

**LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIO
GRANDE DO NORTE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

JOICE APARECIDA DE DEUS LEAL

**O PAPEL DO ENFERMEIRO(A) NA CONSULTA DE PLANEJAMENTO
FAMILIAR: ABORDAGEM E ORIENTAÇÃO NA ESCOLHA DO
MÉTODO CONTRACEPTIVO**

**NATAL, RN
2011**

JOICE APARECIDA DE DEUS LEAL

**O PAPEL DO ENFERMEIRO(A) NA CONSULTA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR:
ABORDAGEM E ORIENTAÇÃO NA ESCOLHA DO MÉTODO CONTRACEPTIVO**

Monografia apresentada à Coordenação do
Curso de Enfermagem da Faculdade
Natalense para o Desenvolvimento do Rio
Grande do Norte - FARN como requisito
parcial à obtenção do grau de Bacharel em
Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Izete Soares da
Silva Dantas Pereira.

NATAL, RN

2011

FOLHA DE APROVAÇÃO

A Monografia intitulada “O PAPEL DO ENFERMEIRO(A) NA CONSULTA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR: ABORDAGEM E ORIENTAÇÃO NA ESCOLHA DO MÉTODO CONTRACEPTIVO apresentada pela aluna JOICE APARECIDA DE DEUS LEAL do 8º período do Curso de Enfermagem da FARN foi considerada Aprovada pela Banca Examinadora abaixo discriminada:

Aprovada em ____/____/____

Profª.dra. Izete Soares da Silva Dantas Pereira.

Orientadora – FARN

Profª

Examinador - FARN

Profª

Examinador - FARN

Dedico este trabalho a minha mãe Maria Arlete, que com amor incondicional têm sacrificado seus próprios sonhos por acreditar e investir na minha graduação. A confiança depositada foi à principal fonte para que eu seguisse com motivação me tornando Enfermeira, profissional que enxerga um ser humano completo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus a inteligência, humildade, saúde e persistência para que eu alcançasse meu maior objetivo. Obrigada senhor, pelo dom da vida, a responsabilidade e a satisfação de cuidar.

Aos meus irmãos (Emerson e Erisson), grandes incentivadores de conhecimentos, oferecendo apoio emocional e financeiro nesta caminhada.

Ao meu Marlos, namorado e amigo que sempre esteve ao meu lado, ouvindo minhas angustias e me acalmando com carinho me apoiando e me incentivando quando tudo parecia difícil. Fico muito feliz por termos o mesmo dom, por sermos um casal de Enfermeiros.

Aos pacientes, aqueles que foram minha principal fonte de aprendizado, que num momento tão delicado de suas vidas, contribuíram de forma humilde e solidária, enriquecendo meus conhecimentos, sendo um exemplo para todos da luta pela vida.

A colega Vanessa Karolline, pelas discussões e troca de conhecimentos, por me amparar nos momentos difíceis, me estendendo a mão sempre que precisei da sua ajuda.

Aos professores, coordenadores e carinhosamente a orientadora Izete Soares da Silva Dantas Pereira que ofereceu total apoio na produção da monografia, contribuindo na minha formação de Enfermeira.

LISTA DE SIGLAS

MS	Ministério da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
TFT	Taxa de Fecundidade Total
DST's	Doenças Sexualmente Transmissíveis
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ESF	Estratégia Saúde da Família
SciELO	Scientific Eletronic Library On-line
BENFAM	Sociedade Civil de Bem-Estar no Brasil
CPAIMC	Centro de Pesquisas de Assistência Integrada à Mulher e à Criança
SUS	Sistema Único de Saúde
CPID	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
NOAS-2001	Norma Operacional da Assistência - 2001
DIUs	Dispositivos Intra-Uterinos
Tcu	DIU em forma de T com cobre
TCB	Temperatura Corporal Basal
LAM	Método da Amenorréia da Lactação
FSH	Hormônio Folículo-Estimulante
LH	Hormônio Luteinizante
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
VRDL	Sorologia para Sífilis

RESUMO

O planejamento familiar não diz respeito somente ao casal, mas a sociedade, sendo considerada uma prática importante, pois propõe aos casais conhecimentos e formas conscientes de decidir por um número de filhos. O planejamento familiar é um conjunto de recursos oferecidos, para auxiliar a gerar filhos ou não e prevenir contra doenças sexualmente transmissíveis (DST's) como a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). A taxa de fecundidade do Brasil vem decaindo, onde em 1960 era de 6,3 filhos por mulher e em 2000 era de 2,39, redução está ligada ao uso dos contraceptivos e a realização do aborto que segundo um estudo recente no Brasil demonstrou que em 2005 foram realizados 1.054.242 abortos. Assim, surgiu a necessidade de identificar na literatura científica o papel do enfermeiro(a) na orientação da anticoncepção frente ao planejamento familiar, além de ressaltar a importância da assistência prestada por esse profissional na valorização da participação da cliente na escolha do método e esclarecer a necessidade do uso do preservativo na prevenção de DST's. É uma pesquisa bibliográfica realizada na Base de Dados da Scientific Eletronic On-Line (SciELO) de janeiro a setembro de 2011 com recorte temporal de artigos de 2001 a 2010, tendo por base os descritores planejamento familiar, contraceptivos e enfermagem. Utilizou-se 42 artigos completos nas línguas inglesa e portuguesa. Na análise dos artigos constatou-se que apesar da importância do planejamento familiar existem poucas publicações sobre o assunto e os enfermeiros(as) não possuem os conhecimentos necessários para o desenvolvimento de um planejamento familiar efetivo, deixando lacunas nos serviços. Conclui-se que existe a necessidade de maior capacitação dos enfermeiros(as) a partir da educação continuada, pois estes estão mais próximos da população, sendo considerados os principais responsáveis na orientação e atendimento.

Palavras-Chave: Papel do enfermeiro(a), Planejamento familiar, Método contraceptivo

ABSTRACT

Family planning is not just about the couple, but society, being considered an important practice, because it proposes knowledge to the couples and conscious ways to decide for a number of children. Family planning is a set of resources offered, to help bear children or not, and prevent sexually transmitted diseases (STDs) such as Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS). The fertility rate has been decreasing in Brazil, where in 1960 was 6,3 children per woman and in 2000 was 2,39, reduction linked to the use of contraceptives and the practice of abortion, that according to a recent study in Brazil showed that in 2005 1.054.242 abortions were performed. Thus, arose the need to identify in scientific literature the role of the nurse in guidance about contraceptive methods regarding family planning, also highlighting the importance of this professional assistance provided by the enhancement of participation of the client in choosing the method and clarify the need to use of condoms in preventing STDs. It is a bibliographic research held in Scientific Electronic Online (SciELO) and Ministry of Health databases, from January to September 2011, with articles published from 2001 to 2010, with the descriptors "family planning", "contraception" and "nursing". We used 42 full articles in English and Portuguese. In the article analysis were found that despite the importance of family planning, there are few publications on the subject and the nurses do not have the knowledge necessary to develop an effective family planning, leaving gaps in services. It was concluded that there is a need for more training of nurses, based on continuing education, because they are closer to the population and is considered the head of guidance and attendance.

Keywords: Role of the nurse, family planning, contraceptive methods

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 PLANEJAMENTO FAMILIAR NO BRASIL: ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS	15
2.1 MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS	17
2.1.1 Coito interrompido	18
2.1.2 Dispositivos intra-uterinos (DIUs)	19
2.1.3 Métodos comportamentais	20
2.1.3.1 Método do muco cervical ou método de Billings	21
2.1.3.2 Método do calendário, ritmo, ogino-knaus ou tabelinha	22
2.1.3.3 Método da temperatura basal	23
2.1.3.4 Método sintotérmico	24
2.1.3.5 Método do colar	24
2.1.4 Métodos de barreira	25
2.1.4.1 Preservativo masculino, camisinha masculina ou condom masculino	25
2.1.4.2 Preservativo feminino, camisinha feminina ou condom feminino	27
2.1.4.3 Espermicidas ou espermaticidas	28
2.1.4.4 Diafragma	29
2.1.4.5 Capuz cervical	30
2.1.5 Métodos hormonais	30
2.1.5.1 Pílulas combinadas	31
2.1.5.2 Pílulas de progestágeno (Minipílula)	32
2.1.5.3 Injetáveis combinados (Injetável mensal)	33
2.1.5.4 Injeção de progestágeno (Injeção trimestral)	34
2.1.5.5 Anel vaginal	34
2.1.5.6 Adesivo anticoncepcional	35

2.1.5.7 Implante subdérmico	36
2.1.5.8 Anticoncepção de emergência	37
2.1.6 Método da amenorréia da lactação (LAM)	37
2.1.7 Anticoncepção cirúrgica	38
2.1.7.1 Ligadura tubária	38
2.1.7.2 Vasectomia	39
3 A ENFERMAGEM FRENTE AO PLANEJAMENTO FAMILIAR E A PREVENÇÃO DE DST'S/AIDS	40
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	45
4.1 CATEGORIA 1: PLANEJAMENTO FAMILIAR PARA ADOLESCENTES E JOVENS:	45
4.2 CATEGORIA 2: PLANEJAMENTO FAMILIAR INSERIDO NA ESF	48
4.3 CATEGORIA 3: PLANEJAMENTO FAMILIAR RELACIONADO À ENFERMAGEM	49
4.4 CATEGORIA 4: PLANEJAMENTO FAMILIAR RELACIONADO AOS USUÁRIOS EM IDADE ADULTA	51
4.5 CATEGORIA 5: PLANEJAMENTO FAMILIAR X MÉTODOS IRREVERSÍVEIS	52
4.6 CATEGORIA 6: PLANEJAMENTO FAMILIAR VERSUS DST's	53
CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
REFERÊNCIAS	57

1 INTRODUÇÃO

O planejamento familiar é um dos assuntos mais discutidos entre os tópicos da saúde reprodutiva, visto que possui implicações na sociedade, nos aspectos demográficos e econômicos. Este assunto não diz respeito somente ao casal, mas também a sociedade como um todo, haja vista que é considerada uma prática importante, já que propõe aos casais conhecimentos e formas conscientes de decidir por um número de filhos (ESPÍRITO-SANTO; TAVARES-NETO, 2004).

Segundo o Ministério da Saúde (MS), o planejamento familiar é um conjunto de ações aos quais recursos são oferecidos, para auxiliar a gerar filhos ou para prevenir uma gravidez não-desejada. Os referidos recursos devem ser aceitos pela ciência e não pôr a vida e a saúde dos indivíduos em risco, devendo garantir que as pessoas tenham a liberdade para a escolha (BRASIL, 2009).

Em 1968, a Organização das Nações Unidas (ONU) declarou e reconheceu o planejamento familiar como um direito humano básico (LINDNER et al, 2006). No Brasil, o planejamento familiar foi assegurado em 1984, a partir do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), sendo somente regulamentado a partir da Lei Nº 9.263/96, e sendo considerada uma importante conquista tanto para as mulheres quanto para os homens, no que diz respeito aos direitos reprodutivos (BRASIL, 2006).

O PAISM teria então o objetivo de impulsionar uma melhor condição de vida e saúde as mulheres do Brasil, garantindo-lhes os direitos legais ao acesso a serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde (BRASIL, 2001a).

Assim o PAISM deveria abranger ações educativas, de prevenção, diagnósticos, tratamento e recuperação, compreendendo a assistência a saúde da mulher em ginecologia, pré-natal, parto e puerpério, climatério, planejamento familiar, entre outras (BRASIL, 2005).

A taxa de fecundidade no Brasil vem decaindo rapidamente no decorrer dos anos, como consequência das modificações que ocorreram na sociedade brasileira. A taxa de fecundidade total (TFT) em 1960 era de 6,3 filhos por mulher, já em 1991 era de 2,89 filhos por mulher e em 2000 passou a ser 2,39 filhos por mulher, muito próximo da taxa de reposição das gerações. A utilização de métodos

contraceptivos é uma das causas para a diminuição da taxa de fecundidade (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2000).

Os contraceptivos devem ser aliados dos casais para que o planejamento familiar seja bem sucedido, impedindo uma gravidez indesejada por meio do seu uso adequado, além de permitirem a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST's) /Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) (CARRENO et al, 2006).

A indução do aborto também é considerada uma das causas para a redução da fecundidade, todavia sua ilegalidade no Brasil torna difícil dimensionar a magnitude do mesmo (TAVARES; LEITE; TELLES, 2007).

De acordo com um recente estudo relacionado à magnitude do aborto no Brasil foi avaliado que ocorreram 1.054.242 abortos induzidos no ano 2005. As internações relacionadas a abortamento registradas no Serviço de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde é que serviram como fonte para o cálculo da estimativa. Ao número final do total de internações foi adicionado um multiplicador hipotético de que 20% das mulheres que induziram aborto foram hospitalizadas. Segundo a referida pesquisa, a maior parte dos abortos por indução ocorreu no Nordeste e Sudeste do País, aonde há uma estimativa para taxa anual do aborto induzido de 2,07 por 100 mulheres com idades entre 15 e 49 anos (BRASIL, 2008).

Assim, diante da estimativa sobre a quantidade de abortos induzidos no Brasil, surgiu a necessidade do desenvolvimento de um trabalho que busca um entendimento teórico sobre o papel do profissional enfermeiro perante o planejamento familiar e a importância do aconselhamento para a escolha adequada do método contraceptivo.

