por sua esposa. Nesse grupo de mulheres e homens entrevistados, todos pretendem realizar a contracepção irreversível.

TABELA 7 - Conhecimento e uso dos métodos contraceptivos das puérperas da sala de espera do Hospital Universitário, segundo a idade, Florianópolis, 1999.

SEXO	MULHERES									
	- 20		21 A 30		31 A 40		Total absoluto		Percentual	
MÉTODO	Conhece	Já usou	Conhece	á usou	Conhece	Já usou	conhece	Já usou	conhece	Já usou
Tabelinha	3	1	7	1	2	1	12	3	63,1%	15,8%
Diafragma	3	-	4	-	1	-	8	-	42,1%	-
Camisinha	5	2	9	2	3	3	17	7	89,5%	36,8
Injetável	3	-	7	-	1	-	11	-	57,9%	-
Ligadura	4	-	7	-	3	-	14	-	73,7%	-
Muco cervical	1	-	1	-	-	-	2	-	10,5%	-
Espermicida	-	-	1	-	-	-	1	-	5,3%	-
Camisinha feminina	4	-	5	-	-	-	9	-	47,4%	-
Minipílula	1	-	6	1	-	-	7	1	36,8%	5,3%
Vasectomia	4	-	7	-	2	-	13	-	68,4%	-
Coito interrompido	4	2	5	1	2	2	11	5	57,9%	26,3%
DIU	5	-	7	-	2	-	14	-	73,7%	-
Pílula	5	3	11	10	3	2	19	15	100%	78,9%
Amamentação	2	5	7	10	2	3	11	18	57,9%	94,7%

Fonte: HU/sala de espera

Comentário: O segundo grupo foi das puérperas da sala de espera, num total de 19 clientes. Observei que os métodos mais conhecidos entre elas foram a pílula com 100%, depois a camisinha com 89,5% e em terceiro lugar a ligadura e o DIU com 73,7%. E os mais utilizados foram em primeiro lugar a amamentação com 95,7%, depois a pílula com 78,9%, seguido de coito interrompido com 36,8%. Apesar de considerar que a amamentação e o coito são métodos que apresentam uma taxa de eficácia considerada baixa, percebemos que tem um alto índice de uso.

OBJETIVO ESPECÍFICO 8**Ampliar conhecimentos pessoais sobre o planejamento familiar**

ESTRATÉGIAS	AVALIAÇÃO
Realizar levantamentos e estudos bibliográficos referentes ao planejamento familiar, fertilidade e sexualidade.	O objetivo será considerado alcançado se for realizado o levantamento bibliográfico sobre os temas e fichamento de 4 publicações a respeito dos mesmos.
Compartilhar conhecimentos com a equipe dos serviços.	O objetivo será considerado alcançado se houver troca de conhecimentos com a equipe dos serviços.
Elaborar um álbum seriado sobre o planejamento familiar para instrumentalizar a equipe e clientela que participa e procura o serviço.	O objetivo será considerado alcançado se for elaborado um álbum seriado e entregue ao serviço.
Participar de treinamentos, eventos sobre planejamento familiar e ações desenvolvidas pela equipe que compõem o serviço de planejamento familiar.	O objetivo será considerado alcançado se houver participação em no mínimo um evento.

A bagagem teórico-prática adquirida para a minha vida profissional, em relação aos conhecimentos sobre o planejamento familiar e questões que o cercam, foi imensa. A ampliação e apreensão de novos conhecimentos certamente me ajudarão a desempenhar um papel bastante precursor no que tange a este assunto.

Neste período de elaboração do projeto e do relatório, em que realizei levantamentos e estudos bibliográficos referentes ao planejamento familiar, fertilidade e sexualidade, pude perceber a grande disponibilidade e diversidade de materiais que abordam este tema. Apesar de sempre me interessar por este assunto, estar atualizando constantemente o conteúdo e guardar materiais que abordam esse assunto, percebi que este momento de elaboração e levantamento bibliográfico foi muito enriquecedor. Grande parte do material bibliográfico, foi emprestado por minha orientadora e se constituiu de livros, textos, artigos, os quais foram úteis em todos os momentos da minha trajetória. Na Biblioteca Universitária o material era restrito e coincidente com o que já tinha. Utilizei ainda material que minhas supervisoras me doaram ou

emprestaram. Alguns dados também foram retirados da Internet que trouxeram informações e ilustrações que enriqueceram ainda mais o meu projeto e relatório.

Tendo em vista a grande extensão de material levantado, foi necessário fazer uma seleção das afirmações das diversas fontes, uma vez que muitos divergiam entre si, para que assim, pudesse repassar e transmitir conteúdos seguros e com poucas ou nenhuma margem de erro. O auxílio da prática desenvolvida e experiência daqueles que realizam o programa, favoreceu a seleção do material bibliográfico. O compartilhamento dos diversos conhecimentos entre os profissionais das instituições, além de me enriquecer como discente, propiciou o crescimento das instituições, podendo quem sabe servir de estímulo para novas mudanças.

Além das enfermeiras dos dois serviços, as pessoas que estavam intimamente ligadas com o programa, como assistente social, técnicas de enfermagem e médicos, trouxeram experiências, sugestões, opiniões, além de materiais que puderam me auxiliar no projeto e na prática assistencial. As experiências trazidas pelos clientes também enriqueceram meus conhecimentos.

A ampliação de conhecimentos sobre as diversas abordagens sobre o planejamento familiar, permitiu-me o aprofundamento e a reflexão, propiciando uma visão mais crítica sobre o assunto proposto, visão esta, presente na revisão bibliográfica, capítulo 3.

A ampliação dos conhecimentos sobre os métodos, além da revisão bibliográfica, troca de experiências e conhecimentos com a equipe de saúde, colegas e clientes, deu-se ainda através da:

- a) Elaboração de um álbum seriado (anexo 5) sobre o planejamento familiar para instrumentalizar os profissionais de saúde e a clientela que participa das ações do programa, tendo como finalidade ilustrar palestras ou oficinas que se proponham a abordar este assunto. Este álbum foi confeccionado manualmente e reproduzido para ser entregue a um dos locais na qual foi desenvolvida a prática assistencial.
- b) Participação de eventos tais como:
 - ❖ V amostra cultural do Colégio de Aplicação, nos dias 14 e 15 de junho das 8:00 às 12:00 e das 13:00 às 18:00hs, no próprio colégio. Foi uma exposição dos métodos contraceptivos e do sistema reprodutor masculino e feminino. Na ocasião foram entregues aos participantes folders que elaborei, acerca do planejamento familiar e métodos contraceptivos.

❖ I simpósio de gestação de alto risco da maternidade do HU, realizado nos dias 18 (8:00 às 23:00hs) e 19 (9:30 às 12:00) de junho, com a participação de profissional e estudantes da área da saúde.

❖ COBEON, Congresso Brasileiro de Enfermeiras Obstétricas e Neonatais.

OBJETIVO ESPECÍFICO 10

Conhecer como se desenvolve o trabalho pela equipe

ESTRATÉGIAS	AValiação
Expor a proposta aos membros da equipe.	O objetivo será considerado alcançado se for repassado a equipe a proposta da acadêmica.
Apresentar-se e estimular a participação da equipe nas atividades.	O objetivo será considerado alcançado se pelo menos um membro da equipe trouxer suas opiniões e observações.
Participar das ações desenvolvidas nos dois serviços, compartilhando novas práticas.	O objetivo será considerado alcançado se os dois serviços ampliarem seus conhecimentos.

Na Policlínica existe uma equipe que participa do Programa de planejamento familiar, uma enfermeira no período matutino, uma enfermeira no período vespertino e uma médica ginecologista, que realiza algumas consultas semanais. Porém o serviço é individual. No período matutino a coordenadora presta assistência individualmente, sem a participação de outros profissionais. Somente ela atende a demanda do programa. Seu trabalho em conjunto com a médica, é o de agendar consultas das pacientes que comparecem ao programa e que necessitam de uma avaliação mais rigorosa. E o trabalho em conjunto com a enfermeira da tarde é o de contatos com os pacientes que estão na listagem para realização da vasectomia. A conversa que tive com a médica foi informal. A minha supervisora, apresentou-me como estudante de enfermagem, falou sobre o meu projeto. Já com a enfermeira do período matutino, pude ter um contato mais direto, participei um dia do programa no período vespertino, de algumas consultas, conversei com ela, coloquei meus objetivos, finalidade e interesse de estagiar no programa para desenvolver minhas atividades.

No HU, essa articulação de outros profissionais com o programa ainda não é efetiva. Os médicos que participam do programa fazem consultas somente as terças-

feiras. Nesses dias a enfermagem não participa e eu não fiz estágio, porém fui uma vez lá pela manhã para conhecê-los. A minha interação foi maior com o serviço social. Nas reuniões dos candidatos a vasectomia e laqueadura de quinta-feira, participa uma assistente social, e uma acadêmica do serviço social. Com elas tive um contato maior, coloquei para elas o meu trabalho, e trabalhamos em conjunto. Com a outra assistente social da Maternidade do Hospital Universitário, onde tive um contato maior, pois esta, participava comigo das reuniões de puerpério, e do projeto da Serrinha.

No HU houve um entrosamento importante. O serviço social, trouxe bastante opiniões, e em conjunto com a minha supervisora, revisamos o instrumento utilizado nas reuniões de quinta-feira, após as palestras e suas observações foram de grande valia.

OBJETIVO ESPECÍFICO 11

Propor, estimular e avaliar atividades educativas com o cliente sobre o planejamento familiar.

ESTRATÉGIAS	AValiação
Quando for realizadas oficinas, palestras, atividades de sala de espera, e consultas individuais com a clientela a respeito do conhecimento do corpo e dos métodos contraceptivos.	O objetivo será considerado alcançado se forem realizadas no mínimo duas palestras, uma oficina, duas atividades de sala de espera e consultas individuais, com a clientela proposta.
Compartilhar orientações individuais e coletivas acerca do planejamento familiar em direção para auto-cuidado.	O objetivo será considerado alcançado se o indivíduo superar seus déficits.
Estimular a participação do casal em ações educativas, facilitando a sua decisão no que tange ao planejamento familiar.	O objetivo será considerado alcançado se houver a participação de no mínimo dois casais.
Estimular os potenciais e capacidades do cliente orientado para a direção do auto-cuidado e explicar a importância das ações desenvolvidas no serviço de planejamento familiar;	O objetivo será considerado alcançado se forem feitas atividades educativas com no mínimo 70% da clientela atendida.
Compartilhar informações para que	O objetivo será considerado alcançado se

melhor possa decidir e auto-cuidar-se em relação aos aspectos reprodutivos e conhecimentos do próprio corpo anatomia e fisiologia do sistema reprodutor masculino e feminino.	os clientes que realizarem as atividades propostas demonstrarem através de feed back que captaram o conteúdo.
Elaborar folhetos educativos a respeito do planejamento familiar e métodos contraceptivos para entregar a clientela.	O objetivo será considerado alcançado se o folheto estiver pronto e ser repassado a clientela proposta.
Utilizar técnicas para que apresentem seus conhecimentos a cerca do planejamento familiar.	O objetivo será considerado alcançado se for aplicada as técnicas e observar os resultados.

Inicialmente estabeleceu-se um espaço de entrosamento com os casais, motivando-os a participarem ativamente da consulta e das ações educativas, esclarecendo sua dúvidas, propiciando uma melhor decisão sobre o planejamento familiar e utilização de um método irreversível. Felizmente a participação dos casais foi imensa, no entanto à título de ilustração abordarei somente duas situações, divergentes entre si.

- Casal 1.

Ele com 48 anos e ela com 41 anos, são casados há 22 anos, sem uniões anteriores, têm 3 filhos, sendo a última gestação há 7 anos. São evangélicos luteranos, naturais de Águas Mornas, descendentes de alemães porém residem em Palhoça. Ele é pedreiro, ela balconista, a renda familiar, fica em torno de R\$1.200.00. Procuraram o Programa de Planejamento Familiar da Policlínica, encaminhados pelo urologista, à pedido, pois disseram ao médico que queriam evitar mais filhos. Ao conversar com eles, relataram-me, que sua condição financeira, não permita manter outro filho, pois querem, dar estudo e lazer integralmente para os três. O método que ela está utilizando é o contraceptivo hormonal oral, desde sua última gestação, há sete anos, sem parar.

Porém, ao conversarmos, minha supervisora, me chamou atenção para um fato que não havia percebido. A idade avançada deles, desnecessária a realização da vasectomia, visto que com 41 anos ela logo estaria entrando na menopausa. O estabelecimento deste fato poderia evitar que o homem se submetesse a um ato cirúrgico e complicações passíveis de acontecer. Ao consultar com o urologista foi

detectado hematúria, e não foi diagnosticada a razão. Uma cirurgia poderia agravar o problema e levar a maiores complicações. Esta situação foi refletida com o casal, orientando-o sobre outros métodos que poderiam utilizar, evitando assim uma cirurgia desnecessária. Como não estava mais disposta a utilizar o contraceptivo hormonal oral, apresentamos outros métodos, e os mesmos gostaram do DIU. Ficaram interessados, sentiram-se motivados. Ficou, no entanto, a critério do casal decidir qual método que naquele momento seria o mais adequado. Levaram consigo o impresso de consentimento informado do DIU, com os exames de rotina e também os exames de rotina para a realização da vasectomia. Ficaram de refletir e escolher a melhor opção, trazendo uma resposta o mais breve possível. Ressalto que caso optassem pela cirurgia não poderiam realizá-la, pois a preferência seria para os casos com mais urgência. Apesar de estarem imediatamente inscritos na lista, ainda demoraria um pouco.

