



LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
CURSO DE ENFERMAGEM

RAYANNE ALINE DO NASCIMENTO

**CARACTERÍSTICAS DO PROGRAMA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR SOB A
ÓTICA DO ENFERMEIRO E DA MULHER ASSISTIDA**

NATAL-RN
2014

RAYANNE ALINE DO NASCIMENTO

**CARACTERÍSTICAS DO PROGRAMA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR SOB A
ÓTICA DO ENFERMEIRO E DA MULHER ASSISTIDA**

Artigo científico apresentado como requisito final da disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II ao curso de Enfermagem do Centro Universitário do Rio Grande do Norte - UNI-RN.

Orientadora: Prof^a Ma. Joana D'Arc Dantas Soares.

NATAL-RN
2014

RESUMO

O Planejamento familiar emergiu como meio de contenção demográfica exigindo o envolvimento multiprofissional na assistência diante da anticoncepção. O presente estudo teve a seguinte questão norteadora: o que interfere nas ações do enfermeiro no Programa de Planejamento Familiar na Estratégia de Saúde da Família? Este se trata de uma revisão integrativa da literatura que objetivou identificar os problemas e as necessidades enfrentadas pelos enfermeiros nas Estratégias de saúde da Família relacionados ao Planejamento Familiar e verificar pontos relevantes que influenciam a mulher na escolha do método contraceptivo. Na coleta encontram-se dezesseis artigos que atenderam aos seguintes critérios: textos completos, em português, publicados entre 2003 e 2014, indexados na base de dados Literatura Americana e do Caribe e coleção Scientific Eletrnic Library Online e que foram submetidos ao cruzamento de seus descritores mediados pelo operador AND. Os resultados apontaram que dentre os problemas enfrentados pelo enfermeiro destacam-se: falta de contraceptivos para atender a demanda mensal e a inexistência de local adequado para realização de atividades educativas em grupo. Quanto às necessidades do profissional foi visto o desconhecimento de alguns dos métodos contraceptivos disponíveis e na escolha do método contraceptivo, a mulher mostrou ser diretamente influenciada pelo profissional que a assiste, religião, companheiro e fatores socioeconômicos. Conclui-se que para a prestação de uma assistência de qualidade por parte do enfermeiro há necessidade da efetivação de condutas ministeriais oferecendo condições estruturais, suporte e atualização dos conhecimentos sobre os métodos, além de empreender estratégias de minimização das influências externas na escolha da anticoncepção.

PALAVRAS-CHAVE: “Planejamento Familiar”; “Mulher”; “Enfermagem”.

ABSTRACT

The Family planning as a middle of containment emerged demographic requiring multidisciplinary involvement in care on contraception. The present study had the following question: which interfere in the actions of nurses in the Family Planning Program in Family Health Strategy? This it is an integrative literature review aimed to identify the problems and needs faced by nurses in the Family Health Strategies Related to Family Planning and verify relevant points that influence women in choice of contraceptive method. In the collection are sixteen articles that met the following criteria: complete texts in Portuguese, published between 2003 and 2014, indexed in the database American and Caribbean Literature and Scientific Electronic Library Online collection and were subjected to cross their descriptors mediated by the AND operator. The results showed that among the problems faced by nurses include: lack of contraceptives to meet the monthly demand and the lack of suitable for educational activities in the local group. As the needs of the professional has seen the ignorance of some contraceptive methods available and the choice of contraceptive method, women proved to be directly influenced by the professional that assists, religion, and socioeconomic factors companion. We conclude that the provision of quality care by nurses no need of effective ministerial conduct providing structural conditions, support and updating of knowledge on methods, and undertake strategies to minimize external influences on the choice of contraception .