No Brasil, atualmente, a assistência ao planejamento familiar está vinculada as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo este um modelo de política pública de saúde que propõe o trabalho em equipe e em conjunto com a comunidade, através do incentivo a participação da sociedade (RIBEIRO et al, 2008).

Como o enfermeiro de saúde pública é um profissional com capacidade para desenvolver seu trabalho perante o indivíduo, família e comunidade, por meio de esclarecimentos, orientações e processo de reflexão, com o planejamento familiar, ele torna-se um profissional de extrema importância para que a mulher tome uma decisão adequada referente à contracepção (LINDER et al, 2006).

Esta pesquisa tem por relevância demonstrar o papel do enfermeiro mediante o planejamento familiar, de forma tal que a partir do aconselhamento o casal possa optar pelo melhor método de anticoncepção e prevenir gravidez indesejada e DST's/AIDS.

Diante do exposto, tem-se como objetivo identificar na literatura científica o papel do enfermeiro na orientação em anticoncepção mediante o processo de planejamento familiar, além de ressaltar a importância da assistência prestada por esse profissional a seus clientes na valorização da participação da cliente na escolha do método e esclarecer a necessidade do uso do preservativo na anticoncepção e prevenção das DST's.

O trabalho se constitui numa pesquisa bibliográfica, haja vista que foi realizada uma leitura de textos, escolha e registro de temas para a pesquisa (POLIT; HUNGLER, 1995).

Segundo Vieira e Hossne (2001) a revisão de bibliografia deve trazer um resumo da literatura especializada sobre o tema escolhido, além de demonstrar a evolução sobre os conhecimentos do tema, apontando falhas e acertos e criticando e elogiando os textos estudados.

Os artigos analisados são originados da pesquisa bibliográfica na Base de Dados Scientific Eletronic On-Line (SciELO) e também no Ministério da Saúde (MS), utilizando-se dos seguintes descritores: planejamento familiar, contraceptivos e enfermagem. Foram também consultados manuais e livros que abordavam o assunto para que se incluíssem no referencial teórico.

O critério para utilização dessa Base de Dados foi o fato da mesma concentrar um bom número de publicações em saúde em forma de artigos, teses e dissertações, contribuindo para a construção do saber.

A pesquisa bibliográfica ocorreu no período de janeiro de 2011 a setembro de 2011, a partir do levantamento de dados em periódicos com recorte temporal de 2001 a 2010, abrangendo o planejamento familiar.

Na Base de Dados foram identificados 9.866 artigos que, através da leitura do título, foram reduzidos para 180. Desses, por meio dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 42 artigos. Os critérios de inclusão foram: artigos com texto completo em português e inglês e que faziam referência aos descritores: planejamento familiar, contraceptivos e enfermagem. Como critérios de exclusão têm-se: artigos que possuíam apenas o resumo, haja vista que não

esclarecem a contento o que foi estudado, além da retirada dos artigos em línguas diferentes do português e inglês.

Para a realização da análise dos textos completos usados nesta pesquisa foi utilizada a análise temática que segundo Minayo (2008) admite um feixe de relações que pode ser apresentada graficamente por meio de uma palavra, frase e até mesmo resumo. Deste modo, para a referida autora, a análise temática fundamenta-se no descobrimento de núcleos de sentido que componham uma comunicação, cuja presença ou frequência tenha significado particular para o objetivo analítico.

Com o intuito de operacionalizar o uso da análise temática, seguiu-se o recomendado por Minayo (2008), onde a partir do referencial teórico, começou-se uma pré-análise, por meio de uma leitura flutuante dos artigos científicos, buscando-se exaustivamente a compreensão das ideias centrais dos autores dos artigos encontrados. Logo em seguida, foi organizado o Corpus, onde ocorreu o agrupamento por meio de parágrafos em conformidade com as características em comum que apresentavam.

O referido trabalho está dividido em quatro partes, onde foram abordados os seguintes tópicos: Introdução; Planejamento Familiar no Brasil: Aspectos Históricos e Conceituais; A Enfermagem frente ao Planejamento Familiar e a Prevenção de DST'S/AIDS; Resultados e Discussões, finalizando com as Considerações Finais e Referências.

2 PLANEJAMENTO FAMILIAR NO BRASIL: ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS

O planejamento familiar é considerado um componente básico da prevenção primária à saúde, que a partir de ações individuais e coletivas implantadas pelos profissionais de saúde, orientam os indivíduos que procuram os serviços de saúde, proporcionando-lhes informações necessárias para a escolha e uso dos contraceptivos de maneira efetiva e em concordância com as condições de saúde atuais. Assim, o planejamento familiar deve ser entendido como um direito básico do cidadão, devendo ser tratado como um direito sexual e reprodutivo que garanta à pessoa a possibilidade de regular sua fecundidade e ter livre decisão sobre ter ou não ter filhos (BRASIL, 2002).

A regulação da fecundidade deve ser realizada de forma a oferecer bem-estar aos indivíduos envolvidos, conforme sua autonomia, necessidades, expectativas e poder de decisão (OSIS et al, 2004). Contudo, o planejamento familiar teve este caráter, visto que nos anos 60, devido à elevação desordenada da população e a propagação da teoria neomalthusiana foram implantadas políticas para o controle da natalidade que proporcionaram a origem de programas verticais de planejamento familiar. Os referidos programas objetivavam atrair um grande número de usuárias novatas de métodos com alta eficácia, sem promover a melhoria da atenção à saúde feminina e muito menos a qualidade de vida das mesmas (COSTA; GUILHEM; SILVER, 2006).

O planejamento familiar, no Brasil, sempre causou polêmicas. No transcorrer do século passado, a discussão relacionada ao controle demográfico se mostrava exacerbada. Devido à fragilidade do MS, o planejamento familiar desenvolveu uma lacuna na instituição do Estado e beneficiou a ação de instituições de cunho controlista, que agiam desordenadamente no país. Dentre as quais se podem citar a Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil (BENFAM) e o Centro de Pesquisas de Assistência Integrada à Mulher e à Criança (CPAIMEC) que obtiveram maior importância (COSTA; GUILHEM; SILVER, 2006).

Até o final da década de 1970, as lutas realizadas em favor da saúde reprodutiva feminina se deparam com barreiras fortes, tendo destaque o autoritarismo do Estado, que não cuidava das necessidades básicas da maior parte

do povo; a hegemonia biomédica relativa à construção das representações do corpo da mulher e ao lugar social aonde a mesma se inseria; além dos programas verticais sobre planejamento familiar. Nesse período se enfatiza que as feministas encararam a ordem médica e os ditos “planejadores familiares” numa relação marcada por conflitos, já que as mesmas aclamavam por direitos sexuais e reprodutivos, mesmo o Brasil sendo considerado um país desigual socialmente, machista e de governo autoritário (MOURA; SILVA, 2004).

No Brasil, a redemocratização que ocorreu na década de 1980 significou um relevante marco no que se refere às reivindicações e conquistas das mulheres frente ao direito a saúde reprodutiva. Em 1983, o PAISM foi lançado e em 1986 regulamentado. O mesmo surgiu a partir do esforço produzido pelos profissionais de saúde, do movimento feminista e dos técnicos pertencentes ao MS, com o objetivo de preconizar ações que aumentassem à assistência a saúde feminina (BRASIL, 1984).

A partir do lançamento do PAISM, o governo brasileiro tem realizado ações referentes ao planejamento familiar através da adoção de políticas e medidas que possibilitassem o acesso da população as formas de contracepção. As primeiras ações de implantação deste programa englobaram a provisão de insumos contraceptos aos serviços públicos de saúde e o aperfeiçoamento dos profissionais responsáveis pela atenção ao planejamento familiar. No entanto, apesar destas ações ocorreu um processo de descontinuidade e reduzida efetividade, levando a avanços lentos na segunda metade dos anos 80 e por quase toda à década posterior (OSIS, et al, 2006).

O PAISM inseriu o planejamento familiar como uma de suas ações e o mesmo se tornou um direito legal ao cidadão após a sanção da Constituição Federal de 1988 que no seu artigo 226 afirma que a partir dos princípios da dignidade da pessoa humana e de uma paternidade com responsabilidade, o planejamento familiar deve ser de livre decisão do casal, tendo com atribuição ao Estado a provisão de recursos educacionais e científicos para que o referido direito seja exercido e não haja nenhuma vedação de forma intimidativa por parte de instituições oficiais e privadas (BRASIL, 1988).

Para assegurar a saúde do povo, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado. Relacionado ao planejamento familiar foi formulada a Lei Nº 9.263/96, que regularizou o direito constitucional e incluiu um conjunto de atividades voltadas para

a assistência à concepção e contracepção (TAVARES; LEITE; TELLES, 2007). A referida Lei Nº 9.263/96 é considerada uma forma de garantia às mulheres e homens a realização de cuidados preventivos e educativos, métodos e técnicas disponíveis para que os mesmos possam regular a fecundidade, seja objetivando limitar ou aumentar o número de descendentes (MOURA; SILVA, 2006).

Não obstante de toda a legislação vigente no Brasil, a quantidade reduzida de tipos de contraceptivos e a diferença que existe entre a preferência e o comportamento reprodutivo, provocam a violação do princípio de autonomia individual que valoriza uma escolha livre (TAVARES; LEITE; TELLES, 2007).

Foi acordado na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CPID), ocorrida em 1994 no Cairo, que em todos os países deveria se observar e afastar as barreiras que impedem a utilização efetiva dos serviços de planejamento familiar (TAVARES; LEITE; TELLES, 2007).

Na atualidade, o planejamento familiar é estabelecido pela Norma Operacional da Assistência de 2001 (NOAS-2001), devendo ser proporcionada por todos os municípios do Brasil, fazendo parte de uma atenção primária à saúde e realizada pelas equipes que compõem a ESF (BRASIL, 2001b).

A NOAS-2001 relata que entre as responsabilidades do município perante o planejamento familiar estão às atividades de consultas médica e de enfermagem, abastecimentos de medicamentos e contraceptivos, realização ou referência para exames de laboratório (BRASIL, 2001b).

A atenção ao planejamento familiar, realizada pelas equipes da ESF, deve ser caracterizada pela participação da comunidade, ou seja, as atividades são implantadas entre as famílias limitadas a cada equipe, e o cliente deve ter poder de decisão frente aos serviços de saúde, exprimindo suas opiniões (MOURA; SILVA, 2006).

2.1 MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS

A contracepção baseia-se no uso de qualquer método que impeça a concepção ou gestação. A mulher tem aproximadamente 40 anos de vida fértil, e no

transcorrer desses anos pode utilizar os mais diversos métodos anticoncepcionais (RICCI, 2008).

Os métodos anticoncepcionais são medicamentos, maneiras, objetos e cirurgias empregadas pelos indivíduos para que se evite uma gravidez. Há métodos femininos e masculinos. Além daqueles reversíveis, que um indivíduo pode parar seu uso e voltar a possuir a capacidade de engravidar; e os irreversíveis, que após usá-los a pessoa não poderá mais engravidar - ligadura tubária e vasectomia (BRASIL, 2009).

O método considerado mais adequado deve ser escolhido pelo casal com a finalidade de satisfazer sua necessidade de contracepção, que é diferente em cada fase da vida e depende de sua fisiologia e saúde. Deste modo os profissionais da enfermagem devem orientar e auxiliar os casais no transcorrer desse processo de seleção (RICCI, 2008).

Atualmente, muitas mulheres têm o desejo de postergar a gravidez, além de prevenir as DST's. Contudo, existem muitos métodos e essas mulheres consideram como ideal aquele que seja fácil de usar, seguro, efetivo, com efeitos colaterais reduzidos, "natural", não-hormonal e com uma reversibilidade imediata (RICCI, 2008).

2.1.1 Coito interrompido

No coito interrompido, o homem deve ter domínio sobre sua ejaculação no transcurso da relação sexual e ejacular externamente à vagina. É um dos métodos mais antigos do mundo que se emprega na prevenção de uma gravidez. O dilema no uso deste método é que as primeiras gotas da ejaculação considerada verdadeira apresentam uma maior concentração de espermatozóides e, se uma pequena quantidade do líquido pré-ejaculatório soltar-se da uretra antes que ocorra o orgasmo, pode ocorrer gestação (RICCI, 2008).

2.1.2 Dispositivos intra-uterinos (DIUs)

Os DIUs são pequenos artefatos de plástico em forma de T, podendo ser recobertos com cobre ou conter hormônios, devendo ser introduzidos no útero, como maneira de oferecer a contracepção (RICCI, 2008).

O DIU oferece contracepção, pois torna o endométrio adverso à implantação de um óvulo fertilizado, já que promove uma reação inflamatória inespecífica (RICCI, 2008). Outra reação provocada pelo dispositivo é a elevação da contratilidade do útero, complicando o encontro do espermatozóide com o óvulo. No caso dos DIUs com cobre, o referido metal age como um espermicida (BRASIL, 2003).

A introdução do DIU é considerada simples e rápida, não necessitando de anestesia, contudo deve ser realizada em consultório de forma asséptica e por um profissional com competência. A mulher deve estar menstruada, haja vista que é uma garantia de que a mesma não está gestante e há a facilitação da inserção do artefato já que o canal cervical encontra-se mais permeável. Após a colocação do DIU orientar a mulher quanto à verificação dos fios do DIU no canal da vagina (BRASIL, 2003).