- Casal 2.

Ele 39 anos e ela 35, são casados há 7 anos e possuem um filho, porém ela teve uma união anterior na qual teve dois filhos. Ele diz que são seus filhos, pois foi quem criou. São católicos, residentes em Biguaçu. Ambos são policiais militares, com uma renda familiar de R\$2.000.00. O método utilizado anteriormente era o contraceptivo hormonal oral, porém por estar lhe causando efeito colaterais diversos resolveu abandonar, adotando a camisinha. Contudo relatam não conseguirem manter uma relação tranqüila e segura, devido ao medo de gravidez. Dizem que uma gravidez nesse momento não seria bem vinda, pois não conseguiram aproveitar a vida com os filhos que tem.

Foram orientados quanto a possibilidade de conhecerem outros métodos. Ela até ficou indecisa transferindo a decisão para ele. Relatou que não havia proposto a vasectomia e que a decisão partiu dele. Estava disposta a utilizar outro método. Falei do DIU e ela interessou-se. Porém ele insistiu na decisão e disse, que se tinham chegado até ali era porque queriam realmente realizar a cirurgia. Era uma decisão refletida há muito tempo, aguardada há mais ou menos um ano. Não seria naquele momento que iriam desistir. Foram colocados na lista de espera para a realização da vasectomia.

Infelizmente todos os casais sem exceção, que vieram em busca do planejamento familiar, queriam adotar o método irreversível, tanto na Policlínica, quanto no HU. Foram consultados em torno de 20 casais na Policlínica, dois decidiram utilizar outro método, porém o restante, não mudou de idéia, alguns não queriam obter informações

sobre os métodos reversíveis. No HU foi mais difícil de trabalhar com o casal, pois nas consultas de sala de espera, geralmente os companheiros não estavam presentes, possibilitando apenas conversar com as clientes. O momento no qual pude trabalhar com ambos foi nas reuniões quinzenais dos candidatos a vasectomia, o que dificultava a abordagem pois as decisões já haviam sido tomadas. Não houve praticamente nenhuma desistência, apesar dos esclarecimentos. A possibilidade de realizar a vasectomia dependia da participação nessa reunião, uma vez que por lei, precisavam ser esclarecidos sobre todos os métodos e adquirir o impresso denominado consentimento informado, além da autorização para marcação de consulta com o respectivo setor que vai realizar a cirurgia. Não tenho dados estatísticos, mas acredito que dos 40 casais que participaram desta atividade neste período, nem 1% dos casais mudou de idéia.

Para realizar as atividades educativas, utilizei como uma das estratégias a elaboração de folhetos educativos (anexo 4) a respeito do planejamento familiar e métodos contraceptivos para entregar a clientela. Isto se deu devido da falta de algumas informações, atualizações e divergências de folhetos que circulam pelos programas, hospitais e unidades de saúde. Além disso serviu para reforçar e aprofundar as orientações nas consultas, que muitas vezes tornam-se excessivas para serem compreendidas e absorvidas de imediato. Esses folders, na maioria das vezes são elaborados pelo ministério da saúde ou baseado no livro que este publicou.

Os folders que foram por mim elaborados com a revisão de minha orientadora e supervisoras de estágio, descrevem de maneira simples e com fácil compreensão todos os métodos contraceptivos utilizados ultimamente pela população. São constituídos de definição, modo de usar, vantagens, desvantagens e recomendações importantes.

A finalidade de serem revisados pelas supervisoras, deve-se ao fato destas terem o objetivo de adotá-lo em seus serviços para serem distribuídos também em palestras, oficinas e clientela diversificada.

Os folhetos foram produzidos por mim, fundamentados nos dados do Ministério da Saúde (1996), Halbe (1993) e demais folhetos educativos selecionados do material bibliográfico que utilizei para o projeto. Considero a estratégia alcançada pelo fato de o mesmo estar pronto, revisado, adotado pelos locais de estágio e ser repassado para a clientela.

Para alcançar este objetivo também utilizei oficinas, palestras, atividades de sala de espera, e consultas individuais com a clientela a respeito do conhecimento e dos métodos contraceptivos.

A. OFICINAS:

❖ Reunião com as amigas do peito/Serrinha

A primeira palestra que eu participei na da Serrinha foi no dia 10/04 das 16:00 às 18:00hs. O local utilizado foi na casa de uma participante no alto do morro da Serrinha. A equipe era composta por duas enfermeiras do Hospital Universitário e pela líder comunitária da Serrinha. Ao todo eram 13 participantes, todas mulheres com idades entre 14 e 35 anos, sendo que houve mais participação daquelas com 19 anos, num total de 4 mulheres. Tinham 5 gestantes e a maioria tinha 2 filhos. As pessoas se colocaram em círculo, apresentando-se diziam seu nome nome, nº de filhos, se eram gestantes ou não e suas expectativas. Poucas expressaram suas expectativas, devido a timidez. Na tematização foi utilizado material ilustrativo com aparelho reproduzidor e métodos contraceptivos. Foi colocado vantagens, desvantagens e recomendações importantes, etc. E finalmente houve uma confraternização.

❖ Escola Estadual Marista, localizada no Bairro Barreiros

Nos dias que antecederam o estágio e durante o mesmo, houve uma insistência muito grande por parte de um aluno do colégio Marista no sentido de alguém da Policlínica realizar uma palestra no período noturno. Percebendo que a enfermeira supervisora estava impossibilitada de realizar esta atividade, coloquei-me a disposição da aluna para realizar a palestra, mesmo sem a presença da supervisora. Mas com aval da mesma, que já tinha me observado no campo de estágio e achando que tinha condições de desenvolver esta tarefa. Então conversei com a aluna, e a mesma explicou-me, onde localizava-se a escola, o horário e clientela para quem eu irei palestrar.

No começo fiquei receosa com a idéia de conversar com alunos que não conhecia. Não sabia suas crenças, valores e informações. Porém fui me acostumando com a idéia e percebi, que para desempenhar as ações propostas no meu projeto, deveria me desvencilhar desses medos e inseguranças. Tinha conhecimento do conteúdo e tinha consciência que não detinha todo o conhecimento e caso surgisse alguma dificuldade não hesitaria em dizer que desconhecia o assunto e tentaria buscar respostas.

Para não ir sozinha, convidei minha prima para que me acompanhasse. No caminho ficamos discutindo, como seria a reação deles, que perguntas poderiam fazer e seus interesses em acompanhar a conversa. Ao chegar a Escola, a aluna já me aguardava no portão. Eram 18:48hs e a palestra estava marcada para às 19:10hs, no horário da segunda aula, pois foi a professora desse horário que autorizou esta iniciativa, era aula faixa, então teria até às 20:50 para conversar com os alunos. Antes de começar a palestra, a professora veio conversar comigo. Reforçou que apesar de ser um colégio católico era interessante falar sobre todos os métodos em especial da camisinha; aproveitei a ocasião para questionar se haveria algum problema em distribuir preservativo.

O sinal tocou, e junto o meu coração. Parecia que este queria sair pela boca. Comecei a ficar gelada e ao mesmo tempo com as bochechas quentes e acho que rosadas. A professora da primeira aula, estava terminando de passar as tarefas e fiquei aguardando na porta. Ao sair da sala ela me desejou boa sorte.

“Quanta gente” - indagou minha prima, ao entrarmos na sala. Dispomos o material, que havia pedido emprestado para a minha outra supervisora do HU, na mesa. E daí que fui olhar para o pessoal, no momento fiquei sem reação, mas depois vi que não tinha outra alternativa.

Tentei ser o mais informal possível, apresentei-me. Falei da proposta da aluna, como aconteceu o contato e da possibilidade de responder seus questionamentos, se possível. Dei uma breve introdução sobre os métodos reversíveis. Apresentei o órgão reprodutor masculino e feminino e os métodos contraceptivos. Respondi seus questionamentos suas dúvidas. Induzi a participação, na hora da colocação da camisinha, de experiências pessoais, afinal de contas eram alunos de 15 a 19 anos, que na grande maioria, já tinham uma experiência sexual, entre eles duas alunas grávidas. Era importante que expressassem suas experiências sexuais para servir como estímulo para a utilização de algum método. Foi discutido também sobre HIV, reforçado o papel da prevenção em relação a camisinha, associando as duas situações, risco de gravidez e aquisição do HIV.

Os alunos foram atenciosos, poucas conversas paralelas, muitas dúvidas, bastante interesse pelos métodos e muitos questionamentos entre eles:

“e se tiver várias relações com a mesma camisinha?”

“a minha irmã, engravidou com o DIU, eu acho que não é seguro não”

“me explica os métodos que são aceitos pela igreja?”

Essas foram algumas das indagações, surgiram também perguntas sobre a sexualidade:

“o homem sente quando perde a virgindade?”

“eu não sei se sinto orgasmo, como que é?”

No final, distribuímos camisinha para todos, e alguns vieram questionar-me individualmente e agradecer.

Arrumei todo o material e a professora veio conversar comigo sobre a possibilidade de fazer mais palestras. Disse que estava a disposição e quando fosse necessário, entrar em contato comigo através da aluna. Conversei com o Diretor da Escola, um Padre, que me colocou a necessidade da realização de mais atividades como esta. Despedi-me de todos e senti-me aliviada, por mais esta etapa vencida.

Para viabilizar este encontro, foram utilizadas duas técnicas. A primeira foi, que ao demonstrar os métodos e o modo de usá-los, solicitei que viesse a frente um aluno(a), para que demonstrasse, o que era a camisinha e pedi que demonstrasse a colocação do mesmo num pênis de borracha. Todos acharam graça, fizeram piadinhas, porém ficaram apreensivos. Isto é natural porque mexe com a sexualidade, que está extremamente aflorada neste período. Então uma aluna se propôs (era a aluna que entrou em contato conosco para realizar a atividade no colégio). Na mesma palestra, ao falar sobre a pílula, perguntei se conheciam alguém que utiliza ou já utilizou a pílula, e poderia me explicar como essa pessoa usava, se ela tinha algum efeito colateral, como enjoô, náuseas, tonturas. Uma aluna, já estava tomando, colocou sua experiência para a classe, e foi interessante, porque as pessoas perguntavam a ela suas dúvidas.

Enfim, isto foi somente alguns exemplos, porém, semelhantes foram adotados diariamente em minhas atividades, em situações que achava conveniente.

Estas técnicas propiciaram a desinibição do adolescente, favoreceram a aprendizagem de seus pares e motivaram o uso correto do método. E quebra os tabus nas questões relativas a sexualidade. Os alunos sentiram-se valorizados e conscientes da importância de seus conhecimentos para aprendizagem do grupo.

Este tipo de atividade faz com que a participação do indivíduo o motive na atividade, faz com que desempenhe papel ativo e questionador daquilo que pretende utilizar. Geralmente dúvidas aparecem e essas são importantes pois desmistificam mitos e tabus. Foi uma etapa muito importante no processo educativo, pois aumentou a

possibilidade de conhecimentos e interação dos participantes. Os conhecimentos prévios, anteciparam e reduziram as orientações, fazendo com que o processo educativo não ficasse cansativo e massificante.

❖ Escola Municipal da Serrinha

Foi também realizada uma atividade educativa (oficina) com as turmas de Aceleração da 3ª série e 4ª série do 1º grau, da Escola Municipal da Serrinha, nos dias 21 e 23 de junho. Em conjunto com a supervisora do HU, e com a assistente social do HU e a presidente do Centro Comunitário da Serrinha, desenvolvemos uma atividade que abrangeu as duas turmas mais avançadas da escola. Os assuntos expostos foram sobre o funcionamento, transformações e modificações do corpo, cuidados com a saúde, gravidez, concepção e métodos contraceptivos. Estavam presentes na turma de aceleração da 3ª série, 9 meninos e 2 meninas, sendo destes 3 com 10 anos, 3 com 11, 2 com 12, 2 com 14, 1 com 16. E na turma da 4ª série foram 8 meninos e 12 meninas, sendo destes 1 com 9 anos, 7 com 10, 3 com 11, 2 com 12, 3 com 13, 3 com 14 e 1 com 15. Os materiais utilizados foram o quadro-negro, giz, aparelho de som, Rap da AIDS, papel branco e caneta.