KEYWORDS: “Family Planning”; “Woman”; “Nursing”.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	05
2.	REFERENCIAL TEÓRICO.....	09
2.1.	ANATOMIA, FISIOLOGIA E PROCESSO OVULATÓRIO DO SISTEMA REPRODUTOR FEMININO.....	09
2.2.	MÉTODOS CONTRACEPTIVOS.....	11
2.3.	PROGRAMAS DE SAÚDE RELACIONADOS À ASSISTÊNCIA A MULHER.....	15
2.4.	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA EFETIVAÇÃO DO PLANEJAMENTO FAMILIAR.....	16
3.	METODOLOGIA.....	18
4.	RESULTADOS/DISCUSSÃO.....	20
5.	CONCLUSÃO.....	31
	REFERÊNCIAS.....	33

1 INTRODUÇÃO

Durante muito tempo, a figura feminina esteve relacionada a um sexo frágil, sensível, incapaz de realizar tarefas profissionais, dona do lar, mãe, esposa e objeto de reprodução que não exercia poder sobre seu próprio corpo. Essas características aplicadas à mulher estão sendo modificadas cada vez mais ao longo dos anos. A mulher passou a lutar pelos seus direitos, assumindo uma nova posição social, familiar, profissional sendo visivelmente capaz de tomar suas próprias decisões.

No contexto reprodutivo, a mulher assumiu o papel restrito da procriação durante décadas em detrimento às suas vontades e desejos profissionais. Este fato a submeteu a afazeres domésticos e responsabilidades para com a família que culminavam no impedimento pela busca dos direitos à sua saúde reprodutiva.

No advento dos métodos contraceptivos e na influência destes no alcance da autonomia feminina seguido da efetivação da mulher no mercado de trabalho, surge então, o planejamento familiar, como uma estratégia de contenção do crescimento populacional, que evoluiu no decorrer das décadas para elaboração de políticas públicas voltadas ao público feminino (COELHO; LUCENA; SILVA, 2000).

De acordo com Costa (2009), muitas foram as tentativas do Ministério da Saúde para implantar o controle da natalidade na década de 70 no Brasil, em função disso, enfrentaram a oposição de diversos movimentos, setores conservadores e principalmente da Igreja Católica. Nessa época os programas ofertados para atender a mulher, realizavam tal função de forma restrita e descentralizada, com ações voltadas ao ciclo gravídico-puerperal.

No Brasil na década de 80, surgiram inúmeras mudanças relacionadas à saúde da mulher, onde foram repassadas informações sobre saúde reprodutiva a partir do Programa Integral de Assistência a Saúde da Mulher (PAISM), lançado no país em 1983, adotando a política de ampliar o acesso da população aos meios de contracepção, todavia com informação e livre escolha (SILVA et al., 2011).

Durante a conferência Mundial sobre o Meio Ambiente de 1992, sediada no Rio de Janeiro, comandada pelos Estados Unidos, o Brasil sofreu enorme pressão para introduzir uma inovação no argumento neo- malthusiano sobre a necessidade de controle demográfico (COSTA, 2009). Neste sentido, os cuidados voltados para a família no âmbito da reprodução foram sendo observados como secundário a uma política baseada na contenção de recursos naturais no país (ABRAMOVAY, 2010).

No âmbito da atenção à saúde da mulher, as medidas neo-malthusianas foram sendo incorporadas na elaboração de estratégias que somente limitavam-se as demandas relativas à gravidez e parto (COSTA, 2009; BRASIL, 2011).

Em busca de um programa que abrangesse a saúde da mulher de forma integral e humanizada, o PAISM foi reformulado para Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), vigente até os dias atuais, tendo como objetivo assistir mulheres em todas as etapas de sua vida, nas mais diferenciadas faixas etárias e de todos os grupos sociais, independente de cor, raça, religião, opção sexual, sendo portadora de necessidade especial, presidiária entre outras (FREITAS et al., 2009).

Embora este programa seja de ampla abrangência os autores acima, consideram que mesmo sendo notável o avanço e implantação das políticas relacionadas à saúde da mulher, percebe-se que grupos formados por prostitutas, população vulnerável a agravos, continuam exclusas das propostas de atenção à saúde reprodutiva.

À medida que aconteceram os avanços relacionados às políticas públicas de saúde da mulher, associados a outros fatores como as alterações econômicas e políticas pelos quais a sociedade enfrentava, as mesmas passam a assumir os papéis anteriormente considerados exclusivamente masculinos. Tornando-se cada vez mais ativas e autônomas no seu processo reprodutivo, estando o homem como coparticipante nesse processo (LIMA et al., 2014).