De acordo com o MS é aconselhado que depois de inserido o DIU a mulher deve retornar ao serviço de saúde para revisões após uma semana, um mês, três meses, seis meses e 12 meses. Após 12 meses as revisões devem ser anuais conjuntamente com a realização de um exame de papanicolau (BRASIL, 2003).

Caso a mulher queira engravidar, sua fertilidade retornará logo após a retirada do DIU (BRASIL, 2009).

Quanto à validade desse dispositivo, a mesma depende de cada fabricante. O DIU disponível nos serviços públicos de saúde denominado TCu tem uma validade de 3 a 7 anos (BRASIL, 2009).

2.1.3 Métodos comportamentais

Os denominados métodos comportamentais ou métodos de abstinência periódica são aqueles que envolvem alterações da vida sexual de um casal relativamente à necessidade de fases de abstinência sexual (ALMEIDA; COSTA, 2007). São considerados métodos naturais visto que não requerem a utilização de hormônios, composições farmacêuticas, barreiras físicas e cirúrgicas para impedir uma gestação. Para o uso desses métodos se faz necessário que o casal participe intensamente na prevenção da gravidez a partir de seus comportamentos sexuais (RICCI, 2008).

Na década de 1930, os pesquisadores Ogino e Knaus, a partir de pesquisas correlacionaram a fertilidade com a menstruação, onde evidenciaram que a ovulação acontecia entre os períodos do sangramento menstrual. Foi a partir do referido estudo que os pesquisadores instituíram maneiras para delimitação dos dias férteis e inférteis de uma mulher (ALMEIDA; COSTA, 2007).

Os ditos métodos naturais ou de abstinência periódica consistem no uso de técnicas para que se evite a prenhez e se fundamentam na auto-observação de sinais ou sintomas que acontecem com a fisiologia do organismo feminino, no decorrer do ciclo menstrual, além do conhecimento sobre a estrutura e funcionamento dos sistemas reprodutivos da mulher e do homem, e deste modo ajudam na identificação do período fértil (BRASIL, 2003).

Aqueles casais que querem ter filhos devem ter relações sexuais nos dias considerados férteis e os que não os quer ter, abster-se das relações sexuais no decorrer desses dias ou fazer uso de outro método contraceptivo (BRASIL, 2003).

O homem é considerado fértil desde quando se dá início a produção de espermatozóides, na fase da puberdade. O espermatozóide tem como capacidade fertilização de 3 a 5 dias dentro do corpo da mulher. Enquanto o óvulo tem como potencial de fertilização de até 24 horas da pós-ovulação. Deste modo, o período considerado fértil varia entre 3 a 5 dias antes até 1 dia após a ovulação (ALMEIDA; COSTA, 2007).

As modificações do muco cervical e da temperatura basal do corpo feminino são sinais que indicam um período de fertilidade, contudo não indicam o dia exato da ovulação (ALMEIDA; COSTA, 2007).

As taxas de falhas dos métodos de abstinência periódica variam entre 3 a 25 gestações para um número de 100 mulheres, em primeiro ano de uso do método, sendo influenciadas pelo longo tempo de abstinência sexual e de condições clínicas que perturbam o ciclo da menstruação (ALMEIDA; COSTA, 2007).

2.1.3.1 Método do muco cervical ou método de Billings

O casal de médicos australianos, Jonh e Evelyn Billings, no ano de 1964, determinaram o período fértil do ciclo menstrual a partir das modificações no muco cervical no decorrer do ciclo, estabelecidas pelo hormônio estrógeno (ALMEIDA; COSTA, 2007).

A produção do muco cervical ocorre no colo do útero, e esse muco tem a função de umidificar e lubrificar a vagina e durante o ciclo menstrual sua quantidade e aspectos sofrem modificações (BRASIL, 2003).

A eficiência desse método é influenciada pela utilização correta e cooperação do casal que não deve ter relação sexual com penetração na vagina no transcorrer do período fértil. Desta forma, é um método que exige disciplina e conhecimento sobre o funcionamento do corpo (BRASIL, 2009).

Nos dias que antecedem a ovulação, o muco cervical fértil auxilia na sobrevivência e no direcionamento dos espermatozóides para as tubas uterinas aonde ocorre a fertilização. À proporção que a ovulação está próxima, o muco tende a ficar abundante, transparente, escorregadio, liso e elástico, podendo ser esticado sem se romper. Devido à influência do hormônio estrógeno o mesmo torna-se semelhante à clara de ovo. Em seguida à ovulação, o muco cervical torna-se denso e seco influenciado pela progesterona (RICCI, 2008).

Deve-se também analisar a posição da cérvix, que no período ovulatório está amolecida e alta- profunda na vagina; o orifício da cérvix encontra-se levemente aberto e com muco volumoso e escorregadio (RICCI, 2008).

Aquele casal que não deseja uma gravidez deve evitar ter relações sexuais com penetração vaginal naqueles dias em que o muco parecer com a clara de ovo e até o quarto dia após o desaparecimento do mesmo. Vale salientar que o

referido método não é adequado após o parto ou no decorrer da amamentação e até mesmo quando a mulher estiver com febre ou corrimento vaginal (BRASIL, 2009).

2.1.3.2 Método do calendário, ritmo, ogino-knaus ou tabelinha

Para se fazer uso deste método se faz necessário identificar a duração de cerca de 6 a 12 ciclos menstruais anteriores para que se possa presumir que os ciclos posteriores sejam semelhantes (RICCI, 2008).

A eficácia da tabelinha depende de sua utilização correta e colaboração de ambos os parceiros, requerendo disciplina e observação sobre o funcionamento do próprio corpo. É importante relatar que a tabelinha é individual e que cada mulher deve fazer a sua (BRASIL, 2009).

Este método só deve ser utilizado por mulheres que possuem o ciclo menstrual regular, por isso a relevância da identificação e anotação de cerca de 6 a 12 ciclos, onde o primeiro dia do ciclo é o primeiro dia da menstruação. Após anotar estes ciclos, contar e tomar nota da duração de cada um deles. Fazer a seleção do maior e menor ciclo. Caso a diferença entre os mesmos for igual ou maior a 10 dias, o ciclo é considerado irregular e o método não deve ser utilizado. Já se essa diferença for menor que 10 dias, os ciclos são julgados regulares e a tabelinha poderá ser usada (BRASIL, 2003).

O período fértil provável pode ser calculado subtraindo-se 18 dias do ciclo considerado mais curto e obtendo-se o dia inicial do período fértil. Já para se encontrar o último dia da fase fértil, subtrai-se 11 dias da duração do ciclo maior (RICCI, 2008).

Após a identificação da fase fértil, o casal que não deseja uma gestação não deve ter relação sexual com penetração ou ejaculação próxima a entrada da vagina ou caso a tenha deve utilizar algum outro método (BRASIL, 2003).

O método Ogino-Knaus não deve ser utilizado após o parto ou durante a amamentação, ou por adolescentes e mulheres em pré-menopausa (BRASIL, 2009). É importante salientar que mesmo após ocorrer definição da fase fértil há a necessidade da continuidade da anotação dos ciclos haja vista que podem ocorrer alterações no tamanho do ciclo, promovendo a modificação deste período, além do

surgimento inesperado de uma irregularidade por uma motivação clínica que contra-indique a continuação do uso da tabela (BRASIL, 2003).

Também é de fundamental importância que o enfermeiro participe da construção da tabela conjuntamente com o casal, refazendo os cálculos se necessário, até que o casal esteja seguro. E deve haver o retorno à unidade do casal dentro de um mês e, depois, de seis em seis meses (BRASIL, 2003).

2.1.3.3 Método da temperatura basal

A temperatura mais baixa encontrada após o repouso é denominada Temperatura Corporal Basal (TCB) (ALMEIDA; COSTA, 2007). Este método possibilita estabelecer a fase fértil a partir das oscilações da temperatura que ocorrem no decorrer do ciclo menstrual, com o corpo em repouso (BRASIL, 2003).

Este método fundamenta-se no efeito termogênico da progesterona. Deste modo, após ocorrer a ovulação, a TCB pode aumentar cerca de 0,2 a 0,6° C e continuar elevada até o princípio da próxima menstruação (ALMEIDA; COSTA, 2007). Assim as temperaturas pré-ovulação são anuladas pelo estrogênio, enquanto que as temperaturas na pós-ovulação são aumentadas pela progesterona, que induz o calor (RICCI, 2008).

A verificação da TCB pode ser realizada por via oral durante cinco minutos, por via retal e vaginal durante três minutos, e sempre da mesma forma e no mesmo horário. A verificação deve ocorrer de manhã há pelo menos cinco horas de sono sem interrupção e antes que a mulher se levante ou faça qualquer outra atividade, visto que pode ocorrer elevação da TCB (ALMEIDA; COSTA, 2007).

Deve-se assinalar a temperatura diariamente em um papel quadriculado comum, de forma que as linhas horizontais indiquem as temperaturas, e as verticais, os dias dos ciclos. Depois de marcado, devem-se conectar os pontos formando uma linha que sai do primeiro ponto ao segundo, do segundo ao terceiro e assim sucessivamente (BRASIL, 2003).

Ao identificar a persistência de uma temperatura aumentada por três dias, sabe-se que é o período esperado de ovulação. Esse aumento varia de 0,2 a 0,6° C. E a diferença de no mínimo 0,2° C entre a última temperatura baixa e as três

temperaturas elevadas há indicação que a ovulação já ocorreu e essa temperatura permanecerá alta até que ocorra a próxima menstruação (BRASIL, 2003).

A fase fértil acaba na manhã do terceiro dia após a observação da elevação da temperatura, devendo assim não ocorrer relação sexual com penetração, no decorrer da primeira fase do ciclo menstrual até o dia referido (BRASIL, 2003). Depois de três meses do uso deste método, pode-se prever a data de ovulação e assim, abster-se sexualmente num período de 4 a 5 dias da previsão da ovulação até a manhã do terceiro dia de temperatura elevada (BRASIL, 2003).

Caso ocorra algum fator que possa a vir alterar a temperatura, tais como perturbações no sono, perturbações emocionais entre outros se devem anotar os mesmos no gráfico (BRASIL, 2003).

A utilização deste método é contra-indicada para mulheres com irregularidades menstruais, amenorréia, estresse, com sono irregular ou interrompido (BRASIL, 2003).

2.1.3.4 Método sintotérmico

Este método é fundamentado na associação de técnicas que identifiquem a ovulação, incluindo a TCB, as variações do muco cervical, as modificações da posição e consistência da cérvix e outros sintomas da ovulação, tais como: libido elevada, mittelschmerz (dor no meio do ciclo), sensação de plenitude ou sensibilização da pelve e aumento da sensibilidade mamária (RICCI, 2008).

A observação associada dessas alterações proporciona maior precisão, confiabilidade e efetividade relativamente ao período fértil (BRASIL, 2003).

2.1.3.5 Método do colar

Constitui-se em estimar a fase de fertilidade da mulher por meio do uso de um colar com contas coloridas, onde as primeiras sete contas indicam o período

de infertilidade; as 12 contas subseqüentes indicam à fase fértil e as contas posteriores a segunda fase do período infértil. É considerada uma tabelinha simples. Neste método também se faz necessário a observação ao menos de seis ciclos anteriores e deve ser utilizado por mulheres que possuam um ciclo que varia de 26-32 dias. Deve ocorrer abstinência sexual entre o 8º e 19º dias do ciclo (ALMEIDA; COSTA, 2007).

2.1.4 Métodos de barreira

Os métodos contraceptivos conhecidos como de barreiras são aqueles que previnem a gestação por impedirem que ocorra interação entre o óvulo e o espermatozóide (ALMEIDA; COSTA, 2007).

As barreiras mecânicas abrangem preservativos, diafragmas e capuzes cervicais. Os mesmos devem ser utilizados sobre o pênis ou a cérvix para impedir que os espermatozóides passem pelo colo do útero. Os espermicidas são barreiras químicas colocadas junto com as barreiras mecânicas e servem para destruir quimicamente os espermatozóides na vagina (RICCI, 2008).

A denominação métodos de barreira é utilizada não apenas por ser uma barreira física contra os espermatozóides como também uma proteção contra as DST's (RICCI, 2008).

2.1.4.1 Preservativo masculino, camisinha masculina ou condom masculino

O preservativo masculino também conhecido como camisinha ou condom, é uma capa fina de látex, contudo bastante resistente e descartável que cobre plenamente o pênis no decorrer da relação sexual, evitando a gravidez por não permitir que os espermatozóides adentrem no canal vaginal, já que retém o sêmen ejaculado (BRASIL, 2003).

A camisinha resguarda contra as DST's/AIDS, devendo seu uso ser estimulado para todas as relações sexuais, antes que haja contato do pênis com a vagina, ânus e até mesmo boca (BRASIL, 2009).

Vários estudos têm comprovado que o preservativo masculino é efetivo na prevenção da transmissão das DST's/AIDS. De acordo com o Ministério da Saúde, alguns experimentos aprovaram a impermeabilidade dos condons masculinos (ALMEIDA; COSTA, 2007).

O profissional enfermeiro deve estimular a análise e identificação dos riscos de transmissão das DST's/AIDS e da vulnerabilidade a que o cliente esteja exposto nos contextos individual e social (ALMEIDA; COSTA, 2007).

O condom deve ser colocado anteriormente a qualquer contato genital, tomando-se cuidado com a abertura da embalagem, que não deve ser realizada com os dentes, unhas ou materiais cortantes (ALMEIDA; COSTA, 2007).