A atividade se constituiu de 3 momentos: aquecimento, temática e encerramento. Para o primeiro momento denominado aquecimento ou quebra-gelo, pediu-se para que os alunos formassem um círculo. Para a apresentação de todo o grupo, utilizou-se 2 técnicas, a técnica “se eu fosse...” e o “jogo da confiança”. Na primeira técnica, foi entregue um retângulo de papel no qual todos deveriam escrever, se eu fosse bicho qual eu seria..., se eu fosse uma cor qual eu seria..., se eu fosse um objeto qual eu seria... mas eu sou fulana de tal, tenho tal idade. Esta técnica permitiu a apresentação e estimulou a participação, sendo lido em voz alta, por todos os alunos. Depois foi pedido que viessem para dentro do círculo para poder desenvolver a segunda técnica. Fizemos um alongamento e depois iniciou-se a 2ª técnica o “Jogo da confiança”. Nesta os alunos formaram duplas. Um aluno com o olho aberto deveria conduzir o outro que estava com o olho fechado, invertendo-se depois os papéis (condutor e cego). Retornando aos seus lugares passou-se a interpretação do jogo posteriormente. Foram interessantes suas interpretações. Na turma de aceleração 3ª série eles relataram que houve:

- “tremedeira nos olhos”
- “legal bater nos outros”

- “bati a cabeça”
- “caindo no chão”
- “andando nas nuvens”
- “insegura, medo, não confiei no guia”
- “fiquei enjoada”

na 4ª série:

- medo
- coisa boa – confiando
- legal
- solta – o amigo não segurou firme e deu insegurança
- o companheiro guiou

Após este momento, foram levantados os assuntos que deveriam ser discutidos. Perguntei se alguns gostariam de perguntar alguma coisa oralmente ou mandar bilhetes, foram feitas algumas questões orais e escritas, as escritas foram colocadas dentro de um saquinho, para que os alunos não ficassem inibidos, assim eu não saberia quem escreveu.

Na 3ª série aceleração foi perguntado:

- “porque as mulheres não tem penes”?
- “o omen en gravida”?
- “como que a mulher fica grávida”?
- “é necessário haver a introdução para engravidar”?
- “o que é menstruação”?
- “a duvida que eu tenho, porque na hora que a gete faz jiji o penis fica duro”?
- “para que serve os seios”?
- “porque algumas crianças já nascem com cabelo”?
- “e se a menstruação não vim, é porque está grávida”?

Na 4ª série:

- “como que vem a mistruação, doi a vagina”?
- “porque os homens tem espermatozóide”?
- “o que é menopausa? E a partir de que idade a menstruação vem”?
- “porque as mulher tem o seios e os homem não”?
- “o que é espermatosoidi”?
- “porque as mulheres não tem o saco”?

- “porque tem gente que tem filhos gêmeos e que o homem não consegue”?
- “é verdade quando agente que esta menstruada não pode fazer maioneze, estraga a maioneze”?
- “o que é espermatosoidis”?
- “mulher solta esperma”?
- “com quantos anos sai o líquido”?
- “está nascendo pelinhos”?
- “porque o homem não raspa os pelos”?
- “porque no homem do corpo dá barba e na mulher não tem”?
- “o que é menstruação”?
- “quando está menstruada pode lavar a cabeça”?
- “não ouviram falar sobre a próstata”?
- “porque a mulher engravida e o homem não”?
- “porque alguns bebês morrem quando nascem e depois as mulheres não conseguem mais ter filhos”?
- “se a mulher morre e o bebê vive”?
- “a mulher pode morrer se ela bebe muito ou fuma”?
- “tem mulher que toma pílula para não engravidar”?

Em relação aos métodos contraceptivos falei superficialmente, pois o tempo era pouco e porque eles precisavam entender mais sobre o corpo para eu poder então aprofundar esse assunto, porém falei o necessário. Foi destacado principalmente sobre camisinha e a AIDS. No terceiro e último momento, fizemos um encerramento, com a música Rap da AIDS e distribuímos para eles a letra da música para que eles acompanhassem. Percebi que foi uma atividade bastante produtiva, pois seus conhecimentos eram mínimos, sobre essas questões, como a linguagem foi simples, a compreensão foi boa e houve bastante interação, entre eles e comigo.

B. Sala de espera do alojamento conjunto:

Durante o período do desenvolvimento da prática assistencial, ao realizar as ações educativas na sala de espera, percebi alguns entraves que dificultaram as ações propostas. As pacientes que aguardavam a consulta da ginecologista não recebiam a orientação sobre o planejamento integralmente, uma vez que logo eram chamadas pelo

médico para consulta. Não retornavam após o atendimento médico, visto que tinham que amamentar e higienizar seu bebê e retornar aos afazeres domésticos.

A equipe não estimulava a necessidade de participar desta atividade. A clientela era reduzida, em razão da maioria das mulheres chegarem no exato momento do agendamento e a demanda era pequena.

Em razão destes motivos optei por participar dos encontros com as puérperas junto a unidade de internação do Alojamento Conjunto. Destes encontros participavam membros da equipe de saúde, enfermeiros, técnicos, assistente social e nutricionista, num total de 5 profissionais e 10 puérperas.

Inicialmente todos apresentavam-se, expunham suas experiências e vivências em relação ao parto e o puerpério. Cada puérpera relatava o nome, idade, quantas gestações já teve, fazia uma comparação da gestação atual e da(s) outra(s).

As questões relativas aos métodos contraceptivos permeavam os comentários, no entanto não eram abordadas naquele momento. Eram aprofundadas através de visita no período vespertino ao alojamento conjunto. Destaca-se o caso de uma puérpera com 22 anos e seu companheiro de 24 anos. Eles estavam dispostos a utilizar um método irreversível. Era o segundo filho do casal, e estavam decididos a não ter mais filhos. Conversei com eles e os orientei sobre a precocidade da decisão e lhes proporcionei de maneira rápida, pela falta de tempo, a orientação de dois métodos bastante eficazes, a pílula e o DIU. Levei material ilustrativo para que pudessem visualizar melhor. No final de nossa conversa, estavam dispostos a utilizar o DIU.

Detectar os déficits de competência das puérperas em relação ao planejamento familiar precocemente facilitou a orientação. Acho que toda esta atividade foi muito produtiva, pois nela emergiam dúvidas em relação ao planejamento familiar. Isto porque até o retorno dessas mulheres ao serviço de saúde, muitas vezes demora e também quando é realizado muitas vezes nele não são resolvidas todas as dúvidas.

C. Sala de espera com as puérperas:

Quando chegava às 13:00hs no ambulatório de tocoginecologia, dirigia-me ao consultório, na qual a supervisora fazia seus atendimentos. Quando possível, organizava os materiais necessários para a explanação, que porventura poderiam ser necessários na conversa. Em virtude das abordagens serem muitas vezes individuais, buscava os recursos materiais de acordo com as necessidades. O consultório era um ambiente muito

agradável, porém era um consultório. Pelo fato de ter uma maca ginecológica, mesa, pia, instrumento para consulta, material para exame, podemos dizer que a “conversa” já tomava outra dimensão, a “conversa”, tornava-se uma consulta. Porém como era o lugar mais apropriado e agradável que tínhamos para acomodar os pacientes, ficamos fazendo a sala de espera lá.

Na recepção, ficavam todos os prontuários dos pacientes atendidos naquele dia, com a relação de cada cliente para cada médico. Era dividido em especializações, como gestante de alto risco, gestante sem alterações e as puérperas tardias, que seriam essas que eu estava abordando. Essas clientes vinham após o parto, passados alguns dias, para que pudessem, esclarecer dúvidas, fazer exames e receber orientações e informações acerca desta nova etapa. O motivo pelo qual foi escolhida essa clientela, seria pelo fato de que neste momento, um planejamento familiar seguro e eficaz, faria com que aproveitasse melhor esse momento e evitasse uma gravidez não planejada.

Essas consultas eram feitas pela médica, que foi previamente informada sobre minha atividade e teve a maior disponibilidade de me integrar nesse serviço. Apesar de *somente ter se comunicado com a minha supervisora.*

As pacientes aguardam no corredor até serem chamadas, geralmente traziam seus filhos e algumas vinham acompanhadas com o companheiro ou com amiga/parente. Depois de verificado seus nomes, elas eram chamadas até a sala onde se realizava a atividade. Geralmente, ficavam apreensivas, pois não sabiam se já era a consulta, ou algo diferente.

A minha abordagem era individual, perguntava sobre seus planos nesse momento tão bonito, porém delicado de sua vida. Questionava se estavam pensando em usar algum método contraceptivo para planejar sua prole, e para espaçar as gravidezes, afinal de contas haviam acabado de parir e nesse momento, o menos indicado é ter outro filho. Conversávamos sobre tudo, depois pedia para que preenchesse o instrumento, para identificar a clientela. Quando era a médica que fazia a consulta, ela chamava as clientes na sala onde eu estava. Os doutorandos, por não terem ciência desta atividade, chamavam a cliente que estava compenetrada escutando as orientações, e não percebia o chamado para consulta, gerando transtornos e entraves para a continuidade da atividade inicialmente, normalizando-se a seguir. Abaixo relaciono alguns comentários sobre o planejamento familiar

Comentários:

J.R. no final da conversa perguntou mais sobre o DIU. Percebi seu interesse no método. Anteriormente usava micronor, porém na 7ª pílula menstruou e seu leite secou. Parou de tomar e está usando esporadicamente camisinha. Possui dois filhos, é casada, começou a utilizar a pílula no 40º dia após o parto. No final da conversa parece ter optado pelo DIU.

S. A. A. em toda a conversa falou da pílula, não sente-se segura de usar outro método principalmente o DIU. Seu bebê tem 1 mês e por enquanto não utiliza nenhum outro método, acredito que vai retornar à pílula.

Ao colocar estas duas situações acho de fundamental importância analisar a clientela com quem estou trabalhando. Elas nos mostram e confirmam, que cada pessoa, possuindo suas crenças, mitos, valores, decide pelo que é melhor para si.

Foi uma atividade muito importante e desejável de ser feita, pois faz com que a Enfermagem amadureça seus conhecimentos, estimule a participação da clientela, fazendo com que ela seja participante ativa de seus cuidados. Favorece ou propicia conhecimentos e possa repassá-los, formando assim uma corrente, entre os profissionais de saúde e a comunidade que não consegue chegar até os serviços de saúde que prestam esses cuidados.

11. OBJETIVOS REALIZADOS E NÃO PROPOSTOS

Conhecer o fluxo e a ação dos profissionais na execução para encaminhamento e realização da vasectomia nos dois serviços, observando as diversidades existentes.

Durante a prática assistencial percebi a grande incidência de realização e utilização dos métodos irreversíveis para a contracepção. Isto estimulou-me a conhecer e aprofundar como eram realizados esses procedimentos, em especial a vasectomia, por ser um método mais recente. Pude perceber também que os encaminhamentos eram diferentes nas duas instituições, motivando-me a acompanhar nas duas a realização da vasectomia e encaminhamentos relativos a mesma.

No Hospital Universitário, a cirurgia de vasectomia, faz parte do programa de planejamento familiar. É totalmente gratuito, prestado a comunidade, que se interessar pelo procedimento como método contraceptivo. Os indivíduos homens, mulheres e casais que desejam adotar esse método contraceptivo procuram o Programa de planejamento familiar. Para isso são feitas consultas agendadas, todas as terças-feiras no

período matutino das 8:30 às 12:00hs, com dois ginecologistas. A consulta tem por objetivo esclarecer sobre os diversos métodos contraceptivos. Não existe uma consulta de Enfermagem, individual estruturada no programa de planejamento familiar do HU. No entanto a enfermagem, realiza duas atividades coletivas nesta área, uma na primeira segunda-feira do mês às 19:00hs, que são reuniões gerais. Nesta reunião são explicados todos os métodos contraceptivos, independente se o indivíduo é candidato ou não a realização das cirurgias irreversíveis. É feito um convite a comunidade local, para que possa ter conhecimentos sobre os métodos tanto reversíveis e irreversíveis. Na realidade este é o objetivo principal da realização desta reunião, porém com a grande listagem de espera para a realização da vasectomia, foi feita a complementação desta reunião com a prestação de informações sobre o procedimento e encaminhamento ao programa para realização da cirurgia irreversível.

A outra reunião é pré-requisito para o processo de realização do método contraceptivo irreversível. São reuniões que ocorrem quinzenalmente na quinta-feira na qual são esclarecidos todos os métodos contraceptivos pela enfermagem e serviço social. Após a decisão definitiva do casal, é entregue pelo serviço social um consentimento informado (anexo 6), que autoriza a realização da cirurgia e que deve ser assinado por ambos e autenticado no cartório. Posteriormente, de posse dos documentos, o indivíduo é encaminhado a consultas com os residentes da clínica cirúrgica para as orientações pré e pós-operatórias. No HU o local onde é realizado a cirurgia é na Pequena Cirurgia – Cirurgia Ambulatorial, todas as segundas e quartas-feiras, no período vespertino, com consultas pré-agendadas. A equipe que realiza o procedimento cirúrgico é composta por um circulante (bolsista de enfermagem), dois doutorando da 12º fase, um residente e o satf.

Tive a oportunidade de assistir a uma cirurgia de vasectomia e conversar com a enfermeira sobre as vantagens, desvantagens e repercussões deste procedimento com o enfermeiro responsável. Minha presença na sala não foi percebida pela equipe e não fui apresentada pela enfermeira. O cliente que fez a cirurgia tinha uma renda de R\$1.500,00, no entanto, alegou para realizar a vasectomia, a questão financeira. Este fato me impressionou bastante. Percebo que mesmo com todas as medidas tomadas e orientações feitas pela programa, a questão da indicação ainda parece não estar bem definida.