Neste sentido, o Planejamento Familiar deve ser tratado dentro do contexto dos direitos reprodutivos, tendo, portanto, como principal objetivo garantir às mulheres e aos homens um direito básico de cidadania, previsto na Constituição Brasileira: o direito de ter ou não filhos/as (BRASIL, 2002, p. 7).

Dessa forma, o casal passou a ter conhecimento necessário e autonomia para a escolha do método contraceptivo que melhor se adaptasse. Sendo responsabilidade e decisão de ambos iniciarem ou finalizarem a contracepção, proporcionando total controle sobre seu planejamento familiar (BRASIL, 2011).

Segundo Ziegel e Cranley (2011) os métodos de planejamento familiar podem ser classificados como métodos: naturais, de barreira, preparados espermicidas, anticoncepcionais orais e injetáveis e a esterilização cirúrgica feminina ou masculina.

Na atualidade, no país, o programa de planejamento familiar é ofertado e desenvolvido pelas equipes das Estratégias de Saúde da Família (ESF), que teve início em 1994, como Programa Saúde da Família (PSF). Sendo exercido por uma equipe multiprofissional, com o objetivo de melhor interagir e envolver a participação da comunidade nesse programa (SILVA et al., 2011).

Quanto à atuação desses profissionais de saúde na assistência à anticoncepção, o Ministério da Saúde envolve e preconiza três tipos de atividades: educativas, aconselhamento e atendimentos clínicos (BRASIL, 2002).

Mesmo com a preconização dessas estratégias, diversos entraves podem ocorrer dificultando sua efetivação. Para Moura, Silva e Galvão (2007) os principais obstáculos enfrentados são os listados a seguir: mínima participação médica nas ações de planejamento familiar; a quantidade de anticoncepcional oral, insuficiente para a demanda mensal; desconhecimento por parte da Enfermagem em relação à laqueadura tubária, vasectomia, inserção do DIU e casos de infertilidade; falta de DIU ou de profissionais treinados para inserção do mesmo; amparo legal, para que enfermeiros possam exercer com autonomia as ações ligadas à prescrição de métodos anticoncepcionais.

Em contrapartida, Silva et al., (2011) apontam que as dificuldades encontradas no Planejamento Familiar são protagonizadas pelas mulheres associado à desorganização do atendimento inicial, ao conceito formulado por elas próprias sobre o planejamento familiar, sendo este concebido por elas como apenas o uso do anticoncepcional e do preservativo masculino; à falta de adesão por parte dessas mulheres em ações grupais, previamente marcadas; à indisponibilidade de tecnologia contraceptiva, uma vez que o programa passa por uma limitação de métodos.

Nesse sentido quanto às atividades desenvolvidas pela equipe de saúde principalmente pelo enfermeiro nessas e em outras áreas, retratam ações educativas em saúde que possuem grande relevância, pois têm por objetivo orientar e informar a população (SILVA et al., 2011).

Já para Moura, Silva e Galvão (2007), as atividades desenvolvidas pelo enfermeiro estão relacionadas à informação dos métodos anticoncepcionais disponíveis e permitidos no Brasil, prescrição dos métodos, quando o médico não se faz presente e o acompanhamento mensal das usuárias para esclarecimento de dúvidas sobre os efeitos colaterais e/ ou complicações.

Diante disso, o planejamento familiar e o controle da anticoncepção, são medidas que os casais buscam para controlar o número de filhos que desejam ter. Nesse contexto o profissional enfermeiro é colocado como atuante de forma direta, sendo uma função delegada a ele por influência do meio, mas sem o amparo legal específico.

Baseado no exposto e a fim de viabilizar a investigação, o estudo tem a seguinte questão norteadora: o que interfere nas ações do Enfermeiro no Programa de Planejamento Familiar na Estratégia de Saúde da Família?

O interesse em investigar o referido tema surgiu durante o período de estágios curriculares e extracurriculares do curso de graduação em Enfermagem, onde foi observada a ausência das consultas de Planejamento Familiar, sendo esse encontro destinado apenas à entrega de anticoncepcional.