Deve-se pôr o preservativo com o pênis ereto ainda enrolado, segurando a ponta fechada, para que se retire o ar do preservativo e deixe espaço para armazenagem do sêmen ejaculado. Depois desenrolar o condom até a base do pênis (ALMEIDA; COSTA, 2007).

Após a ejaculação, o pênis deve ser removido ainda ereto da vagina, pressionando-se as bordas da camisinha para que o sêmen não transborde ou até mesmo o condom se solte e permaneça na vagina e depois descartar o preservativo numa lixeira (BRASIL, 2003).

Para manter a eficiência dos condons, alguns cuidados devem ser tomados, tais como: guardá-los em local fresco e seco; observar a data de validade; examinar a presença de ar na embalagem; analisar a coloração, textura e cheiro da camisinha; ter cuidado na hora da colocação; não fazer uso da camisinha conjuntamente com lubrificantes oleosos ou até mesmo com outra camisinha (BRASIL, 2009).

Em casos de ruptura do preservativo antes da ejaculação o mesmo deve ser trocado por um novo e se observada ruptura após a ejaculação procurar orientação médica quanto ao uso da pílula de emergência e informações sobre DST's/AIDS (ALMEIDA; COSTA, 2007).

2.1.4.2 Preservativo feminino, camisinha feminina ou condom feminino

Confeccionado de poliuretano, o condom feminino possui a forma de saco, com cerca de 25 cm de comprimento, apresenta dois anéis flexíveis, sendo um em cada extremidade (BRASIL, 2003). Um dos anéis se encontra desprendido na extremidade fechada da camisinha, servindo para auxiliar na sua introdução e fixação ao colo do útero. Já o outro anel é fixo na extremidade aberta do condom, representando um reforço na prevenção contra DST's/AIDS e contra a gravidez, visto que recobre parte da vulva (ALMEIDA; COSTA, 2007).

Apesar de estudos clínicos referentes à eficácia na prevenção das DST's/AIDS ainda estarem sendo realizadas, a experiência que se acumula sobre sua aceitabilidade e eficácia é suficiente para que se recomende seu uso e comercialização (ALMEIDA; COSTA, 2007).

A camisinha feminina promove uma maior autonomia à mulher em relação ao seu corpo e vida sexual, visto que existe ainda muita dificuldade na negociação do uso do preservativo masculino com o parceiro (BRASIL, 2009).

Para fazer uso da camisinha feminina deve-se fazer a verificação da data de validade e observar se a embalagem está fechada e seca e depois abrir a embalagem pela extremidade indicada com uma seta. Deve-se ainda esfregar delicadamente o condom feminino certificando-se que o mesmo está totalmente lubrificado (BRASIL, 2009).

O preservativo feminino deve ser posto no momento da relação ou até algumas horas antes de qualquer contato sexual. A mulher deve achar uma posição mais confortável, seja deitada de dorso com as pernas dobradas, de cócoras, em pé, com uma das pernas apoiada sobre uma cadeira e até mesmo sentada com os joelhos afastados (BRASIL, 2009).

Após escolher a posição mais confortável, deve-se com os dedos polegar e médio comprimir o anel menor do preservativo feminino pelo meio, formando um oito e introduzi-lo profundamente na vagina e empurrar com o indicador até que se sinta o colo uterino. Já o anel maior deve ficar bem posicionado por fora da vagina, recobrindo os pequenos lábios e uma parte dos grandes lábios. No decorrer da penetração, deve-se observar se o pênis foi realmente inserido dentro do condom feminino. Não necessariamente após a ejaculação a camisinha necessita ser

retirada, contudo deve-se ter cuidado ao ficar de pé ou em posições que tornem fácil o extravasamento do sêmen. Para retirada da camisinha feminina, deve-se torcer o anel maior e depois puxar delicadamente e jogá-la no lixo (ALMEIDA; COSTA, 2007).

É importante salientar que o preservativo feminino é descartável e não deve ser utilizado simultaneamente com o preservativo masculino (BRASIL, 2009).

Caso ocorra ruptura do preservativo feminino antes da ejaculação o mesmo deve ser substituído. Se a ruptura ocorrer após a ejaculação, o casal deve procurar orientação médica para fazer uso da pílula de emergência e adquirir informações sobre DST's/AIDS (ALMEIDA; COSTA, 2007).

2.1.4.3 Espermicidas ou espermaticidas

Os espermicidas são produtos químicos que devem ser colocados no canal vaginal, anteriormente a relação sexual. Os mesmos proporcionam a formação de uma película que cobre o canal vaginal e o colo uterino, não permitindo que os espermatozóides penetrem no canal cervical, onde através da ação bioquímica os espermatozóides são imobilizados e destruídos, não permitindo a gravidez (BRASIL, 2003).

Os espermaticidas são fabricados sobre várias formas, tais como: creme, geléia, filme, espuma, óvulos, supositório ou tablete (ALMEIDA; COSTA, 2007).

Para utilização correta do espermicida a paciente deve ser orientada sobre a inserção do mesmo de forma profunda na vagina, próximo ao colo do útero e que o tempo de espera de sua ação varia com o fabricante. No caso de espermaticidas em forma de cremes, geléias e espumas devem-se utilizar um aplicador para sua inserção. Já no caso de filmes, tabletes, supositórios e óvulos a inserção deve ser manual e com as mãos limpas (ALMEIDA; COSTA, 2007).

Deve-se aconselhar a paciente a adicionar nova quantidade de espermicida após cada ejaculação e se ultrapassar o período de segurança do mesmo. É também importante orientá-la a evitar a realização de duchas vaginais por pelo menos oito horas após a relação e ainda que para que o espermicida seja mais

eficiente se faz necessário a utilização do mesmo em combinação com outro método de barreira (BRASIL, 2009).

Este método é contra-indicado para aquelas mulheres que apresentam alto risco para gestação (BRASIL, 2003).

2.1.4.4 Diafragma

O diafragma é um dispositivo feito de látex macio, cercado por uma mola de metal. Deve ser usado com gel ou espermicida, sendo inserido na vagina com o objetivo de recobrir a cérvix, impedindo a entrada de espermatozóides para o útero (RICCI, 2008).

Há diafragmas dos mais diversos tamanhos, se fazendo então necessário que um profissional da saúde faça a medição para que se determine o tamanho mais adequado para cada paciente (BRASIL, 2009).

O diafragma pode ser introduzido até quatro horas antes do ato sexual, contudo só pode ser retirado do canal vaginal após seis horas da relação sexual, tempo este suficiente para que os espermatozóides que ficaram na vagina morram (RICCI, 2008).

Anteriormente a inserção do diafragma a paciente deve observar se o mesmo possui falhas e colocar espermicida ao redor da borda e internamente ao mesmo (ALMEIDA; COSTA, 2007).

Para introduzi-lo deve ser escolhida uma posição confortável, pegar o diafragma pela borda comprimi-lo ao meio de maneira a formar um oito e inserir na vagina profundamente. Logo após, realizar um toque vaginal para analisar se está recobrindo todo o colo. Caso esteja mal posicionado o mesmo deve ser retirado e recolocado (BRASIL, 2003). A remoção do diafragma deve ser realizada com o indicador em forma de gancho, prendendo a borda posterior e o retirando delicadamente (ALMEIDA; COSTA, 2007). Depois de retirado o diafragma deve ser lavado com água e sabão neutro, seco com pano macio e guardado em um estojo num local fresco sem que haja exposição à luz solar (BRASIL, 2009).

Esse dispositivo deve ser trocado a cada dois anos e pode haver a necessidade de adaptação do tamanho do mesmo após ganho ou perda de peso, após um parto a termo, aborto e cirurgias perineais (RICCI, 2008).

Seu uso é contra-indicado para mulheres que nunca tiveram um ato sexual, com configuração anormal do canal da vagina, prolapso de útero, cistocele e/ou retocele acentuada, anteversão ou retroversão do útero, fístulas na vagina, tônus muscular vaginal ruim, cervicites e outras doenças que acometem o útero (BRASIL, 2003).

2.1.4.5 Capuz cervical

É um dispositivo menor que o diafragma que deve cobrir a cérvix, sendo conservado no lugar por aspiração. São fabricados em borracha e utilizados conjuntamente com espermaticida. É comercializado apenas com receita médica e deve ser ajustado por um ginecologista (RICCI, 2008).

Deve ser colocado até 24 horas anteriormente ao ato sexual, conferindo proteção no decorrer de 48 horas. Sua cúpula deve ser coberta em aproximadamente um terço de espermicida, não devendo o mesmo ser colocado na borda do capuz, visto que pode impedir a adesão do dispositivo na cérvix (RICCI, 2008).

2.1.5 Métodos hormonais

Há disponíveis diversos métodos hormonais para aquelas mulheres que querem se proteger de forma prolongada, mas não permanente contra a gravidez (RICCI, 2008).

São métodos contraceptivos com base hormonal sintética ou natural que agem alterando a ovulação, a espessura do muco cervical e/ou do endométrio (ALMEIDA; COSTA, 2007).

Os métodos hormonais englobam: pílulas combinadas, pílulas de progesterona isolada, injetáveis combinados, injetáveis de progestógeno isolado, implante subdérmico, adesivo e anel vaginal (ALMEIDA; COSTA, 2007).

2.1.5.1 Pílulas combinadas

São pílulas que possuem pequenas quantidades de dois hormônios - um progestógeno e um estrógeno semelhantes aos hormônios naturais progesterona e estrogênio- que fazem parte do corpo da mulher (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2007).

Agem contraceptivamente através da inibição da ovulação, promove alterações no muco cervical tornando difícil a migração dos espermatozóides, alteram o endométrio dificultando a nidação e modificam a motilidade das trompas dificultando a captação do óvulo (BRASIL, 2003).

As mulheres que fazem uso desse tipo de método relatam alguns efeitos colaterais, tais como: menstruação em menor quantidade e em menos dias, menstruação irregular, menstruação ocasional, ausência de menstruação, cefaléia, náuseas, vômitos, sensibilidade mamária, modificações do peso e humor, acne (melhora ou piora) e até mesmo aumento da pressão arterial (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2007).

As pílulas combinadas podem ser utilizadas por mulheres em qualquer idade, a partir da menarca, desde que não possuam nenhuma contra-indicação para sua utilização (BRASIL, 2009). Mulheres que estão menstruando devem iniciar o uso desse método até o quinto dia do ciclo menstrual; a mulheres em amenorréia devem iniciá-lo em qualquer dia do ciclo desde que tenha a certeza de não estarem grávidas; as mulheres que sofreram aborto devem começar o uso imediatamente; aquelas em pós-parto, contudo sem estar amamentando e menstruando devem tomá-lo após 21 dias tendo a certeza de não estarem gestantes; já aquela em pós-parto, sem amamentarem e menstruando devem iniciar até o quinto dia do ciclo menstrual; e as aquelas em pós-parto e em aleitamento materno não devem utilizar esse método (ALMEIDA; COSTA, 2007).

As pílulas deverão ser tomadas de preferência no mesmo horário em concordância com a rotina da mulher. No caso das cartelas de pílulas com 21 comprimidos, após o uso dos mesmos parar por sete dias e no oitavo reiniciar uma nova cartela. Já naqueles com 22 comprimidos o intervalo de pausa deve ser de seis dias. Nas preparações comerciais com 24 comprimidos, o intervalo de pausa se reduz há quatro dias. E naquelas com 28 comprimidos a utilização é contínua (ALMEIDA; COSTA, 2007).

Se a mulher esquecer-se de ingerir um comprimido, deverá tomá-lo assim que lembrar, conjuntamente com a pílula do dia e no horário rotineiro. Caso se esqueça de tomar por dois dias consecutivos, tomar um comprimido assim que lembrar dando continuidade na cartela e fazer uso de um método contraceptivo de barreira (BRASIL, 2003).

2.1.5.2 Pílulas de progestágeno (Minipílula)

São pílulas que possuem doses muito pequenas de um progestógeno parecido com o hormônio progesterona. Por não conter estrógeno pode ser utilizado por mulheres no decorrer da amamentação e por aquelas com contra-indicação ao uso de estrógeno. São também denominadas de minipílulas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2007).

Seu mecanismo de ação é caracterizado pelo espessamento do muco cervical impedindo que os espermatozóides cheguem até o óvulo e pela pausa do ciclo menstrual o que impede ovulação (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2007).

Seus efeitos colaterais incluem: aumento de peso, náusea, acne, sensibilidade nas mamas e dor de cabeça (ALMEIDA; COSTA, 2007).

O uso da minipílula deve ser iniciado em mulheres que estão menstruando até o quinto dia do ciclo ou em qualquer fase do ciclo desde que não haja suspeita de gravidez; no caso de mulheres em amenorréia recomenda-se iniciar em qualquer fase do ciclo se não houver suspeita de gestação; em mulheres puérperas, amamentando e em amenorréia deve ser iniciado em qualquer dia do ciclo, entre seis semanas e seis meses após o parto; em puérperas menstruando e

com mais de seis semanas de pós-parto deve-se seguir as mesmas recomendações que aquelas que menstruam; já em mulheres em pós-parto, sem amamentar e com menos de 21 dias do pós-parto o método deve ser iniciado a qualquer momento; naquela em pós-parto, sem amamentar e com mais de 21 dias de pós-parto e em amenorréia iniciar a qualquer momento, desde que seja descartada possível gravidez; em mulheres em pós-parto, sem amamentar e menstruando o início segue as orientações daquelas mulheres que estão menstruando; e por fim naquelas que sofreram aborto o início do uso deve ser imediato (ALMEIDA; COSTA, 2007).