A média de duração da cirurgia é de 40 minutos. O material é uma caixa básica de vasectomia e após as mesmas são mandados os dois pedaços do canal deferente para o anatomo-patológico. Após a cirurgia o paciente vai para uma ante-sala, onde recebe informações do profissional que realizou a cirurgia e do residente. É orientado sobre os cuidados pós-operatórios e recebe um folheto explicativo (anexo 7), requisição do exame (espermograma) que precisa ser marcado no laboratório do próprio HU e comunicado na recepção do mesmo. O exame será realizado 30 a 60 dias após. O paciente transita quase 1 Km para executar tais procedimentos. A marcação por telefone e a requisição já comunicada facilitaria este encaminhamento.

Na Policlínica, a cirurgia é oferecida para a comunidade através do Programa de planejamento familiar. É feita na sala da pequena cirurgia, localizada na parte térrea da policlínica, todas as terças-feiras, no período matutino, começando às 8:30hs, com mais ou menos 1 hora para cada procedimento, onde somente duas cirurgias são realizadas. Realiza a cirurgia um médico urologista e circula uma auxiliar de enfermagem.

Do programa participam efetivamente duas enfermeiras, uma no período matutino e outra no período vespertino. O profissional médico esporadicamente atua somente na colocação de DIU, primeira revisão do mesmo, troca de contraceptivo hormonal oral, ou alguma alteração ou situação mais delicada que precise realmente do acompanhamento médico. As enfermeiras do programa é que são responsáveis pelo controle dos pacientes, dos agendamentos para a médica, pela seleção de candidatos para a vasectomia. Elas acompanham todo o processo, realização de consultas desde a anamnese até o registro do prontuário, orientam ao casal, desmistificando seus mitos, crenças e tabus, em relação a contracepção e orientam sobre as vantagens e desvantagens dos métodos. A abordagem neste programa é individual. Encaminham e orientam sobre o medicamento, cuidados pós-operatórios, enfocam sobre o resultado dos exames e orientam para liberação do ato sexual.

Neste programa também presenciei a cirurgia. Fui apresentada a equipe que realizou a cirurgia e que me orientou sobre todo o procedimento. Após a cirurgia, nesta instituição, o paciente tem as orientações já recebidas na consulta anteriores, reforçadas. Recebe um analgésico para amenizar a dor, facilitando o retorno à residência. Normalmente tem um acompanhante que o auxilie para evitar esforços.

Os exames para a realização do espermograma, já são anteriormente agendados, pois o paciente deve comparecer pelo menos uma semana antes para receber as informações, pré e pós operatórias (anexo 8). Nesta ocasião é fornecida a requisição para os medicamentos pré e pós operatórios, requisição de exame para fazer o espermograma e é a última oportunidade para trazer os resultados dos exames pré-operatórios necessários para a realização da cirurgia bem como o consentimento informado (anexo 9), registrado em firma e com a assinatura do casal.

Observando as duas instituições, percebo que as rotinas divergem nas mesmas. Que o agendamento e orientação anterior agiliza o processo. Que apesar dos esforços das duas instituições, há necessidade de um empenho maior no sentido de esclarecer a população das vantagens, desvantagens e repercussões dos métodos irreversíveis, que pode levar os indivíduos a privar-se de ter filhos no futuro e reconstruir suas vidas.

9. CONCLUSÃO

Bem, mais uma etapa foi vencida, mais uma vitória conquistada. A melhor satisfação para uma pessoa é ver seu trabalho ser concluído e realizado, tendo os resultados propostos alcançados. Durante toda a caminhada tive algumas dificuldades, alguns obstáculos, que muitas vezes quase me impediram de seguir adiante. Contudo, a vontade de alcançar meus objetivos e desenvolver uma prática que auxiliasse os clientes no autocuidado, fez com que as barreiras, as dificuldades encontradas pelo caminho, tornassem-se meros coadjuvantes, ou muitas vezes até estimulantes nessa caminhada.

A trajetória vivenciada nos campos de estágio, nos programas de planejamento familiar foi estressante e até um pouco desgastante, em razão das múltiplas atividades, amplitude de ação e experiências diversas. No entanto foi ao mesmo tempo estimulante, apaixonante, prazerosa e grandiosa, em termos de experiências e conhecimentos. O fato de trabalhar em dois campos favoreceu o contato com diferentes realidades e abordagens, propiciou uma visão do coletivo e individual e ampliou as possibilidades, oportunidades e os objetivos propostos. Serviu também para ter uma idéia do grau de alcance que os programas podem ter e dos limites que eu como acadêmica, posso atingir.

Esta prática foi extremamente importante porque me oportunizou trabalhar com várias faixas etárias; crianças, adolescentes e adultos, tanto em nível individual como coletivo. As experiências foram imensas, ocorrendo trocas de conhecimentos com a população assistida e com os profissionais envolvidos neste processo. No decorrer do estágio desenvolvi atividades educativas com mulheres casais e crianças. As crianças expressaram de imediato o quanto foi importante para eles o trabalho desenvolvido, fazendo-me crer que um trabalho mais precoce com estas, poderá facilitar sua decisão no futuro, no que diz respeito as questões de sexualidade, cuidados com o corpo e planejamento familiar.

A clientela que trabalhei, em geral, foi muito receptiva e contribuiu na concepção da maioria dos objetivos. As puérperas, tanto da sala de espera quanto do alojamento conjunto, trouxeram-me experiências que me fizeram enriquecer e ampliar

conhecimentos e experiências. Em relação ainda a parte educativa, acredito que exista sim, um grande espaço de trabalho para a enfermagem explorar, devendo ser perseguido ainda mais, ampliando suas áreas de atuação. Percebi que, o fato de grande parte da população ainda optar por métodos reversíveis evidencia a necessidade de desenvolver ações educativas na área do planejamento familiar, é um caminho para a enfermagem trilhar, conhecendo a realidade da população através de conversas informais, das próprias consultas e através da interação com a mesma, podemos detectar seus déficits e ajudar a superá-los mais facilmente, fortalecendo seu potencial e capacidades.

É importante ressaltar minha satisfação em trabalhar com as questões preventivas, primordiais para o crescimento pessoal da clientela e para facilitar sua decisão e ações em relação a sua vida, seu corpo, sexualidade e fertilidade. Tais questões como vimos foram trabalhadas através de ações educativas individuais e coletivas, reforçando o direito que a clientela tem as ações do Programa de planejamento familiar, em especial, informações sobre os métodos, suas vantagens e desvantagens, sobre a sexualidade e sobre a autonomia e fisiologia ao seu corpo. Trabalhar com ações educativas é gratificante porque você já pode ter o retorno imediato, tem contato direto com o cliente, coleta os dados, suas necessidades e os analisa, prevendo ações para o futuro.

Este trabalho favoreceu a ampliação de meus conhecimentos através das pesquisas e levantamentos bibliográficos e do compartilhamento de conhecimento com os profissionais das instituições e clientela. Auxiliar na participação ativa no direcionamento e na assistência, aumentado meus conhecimentos nas questões sobre a sexualidade, métodos contraceptivos, sistema reprodutor. Auxiliou-me também no compartilhamento destes conhecimentos com os indivíduos, ajudando-os a tornarem-se sujeitos do processo, autocuidando-se quando se fez necessário.

Em relação as instituições, acredito que este tipo de atividade, enriqueceu as instituições e fez com que as mesmas refletissem sobre seus problemas e dificuldades, podendo gerar sementes para novas mudanças. Ficou claro a necessidade de existir mais profissionais de enfermagem que se envolvam nos programas de planejamento familiar e a necessidade de um trabalho efetivo de uma equipe interdisciplinar. Um problema encontrado, em relação a prática desenvolvida, foi o reduzido número de métodos recebidos pelos programas, o que gerou uma diminuição da demanda, ocasionando prejuízo para o andamento dos serviços e para a realização do estágio. Isto me deixou preocupada. No entanto, é a realidade que vou enfrentar na minha vida profissional, e

preciso estar preparada para isso. Preparada para lutar e reivindicar condições e de estrutura para viabilizar minhas ações.

Além destas dificuldades, que acredito serem poucas, em relação a tantas que existem nos serviços de saúde, encontrei muitas facilidades, que foram importantes para os resultados alcançados. A receptividade foi um dos aspectos que considero aqui essenciais e evidentes durante todo o tempo de permanência na instituição, aliados ao entrosamento e auxílio por parte dos profissionais e da própria instituição. Isto foi extremamente importante, pois estava desenvolvendo a prática sozinha e precisava de apoio. Minha bagagem teórica facilitou minha interação rapidamente com os profissionais na prática. Fiz uma revisão bibliográfica satisfatória que certamente me ajudou a caminhar com maior facilidade e com menos medo.

Ressalto o quanto foi importante a participação da minha orientadora e supervisoras, neste período, desde a conversa inicial até o término desta fase (que espero não acabar por aqui). Ofereceram-me o apoio essencial para que eu desenvolvesse com responsabilidade e acima de tudo coragem o que propunha e desejava inicialmente.

Acho de extrema importância que outros(as) acadêmicos(as), possam ter a oportunidade de desenvolver um trabalho que acreditam e que confiam, sendo que os resultados só serão alcançados se houver esforço e força de vontade. A 8ª fase nos oportuniza agir com maior autonomia, nos favorece aprofundar conhecimentos e experiências de acordo com a realidade vivida e de acordo com as necessidades levantadas.

Finalizo que nós enfermeiros ou acadêmicos de enfermagem, podemos ser facilitadores ou mediadores na orientação e conscientização da clientela em idade reprodutiva, quanto ao planejamento familiar, desmistificando algumas idéias em relação a este tema e trocando novas informações que facilitem a vivência deste período de forma mais saudável.

Enfim tenho certeza que este trabalho me proporcionou e está me proporcionando e proporcionará muitos frutos, como acadêmica e no futuro como profissional. São tantas as coisas que gostaria de expressar, de dizer, de relatar, de exprimir, de contar e de compartilhar que ficaria aqui relatando por um bom tempo essa experiência. Porém tais lembranças são guardadas comigo e me seguirão nesta nova etapa da minha vida. Espero que possa conseguir, desempenhar aquilo que aprendi, aquilo que acho imprescindível para uma boa assistência seja ela, preventiva e curativa. E que os erros e ganhos sejam para me fortalecer e querer sempre mais.

10. BIBLIOGRAFIA

- Associação Brasileira de Planejamento Familiar (ABPF). **Anticoncepção**: uma visão geral, Jul., 1989.
- ALMEIDA, M.M.G. de. Status social e métodos anticoncepcionais. **Revista Baiana de Enfermagem**, v.4, n.2, p.8-182, Dez., 1988.
- BARROS, Andréa. **Fim da hipocrisia**: o congresso aprova projeto que autoriza esterilizações na rede pública. **Revista Veja**, ano 30, n.1509, p.85– 86, Ago., 1997.
- BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **O que é Educação**. 33^o, São Paulo: Brasiliense, 1995.
- BRASIL, Ministério da saúde. **Assistência ao planejamento familiar**. Coordenação de saúde da mulher. Serviço de assistência a saúde da mulher. COASM: Brasília, 1996.
- CANESQUI, Ana Maria. Instituições de Saúde e o Planejamento Familiar. **Revista Saúde em Debate**, vol.12, p.35-40, 1986.
- COELHO, Elza Berger Salema. **Anticoncepção, compromissos e perspectivas da enfermagem**. Florianópolis: UFSC, 1998. 81p. Tese de doutorado da UFSC.
- GEORGE, Julia B.. **Teorias de Enfermagem**: os fundamentos para a prática social. Tradução: Regina Machado Garces – Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- GIFFIN, Karen. Esfera de Reprodução em uma Visão masculina: considerações sobre a Articulação da Produção e da Reprodução, de classe e de gênero. **Revista de saúde Coletiva: Physis**, vol.4, n.1, 1994.

GÓIS, M.^a margarida de Souza. Aspectos históricos e sociais da anticoncepção.

Reprodução, vol.6, n.3, p.119–124, 1991.

HALBE, Hans Wolfgang. **Planejamento Familiar – Métodos**: indicações e contra-indicações. In: tratado de ginecologia. São Paulo: Rocca, vol.1, p. 65 –77, 627, 743. 1993.

KAUFMAN, M.^a Amélia Dias, RONDINELLI, Ilka M.^a. **Manual de treinamento em planejamento familiar para enfermeiros**. Rio de Janeiro, ABEPF, 1989.

MétodosContraceptivo<http://www.saude.pf.gov.br/saudepublica/planejamentoFamiliar.htm>

MILLER, Eric R., SHANE, Barbara, MOURPHY, Elaine. **Seguridad de Los metodos anticonceptivos: rumores y realidades**. 2^o edição. Estados Unidos: Populacion referente bureal, Dez, 1998.

MINELLA, Luzinete Simões. **Os impasses da contracepção**: um estudo sobre as representações femininas acerca do período pós-esterilização em Florianópolis, Santa Catarina. UFSC: Florianópolis, 1996. (Pesquisa realizada com o apoio do CNPq. Mimiograf.)

NASCIMENTO, M.^a da Graça P., ZAMPIERI, M.^a de Fátima M. **Informações básicas sobre métodos contraceptivos**. Apostila, 1996.

NORONHA, R. Experiência participativa mobilizadora de enfermagem – condições prévias para o auto-cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, vol.1, n.39, p.34-43, Jan./Mar., 1986.