Ressalta-se ainda, a contribuição acadêmica dos resultados da pesquisa na área dos estudos científicos relativos à saúde da mulher, através da publicação de informações verídicas e expressivas acerca das estratégias implementadas pelo enfermeiro na tentativa de promover uma melhor assistência às mulheres usuárias do Planejamento Familiar a fim de minimizar gravidezes indesejadas e Doenças sexualmente transmissíveis (DST's). Pretende-se também através deste viabilizar informações para acadêmicos e profissionais de Enfermagem sobre a temática em questão.

Assim o presente estudo tem como objetivo identificar os problemas e as necessidades enfrentadas pelos enfermeiros nas Estratégias de Saúde da Família relacionados ao Planejamento Familiar e verificar os pontos relevantes que influenciam a mulher na escolha do método contraceptivo.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ANATOMIA, FISIOLOGIA E PROCESSO OVULATÓRIO DO SISTEMA REPRODUTOR FEMININO

Quanto à anatomia reprodutiva feminina, Ricci (2013) a classifica como subdividida em: vagina, útero, tubas uterinas e ovários. Para a autora, a vagina é um canal músculo membranoso com a capacidade de se distender, situado anteriormente ao reto e posteriormente a bexiga; já o útero é um órgão muscular com formato semelhante a uma pêra que se situa na parte superior da vagina e anterior ao reto, este é mantido na posição por oito ligamentos. As tubas uterinas são estruturas cilíndricas ocas, que medem cerca de 7 a 10 cm de comprimento e aproximadamente 0,7cm de diâmetro; e os ovários são um par de glândulas semelhantes a amêndoas, que situam-se na cavidade pélvica abaixo e de cada lado da cicatriz umbilical.

De acordo com a literatura as principais funções dos órgãos reprodutivos da mulher são: via de eliminação do fluxo menstrual, penetração no ato sexual e saída do feto (vagina), produção de células germinativas e hormônios (ovários), transporte das células fertilizadas para o útero (tubas uterinas) e desenvolvimento embrionário e fetal (útero) (TORTORA, GRABOWSKI, 2002).

Ricci (2013) ressalta também a importância dos órgãos reprodutivos externos, denominados de vulva, composta por monte pubiano, grandes e pequenos lábios, clitóris, estruturas do vestíbulo e o períneo. Para o autor, estes estão envolvidos com a proteção, lubrificação e orgasmo feminino.

Quanto ao contexto endócrino da mulher, enfatiza-se o processo de secreção hormonal e as contínuas reações químicas ocorridas durante o ciclo reprodutivo feminino. Neste são liberados hormônios imprescindíveis às etapas reprodutivas, como: hormônio de liberação hipotalâmico, o hormônio de liberação das gonadotropinas (GnRH); os hormônios sexuais da hipófise anterior, o hormônio folículo-estimulante FSH e o hormônio luteinizante (LH) (RICCI, 2013).

Esses hormônios não são secretados em quantidades constantes durante todo o ciclo menstrual mensal feminino, mas em intensidades drasticamente diferente durante as etapas do ciclo (GUYTON, HALL, 2002).

Segundo Ricci (2013), o ciclo reprodutivo feminino é um termo geralmente utilizado para denominar os ciclos ovarianos (onde ocorre a ovulação) e endometrial,

(onde ocorre a menstruação) ambos desencadeiam-se simultaneamente, através de uma serie de alterações hormonais.

O ciclo ovariano está relacionado a uma serie de eventos que envolvem um oócito em desenvolvimento (óvulo) no interior dos ovários. A mulher já nasce com o suprimento de óvulos necessários para a liberação gradual durante todos os anos férteis. O ciclo ovariano tem início quando as células foliculares intumescem, dando início ao processo de amadurecimento, nesse estágio o folículo é denominado de folículo de Graaf. Mensalmente o ovário cultiva inúmeros folículos, mas geralmente apenas um amadurece, ocorrendo então a ovulação (RICCI, 2013).