O comprimido deve ser ingerido diariamente e preferencialmente no mesmo horário. Ao terminar uma cartela, recomeçar outra, sem interrupção. Se porventura a mulher vier a esquecer de tomar algum comprimido as recomendações são as mesmas que nas pílulas combinadas (BRASIL, 2003).

2.1.5.3 Injetáveis combinados (Injetável mensal)

As injeções combinadas são produtos que contêm estrógeno de ação curta conjuntamente com progestágeno de ação longa. Também são conhecidas como injeções mensais. Funcionam inibindo a liberação de óvulos pelos ovários (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2007).

Os efeitos colaterais mais comumente relatados estão relacionados às alterações do padrão menstrual. Outros relatos incluem cefaléia, náuseas, mastalgia e aumento do peso (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2007).

Seu uso deve ser iniciado entre o primeiro e sétimo dia do ciclo menstrual, contudo preferencialmente no primeiro dia. As injeções seguintes devem ser aplicadas a cada 30 dias, com uma flexibilidade de sete dias antes ou após a data prevista (ALMEIDA; COSTA, 2007).

Caso a aplicação ultrapasse sete dias, a injeção só poderá ser aplicada se for descartada gravidez e a paciente deve abster-se sexualmente ou usar um método de barreira no decorrer de sete dias após a aplicação (ALMEIDA; COSTA, 2007). A aplicação deve ser com uso de técnica antisséptica, por via intramuscular profunda em regiões do glúteo e deltóide e de forma lenta (ALMEIDA; COSTA, 2007).

2.1.5.4 Injeção de progestágeno (Injeção trimestral)

Os métodos contraceptivos injetáveis de aplicação trimestral são compostos por progestágeno semelhante ao hormônio natural progesterona. Não possui estrógeno em sua composição, podendo ser assim utilizados no decorrer do período de amamentação e por aquelas mulheres que não podem fazer uso de estrógeno (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2007).

Agem inibindo a ovulação, além de provocar alterações no muco cervical e no endométrio (ALMEIDA; COSTA, 2007).

Os principais efeitos colaterais são: modificações no padrão menstrual, cefaléia, aumento do peso, diminuição do desejo sexual, tontura, alterações do humor e perda de densidade óssea (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2007).

A primeira injeção deve ter aplicação entre o primeiro e sétimo dia do ciclo menstrual e as seguintes a cada três meses, com flexibilidade de até 15 dias antes ou após a data prevista. Caso ultrapasse a flexibilidade poderá ser aplicada se a paciente não estiver grávida, devendo a mesma ter abstinência sexual ou usar um método de barreira no decorrer de sete dias da pós-aplicação (ALMEIDA; COSTA, 2007).

A aplicação deve ocorrer com uso de técnica antisséptica, por via intramuscular profunda no glúteo ou músculo deltóide, de forma lenta e sem massagem local (ALMEIDA; COSTA, 2007).

2.1.5.5 Anel vaginal

É um método contraceptivo que consiste num anel transparente, com aspecto amolecido e flexível introduzido pela paciente por um período de três semanas de uso contínuo, seguido de uma semana sem o uso do anel, período este necessário para que ocorra a menstruação (RICCI, 2008).

O anel vaginal contém dois hormônios, um progestógeno e um estrógeno, similares aos hormônios naturais progesterona e estrógeno existentes no corpo feminino. Os hormônios ao serem liberados pelo anel são absorvidos pela pele da

vagina e vão diretamente para a corrente sanguínea. Os referidos hormônios agem inibindo a ovulação e promovendo o espessamento do muco cervical o que dificulta a chegada dos espermatozóides até o óvulo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2007).

Pode provocar cefaléia, aumento de peso, náusea, mastalgia, diminuição do desejo sexual, secreção vaginal, expulsão do anel, sensação de corpo estranho e desconforto no decorrer do ato sexual (ALMEIDA; COSTA, 2007).

O anel pode ser inserido pela própria paciente, onde após a lavagem de mãos a paciente deve comprimir o anel ao meio e introduzi-lo na vagina, por trás do osso púbico. Contudo, sua posição não interfere na eficácia, haja vista que o mesmo age pela absorção vaginal dos hormônios. Para remover, basta inserir o dedo na vagina, localizar o anel e retirá-lo (RICCI, 2008).

2.1.5.6 Adesivo anticoncepcional

É um pequeno e fino quadrado de plástico com flexibilidade que deve ser colocado em contato com o corpo. Desprende continuamente dois hormônios, um progestógeno e um estrógeno, da pele diretamente na corrente sanguínea (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2007).

Age impedindo a ovulação, além de provocar o espessamento do muco cervical que dificulta a movimentação dos espermatozóides e modificar a motilidade da tuba uterina e do endométrio (ALMEIDA; COSTA, 2007).

Seu uso pode provocar cefaléia, aumento de peso, náusea, sensibilidade das mamas, redução do desejo sexual, irritação da pele no local de sua aplicação, dor no abdômen, sintomas de gripe ou infecção das vias aéreas superiores e irritação, vermelhidão ou inflamação da vagina (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2007).

O adesivo deve ser aplicado semanalmente no decorrer de três semanas e uma semana de pausa, em áreas como nádegas, abdômen, parte superior externa do braço ou parte superior do dorso, estando a pele do local limpa e seca (RICCI, 2008).

Ao se aplicar o método deve-se pressioná-lo por dez segundos até que o mesmo fique bem aderido à pele. Deve-se observar diariamente se o adesivo continua na pele (ALMEIDA; COSTA, 2007).

As embalagens possuem três adesivos, onde cada adesivo deve permanecer na pele por sete dias, ser retirado e descartado, e aplicado outro adesivo. Após usar os três adesivos dar uma pausa de sete dias, os quais irão ocorrer à menstruação (ALMEIDA; COSTA, 2007).

É válido salientar que atividades físicas, tais como exercícios, banho, natação e sauna não promovem o descolamento do adesivo e muito menos alterações nos níveis de hormônios séricos (ALMEIDA; COSTA, 2007).

2.1.5.7 Implante subdérmico

São pequenas cápsulas ou hastes de plástico que desprendem uma progestina sintética idêntica à progesterona, de longa duração (RICCI, 2008).

Sua principal ação é a inibição da ovulação, que é mantido no decorrer de três anos de uso do implante. Também age sobre o muco cervical causando seu espessamento e diminui a espessura do endométrio. Após uma semana de retirada do implante já pode ser constatado a volta da fertilidade (ALMEIDA; COSTA, 2007).

Tem como efeitos colaterais oligomenorréia, amenorréia, mastalgia, ganho de peso, náuseas, irritação, acne e redução do desejo sexual (ALMEIDA; COSTA, 2007).

Sua inserção deve ser realizada por um profissional devidamente capacitado para esta finalidade, através de um pequeno procedimento cirúrgico. O implante deve ser introduzido na face interna do antebraço, aproximadamente seis a oito cm acima da dobra do cotovelo no sulco entre o bíceps e o tríceps. Deve ser utilizada anestesia local para sua implantação e após realizar um curativo estéril para que se evitem escoriações (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2007).

2.1.5.8 Anticoncepção de emergência

Esse método contraceptivo diminui os riscos de gestação depois de uma relação sexual sem proteção ou falha na contracepção, devendo ser utilizado até 72 horas após a referida relação, haja vista que é o período que comumente ocorre à fecundação (RICCI, 2008).

É uma pílula constituída somente de progestógeno ou progestógeno mais estrógeno agindo sobre a ovulação, de maneira a interrompê-la ou retardá-la (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2007).

Seus efeitos colaterais são náuseas, vômitos, dores mamárias, dores de cabeça e retenção de líquido que duram por até 24 horas da pós-ingestão da pílula (ALMEIDA; COSTA, 2007).

2.1.6 Método da amenorréia da lactação (LAM)

É uma forma de planejamento familiar provisória que se baseia no efeito natural da amamentação sobre a fertilidade. Para que seja utilizada devem-se seguir três condições: a menstruação da puérpera não deve ter retornado, o bebê deve estar em aleitamento materno exclusivo e o bebê deve possuir menos de seis meses (BRASIL, 2009).

Seu mecanismo de ação é iniciado ao ocorrer a sucção do mamilo pelo recém-nascido, ocorrendo o envio de impulsos ao hipotálamo que estimula a liberação de prolactina e ocitocina pela hipófise e assim inibição das gonadotrofinas hipofisárias (FSH - hormônio folículo estimulante e LH - hormônio luteinizante). A inibição das gonadotrofinas hipofisárias tem como consequência a supressão do ciclo ovariano e assim inibe a ovulação. Após seis meses do parto este bloqueio das gonadotrofinas hipofisárias diminui e o ciclo da ovulação das mulheres retorna ao normal (ALMEIDA; COSTA, 2007).

2.1.7 Anticoncepção cirúrgica

A anticoncepção cirúrgica é um processo que torna o indivíduo infértil, ou seja, promove a esterilidade. A esterilização é considerada permanente para a fertilidade, visto que a reversão cirúrgica é difícil, com custo alto e de pouco sucesso (RICCI, 2008).

A anticoncepção cirúrgica é regularizada pela Lei nº 9.263 de 1996, sendo considerado um método de notificação compulsória e que só deve ser realizada em concordância com a lei (ALMEIDA; COSTA, 2007).

2.1.7.1 Ligadura tubária

É uma intervenção cirúrgica que resulta na anticoncepção permanente ou irreversível visto que sua reversibilidade é pouco provável (BRASIL, 2009).

Nessa cirurgia, as trompas de falópio são cortadas ou bloqueadas e assim quando os óvulos são desprendidos dos ovários, não alcançam as trompas e por consequência não encontram o espermatozóide para que ocorra fecundação (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2007).

A intervenção cirúrgica pode ser realizada por diferentes vias como a abdominal e a vaginal e por meio de diferentes técnicas cirúrgicas como mini-laparotomia, laparotomia, laparoscopia e colpotomia (ALMEIDA; COSTA, 2007).

Os riscos desse método estão relacionados à cirurgia, devido ao ato cirúrgico e a anestesia. As complicações que podem ocorrer devido à cirurgia são: infecção pós-operatória, perfuração do útero, bexiga ou alças do intestino, hemorragias pré e pós-operatórias aderências e gravidez ectópica. Já entre as complicações relacionadas à anestesia estão: reação anafilática e parada cardio-respiratória (ALMEIDA; COSTA, 2007).

De acordo com a Lei do Planejamento Familiar (lei nº 9.263/96) só é permitida a realização da laqueadura tubária em mulher com capacidade civil plena e maiores de 25 anos, ou, pelo menos naquelas com dois filhos vivos, sendo resguardado um prazo de no mínimo 60 dias entre a manifestação da vontade de

passar pelo procedimento e o ato cirúrgico; e também em casos que a mulher ou o futuro recém-nascido tenham risco de vida (OSIS et al, 2009).

Também em concordância com a lei referida acima o ato cirúrgico não pode ser realizado no decorrer do período de parto ou aborto, com exceção dos casos de necessidade comprovada (BRASIL, 2009).

É importante ressaltar que esse método não modifica o desejo sexual da mulher (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2007).

2.1.7.2 Vasectomia

É um ato cirúrgico considerado simples que tem como consequência a anticoncepção praticamente definitiva já que os procedimentos de reversão não proporcionam nenhuma garantia de bons resultados (ALMEIDA; COSTA, 2007).

Funciona a partir da obstrução dos canais deferentes o que impede que os espermatozoides se juntem ao sêmen, resultando num sêmen ejaculado que não pode promover a gravidez (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2007).

Geralmente é efetuado através de anestesia local numa instituição urológica, e na maioria dos casos os homens retomar sua rotina diária em um ou dois dias (RICCI, 2008).

A cirurgia pode ser realizada de duas formas: operação convencional em que é realizada uma incisão na pele da bolsa escrotal para se ter acesso aos ductos deferentes; e pela operação sem bisturi em que os ductos deferentes sofrem uma ligação por meio de um orifício feito na linha média, na bolsa escrotal (ALMEIDA; COSTA, 2007).

Apesar de ser um procedimento cirúrgico simples, possui alguns riscos como: sangramento ou infecção no local da incisão, além de desconforto ou dor local no decorrer de dois ou três dias, além de inchaço ou equimose que são mais incomuns (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2007).

Em acordo com a Lei do Planejamento Familiar (lei nº 9.263/96) só é permitida a realização da vasectomia em homens com capacidade civil plena e maiores de 25 anos, ou, pelo menos naqueles com dois filhos vivos, sendo

resguardado um prazo de no mínimo 60 dias entre a manifestação da vontade de passar pelo procedimento e o ato cirúrgico (BRASIL, 2009).

A vasectomia não apresenta efeito imediato sendo, portanto necessário o uso de outro método de contracepção nas primeiras relações sexuais até que o espermograma demonstre não existir mais nenhum espermatozóide no sêmen (BRASIL, 2009).

É de extrema importância informar ao homem que seus desejo e potência sexuais não irão reduzir e que a única diferença é que o esperma ejaculado não tem mais em sua constituição os espermatozoides (BRASIL, 2009).