OLIVEIRA, Neusa M.^a V. S. Moreira. **Métodos Comportamentais ou Naturais**. In: Halbe, vol.1, cap.70, p.679 – 691, 1993.

PIERUCCI, Antônio F. de Oliveira. **Igreja**: contradições e acomodação. São Paulo: Ed. brasiliense, 1978.

- PINOTTI, José Aristodemo, FAUNDES, Aníbal. Uma análise crítica da anticoncepção no Brasil: Os métodos anticoncepcionais não invasivos e uma proposta. **Revista Femina**, Rio de Janeiro, vol.16, n.9, p.769–784, Set., 1988.
- PINTO, Araken Irêê. **Saúde Reprodutiva e Planejamento Familiar – Aspectos demográficos, éticos e sociais**. In: Halbe, vol.1, cap.65., p.628-635, 1993.
- REMOR, A. et al. A teoria do auto-cuidado e sua aplicabilidade no sistema de alojamento conjunto. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, 39 (2/3): p.6-11, Abr./Set.,1986.
- SANCHES, Neuza. Amélias de Beauvoir: o feminismo borocoxô, mas as mulheres podem mais. **Revista Veja**, ano30, n.47, p.194–107, Nov., 1997.
- SANTOS, Evanguelia K. A. **A mulher como foco central na prática do aleitamento materno: uma experiência assistencial**. Fundamentada na teoria do Auto-cuidado de Orem. Florianópolis: UFSC, 1991, p.203. Dissertação (Mestrado em assistência de Enfermagem) Curso de pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1991.
- SCAVONE, Lucila, et al. Contracepção, controle demográfico e desigualdades sociais: análise comparativa franco-brasileira. **Revista de Ciências Sociais: Dados**. Rio de Janeiro: Iuperj, vol.37, n.2, p.357-373, 1994.
- Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM). **Brasil - Pesquisa Nacional sobre demografia e saúde**, 1996. Mar., 1997.
- S.O S. Corpo (grupo de saúde da mulher). **Viagem ao mundo da contracepção: Um guia sobre os métodos anticoncepcionais**. Rio de Janeiro: Ed. Rosa dos Tempos, 1991.
- SMELTZER, Suzanne C., BARE, Brenda G. **Brunner/Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 7º edição. Volume3, Guanabara & Koogan, 1994.

STERN, C., TOLBERT, K. **Conferencia Internacional sobre Fecundidad en adolescentes en America Latina u el Caribe.** Oaxaca, México, 1989.

TERRA, Patrícia. Esterilização: Uma arma política. **Cadernos do Terceiro Mundo**, n.141, p.10-17, Jul. 1991.

TOLEDO, Roberto Pompeu de. O charme do 1,8%. **Revista Veja.** São Paulo: Editora Abril. p.58 – 63, Jan., 1992.

VIEIRA, Humberto Leal. **O direito ao Planejamento Familiar** (Lei 9263/96), OAB: Distrito Federal, 1997. http://providafamilia.org/organizacoes_pf.htm

ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota. **Prevenção da Mortalidade Materna: um desafio para todos**, 1998.

ZAMPIERI, M.^a de Fátima M. **Vivenciando o processo educativo em enfermagem com gestantes de alto risco e seus acompanhantes.** Florianópolis: UFSC, 1998. 170p. Dissertação (Mestrado em assistência de enfermagem) – Curso de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1998.

ZAMPIERI, M.^a de Fátima M. **Transparência da aula de planejamento Familiar da 4º fase de enfermagem.** Disciplina Atenção Primária de Saúde, 1999.

WEREBE, Maria J. G. Sexualidade e população crescimento demográfico e planejamento familiar. **Ciência e Cultura**, n.11, vol.37, Nov., 1985.

11. ANEXOS

INSTRUMENTO I

1 – Identificação

- a) Nome: _____ Idade: _____
- b) Sexo: _____ Cor: _____ Religião: _____ Escolaridade: _____
- c) Estado civil: _____ Naturalidade: _____ Procedência: _____
- d) Profissão: _____ Telefone para contato: _____
- e) Motivo da consulta: _____
- f) Quem lhe indicou: _____ É a primeira vez? _____

2 – Requisitos de auto-cuidado universais:

- a) Manutenção de oxigenação
- Hábitos e vícios que interferem na respiração:
- b) Manutenção de nutrição
- Padrão de ingesta alimentar diário:
 - Restrição de alimentos: gordura () sal () outros ()
 - Peso: _____ altura: _____
 - Conhecimentos sobre os alimentos como fontes de nutrientes e dos nutrientes necessários para o corpo:
- c) Manutenção de processos de eliminação e excreção
- Padrão de eliminação intestinal: frequência: _____ quantidade: _____
 - Características: cor: _____ odor: _____ aspecto: _____
 - Obstipação () hemorróidas () flatulências () incontinência ()
 - Padrão de eliminação urinária: frequência: _____ quantidade: _____
 - Características: cor: _____ odor: _____ aspecto: _____
 - Retenção () incontinência () infecção ()
 - Conhecimentos sobre a importância da ingestão alimentar e hídrica em relação as eliminações (caso tenha alteração): _____

d) Manutenção de equilíbrio entre atividade e repouso

- Hábitos relacionados ao sono e repouso:
- Recreação e lazer:
- Atividade física:

e) Manutenção do equilíbrio na integração social

- Renda familiar: condições de moradia:
- Constelação familiar: n° de membros: () 1 / () 2 a 3 / () 4 a 5 / () 6 ou mais
- Participação na sociedade:

f) Promoção do funcionamento e desenvolvimento normais

- Aspecto geral:
- Acuidade visual e auditiva:
- Exame de pele e distribuição de pelos: () hirsutismo () manchas de pele
- Exame cardiorespiratório: Pressão arterial:
- Rede venosa: satisfatória: ruim:
- Punção: satisfatória: ruim:
- Presença de varizes e edema:

3 – Requisitos de auto-cuidado desenvolvimental:

a) Antecedentes gineco-obstétricos:

- Menarca () dismenorréia () idade 1° relação sexual ()
- Ciclo menstrual: fluxo: dias de duração () quantidade () intervalo ()
- Cólicas menstruais () DUM: Regular () Irregular ()
- Idade da primeira gestação () n° e idade de filhos vivos:
- Para: cesárea: abortos: provocados () espontâneo ()
- Natimorto () RN de baixo peso () gravidez ectópica ()
- Data do último parto: tipo de parto?
- Intercorrências clínicas?

- As gravidezes foram desejadas: Amamentação atual:
- Câncer de mama: Antecedentes familiares () Pessoais ()
- Cirurgia de mama:
- Faz auto-exame de mama: Normal () Anormal ()

b) Padrão de vida sexual/conjugal:

- Frequência das relações sexuais?
- Tem previsibilidade das relações sexuais?
- Dispareunia? Desejo?
- Tem algum problema na relação sexual? Qual?
- Quantos parceiros: 1 () 2 () 3 () mais ()
- Grau de envolvimento do parceiro na prática da anticoncepção?

c) Aspectos cognitivos

- O que pensa sobre o planejamento familiar?
- O que sabe sobre o conhecimento do corpo?
- Crenças e valores sobre o planejamento familiar?
- Como você acha que se evita a gravidez?
- Seu parceiro concorda em planejar a família: Sim () Não ()
- Tem boa memória? Esqueceria de suas atividades?
- Esqueceria de tomar o comprimido se o usasse?
- Você é capaz de cuidar de si mesmo: Sim () Não ()
- Tem conhecimento que os ciclos menstruais tem relação com o planejamento familiar?
- De quem você recebeu orientação sobre o planejamento familiar: Profissional de saúde ()
médico () enfermeiro () mãe () amigos () meios de comunicação ()

e) Aspectos motivacionais

- Você já recebeu alguma orientação em relação ao seu corpo?
- Menstruação () Ovulação () Gravidez () Métodos contraceptivos ()
- Quais métodos conhece () Qual já usou () Tempo de uso ()
- Porque suspendeu? Como usava?

- Quais são as suas maiores preocupações em relação ao método?
- Sabe utilizá-lo: Porque está utilizando o método?

4 – Desvios de saúde

- O que faz para manter a saúde?
- ×- Procura os serviços de saúde? Qual? ✓
- γ- Procura o ginecologista ou serviço de planejamento familiar?
- >- Frequência? Faz preventivo de câncer?
- ∩- Apresenta corrimento? Características do corrimento?
- >- Tem doenças?
- ∩- Diabetes () Qual? Usa algum medicamento? Qual?
- Hipertensão () PA? Usa algum medicamento? Qual?
- Doenças tromboembólicas () Qual?
- Convulsão ()
- Problemas hepáticos () Qual?
- ∩- Infecções genitais () Qual?
- Doença pélvica ()
- Alergias () Alergia ao látex ()
- >- Enxaquecas ()
- Câncer de mama ()
- Câncer de útero ()
- Glaucoma ()
- Problemas psicológicos ()
- Cardiopatias ()
- Anemia ()
- ∩- Outras ()

INSTRUMENTO II

1 - Nome: _____

2 - Número prontuário HU: _____ 3 - Idade: _____ 4 - Sexo: M() F()

5 - Religião: _____ 6 - Escolaridade _____ 7 - Profissão: _____

8 - Estado conjugal:

() solteira(o) () casada(o) () vive com companheiro(a)

() viúva(o) () separada(o) () outro _____

9 - N° de gestações: _____ 10 - N° de filhos e idade: _____

11 - N° de partos _____ 12 - Cesárea _____ 13 - Abortos _____

14 - O (a) companheiro(a) está presente na reunião () sim () não

15 - Ele ou ela se envolve com o planejamento familiar () sim () não

16 - Quais métodos anticoncepcionais que você conhece?

() tabelinha () muco cervical () coito interrompido

() diafragma () espermicida () DIU

() camisinha () camisinha feminina () pílula

() injeção () minipílula () amamentação

() ligadura () vasectomia () outro _____

17 - Quem indicou utilizar o método? _____

18 - Marque com um "X" o que você já usou e sublinhe o que você está usando agora:

() tabelinha () muco cervical () coito interrompido

() diafragma () espermicida () DIU

() camisinha () camisinha feminina () pílula

() injeção () minipílula () amamentação

() ligadura () vasectomia () outro _____

19 - Por que você veio para a reunião?

() deseja mais informações sobre o assunto

() deseja mudar de método anticoncepcional

() deseja ligadura () deseja vasectomia

() outro _____

20 - Caso a sua escolha foi pela realização da ligadura ou vasectomia, quais os motivos que influenciam a sua decisão?

() não quer mais ter filhos () dificuldades financeiras

() falta de conhecimento de outros métodos

() dificuldade de adaptação aos métodos que já utilizou

() você tem algum problema de saúde

() seu(sua) companheiro(a) tem um problema de saúde

() outro _____

21 - Qual a importância deste trabalho para você? _____

Sugestões:

A sua participação nesta atividade pode contribuir na decisão de utilizar um método:

() sim () não () indiferente

As informações foram:

() de fácil compreensão () de difícil compreensão

INSTRUMENTO III

ATIVIDADE REALIZADA:

1 - Nome: _____

2 - Número prontuário HU: _____ 3 - Idade: _____ 4 - Sexo: M() F()

5 - Religião: _____ 6 - Escolaridade _____ 7 - Profissão: _____

8 - Estado conjugal:

() solteira(o) () casada(o) () vive com companheiro(a)

() viúva(o) () separada(o) () outro _____

9 - N° de gestações: _____ 10 - N° de filhos e idade: _____

11 - N° de partos _____ 12 - Cesárea _____ 13 - Abortos _____

14 - O (a) companheiro(a) está presente na reunião () sim () não

15 - Ele ou ela se envolve com o planejamento familiar () sim () não

16 - Quais métodos anticoncepcionais que você conhece?

() tabelinha () muco cervical () coito interrompido

() diafragma () espermicida () DIU

() camisinha () camisinha feminina () pílula

() injeção () minipílula () amamentação

() ligadura () vasectomia () outro _____

17 - Quem indicou utilizar o método? _____

18 - Marque com um "X" o que você já usou e sublinhe o que você está usando agora:

() tabelinha () muco cervical () coito interrompido

() diafragma () espermicida () DIU

() camisinha () camisinha feminina () pílula

() injeção () minipílula () amamentação

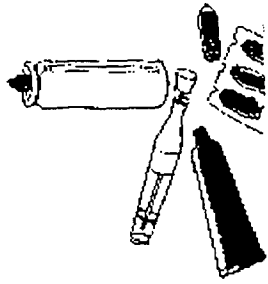
() ligadura () vasectomia () outro _____

19 - Qual a importância deste trabalho para você? _____

20 - A sua participação nesta atividade pode contribuir na decisão de utilizar um método:

() sim () não () indiferente

ESPERMICIDA



São produtos em forma de creme, espuma, óvulos e geléias que a própria mulher coloca no fundo da vagina um pouco antes da relação sexual. Esses produtos contêm substâncias químicas capazes de destruir os espermatozoides, ou impedem que os mesmos penetrem no útero, evitando assim a gravidez.

MODO DE USAR:

1. Tirar a tampa do tubo e colocar o aplicador na abertura do mesmo, girando-o apertar o tubo desde o fundo, forçando seu conteúdo para o cilindro do aplicador até que o êmbolo esteja totalmente exposto e o cilindro completamente cheio.