De acordo com Guyton e Hall (2002) o ciclo ovariano é dividido em três fases: folicular, de ovulação e lútea. Em mulheres cujo ciclo ocorre a cada 28 dias, os hormônios da hipófise anterior iniciam o crescimento de cerca de 8 a 12 novos folículos nos ovários, assim um desses folículos torna-se finalmente “maduro” e ovula em torno do 14º dia do ciclo. Durante o crescimento dos folículos, prevalece a secreção principalmente de estrogênio. Depois da ovulação, as células secretoras do folículo ovulado, desenvolvem-se no corpo lúteo secretando maiores quantidades dos principais hormônios femininos (progesterona e estrogênio). Mais ou menos após 2 semanas, o corpo lúteo se degenera, promovendo a diminuição acentuada dos hormônios ovarianos, propiciando então o início da menstruação, se iniciando um novo ciclo.

Já o ciclo endometrial ocorre em associação às alterações hormonais cíclicas de estrogênio e progesterona pelos ovários, diretamente ligado ao revestimento uterino. As fases desse ciclo estão divididas em: proliferativa, secretora e menstrual (RICCI, 2013).

Segundo a autora citada acima, o ciclo endometrial inicia-se antes da ovulação com a fase proliferativa que acontece aproximadamente no 5º dia do ciclo menstrual, estendendo-se até o momento da ovulação. Nessa fase ocorre o espessamento do endométrio e a dilatação dos vasos sanguíneos. Após a ovulação e 3 dias antecedentes do próximo período menstrual ocorre a fase secretória, onde o endométrio torna-se mais espessado, vascularizado (artérias espirais) e glandular (glicogênio e lipídios), objetivando o preparo para a implantação do zigoto, caso ela venha a ocorrer. A fase menstrual inicia-se com o rompimento das artérias espirais, ocasionado por isquemia, proporcionando a liberação de sangue no útero e a descamação do endométrio. Quando não ocorre fertilização, o corpo lúteo se

degenera e o revestimento do endométrio espessado sofre liberação da parede uterina sendo eliminado pela vagina, o começo desse fluxo marca o término de um ciclo menstrual e o início de um novo.

Esse processo fisiológico pode ser interferido pela ação de métodos e estratégias comportamentais, de ação medicamentosa ou aqueles que impedem mecanicamente o encontro das células germinativas.

2.2. MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

Para Ziegel e Cranley (2011), antes que o indivíduo ou casal inicie o uso de qualquer método anticoncepcional, é necessário tomar duas decisões: primeira, a utilização de alguma forma de planejamento familiar, com o intuito de evitar ou adiar a concepção e a segunda decisão refere-se à escolha do método mais aceitável e viável para o casal.

Segundo Brasil (2002), o planejamento familiar utiliza os seguintes métodos contraceptivos: comportamentais, de barreira, anticoncepcional hormonal oral ou injetável, anticoncepção de emergência e esterilização cirúrgica.

Os métodos contraceptivos naturais ou também denominados de comportamentais baseiam-se no poder de observação da mulher sobre os sinais e sintomas que ocorrem em seu corpo durante certos dias do ciclo menstrual considerado fértil ou não. São eles: ogino-knaus, temperatura corporal basal, ovulação e sintotérmico (ZIEGEL, CRANLEY, 2011).

De acordo com os autores citados acima o método ogino-knaus (ritmo, calendário ou tabelinha), está relacionado ao cálculo matemático referente ao período considerado predisponente à fecundação. Logo para utilizar esse método é necessário que a mulher tenha anotado a data de início e término de seu ciclo menstrual por pelo menos os últimos seis meses consecutivos, onde se observará os ciclos de maior e menor duração, o período fértil feminino é definido quando subtrai-se 18 do ciclo menstrual de menor duração e 11 do ciclo menstrual de maior duração, o número de dias férteis onde o casal deve se abster das relações com contato genital varia de acordo com o ciclo da mulher. Esse método não provoca efeitos sistêmicos no organismo feminino, mas requer conhecimento da fisiologia reprodutiva.