3 A ENFERMAGEM FRENTE AO PLANEJAMENTO FAMILIAR E A PREVENÇÃO DE DST'S/AIDS

O planejamento familiar é uma ação de saúde declarada como uma necessidade humana, contudo possui divergências entre o que é praticado pela sociedade e o que é padronizado pelo Estado, como também disponibilizado pelos serviços de saúde. Essas divergências atingem também os profissionais que compõem a enfermagem, pois esta prática social é concretizada normalmente nas instituições de saúde, possuindo como pontos centrais o cuidar e a prestação de assistência (COELHO, 2005).

A maneira como devem agir os profissionais da saúde frente ao planejamento familiar está apoiada pela Constituição Federal, artigo 226, parágrafo 7º, que aconselha uma assistência fundamentada no princípio da paternidade com responsabilidade e no direito da livre escolha dos casais (MOURA; SILVA, 2005).

Para que a escolha do método seja de forma livre e informada, deve haver variedade de métodos, quantidade suficiente dos mesmos e levar em consideração as características corpóreas de cada mulher. Além de repassar informações científicas sobre os métodos disponíveis, devendo incluir as contra-indicações gerais (OSIS et al, 2004).

Para que a passagem de informações científicas sobre a saúde reprodutiva fosse realizada com segurança pelos profissionais como parte inicial da implantação do PAISM, o MS organizou treinamentos para os profissionais como

também distribuiu pelas instituições que desenvolvem o planejamento familiar materiais educativos, tais com fitas de vídeo, álbuns seriados, cartilhas, folhetos, entre outros, com o intuito de tornarem atrativos os momentos educativos sobre planejamento familiar (MOURA; SILVA, 2004).

Para que a assistência em contracepção seja de qualidade à população devem-se utilizar alguns elementos como: a oferta dos métodos, a informação ao cliente, relacionamento interpessoal, a competência profissional, o acompanhamento dos usuários e a disposição de uma rede apropriada de serviços (MARCOLINO, 2004b).

A competência profissional relacionada à contracepção deve abranger conhecimentos técnicos, científicos e culturais atuais, dirigidas ao acompanhamento das necessidades sexual e reprodutiva dos pacientes, devendo compreender uma boa capacidade de orientar e informar, além de acolher o paciente com respeito (MOURA; SILVA, 2005).

Para que ocorra uma boa interação entre o enfermeiro e os pacientes se faz necessário que esse profissional apresente algumas características, tais como: empatia (se pôr no lugar do paciente), compreensão (perceber os valores dos pacientes referentes às experiências de vida), respeito (permitir que os pacientes se expressem livremente, sem impor ou julgar suas condutas), atitude positiva (repassar confiança ao cliente), honestidade (sempre falar a verdade, principalmente relacionada aos efeitos benéficos e maléficos dos contraceptivos), discrição (manter segredo sobre as informações pessoais dos clientes), flexibilidade (ser flexível frente a modificações de opiniões dos pacientes) e ter convicção (crer que o planejamento familiar é fundamental para uma boa qualidade de vida dos indivíduos) (ALMEIDA; COSTA, 2007).

A boa interação entre o profissional enfermeiro e o paciente não apenas ajuda para que haja uma liberdade de escolha do método, mas também informar precisamente por meio de troca de informações, gerando um clima de confiança (OSIS et al, 2004).

A interação de qualidade entre o enfermeiro e o paciente de respeitar alguns princípios, como: agir bem com o cliente, ofertar o método escolhido desejado pelo paciente, promover uma assistência individual, interagir dinamicamente, não sobrecarregar o cliente com informações e fazer uso de mecanismos visuais para uma melhor memorização. Também é de grande

relevância levar em consideração a vida pessoal e familiar e o estado físico e psicológico desses pacientes, pois a junção desses princípios proporcionará uma melhor escolha do método a ser utilizado (RAMARAO et al, 2003).

O MS acredita que os enfermeiros também devem estar dispostos a lidar com mitos, preconceitos e percepções erradas que os pacientes apresentam relacionados aos contraceptivos, sexualidade, saúde reprodutiva, educação dos filhos, entre outros (MOURA; SILVA, 2005).

O processo de orientação desse profissional sobre planejamento familiar deve seguir as seguintes etapas: informar o paciente que é um momento confidencial; manifestar respeito para que o cliente se sinta à vontade; incentivar ao cliente a relatar suas necessidades, preocupações e dúvidas; admitir que as necessidades do paciente orientem a conversa; estar alerta sobre as necessidades relacionadas às DST's; ouvir com atenção; prover somente informações e instruções fundamentais com termos adequados ao cliente; respeitar e apoiar as decisões tomadas pelos clientes a partir das informações recebidas; promover orientações sobre os efeitos colaterais considerando as preocupações demonstradas pelos clientes; verificar a compreensão do paciente sobre as orientações repassadas e convidá-lo a retornar ao serviço caso surja algum novo questionamento (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2007).

Depois de dada toda a orientação aos pacientes é de extrema relevância a documentação em prontuário sobre tudo o que foi informado, como também fazer o relato de todas as informações médicas para que a continuidade do planejamento familiar seja realizada adequadamente (ALMEIDA; COSTA, 2007).

Os profissionais que trabalham com o planejamento familiar podem auxiliar os pacientes de diversas formas a se prevenirem contra as DST's, entre as quais está a AIDS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2007).

As DST's são consideradas infecções que ocorrem no trato reprodutivo ocasionadas por microorganismos transmitidos por meio de relação sexual vaginal, anal ou oral. As DST's não são apenas consideradas uma ameaça a saúde sexual das mulheres como também à saúde geral e ao bem-estar de milhões de pessoas do mundo (RICCI, 2008).

As DST's são consideradas biologicamente "sexistas" haja vista que demonstram maior risco e provocam mais complicações no sexo feminino do que no masculino (RICCI, 2008). As DST's podem provocar dor, desconforto, câncer do

colo cervical, doença inflamatória pélvica, infertilidade, dor pélvica crônica, gravidez ectópica e até mesmo morte. Em mulheres gestantes pode provocar baixo peso do bebê ao nascer, perda fetal (aborto e morte) e transmissão vertical (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2007).

As DST's não fazem distinção de classe social, raça ou etnia, ou seja, todas as pessoas estão vulneráveis, caso expostos aos agentes infecciosos (RICCI, 2008).

Fatores biológicos e do comportamento permitem que os adolescentes corram maiores riscos, estimando-se que dois terços das infecções acometam indivíduos com idade menor que 25 anos. A incidência das DST's continua a se elevar nos Estados Unidos e no Brasil (RICCI, 2008).

A possibilidade de adquirir uma DST depende do comportamento do indivíduo, do seu parceiro e até mesmo da incidência destas doenças na comunidade aos quais estão inseridos. Estão mais vulneráveis a essas doenças pessoas com múltiplos parceiros, que praticam atividade sexual sem camisinha, que tem atraso escolar, que utilizam álcool e drogas, além daquelas que sofreram abuso sexual (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2007).

Alguns estudos demonstram que a educação escolar influencia na vulnerabilidade de contaminação por DST's, além do que há a necessidade de mais ações voltadas aos jovens sobre o assunto com o uso de estratégias adequadas a esse público, não apenas servindo como informação e sim como reflexão sobre a utilização de preservativos, das drogas lícitas e ilícitas, sobre as práticas sexuais, violência e outros temas (LOPES, 2006).

Para que haja o controle e prevenção das DST's se faz necessária a interrupção da cadeia de transmissão por meio da detecção precoce dos casos, tratamento deles e dos seus parceiros, além da orientação e aconselhamento de pessoas em risco (LOPES, 2006).

Os indivíduos que portam alguma DST devem ter um atendimento e tratamento imediatos, visto que a espera por uma consulta ou a falta de medicamentos faz com que os mesmos procurem a ajuda de algum balconista de farmácia. A consulta imediata também é vista como uma ação de prevenção da transmissão do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), além do surgimento de outras complicações relacionadas às DST's (LOPES, 2006).

Além de diagnosticar e tratar os portadores de DST's se faz necessário implantar junto a essas pessoas ações de acompanhamento, tais como: aconselhamento, oferecimento de sorologia anti-HIV e sorologia para sífilis (VDRL), ser enfático sobre a adesão ao tratamento, notificação do caso, convocação dos parceiros do indivíduo infectado, entrega de preservativos, além de agendar o retorno do paciente (LOPES, 2006).

O profissional enfermeiro exerce papel fundamental na identificação e controle das DST's, haja vista que estão em contato direto com os pacientes. Esses profissionais têm a oportunidade de orientar os mesmos em relação a essa questão de saúde pública através da comunicação sobre os modos de transmissão, sintomas relacionados a cada enfermidade como também através do ensino de estratégias de prevenção para que ocorra a redução da disseminação das DST's (RICCI, 2008).

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A leitura do material pesquisado possibilitou a identificação de seis categorias que serão discutidas a seguir: categoria 1 (planejamento familiar para adolescentes e jovens); categoria 2 (planejamento familiar inserido no PSF); categoria 3 (planejamento familiar relacionado à enfermagem); categoria 4 (planejamento familiar relacionado aos usuários em idade adulta); categoria 5 (planejamento familiar versus métodos irreversíveis) e categoria 6 (planejamento familiar versus DSTs). Muitos artigos selecionados para o estudo podem ser agrupados em mais de uma categoria. No entanto, priorizou-se a inserção da categoria mais pertinente a fim de evitar duplicidade.

Tabela 1: Distribuição dos artigos por categoria de acordo com o ano de publicação, Natal, 2011

Categoria/Ano	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total
Categoria 1	-	-	-	2	-	1	-	-	2	2	7
Categoria 2	-	-	-	-	-	1	1	-	-	2	4
Categoria 3	-	-	-	2	2	1	-	-	1	1	7
Categoria 4	2	-	1	3	1	3	-	1	2	-	13
Categoria 5	-	-	-	3	1	-	-	-	4	-	8
Categoria 6	-	1	-	-	-	-	-	-	-	2	3
Total	2	1	1	10	4	6	1	1	9	7	42

4.1 CATEGORIA 1: PLANEJAMENTO FAMILIAR PARA ADOLESCENTES E JOVENS:

Dos 42 artigos encontrados, sete remetem ao planejamento familiar voltado para os adolescentes e jovens, dando um percentual de 16,6%.

Dos sete artigos utilizados nesta categoria, 100% dos mesmos são escritos na língua portuguesa. Da totalidade dos artigos inseridos nesta categoria, 28,5% remetem as práticas contraceptivas adotadas na comunidade de jovens universitários.

Os referidos estudos demonstram que o comportamento de contracepção dos jovens universitários possui características próprias, de tal maneira que a utilização de métodos contraceptivos varia conforme o tipo de relacionamento amoroso ao qual estão inseridos, ou seja, se é eventual, recente ou estável (BRANDÃO, 2009).

Outro fato importante relacionado aos universitários é que os mesmos fazem uso da pílula de emergência quando praticam a variação na adoção dos contraceptivos, ou seja, no período em que estão escolhendo o método mais adequado a ser utilizado e ao terem uma relação sexual desprotegida. Outro aspecto observado foi que os jovens entrevistados comentaram utilizarem a pílula do dia seguinte por sentirem insegurança em relação ao método rotineiramente usado, sem que houvessem ocorrido falhas ou esquecimento. Demonstrando a preocupação que estes jovens têm de que suas perspectivas profissionais sofram alguma consequência frente a uma gravidez não-planejada (BORGES et al, 2010).

O estudo realizado por Pirotta e Schor (2004) demonstrou que entre os jovens universitários o início da vida sexual está intimamente relacionado à entrada na universidade, já que consideram o começo da vida adulta, onde se procura autonomia e independência. Os estudantes entrevistados revelaram que fazem uso principalmente de camisinha e pílula e que existe um desejo acentuado de adiar a maternidade/paternidade. Entretanto, se ocorre uma gravidez indesejada muitas vezes a mesma é interrompida de forma voluntária em clínicas clandestinas.

A percentagem restante (71,4%) dos artigos desta categoria reporta-se as práticas anticoncepcionais adotadas pelos adolescentes. A análise destes artigos permite dizer que os adolescentes possuem um conhecimento regular sobre a existência dos contraceptivos, e o uso inadequado dos mesmos é justificado pela imaturidade psicoemocional dessa fase da vida.

Outro tópico relevante e descrito em todos os artigos voltados para adolescentes é que o maior nível socioeconômico permite que o acesso ao conhecimento sobre os métodos contraceptivos seja maior e o contato com os meios de informação sejam mais eficazes. Fato este comprovado por Martins et al (2006)

por meio de um estudo realizado entre adolescentes de escolas públicas e particulares de forma que foi verificado que em ambas as escolas o grau de conhecimento sobre os métodos contraceptivos é insatisfatório, apesar de que entre os adolescentes que compõem as escolas privadas seja um pouco maior. Observa-se então que o conhecimento sobre a anticoncepção está intimamente relacionado às condições socioeconômicas em que os jovens estão inseridos, haja vista que aqueles com melhores condições sociais têm acesso a informações de melhor qualidade, apesar de não serem suficientes. Também foi verificado que o início da atividade sexual tardiamente permite que os adolescentes possam buscar informações mais efetivas sobre os métodos anticoncepcionais.

Três artigos voltados à comunidade adolescente revelam que a adoção de determinado contraceptivo está vinculada ao sexo feminino, haja vista que são as mulheres as principais afetadas por uma gravidez indesejada.