2. Separe o aplicador do tubo, feche o tubo e enrosque-o desde o fundo, após cada uso.
3. Segure o aplicador cheio e insira-o na vagina o mais profundo possível.

VANTAGENS



- Pode ser utilizado com facilidade;
- Disponível sem receita médica;
- Apresenta poucos efeitos colaterais;
- Aumenta a umidade (lubrificação) durante as relações sexuais;

DESVANTAGENS



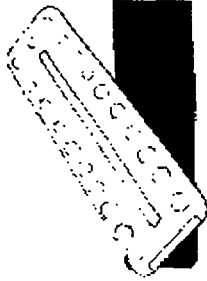
- O tempo de duração do espermicida é curto e a aplicação repetida pode interferir na relação sexual;
- Pode causar alergia;
- Não é um método muito seguro, quando não se espalha de maneira uniforme, deixando o colo do útero com áreas descobertas, permitindo assim a passagem de espermatozoides
- Alta incidência de falha (taxa de gravidez 10 - 30 por mulheres durante o primeiro anos de uso);

- Necessita estar disponível antes da relação;
- Precisa esperar 7 a 10 minutos após a aplicação antes do ato para que este se espalhe;

RECOMENDAÇÕES IMPORTANTES

- O espermicida deve ser usado com o diafragma, condom ou preservativo masculino e feminino, para garantir maior segurança;
- O espermicida vai se dissolvendo e perdendo seu efeito após 2 horas;
- Esvaziar a bexiga antes da colocação, pois a mesma cheia dificulta na colocação;
- Se houver mais de uma ejaculação colocar espermicida com aplicador na vagina;
- Após o uso se o aplicador não for descartável, lavá-lo com água e sabão após cada uso, enxaguando-o bem, entretanto não deve-se fervê-lo;
- Normalmente são colocados uns 15 a 20 minutos antes da penetração do pênis na vagina. Depois de uma hora e meia perdem o efeito;

PÍLULA



São comprimidos feitos com substâncias químicas semelhantes aos hormônios encontrados no corpo da mulher. A pílula evita a gravidez porque não deixa o óvulo amadurecer no ovário ou seja evita ovulação e também engrossa o muco que fica na vagina, não deixando os espermatozoides passar.

MODO DE USAR

Cada tipo de pílula tem uma maneira correta de se tomar, e só faz efeito se tomada corretamente. As mais comumente receitadas são as que vem com a cartela com 21 comprimidos.

- Quando iniciar a primeira cartela, tomar o primeiro comprimido no primeiro dia da menstruação ou no quinto dia da menstruação de acordo com o tipo de pílula;
- Continuar tomando um comprimido por dia, de preferência sempre na mesma hora, até terminar os 21 comprimidos da cartela;
- Esperar sete dias e começar a tomar os comprimidos de uma nova cartela. Neste período geralmente ocorre um sangramento vaginal, que é parecido com a menstruação

normal mais geralmente tem a duração mais curta, fluxo menor e é menos doloroso. Não é preciso deixar de ter relações sexuais nesses dias. Recomece os comprimidos no oitavo dia mesmo que a menstruação não tenha terminado;

- Se acontecer de esquecer de tomar o comprimido por um dia, tome-o logo que lembrar e a pílula regular à mesma hora de sempre, ou então as duas pílulas no horário habitual;
- Se esquecer dois ou mais dias utilizar outro método e comece outra cartela novamente no primeiro dia da menstruação ou no quinto dia da menstruação de acordo com o tipo de pílula;

QUEM PODE TOMAR PÍLULA?

- Adolescentes com mais de 2 anos de ciclos menstruais regulares;
- Mulheres com menos de 35 anos, pressão e peso normais, que não têm varizes e não fumam. Não estar grávida, sem diabetes, epilepsia ou cardiopatias;

QUEM NÃO PODE TOMAR PÍLULA?

- Quem está grávida ou amamentando (existe um tipo especial de pílula para uso durante a amamentação);
- Tem perda de sangue pela vagina, que não seja menstruação;
- Que fumam muito e há muito tempo;
- Tem ou tiveram doenças como hepatite, convulsões, varizes, glaucoma, diabete, pressão alta ou algum problema cardíaco e câncer de mama (esses casos devem ser avaliados pelo

ginecologista, para recomendação ou não do uso);

- Que vão se operar ou acabaram de ser operadas;

RECOMENDAÇÕES IMPORTANTES

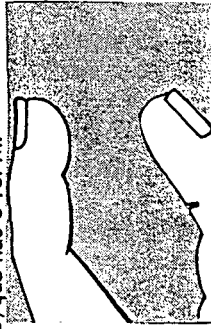
- Existem diferentes tipos de pílulas, somente o médico pode avaliar corretamente, depois de fazer exame clínico geral e ginecológico completo (inclusive medir a pressão e fazer o preventivo de câncer);
- Dizer sempre ao médico que você toma pílula, porque alguns remédios não podem ser tomadas juntamente com ela;
- Se resolver engravidar, recomenda-se parar de tomar a pílula 3 meses antes. Neste período, use outro método a camisinha e o diafragma;
- Procure o médico se a pílula vier a causar algum dos seguintes efeitos: enjôo, vômito, desmaio, dor de estômago ou má digestão, sangramento fora do período menstrual, dores de cabeça frequentes, inchaço e dores nas pernas, câibras, aumento de pelos no corpo, ganho de perda excessivas de peso, manchas na pele, falta de menstruação, nervosismo exagerado e dores no peito;
- Quando se toma a pílula pela primeira vez, ou se reinicia, convém usar junto com outro método (diafragma, ~~condom~~ preservativo masculino/feminino), durante o primeiro mês para aumentar a segurança;
- Depois dos 7 dias de pausa sem a pílula, deve-se começar uma nova cartela de pílula, mesmo se o sangramento ainda não estiver terminado.

MUCO CERVICAL OU MÉTODO BILLINGS

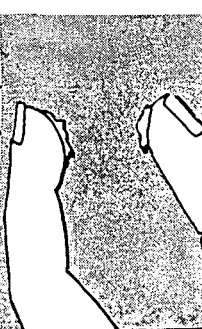
O muco é uma secreção transparente e sem cheiro, formado no colo do útero que sai pela vagina no período fértil e durante certos dias do ciclo menstrual. Indicando quando a mulher pode engravidar (ovulação).

MODO DE USAR

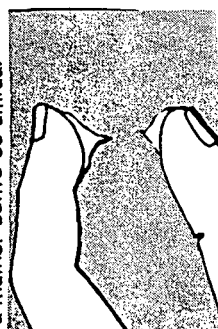
1. Logo após a menstruação, algumas mulheres tem um período seco de 2 a 3 dias, que não tem muco, que não é fértil.



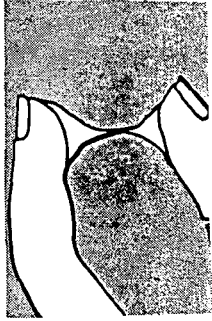
2. O primeiro muco, que aparece é grosso, opaco (branco ou amarelo) pastoso e se quebra quando esticado, aqui começa o período fértil.



3. O muco vai ficando mais fino, líquido, leitoso e escorregadio, a medida que se aproxima da ovulação, a mulher sente-se úmida.



4. No período onde é mais fácil engravidar, o muco parece clara de ovo cru. É transparente e elástico. Indica que a ovulação já ocorreu há 48 horas atrás, vai ocorrer naquele dia ou nos próximos 4 dias. Depois de 4 dias do aparecimento deste muco, termina o período fértil.



😊 VANTAGENS

- Quando compreendido e praticado, apresenta bastante eficácia;
- Não faz mal a saúde;
- Ensina a conhecer melhor o corpo;
- É muito útil para mulheres que desejam engravidar;
- Taxa de eficácia de 42% a 64%

☹️ DESVANTAGENS

- Exige observações constantes e um longo período de aprendizagem (no início, examinar 2 ou 3 vezes/dia), com a prática, 1 vez/dia é suficiente;
- Não serve para mulheres com ciclo muito irregular;
- Necessita disciplina do casal para tomar os cuidados necessários durante o período fértil;

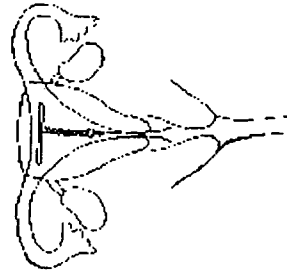
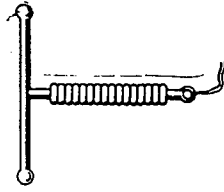
RECOMENDAÇÕES IMPORTANTES

- Recomenda-se que o exame seja feito sempre na mesma hora, anotar num gráfico as diferenças do muco durante todo o mês,

ajudando a memorizar quais são os dias férteis;

- Passa-se o papel higiênico na vagina ou de preferência os dedos e observa-se o muco
- Existem alguns métodos que podem ser usados juntos com o método do muco durante o período de aprendizagem, a tabela, diafragma sem espermicida e camisinha sem lubrificação e o método da temperatura 3 dias antes do pico;
- Permanecer sem manter relação sexual por no mínimo 3 a 4 dias antes do pico e no mínimo 3 dias a partir do pico, podendo reiniciar a atividade sexual no 4º dia;
- Não se deve examinar o muco durante a excitação sexual, depois de tomar duchas ou lavagem vaginal, no dia em que teve relação sexual ou depois de usar produtos vaginais;
- Quem quer engravidar tem que ter relação nos dias com muco (dias molhados), quem não quer, só pode ter relação com penetração vaginal nos dias sem muco (dias secos);
- É preciso saber diferenciar as secreções normais da mulher dos corrimentos provenientes de doenças. Os corrimentos tem cheiro e aspecto diferentes das secreções, e devem ser tratados;
- Nos últimos dias de menstruação não se deve ter relações sexuais porque a mulher pode ovular neste período;
- O aspecto do muco é mais importante do que a quantidade. Isto é, não interessa se o muco é muito ou pouco, mas se ele é pastoso, líquido, elástico ou se não aparece. Neste caso não deve-se ter relações pois corre-se o risco de engravidar;

DIU (DISPOSITIVO INTRA UTERINO)



O DIU (dispositivo intra uterino) é um objeto de plástico especial, que pode vir enrolado por um fio de cobre bem fino ou não. É colocado através da vagina, dentro do útero da mulher para evitar a gravidez. Atua interferindo com a capacidade do espermatozóide movimentar-se pela cavidade uterina, pois espessa o muco cervical, altera a camada interna do útero, e altera o processo reprodutivo do ovo impedindo a implantação e que se estabeleça na cavidade uterina.

MODO DE USAR:

Só pode ser colocado por um médico ou por um profissional de saúde treinado. A colocação é simples e rápida, é feita quando a mulher está menstruada, pois o colo uterino está mais dilatado e possivelmente ela não está grávida. Não é necessário o uso de anestesia. Pode acontecer de sentir cólica e mal estar durante a colocação, isso é normal e desaparece logo.

😊 VANTAGENS

- Altamente eficaz (taxa de gravidez 0,5 - 1,0 por 100 mulheres durante o primeiro ano de uso do T de cobre 380^μ);
- Não depende da usuária;
- Proteção a longo prazo (até 15 anos com o DIU T de cobre 380^μ);
- Volta imediata da fertilidade após a remoção;
- Não interfere nas relações sexuais;
- Não afetam a amamentação;
- Pode ser retirado quando a mulher desejar ou se provocar algum problema;

😞 DESVANTAGENS

- Na primeira semana após a colocação do DIU deve-se evitar relações sexuais;
- Aumenta a possibilidade de infecção;
- Algumas mulheres sentem cólica, aumenta a menstruação ou têm sangramento extra (que pode provocar anemia);
- Não é recomendável para adolescentes ou mulheres que nunca tiveram filhos;

- Há o risco de expulsão, incrustação do DIU na parede interna do útero e de gravidez tubária;

RECOMENDAÇÕES IMPORTANTES

- Para saber se a mulher pode usar o DIU, o médico deve fazer um exame geral cuidadoso com exames complementares e exame ginecológico completo. Inclusive o preventivo de câncer e ainda testes de doenças sexualmente transmissíveis (venéreas);
- É preciso voltar ao posto 1 semana, 1 mês, 3 meses, 6 meses e 1 ano após a colocação do DIU para avaliação. Se tudo estiver bem, basta continuar fazendo o exame ginecológico semestral (estes retornos pode mudar conforme a instituição);
- A vagina, o útero e as trompas devem estar saudáveis. Se o exame mostrar alguma alteração ou infecção, é necessário tratar-se antes da colocação do DIU;
- Não se deve colocar o DIU logo após um parto ou aborto. Deve-se esperar pelo menos 40 dias;
- Deve-se procurar o médico em caso de, febre sem motivo, calafrios, cólicas intensas, dor nas relações sexuais, aparecimento de coágulos de sangue, corrimentos mal cheirosos, atraso menstrual ou outros sinais de gravidez;
- Deve-se usar a camisinha quando existem mais de um parceiro sexual ou quando suspeita-se que o parceiro tem outro companheiro.