O método da temperatura corporal basal está relacionado às alterações ocorridas durante o ciclo menstrual. Antes da ovulação a temperatura permanece em nível baixo, após a ovulação ocorre um ligeiro aumento, devido a ação da progesterona, esses novos níveis permanecem até à próxima menacme. A mensuração da temperatura basal deve ser no mesmo local (oral, vaginal e anal) e horário sendo anotados com apresentação gráfica em papel quadriculado, os dias devem ser ligados por um traço, só assim é possível definir a fase infértil pós-ovulatória (BRASIL, 2002).

Ziegel e Cranley (2011) consideram que o método da ovulação (muco cervical ou Billings) está relacionado às alterações cíclicas por meio da auto-observação do muco cervical. O muco sofre alterações através da elevação estrogênica, tornando a vagina mais úmida, escorregadia e lubrificada e o muco elástico, fluido e transparente, indicando o período fértil e o momento mais propício para penetração dos espermatozóides no colo uterino. Após a ovulação sobre ação da progesterona o muco torna-se mais espesso e diminuído em quantidade.

Segundo os autores acima, o método sinto-térmico baseia-se na combinação de todos os métodos já citados e a adição de outros sintomas, onde o casal observa e registra os dados para interpretação do resultado final. Além do registro dos dias do ciclo, temperatura e muco, os casais observam a dilatação e consistência do colo uterino, edema vulvar, aumento da libido e pequenas manchas sanguíneas. A combinação desses indicadores da ovulação tem por finalidade determinar o período fértil.

O Ministério da Saúde Brasileiro considera ainda como método comportamental o coito interrompido, o mesmo consiste na retirada do pênis da vagina antes da ejaculação, eliminando o sêmen longe dos genitais femininos. Vale ressaltar que esse método não é muito eficaz podendo ocasionar gravidez em casos onde o homem ejacula precocemente (BRASIL, 2002).

Já quanto aos métodos de barreira, estes fornecem uma proteção mecânica, impedindo a penetração dos espermatozóides na cavidade uterina e nas trompas de falópio, além da proteção contra gravidez alguns ainda protegem contra algumas DSTs. Dentre os métodos de barreira mais comuns podemos citar: condom (masculino e feminino), diafragma, esponja anticoncepcional, dispositivos anticoncepcionais intrauterinos (ZIEGEL, CRANLEY, 2011).

O condom masculino, mais comumente chamado de camisinha ou preservativo masculino, trata-se de um envoltório de látex que recobre o pênis ereto durante o ato sexual, impedindo a penetração dos espermatozóides no canal vaginal. Já o condom feminino também denominado de bolsa vaginal, camisinha ou preservativo feminino, é um tubo de poliuretano ligado por dois anéis, um anel é fechado e o outro aberto. O anel fechado é colocado dentro da vagina e fica aderido ao colo uterino impedindo a passagem dos espermatozóides, e o anel aberto recobre os órgãos externos (TORTORA, GRABOWSKI, 2002).

O diafragma é um método contraceptivo de barreira em forma de anel com a parte central côncava, geralmente fabricado de látex ou silicone. Colocado na vagina com a finalidade de cobrir por completo o colo uterino, no intuito de impedir a penetração dos espermatozoides. Para resultados mais satisfatórios do método é necessária a associação com cremes espermaticidas. A medição do diafragma deve ser realizada por um profissional treinado, antes da utilização pela mulher. Após a definição do tamanho ideal do diafragma a mulher é instruída a localizar o colo uterino e consegue realizar a inserção sozinha (BRASIL, 2002).

Sobre o Dispositivo anticoncepcional intrauterino (DIU), apresenta uma variedade de materiais em sua composição, podem ser de: plástico, cobre ou aço inoxidável. O DIU geralmente é flexível para facilitar a introdução e retirada, sendo capaz de reassumir sua posição (TORTORA, GRABOWSKI, 2002).

De acordo com Ziegel e Cranley (2011), os preparos espermaticidas podem ser apresentados em forma de: geleias, cremes, espuma em aerosol, comprimidos espumantes vaginais, supositórios, esponja e somente espuma. Esses preparos são substâncias químicas que protegem e envolvem a vagina e o colo uterino da penetração dos espermatozóides, imobilizando e destruindo os mesmos.