De acordo com pesquisa realizada, o planejamento familiar voltado para os adolescentes é de suma importância para a prevenção de uma gravidez não-desejada que possa mudar o futuro desses indivíduos, que terão que voltar sua atenção para uma criança.

Contudo, o planejamento familiar não deve apenas ser voltado ao fornecimento de informações sobre o aparelho reprodutor e sobre os métodos anticoncepcionais disponíveis, mas também preparar o público adolescente e jovem enfrentar os mais diversos desafios afetivo-sexuais (BELO; SILVA, 2004).

Com relação ao início da vida sexual entre adolescentes, Alves e Brandão (2009) descobriram que entre os entrevistados em sua pesquisa, nenhum possuía conhecimento prévio e preparo relativamente aos contraceptivos, haja vista que todos relataram não terem feito uso de qualquer método na primeira relação sexual, sendo usado contraceptivo apenas após o primeiro ato sexual ou gravidez não-planejada. Este fato demonstrou a falta de diálogo existente entre pais e filhos, além da precariedade em atividades de formação sexual e reprodutiva nas escolas e unidades de saúde.

Quanto às perspectivas sócio-antropológicas da educação sexual entre adolescentes, foi descoberto por meio da leitura dos artigos que a vida sexual dos mesmos permanece secreta, não sendo assumida em público, sejam estes pertencentes à classe popular ou a classe média, desta maneira percebe-se que o

gerenciamento da sexualidade tem relação com a forma como as gerações que compõem as famílias lidam com a mesma.

Em relação ao uso do preservativo os artigos revelaram que o contexto do relacionamento também tem um relevante papel frente à utilização ou não do preservativo entre os adolescentes e que sofre agravamento a partir das imposições que os papéis de gênero determinam aos jovens referentes às suas performances afetivo-sexuais. Outro ponto forte associado ao uso do preservativo é a relação de confiança que existe entre os parceiros, como também o tempo de relacionamento.

Frente ao atendimento em planejamento familiar para os adolescentes, Queiroz et al (2010) diz que o mesmo deve ocorrer de uma maneira não específica, ou seja, o serviço deve estar adequado a realidade dos jovens, levando em consideração a realidade social, cultural e epidemiológica ao qual estão inseridos.

4.2 CATEGORIA 2: PLANEJAMENTO FAMILIAR INSERIDO NA ESF

Nesta categoria foram inseridos quatro artigos, totalizando aproximadamente 9,52% dos artigos encontrados para esta pesquisa. Destes quatro artigos, três são escritos na língua portuguesa (75%) e um em língua inglesa (25%).

De acordo com os estudos analisados para esta categoria as equipes de ESF têm que praticar um planejamento familiar que envolva atividades em conjunto com as famílias que compõem a região de cobertura, tendo o usuário voz para tomar sua própria decisão sobre a utilização do método.

Contudo em dois estudos, foi constatado que os profissionais por possuírem um pouco mais de conhecimento sobre os métodos acabam proporcionando um serviço de imposição sobre a utilização dos anticoncepcionais, não dando abertura aos usuários para praticarem seu direito de livre escolha. Além do que as ações em grupo as quais a ESF deveria priorizar normalmente são realizadas individualmente sejam na própria unidade da ESF ou no domicílio do usuário (MOURA; SILVA; GALVÃO, 2007; PIERRE; CLÁPIS, 2010).

O estudo realizado por Moura, Silva e Galvão (2007) demonstra que existe uma barreira relevante frente ao planejamento familiar na ESF relacionada à prescrição de anticoncepcionais hormonais em forma de comprimidos ou injeção,

haja vista que a maioria das equipes não possuíam médicos ou os mesmos não se dedicavam em tempo integral a equipe e esta prescrição está atrelada a uma de suas ações. Desta forma, a prescrição deste tipo de anticoncepcional estava vinculada ao profissional enfermeiro, contudo o mesmo não possuía respaldo legal para a realização deste procedimento.

Todos os estudos possuem informações que as equipes da ESF não possuem o conhecimento adequado para prestação de um serviço completo e de qualidade em planejamento familiar, havendo a necessidade de uma formação complementar e continuada sobre o assunto para os profissionais que compõem estas equipes.

4.3 CATEGORIA 3: PLANEJAMENTO FAMILIAR RELACIONADO À ENFERMAGEM

Relacionado a esta categoria houve a inserção de sete artigos, dando um percentual de 16,6% dos artigos encontrados no estudo. Os sete artigos analisados nesta categoria são redigidos em língua portuguesa (100%).

Um dos artigos expõe sobre a competência profissional em relação ao planejamento familiar em que os enfermeiros relatam se sentirem preparados para lidar com as questões sobre anticoncepção, contudo reconhecem possuírem dificuldades frente à avaliação das contra-indicações, efeitos colaterais e/ou complicações dos métodos contraceptivos. Quanto à dificuldade frente às contra-indicações as mesmas referem-se aos anticoncepcionais hormonais, principalmente durante a amamentação. Já quanto ao manejo dos efeitos colaterais e/ou complicações as dificuldades recaem também sobre os contraceptivos hormonais em relação às alterações da menstruação. Esses dados confirmaram a necessidade de uma complementação dos conhecimentos dos enfermeiros, haja vista que essas dúvidas podem provocar consequências desnecessárias às usuárias, tal como uma infecção (MOURA; SILVA, 2005).

Em dois estudos analisados foi relatado que o planejamento familiar não é realizado de forma efetiva pelos profissionais de enfermagem, pois os mesmos possuem uma sobrecarga de trabalho e os serviços não oferecem material educativo

e ilustrativo para que haja uma abordagem ampla e coerente do assunto. Estes estudos também descrevem que existem dificuldades administrativas para que o enfermeiro pratique o planejamento familiar conjuntamente com as escolas e comunidades visto que muitas vezes há falta de métodos anticoncepcionais disponíveis e devido à grande demanda há dificuldades de encaminhamento para serviços de saúde adequados. Relativo à falta de disponibilidade dos métodos, ainda chega-se a conclusão a partir da análise dos estudos, que o profissional enfermeiro acaba ferindo o direito do usuário de livre escolha do método a ser utilizado, já que acaba tendo que orientar apenas sobre os métodos existentes no serviço.

O estudo realizado por Coelho (2005) sobre as interfaces da contracepção frente à enfermagem proporcionou a descoberta de que o profissional enfermeiro é o agente mobilizador das mudanças ocorridas quanto à abordagem do planejamento familiar a partir das orientações que o referido profissional oferece sobre o assunto. Além do que, por estarem mais próximos aos usuários esses profissionais tendem adequar as abordagens sobre contracepção a realidade da comunidade em que estão inseridos seus serviços. Contudo, devido às deficiências dos serviços de saúde, o profissional acaba se adequando ao perfil das instituições em que se insere e deixa de ser um agente mobilizador que possui a capacidade de modificar o serviço.

Outro artigo estudado remete a percepção das enfermeiras sobre o planejamento familiar para adolescentes, onde há depoimentos de que existem barreiras para que o atendimento seja efetivo, geralmente pelo público adolescente apresentar timidez e vergonha de serem reconhecidos por outros profissionais do serviço e acabarem tendo sua vida sexual aberta para seus familiares. Foi relatado também que não há grande disponibilidade de métodos contraceptivos no serviço impedindo que os adolescentes depois de orientados possam ter livre escolha de contraceptivo a utilizar, promovendo como consequência a evasão desse público do serviço de planejamento familiar (QUEIROZ et al, 2010).

Dos sete artigos estudados, três correlacionam a equipe de enfermagem com os métodos contraceptivos irreversíveis. Nos mesmos há a descrição da relevância da orientação realizada pelos enfermeiros sobre esses métodos a população, principalmente porque são esses os primeiros profissionais a serem consultados sobre o assunto, além do que possuem maior proximidade com a população.

Assim o enfermeiro, nesses casos é o profissional responsável pelo aconselhamento do usuário frente ao procedimento cirúrgico orientando quanto à irreversibilidade do mesmo e quanto aos riscos da cirurgia (MARCOLINO, 2004a).

4.4 CATEGORIA 4: PLANEJAMENTO FAMILIAR RELACIONADO AOS USUÁRIOS EM IDADE ADULTA

Nesta categoria foram inseridos 14 artigos, totalizando 33,3% dos artigos encontrados no decorrer da pesquisa. Dos artigos inseridos, 13 se encontram redigidos em língua portuguesa (92,8%) e um artigo escrito em língua inglesa (7,14%).

De maneira geral os estudos englobados nesta categoria indicam que as mulheres se sentem livres para escolher o método contraceptivo a fazerem uso considerando. Isso se deve as ações educativas realizadas pelos serviços de saúde proporcionam o aumento dessa liberdade (MARCOLINO; GALASTRO, 2001).

O uso continuado do método escolhido também está relacionado à satisfação das mulheres frente às informações repassadas pelos profissionais de saúde sobre o contraceptivo (CAMIÁ; MARIN; BARBIERI, 2001). Contudo, apesar de se sentirem satisfeitas frente ao serviço no qual tem acesso, as mulheres relatam que ainda existem algumas barreiras a serem enfrentadas, tais como: falta de uma infra-estrutura adequada para a realização das reuniões, descontinuidade da disponibilidade de alguns métodos, como também alternância de profissionais da saúde provocando falta de intimidade com os mesmos (MOREIRA; ARAÚJO, 2004).

Em todos os artigos inseridos nesta categoria é observado que os usuários da fase adulta tendem a optar como método reversível pelo uso da pílula anticoncepcional, pois acreditam ser o método mais seguro. Apesar de relatos de que o mesmo promove muitos efeitos colaterais (FERNANDES, 2003).

Cinco artigos ressaltam que quanto maior for à escolaridade dos usuários do planejamento familiar, melhor será o aproveitamento das informações sobre os métodos anticoncepcionais.

Um estudo realizado no estado do Rio de Janeiro com usuárias de três unidades do SUS demonstrou que quando o planejamento familiar dá ênfase às

atividades educativas em grupo, as mulheres tendem a melhores condições para a escolha do método haja vista que é um momento de troca de experiências e aquisição de novos conhecimentos sobre o assunto (HEILBORN et al, 2009).

Dentre os artigos encontrados, um é considerado diferente já que fala sobre a visão masculina sobre o planejamento familiar. Neste estudo, constatou-se que os homens sabem da existência de diversos métodos contraceptivos, contudo sabem apenas os mecanismos de ação do condom masculino e do coito interrompido, já que são métodos que dependem do controle do homem para serem usados. Este dado proporciona o entendimento de que os homens não têm o adequado conhecimento para realizarem com autonomia a escolha do método apropriado para o casal (ESPÍRITO-SANTO; TAVARES-NETO, 2004).

Um artigo interessante inserido nesta categoria está voltado para o planejamento familiar entre mulheres que possuem algum transtorno mental. No referido estudo foi retratado que devido ao uso de drogas psicotrópicas conjuntamente com contraceptivos orais há a possibilidade do surgimento de efeitos teratogênicos. Além do que alguns métodos necessitam de um controle pessoal efetivo, que no caso de mulheres portadoras de transtorno mental está prejudicado devido à alteração de comportamento, havendo a necessidade da participação do parceiro ou de membros da família para uma utilização efetiva (GUEDES; MOURA; ALMEIDA, 2009).

4.5 CATEGORIA 5: PLANEJAMENTO FAMILIAR X MÉTODOS IRREVERSÍVEIS

Dos 42 artigos encontrados nesta pesquisa, oito remetem ao planejamento familiar relacionado aos métodos irreversíveis, totalizando aproximadamente um percentual de 19,04% dos artigos.

Dos oito artigos usados nesta categoria, seis são escritos em língua portuguesa (75%) e apenas dois em língua inglesa (25%).

Dos oito artigos utilizados para esta categoria, dois estudos (25%) relatam sobre o arrependimento após uma laqueadura tubária. A análise destes proporcionou a constatação de que o arrependimento acontece pelos mais diversos fatores, tais como morte de filhos, um novo relacionamento, a pouca idade da

mulher no momento da esterilização, problemas conjugais, pouco conhecimento sobre os métodos reversíveis (LUDERMIR et al, 2009). Além da pressão do companheiro para a realização do procedimento (BARBOSA; LEITE; NORONHA, 2009).

Outros três artigos (37,5%) estão relacionados ao acesso da população aos métodos reversíveis. Estes artigos apontaram que entre os usuários do SUS que se candidataram a realização do procedimento cirúrgico de esterilização, muitos desistiam do procedimento, pois observavam barreiras para o acesso ao procedimento tais como falta de um aconselhamento apropriado sobre a cirurgia o que provoca medo da anestesia, das possíveis dores lombares, das complicações e nos homens medo de impotência sexual (VIEIRA; SOUZA, 2009). Outras barreiras foram à impossibilidade de se afastar do trabalho para realizar a esterilização, mudança de cidade, a longa fila de espera para o procedimento, falta de médico no dia agendado para cirurgia e a seqüente quebra do aparelho a ser usado no procedimento (VIEIRA; FORD, 2004; CARVALHO; SCHOR, 2005).

Já três artigos (37,5%) têm relação com o serviço realizado pelas equipes de saúde frente à esterilização cirúrgica. Nestes artigos é dado enfoque ao trabalho da equipe multidisciplinar frente à esterilização de modo que a interligação entre os profissionais da saúde gera um serviço a população de melhor qualidade, onde os profissionais aconselham os usuários sobre o procedimento e tomam a decisão da realização do procedimento para os casos realmente adequados conjuntamente.