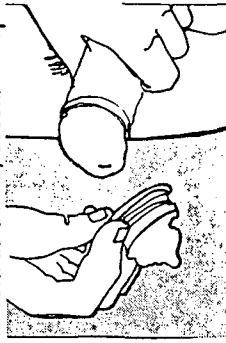
CAMISINHA OU PRESERVATIVO



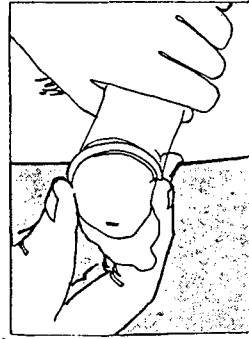
É uma capa de borracha fina, porém é resistente, que se coloca sobre o pênis. Ela evita a gravidez, impedindo que os espermatozoides penetrem na vagina da mulher, quando o homem ejacula. Ela vem num tamanho único, serve para qualquer tamanho de pênis. Só deve ser usada apenas uma vez, jogar fora depois de usada.

MODO DE USAR

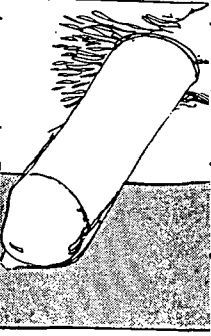
1. Segure a camisinha com delicadeza, evitando tocá-la com as unhas, desenrole a pontinha;



2. E com a parte enrolada virada para fora coloque-a sobre o pênis. Deixe um espaço livre entre a ponta da camisinha e a ponta do pênis, para evitar que, com o jato, a camisinha se rompa;



3. Desenrole-a até chegar perto dos pêlos.



4. Retire o pênis ainda ereto após a relação sexual.



VANTAGENS

- ▶ Permite ao homem dividir com a mulher a responsabilidade de evitar a gravidez;
- ▶ Não faz mal a saúde e é barato;
- ▶ Não existe necessidade de supervisão médica ou exame prévio antes do uso;
- ▶ Oferece proteção contra as doenças sexualmente transmissíveis, inclusive a AIDS;



DESVANTAGENS

- ▶ Muitas pessoas se queixam de que o método interfere na relação sexual, sendo que alguns homens se queixam da perda de sensibilidade no pênis, sendo difícil manter a ereção;
- ▶ Alta taxa de falha (taxa de gravidez 10 - 30 por 100 mulheres durante o primeiro ano de uso);
- ▶ As camisinhas precisam estar disponíveis antes do início da relação sexual;
- ▶ Só pode ser usado uma única vez.

RECOMENDAÇÕES IMPORTANTES

- ▶ Após a relação, o pênis deve ser retirado da vagina enquanto ainda estiver ereto. Segure bem as beiradas, para não deixar vazarem o líquido;
- ▶ A camisinha pode ser usada com algum espermicida vaginal (creme, geléia e óvulos). Isto aumenta a segurança do método, caso a camisinha se rompa;
- ▶ Se a vagina estiver muito seca, passar espermicida ou outro lubrificante (que não seja a base de vaselina) na camisinha já colocada, facilita sua penetração. Existem camisinhas lubrificadas que evitam esse tipo de problema;
- ▶ Em caso de algum acidente (rompimento, deslocamento ou erro ao retirar), recomenda-se colocar imediatamente algum espermicida na vagina. Nestes casos, não fazer lavagem vaginal, pois ela empurra o espermatozoide para o útero. Se a camisinha ficar dentro da vagina, é só puxar com o dedo e usar algum tipo de espermicida imediatamente;
- ▶ É bom usar a camisinha em todas as relações sexuais, mesmo fora do período fértil.
- ▶ A camisinha deve ser colocada quando o pênis está ereto (duro), antes que ele encoste na vagina, porque algum espermatozoide pode escapar, mesmo antes da ejaculação.

TABELINHA OU CALENDÁRIO

FEVEREIRO						
D	S	T	Q	Q	S	S
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28				

A tabela é um método que ajuda a mulher a descobrir a época do mês que é mais segura para ter relação sexual. Ela aprende a conhecer a duração do seu ciclo menstrual e a calcular seu período fértil. Para usar, a mulher precisa ter a menstruação regular, não atrasar nem adiantar. No período fértil ela não deve manter relações sexuais, ou então, usar outro método anticoncepcional, como por exemplo, a camisinha.

MODO DE USAR:

O ciclo menstrual é um período que vai do 1º dia da menstruação até a menstruação do mês seguinte. O período fértil deve ser calculado após a observação de 6 ou mais ciclos como veremos a seguir. Utiliza-se a camisinha durante este período para evitar a gravidez.

1. Verifique a duração dos 6 a 8 últimos ciclos menstruais, determine o mais longo e o mais curto. Ex.: 27 mais curto, 33 mais longo.

2. Determine a duração do período fértil (subtraindo-se 18 do ciclo mais curto, obtém-se o dia do início do período fértil; subtraindo-se 11 do ciclo mais longo, obtém-se o dia do fim do período fértil. Ex.: se o ciclo mais curto 27 dias - 18 = 9 e ciclo mais longo 33 dias - 11 = 22.

3. O período fértil é calculado como começando no 9º dia do seu ciclo e terminando no 22º dia do seu ciclo (13 dias de abstinência são necessários para evitar a gravidez).



VANTAGENS

- > Não faz mal a saúde (não apresentando efeitos colaterais físicos);
- > Ensina a conhecer o corpo ou aumenta o conhecimento do mulher sobre o seu sistema reprodutivo;
- > Retorno imediato da fertilidade;
- > É mais barato;
- > Pode ser usado tanto para evitar quanto para alcançar uma gravidez;



DESVANTAGENS

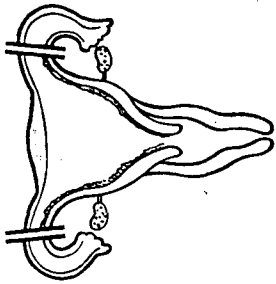
- > Requer observação durante longo período para só então poder começar a ser usado;
- > Não serve para mulheres que têm o ciclo menstrual muito irregular;
- > A mulher deve ficar atenta, porque o período pode ser alterado com algumas doenças, viagens, emoções fortes ou depressão;

- > Alta incidência de falha;
- > Taxa de eficácia 53% a 67%;
- > Não protege contra DST/AIDS.

RECOMENDAÇÕES IMPORTANTES

- > É um método que só pode ser usado por quem conhece o seu ciclo menstrual, no mínimo nos últimos 6 meses, sem o uso de produtos hormonais;
- > Lembrar que o corpo da mulher não é uma máquina, a duração de um ciclo pode variar de um mês para o outro, e isso não é previsível;
- > Quem quer engravidar tem que ter relações no período fértil, quem não quer engravidar deve ter relações fora do período fértil;
- > Cada mulher deve fazer sua própria tabela;
- > Para que o método seja seguro, a mulher deve ser bastante regulada. Se nos meses de observação for encontrada uma diferença de 10 ou mais dias entre o ciclo menor e o ciclo maior, este método não é recomendável;
- > Não é indicada para mulheres que acabaram de parir ou abortar; que pararam recentemente de tomar a pílula, que acabaram de tirar o DIU, em processo de menopausa, que estão amamentando, e em adolescentes que ainda não regularizam seu ciclo;

LAQUEADURA



É uma cirurgia feita na mulher, que consiste em cortar ou obstruir as trompas impedindo o encontro do espermatozóide com o óvulo evitando assim uma gravidez. Este método é considerado definitivo, porque depois que a cirurgia é feita, dificilmente a mulher poderá engravidar novamente. A cirurgia só poderá ser feita por médicos especializados, em hospital e com anestesia. A mulher deverá ficar internada de acordo com a rotina de cada hospital. Poderão ser utilizadas várias técnicas cirúrgicas.

INDICADO

Quando a gestação ocasionará riscos graves para a mãe e/ou feto (deve sempre passar por uma avaliação médica criteriosa), ou seja:

- Problemas cardíacos graves;
- Hipertensão ou problemas renais graves;

- Mulheres que tiveram muitos filhos e cujas gestações ocasionaram problemas dos órgãos reprodutores;
- Doenças circulatórias graves (flebites, pressão alta, varizes avançadas principalmente na região genital);
- Mulheres com fator RH -, que tiveram gestações sem preocupações e estão sensibilizadas;
- Diabéticas que já tiveram muitos filhos;

RECOMENDAÇÕES IMPORTANTES

- Só pode ser realizada em homens e mulheres acima de 25 anos ou com dois filhos vivos, ou quando indicado;
- Antes de ser operada, a mulher deve estar psicologicamente preparada e bem informada sobre as consequências da operação;
- São raros os riscos, as falhas e as complicações da ligação de trompas, mais é preciso discutir com o médico para conhecê-los antes de tomar a decisão final;
- Deve-se procurar imediatamente o médico se depois da operação, ocorrer, febre alta, sangramento no corte ou vaginal, secreção vaginal malcheirosa, falta de menstruação;
- A operação deve ser feita logo após a menstruação, para se ter certeza de que a mulher não está grávida;
- A decisão de fazer a cirurgia cabe ao homem e a mulher. O profissional de saúde deve ajudá-los informando-os sobre os riscos e as consequências, e discutindo a possibilidade de se usar outros métodos;

- Não deve-se fazê-la no momento do parto, pois o período de gravidez e o parto, não é o momento ideal para se tomar uma decisão tranquila e definitiva, e não se tem idéia que isso pode trazer riscos para ela e para o bebê. Há exceção em cesáreas consecutivas (terceira);
- Necessita a solicitação por escrito para realizar o procedimento;

CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS:

- É fundamental que se realize entrevista com o casal e/ou mulher para detectar até que ponto a decisão pela contração cirúrgica é fruto de uma reflexão consciente, evitando que possam a vir arrependê-se deste procedimento.

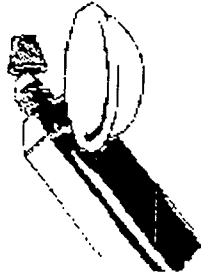
CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS

- Raro acontecer sangramento no local da incisão, febre ou dor, principalmente se forem seguidas as orientações: abstinência sexual por 15 dias, incisão limpa e seca, volta a atividade normal em 7 dias, sem esforços;

REVERSIBILIDADE

- Apesar de muitas tentativas terem sido feitas nesse sentido, a laqueadura, por enquanto, continua sendo irreversível. Existem cirurgias superespecializadas para reconstituição das trompas mais são caras e não podem ser realizadas em qualquer serviço;

DIAFRAGMA



É uma capa de borracha mole e bem fina, que a mulher coloca ela mesma no fundo da vagina, antes da relação sexual, para tapar a entrada do útero. Ele evita a gravidez impedindo que os espermatozoides penetrem no útero e chegue nas trompas, formando uma barreira física.

MODO DE USAR:

1. Colocar uma colher de espermicida no fundo do diafragma e espalhar. Depois, mais um pouquinho por fora, inclusive no anel.
2. Escolher uma posição confortável (deitada, de cócoras ou com um pé apoiado em um banco).
3. Pegar o diafragma pelas bordas e apertá-lo no meio, formando um oito.
4. Com a outra mão abrir os lábios da vulva e introduzi-lo profundamente no fundo da vagina. Fica bem encaixado, não havendo nenhum perigo de perder-se. Para verificar se ele está bem colocado, é necessário tocar com o dedo o colo do útero. Assim, pode-se perceber se ele está inteiramente coberto pelo

diafragma. O colo é fácil de seu identificado com a ponta do dedo porque é menos macio do que o resto da vagina. Ao tocá-lo tem-se a impressão de estar tocando a ponta do nariz.

😊 VANTAGENS

- Ajuda a mulher a conhecer melhor seu próprio corpo e não interfere no ciclo menstrual;
- É um método seguro, quando a mulher é bem orientada e o usa sempre e corretamente;
- Pode ser usado com espermicida e proteger contra algumas doenças venéreas, mas não protege contra a AIDS
- Não atrapalha a relação sexual pois os homens e mulheres em geral, não sentem a presença do diafragma e pode ser colocado antes da relação;

😞 DESVANTAGENS

- Seu uso exige disciplina;
- Muitas mulheres não conseguem usar este método por vergonha e falta de intimidade com o próprio corpo;
- Alta taxa de falha (taxa de gravidez 5 - 25 por 100 mulheres durante o primeiro ano de uso);
- Não deve ser utilizado por mulheres que nunca tiveram relação sexual, configuração anormal da vagina, infecção urinária de repetição;

- Associado a infecções do trato urinário em algumas usuárias;

RECOMENDAÇÕES IMPORTANTES

- Colocar 20 minutos antes da relação ou renovar a geléia espermicida antes da relação, pois o espermicida vai se dissolvendo e perdendo seu efeito após 2 horas. Retirar somente 8 horas após a última relação sexual.
- Se estiver fora, colocá-lo novamente até acertar. E para retirar basta engancha o dedo na borda e puxá-lo para baixo e para fora.
- É preciso fazer uma consulta ginecológica para saber o tamanho certo do diafragma. E se caso ocorrer uma gravidez, aborto, mudança grande de peso (mais de 5 Kg) deve-se medir novamente o fundo da vagina;
- A vida média útil do diafragma é de cerca de 2 anos;
- Deve permanecer na vagina no máximo até 24 horas, para evitar infecções;
- Lavar o diafragma após o uso sempre com água fria e sabão neutro, secando bem com um pano macio e polvilhar talco neutro ou maisena e guardar novamente na caixa, longe da luz e calor, para poder ser reutilizada;
- Se houver mais de uma ejaculação colocar espermicida com aplicador sobre o diafragma;
- Esvaziar a bexiga antes da colocação, pois a mesma cheia dificulta na colocação;



**ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE / SUS
POLICLÍNICA DE REFERÊNCIA REGIONAL**

**PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER
PLANEJAMENTO FAMILIAR**

INSTRUMENTO PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____
 Data de Nasc.: _____ Raça: _____ Sexo: _____
 Estado Civil: _____ Religião: _____
 Escolaridade: _____ Naturalidade: _____
 Ocupação: _____ Plano de Saúde: _____
 Endereço: _____ Fone: _____
 Pessoa para contato: _____
 Encaminhado por: _____
 Motivo da Consulta: _____

2. HISTÓRIA DE SAÚDE PREGRESSA

2.1 Antecedentes pessoais

	SIM	NÃO
Hipertensão Arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiopatias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doenças Tromboembólicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ictericia / Hepatite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enxaqueças	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neoplasias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirurgias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fumo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.2 Antecedentes gineco-obstétricos

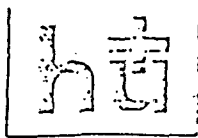
Menarca ___ anos Ciclo menstrual: ___/___/___ D.U.M ___/___/___
 Caract. Fluxo Menstrual: _____ Dismenorreia: Sim () Não ()
 Gesta: _____ Para: _____ Abortos: Espont. _____ Provoc. _____
 Grav Ectópica: ___ Cesár.: ___ RN baixo peso(2500gr.): ___ Natim.: ___
 Filhos vivos: ___ Outros dados gineco-obstétricos: _____

 Última gestação: _____ Aborto: Espontâneo () Provocado ()
 Parto normal () Cesárea () Outros: _____
 Está amamentando: Sim () Não ()
 Vida sexual: Início ___ anos. Frequência de relação sexual: _____
 Dispareunia: Sim () Não () DST: Sim () Não ()
 Tratamento: Sim () Não ()

2.3 Antecedentes familiares: Diabetes () Enfarte () Câncer de mama ()

Outras: _____

2.4 Observações: _____



AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA
(LIGADURA TUBÁREA/VASECTOMIA)

Eu,,
estando perfeitamente informado(a) a respeito das consequências atuais e
futuras que podem advir da esterilização cirúrgica, inclusive no que tange à
impossibilidade de eventual futura maternidade/paternidade, solicito e autorizo
o Hospital Universitário a realizar o procedimento solicitado e autorizado, pelo
qual fica a equipe de profissionais de saúde, inclusive o(a) médico(a), isenta
direta ou indiretamente de qualquer responsabilidade civil ou penal,
comprometendo-me a nada pleitear em juízo ou fora dele, relativamente às
consequências advindas do ato operatório.

Florianópolis, de de

Assinatura do solicitante

Assinatura do Companheiro(a)

Testemunha A

Nome:

CI:

Endereço:

Testemunha B

Nome:

CI:

Endereço:

Inclui dados verificados quando da admissão do paciente e observados por todos os elementos da equipe multiprofissional. (História atual, progressão exame físico). Datar e assinar cada relato.

PLANEJAMENTO FAMILIAR

NOME	Nº DE GESTAS	Nº DE FILHOS
Ela		
Ele		

IDADE	ESCOLARIDADE	TRABALHO
Ela		
Ele		

RENDA FAMILIAR:

SOLICITAÇÃO:

MOTIVAÇÃO:

PLANEJAMENTO
FAMILIAR
/ /

participou de reunião no ambulatório do HU para orientação de métodos contraceptivos e saúde reprodutiva no dia.....

Data: ____ / ____ / ____ , Hora: ____

Assinatura e Carimbo



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
HISTÓRICO DE SAÚDE

ORIENTAÇÕES PARA VASECTOMIA

PRÉ-OPERATORIAS:

- Não precisa jejum;
- Raspar os pelos da bolsa escrotal e tomar banho antes de vir ao hospital;
- Usar cueca “tipo zorba”;

PÓS-OPERATÓRIAS:

- Fazer repouso até o dia seguinte;
- Aplicar compressa gelada ou bolsa com gelo, no local da cirurgia ao chegar em casa;
- Evitar relação sexual por três dias;
- Retirar os pontos no Posto de Saúde ou na Sala de Curativos no H.U. em 7 dias;
- Evitar esforço físico e esportes violentos por 30 dias;
- Fazer espermograma 60 dias após a cirurgia. Marcar exame no laboratório;
- Agendar retorno na Cirurgia Ambulatorial com o resultado do exame em mãos.
- Não suspender o método anticoncepcional antes de saber o resultado do espermograma.

ORIENTAÇÕES PARA CIRURGIA

DIA -

LOCAL -

HORÁRIO -

- COMPARECER AO PROGRAMA ÀS 17:00 hs 01 DIA ANTES DA CIRURGIA;
- FAZER RASPAGEM DOS PÊLOS PUBIANOS NO DIA DA CIRURGIA;
- TOMAR MEDICAMENTO CONFORME PRESCRIÇÃO;
- NÃO VIR EM JEJUM;
- COLOCAR GELO NO LOCAL APÓS A CIRURGIA; (dentro de um saco plástico para não molhar o curativo),
- REPOUSO POR 12 HORAS;
- EVITAR RELAÇÕES SEXUAIS POR 01 SEMANA;
- EVITAR ESFORÇOS FÍSICOS INTENSOS POR 20 DIAS;
- RETORNAR AO PROGRAMA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR APÓS 40 DIAS.

DÚVIDAS LIGAR PARA: 224 6744 RAMAL 223.

**POLICLÍNICA DE REFERÊNCIA REGIONAL
PROGRAMA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR**

PENSE E RESPONDA AS SEGUINTE PERGUNTAS:

NOMES:
DATAS DE NASCIMENTO :/...../..... E/...../.....
NÚMERO DE FILHOS:
TEMPO DE UNIÃO:
NÚMERO DE UNIÕES:

QUAIS OS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS QUE VOCÊS CONHECEM?

QUAL O MÉTODO UTILIZADO ATUALMENTE ?

POR QUE DESEJAM A MUDANÇA DO MÉTODO ?

POR QUE O MÉTODO DEFINITIVO *?

O QUE VOCÊS SABEM SOBRE MÉTODO DEFINITIVO* ?

DISCUTIRAM A DECISÃO COM ALGUÉM?..... QUEM?

POR QUE NÃO DESEJAM MAIS FILHOS?

O QUE SENTEM QUANDO PENSAM EM NÃO PODER MAIS TER FILHOS ?

O CASAL ESTÁ DE ACORDO COM A ESCOLHA DO MÉTODO DEFINITIVO * ?

POR QUE?

PENSEM NAS SEGUINTE POSSIBILIDADES E RESPONDA COMO VOCÊS REAGIRIAM:

PERDA DE UM FILHO

PERDA DA COMPANHEIRA

NOVO CASAMENTO

DESEJO DE OUTROS FILHOS COM NOVA COMPANHEIRA

MELHORA DO NÍVEL ECONÔMICO

FILHOS CRESCIDOS E DESEJO DE TER OUTRA CRIANÇA

PODE IMAGINAR-SE EM UMA SITUAÇÃO ACIMA JÁ TENDO OPTADO PELO MÉTODO DEFINITIVO *
..... COMO SE SENTE?

COMO VOCÊS AVALIARIAM A VIDA DE CASADO

A RELIGIÃO DE VOCÊS PERMITE O MÉTODO DEFINITIVO * ?

ESTÃO SEGUROS QUANTO AO MÉTODO DEFINITIVO* ?

POR QUE?

QUAIS AS DÚVIDAS QUE TEM EM RELAÇÃO AO MÉTODO DEFINITIVO *?

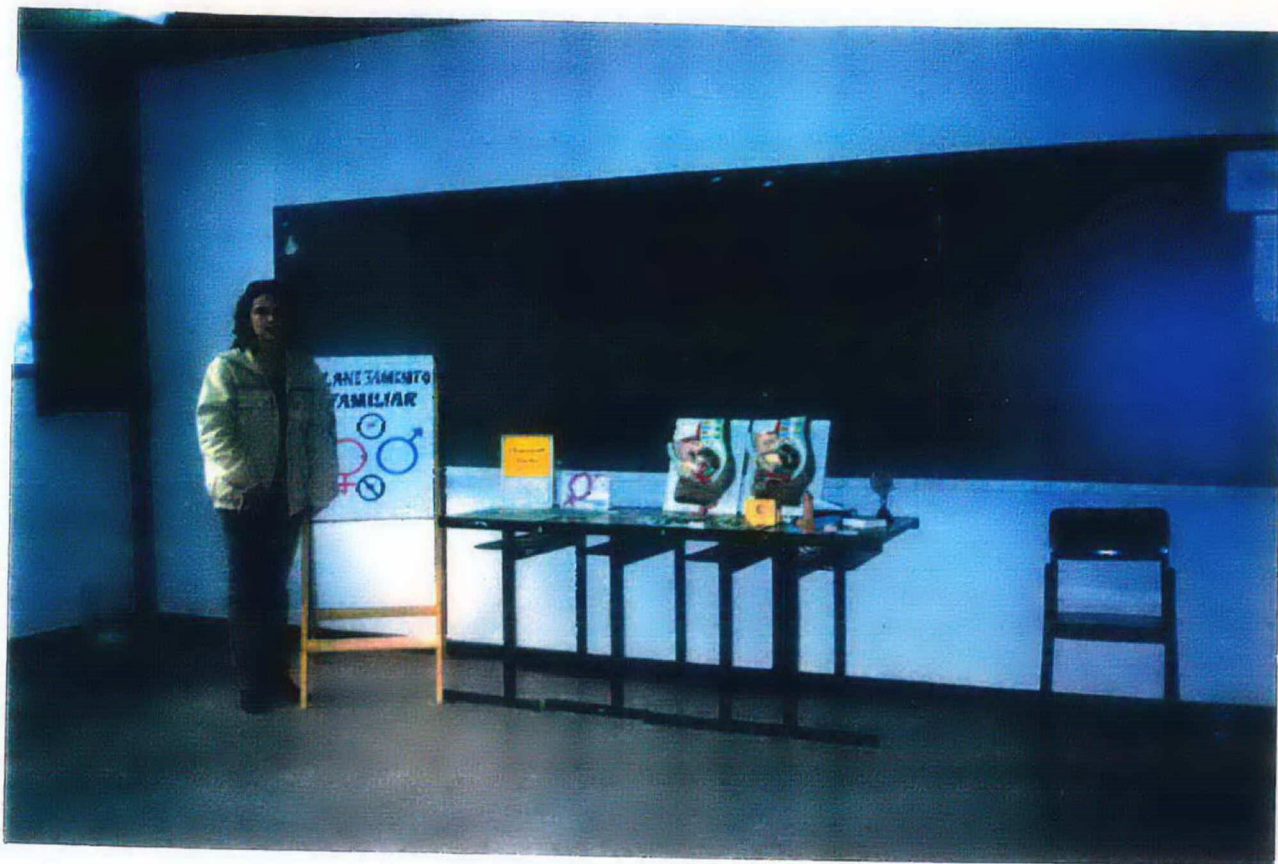
O TEMPO PARA PENSAR FOI SUFICIENTE ?

VOCÊS SABEM QUE PODEM MUDAR DE IDÉIA A QUALQUER MOMENTO ?

QUE TIPO DE ORIENTAÇÕES RECEBEU ?

ACHAM QUE FOI O SUFICIENTE?

*VASECTOMIA



PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O RELATÓRIO

Este trabalho relata de forma clara e fidedigna a prática assistencial desenvolvida pela discente, abordando um tema extremamente complexo, polêmico e pouco explorado pela Enfermagem: Planejamento Familiar. Contempla os resultados referentes aos objetivos propostos. A apresentação e organização dos capítulos obedecem uma ordem lógica, seguindo as normas do ABNT. Contempla os requisitos exigidos pela disciplina: Introdução, Objetivos, Características do ambiente e população, metodologia, cronograma, resultados e conclusões finais. Mostra conhecimento sobre o tema abordado, por parte da aluna, refletido no extensa revisão bibliográfica. Foi revisado pela aluna e avaliado pelo tutor. Discente atende prontamente todas as solicitações de modificações sugeridas, no entanto esqueceu de rever algumas alterações em relação ao registro da bibliografia, ortografia e digitais. Trata-se de um trabalho atualizado e muito bem fundamentado do conhecimento. Poderá auxiliar os próximos discentes no entendimento de um referencial teórico prático a prática, baseado no auto cuidado bem como no cuidado a clientela no que se refere ao Planejamento familiar, tornando-a sujeito de sua vida, de seu corpo, de sua fecundidade e sexualidade. Mostra duas maneiras de fontes, enfocando a ação individual e coletiva da enfermagem, nas questões educacionais. Recomendando que seja publicado e utilizado pelo enfermeiro na sua prática.

Data: 6/8/99

Jane de Fatima Fete Rompieri
Assinatura