4.6 CATEGORIA 6: PLANEJAMENTO FAMILIAR VERSUS DST's

No decorrer da história milenar sobre as DST's/AIDS, a estigmatização e preconceito sempre fizeram parte, a tal ponto que eram consideradas uma interferência negativa para que se enfrentasse o problema (REIS; GIR, 2002).

As DST's sempre foram consideradas importantes frente à saúde pública, contudo eram trabalhadas de forma ineficiente e sofriam subestimação das autoridades da época. Até que surge a AIDS e se percebe a relevância que o trabalho nessa área possui, passando-se a reconhecer e valorizar tal assunto por

meio das autoridades em saúde, comunidade científica e a população de maneira geral (REIS; GIR, 2002).

A AIDS foi constatada na década de 80, constituindo-se um problema de saúde pública mundial. Atualmente, ela afeta todos os grupos sociais, com predominância na faixa etária de 20 a 39 anos. A AIDS é considerada um objeto de estudo constante, na busca de novas formas de tratamento, prevenção e controle da infecção.

Assim, nesta categoria houve a inserção de três artigos dos 42 artigos encontrados na pesquisa, totalizando um percentual aproximado de 7,14%. Todos os artigos que entraram nesta categoria estão escritos em língua portuguesa (100%).

Um dos artigos remete sobre a produção científica publica em revistas de enfermagem sobre as DST's/AIDS. Neste é relatado que ao longo da história as DST's/AIDS sempre foram consideradas um problema de saúde pública já que possuem alta incidência e dificuldades de tratamento e prevenção. Além do que com o surgimento da AIDS aumentaram-se as pesquisas sobre esta doença já que a mesma tem um caráter letal e há a necessidade da busca de tratamentos que aumentem a sobrevida do paciente, mas com qualidade de vida (REIS; GIR, 2002).

O segundo artigo descreve sobre os conhecimentos que as mulheres imigrantes em Portugal possuem sobre o planejamento familiar e sobre as DST's/AIDS. Neste estudo foram usadas mulheres brasileiras e mulheres africanas, encontrando-se divergências entre o conhecimento das mesmas. As mulheres brasileiras apresentaram um maior nível de conhecimento sobre as doenças em relação às africanas, fato este estando interligado nível educacional de cada grupo. Outra constatação do presente estudo é que em relações estáveis em ambos os grupos de imigrantes é difícil a negociação com o parceiro do uso de camisinha (ROCHA; DIAS; GAMA, 2010).

Já o terceiro artigo está relacionado ao uso de preservativos e acesso a contracepção de emergência em mulheres com HIV/AIDS, em que é constatado que após serem informadas que estão infectadas a maioria das mulheres portadoras de HIV fazem uso do preservativo, como forma não apenas de prevenirem a infecção de seus parceiros, mas também de prevenirem uma gravidez indesejada (FIGUEIREDO, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento deste estudo proporcionou a ampliação do conhecimento sobre a realidade do planejamento familiar desenvolvido nos serviços de saúde. Foi possível chegar ao conhecimento de que o planejamento familiar não é apenas uma atividade em que se devem repassar orientações sobre os métodos contraceptivos, mas também um momento de abrangência dos mais diversos assuntos sobre a sexualidade humana, dando ênfase na autonomia dos parceiros e respeitando a necessidade individual de cada cliente.

Identificou-se que a orientação de forma correta pelo enfermeiro referente ao uso do contraceptivo, permite dentro da clientela uma melhor aceitação do método escolhido, além de um menor grau de desistência do uso do mesmo.

Entretanto, para que essa orientação seja realizada de forma correta foi constatado que existem diversas barreiras, tais como a falta de disponibilidade de materiais ilustrativos e educativos adequados, falta de espaço e estrutura dos prédios dos serviços de saúde e também falta de uma educação continuada para os profissionais se habilitarem melhor no assunto e estarem sempre atualizados quanto às mudanças que ocorrem na área de planejamento familiar.

A falta de disponibilidade de métodos contraceptivos foi outra falha observada nos artigos analisados frente ao planejamento familiar o que impede que os pacientes pratiquem a autonomia na decisão do método a ser utilizado, sendo muitas vezes reféns da oferta desses métodos. Essas falhas observadas devem ser motivos de reivindicação por parte dos enfermeiros para que haja a prestação de um serviço de planejamento familiar de qualidade e adequado como é preconizado pelo SUS.

Assim, se faz necessário a enfermagem exercer suas potencialidades como uma categoria profissional, devendo promover discussões e reivindicar a melhoria dos serviços de saúde, não apenas referente ao planejamento familiar, mas em sua totalidade, de modo que a assistência em saúde melhore em sua qualidade.

Espera-se que este estudo possa ajudar a despertar momentos de reflexão nos enfermeiros sobre o atendimento em planejamento familiar de maneira que estes profissionais possam buscar sempre a qualificação e os conhecimentos

necessários para o desenvolvimento de um atendimento adequado a comunidade em que estão inseridos.

Deve-se entender, portanto, que o serviço de planejamento familiar deve ser adequação à realidade da população que busca pelo mesmo para que possa ser desenvolvido com competência e qualidade, além do que deve ser aplicado de forma humanizada, respeitando a individualidade e necessidade de cada ser humano.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M; COSTA, NFP (org.). **Normas técnicas em anticoncepção**. 2. ed. revista e atualizada. Rio de Janeiro: BEMFAM, 2007.

ALVES, CA; BRANDÃO, ER. Vulnerabilidades no uso de métodos contraceptivos entre adolescentes e jovens: interseções entre políticas públicas e atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.661-670. 2009.

BARBOSA, LF; LEITE, IC; NORONHA, MF. Arrependimento após a esterilização feminina no Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v.9, n.2, p.179-188, abr-jun. 2009.

BELO, MAV; SILVA, JLP. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.38, n.4, p.479-487. 2004.

BORGES, ALV et al. Práticas contraceptivas entre jovens universitários: o uso da anticoncepção de emergência. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.4, p. 816-826, abr. 2010.

BRANDÃO, ER. Desafios da contracepção juvenil: interseções entre gênero, sexualidade e saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p. 1063-1071. 2009.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: bases para uma ação programática. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984, 27 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília, 2001a, 199 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1534/GM, de 04 de setembro de 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Assistência em planejamento familiar: manual técnico. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. **Profissionalização de auxiliares de enfermagem:** cadernos do aluno: saúde da mulher, da criança e do adolescente. Brasília, 2003. 160p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Direitos sexuais e direitos reprodutivos: uma prioridade do governo. Brasília, 2005. 24p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-Natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada-Manual Técnico. Brasília, 2006. 163p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Aborto e saúde pública: 20 anos de pesquisa no Brasil. Brasília, 2008. 315p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais. Brasília, 2009. 52p.

CAMIÁ, GEK; MARIN, HF; BARBIERI, M. Diagnósticos de enfermagem em mulheres que freqüentam serviço de planejamento familiar. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.9, n.2, p.26-34, mar. 2001. *

CARRENO, I et al. Uso de métodos contraceptivos entre mulheres com vida sexual ativa em São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.5, p.1101-1109, mai. 2006.

CARVALHO, MLO; SCHOR, N. Motivos de rejeição aos métodos contraceptivos reversíveis em mulheres esterilizadas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n.5, p.788-794. 2005.

COELHO, EBS; Enfermagem e o planejamento familiar: as interfaces da contracepção. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.58, n.6, p.665-72, nov-dez. 2005.

COSTA, AM; GUILHEM, D; SILVER, LD. Planejamento familiar: a autonomia das mulheres sob questão. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, v.6, n.1, p.75-84, jan-mar. 2006.

ESPÍRITO-SANTO, DC; TAVARES NETO, J. A visão masculina sobre métodos contraceptivos em uma comunidade rural da Bahia, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.562-569, mar-abr. 2004.

FERNANDES, MFM. Mulher, família e reprodução: um estudo de caso sobre o planejamento familiar em periferia do Recife, Pernambuco, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.2, p. S253-S261. 2003.

FIGUEIREDO, R. Uso de preservativos, risco e ocorrência de gravidez não planejada e conhecimento e acesso à contracepção de emergência entre mulheres com HIV/AIDS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.1175-1183. 2010.

GUEDES, TG; MOURA, ERF; ALMEIDA, PC. Particularities of family planning in women with mental disorders. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, São Paulo, v. 17, n.5, p.639-344, set-out. 2009.

HEILBORN, MA et al. Assistência em contracepção e planejamento reprodutivo na perspectiva de usuárias de três unidades do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.2, p. S269-S278. 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico 2000. **Nupcialidade e fecundidade**. Disponível em: URL: <http://www.ibge.gov.br>. Acessado em 21 de fevereiro de 2011.

LINDNER, SR et al. Direitos reprodutivos: o discurso e a prática dos enfermeiros sobre planejamento familiar. **Cogitare Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.197-205, set-out. 2006.

LOPES, MHBM. **Enfermagem na Saúde da Mulher**. Goiânia, AB, 2006.

LUDERMIR, AB et al. Tubal ligation regret and related risk factors: findings from a case-control study in Pernambuco State, Brazil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.6, p.1361-1368, jun. 2009.

MARCOLINO, C; GALASTRO, EP. As visões feminina e masculina acerca da participação de mulheres e homens no planejamento familiar. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, São Paulo, v. 9, n.3, p.77-82, mai. 2001.

MARCOLINO, C. Planejamento familiar e laqueadura tubária: análise do trabalho de uma equipe de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.3, p.771-779, mai-jun. 2004a.

MARCOLINO, C. Representações de uma equipe de saúde acerca de planejamento familiar e esterilização feminina. **Rev Esc Enferm da USP**, São Paulo, v.38, n.4, p.422-428. 2004b.

MARTINS, LBM et al. Conhecimento sobre métodos anticoncepcionais por estudantes adolescentes. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.40, n.1, p.57-64. 2006.

MINAYO, MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde**. 11. ed. São Paulo, Hucitec, 2008.

MOREIRA, MHC; ARAÚJO, JNG. Planejamento familiar: autonomia ou encargo feminino? **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 9, n. 3, p. 389-398, set./dez. 2004.

MOURA, ERF; SILVA, RM. Informação e planejamento familiar como medidas de promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.4, p.1023-1032. 2004.

MOURA, ERF; SILVA, RM. Competência profissional e assistência em anticoncepção. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n.5, p.795-801. 2005.

MOURA, ERF; SILVA, RM. Qualidade da Assistência em Planejamento Familiar na opinião de usuárias do Programa Saúde da Família. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.19, n.2, p.150-6. 2006.

MOURA, ERF; SILVA, RM; GALVÃO, MTG. Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no Programa Saúde da Família no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.4, p.961-970, abr. 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa (SRP) da Organização Mundial da Saúde (OMS) e Escola Bloomberg de Saúde Pública/Centro de Programas de Comunicação (CPC) da Universidade Johns

Hopkins, Projeto INFO. **Planejamento Familiar**: um manual global para prestadores de serviços de saúde. Baltimore e Genebra, OMS e CPC, 2007.

OSIS, MJD et al. Escolha de métodos contraceptivos entre usuárias de um serviço público de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.6, p.1586-1594, nov-dez. 2004.

OSIS, MJD et al. Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.11, p.2481-2490, nov. 2006.

OSIS, MJD et al. Atendimento à demanda pela esterilização cirúrgica na Região Metropolitana de Campinas, São Paulo, Brasil: percepção de gestores e profissionais dos serviços públicos de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.3, p.625-634, nov. 2009.

PIERRE, LAS; CLÁPIS, MJ. Family planning in a family health unit. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 6, p.1161-1168. 2010.

PIROTTA, KCM; SCHOR, N. Intenções reprodutivas e práticas de regulação da fecundidade entre universitários. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.38, n.4, p.495-502. 2004.

POLIT, DF; HUNGLER, BP. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 2ª ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1995.

QUEIROZ, INB et al. Planejamento familiar na adolescência na percepção de enfermeiras da estratégia saúde da família. **Rev. Rene**, Fortaleza, v.11, n.3, p.103-113, jul-set. 2010.

RAMARAO S, et al. The link between quality of care and contraceptive use. **Int Fam Plan Perspect**, v.29, p.76-83. 2003.

REIS, RK; GIR, E. Caracterização da produção científica sobre doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS publicados em periódicos de enfermagem do Brasil. **Rev Esc Enferm da USP**, São Paulo, v.36, n.4, p.376-385. 2002.

RIBEIRO, PJ et al. Planejamento familiar: importância do conhecimento das características da clientela para implementação de ações de saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.32, n.4, p.412-419. 2008.

RICCI, SS. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2008.

ROCHA, CMF; DIAS, SF; GAMA, AF. Conhecimentos sobre o uso de contraceptivos e prevenção de DST: a percepção de mulheres imigrantes. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.5, p.1003-1012, mai. 2010.

TAVARES, LS; LEITE, IC; TELLES, FSP. Necessidade insatisfeita por métodos anticoncepcionais no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.10, n.2, p.139-48. 2007.

VIEIRA, S; HOSSNE, WS. **Metodologia científica para área da saúde**. Rio de Janeiro: Campus, 2001.

VIEIRA, EM; SOUZA, L. Acesso à esterilização cirúrgica pelo Sistema Único de Saúde, Ribeirão Preto, SP. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.43, n.3, p.398-404. 2009.

VIEIRA, EM; FORD, NJ. Provision of female sterilization in Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1201-1210, set-out. 2004.