Segundo o Ministério da Saúde, os anticoncepcionais hormonais orais podem ser divididos em: combinados (compostos pela associação de um estrogênio a um progestogênio), e minipílula (composta apenas por progestogênio). Os combinadas se subdividem em: monofásicos (onde a dose de esteróides é constante nos 21 a 22 comprimidos da cartela), bifásicos (composto por dois tipos de comprimidos com os mesmos hormônios, mas em proporções diferentes) e por último os trifásicos (contêm três tipos de comprimidos com os mesmos hormônios, mas em proporções diferentes). Os anticoncepcionais combinados atuam basicamente inibindo a ovulação, geralmente provocam alterações nas características do endométrio e no

muco-cervical, sendo estes altamente eficazes quando utilizados corretamente. Já os compostos apenas por progestogênio, ocasionam o espessamento do muco-cervical, o que dificulta a penetração dos espermatozóides, além de inibir a ovulação. Quando usado durante a lactação e de forma correta é um método consideravelmente eficaz (BRASIL, 2002).

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde brasileiro, os anticoncepcionais hormonais injetáveis apresentam-se em: compostos apenas por progestogênio isolado (uso trimestral) ou associação de estrogênio e progestogênio (uso mensal), administrados por via parenteral intramuscular profunda, com doses mensais e de longa duração. Os de progestogênio isolado atuam inibindo a ovulação e aumentando a viscosidade do muco-cervical, o que dificulta a passagem do espermatozóide, já os combinados de estrogênio e progestogênio, além de inibirem a ovulação, deixam o muco-cervical mais espesso interrompendo a passagem dos espermatozóides (BRASIL, 2002).

Já a anticoncepção hormonal oral de emergência (pós coital ou pílula do dia seguinte) é um método de contracepção alternativo que evita gravidez após relação sexual desprotegida (pode ser tomado até 72 horas após a relação). Atua promovendo a inibição ou adiando a ovulação, interfere na capacitação espermática e provável maturação do oócito. Vale ressaltar que não exerce nenhum efeito após a implantação ter se completado, nem interrompe gravidez em andamento (FREITAS et al., 2011).

Para realizar a anticoncepção definitiva é necessário que um dos parceiros passe por um procedimento cirúrgico de esterilização. No homem denomina-se de vasectomia, onde ocorre o seccionamento dos canais deferentes, destruindo o percurso dos espermatozóides dos testículos para a uretra. Este é um procedimento ambulatorial realizado com anestésico local, aconselha-se a associação com outro método anticoncepcional até que todos os espermatozóides do trajeto proximal sejam eliminados. Já na mulher à esterilização denomina-se ligadura ou laqueadura tubária, esta consiste na ligação e ou secção das trompas de falópio, impedindo o óvulo de ser fecundado. É um procedimento que requer internação de aproximadamente dois dias e geralmente anestesia geral (ZIEGEL, CRANLEY, 2011).

Diante do exposto, identificou-se que a utilização de diversas terapias para se evitar gravidezes indesejáveis foi objeto de pesquisa durante um longo período. No

entanto, os objetivos pretendidos para a implantação de programas educacionais quanto ao planejamento familiar sofreram mudanças no decorrer dos anos sendo influenciados por vários fatores.

2.3. PROGRAMAS DE SAÚDE RELACIONADOS À ASSISTÊNCIA A MULHER

Em meados da década de 70, os programas relacionados à saúde da mulher eram exercidos de forma restrita, focados na dimensão pró-criativa e voltados apenas ao ciclo gravídico-puerperal, onde a mulher assumia na sociedade apenas o papel de mãe. Neste contexto, iniciaram-se as lutas dos movimentos sanitários e feminista, buscando um programa que atendesse a saúde da mulher de forma integral (GUARESCHI, 2009).

Com a união desses movimentos e atuação dos mesmos em inúmeras conferências mundiais, o Ministério da Saúde no ano de 1983 decide implantar o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), a fim de incluir e atender no programa mulheres em todas as etapas e ciclos de vida ou em qualquer situação de saúde e problemas relacionados à reprodução (COSTA, 2009).

A fim de permitir o acesso da população aos meios de contracepção e viabilizar a assistência prestada às mulheres o PAISM, implantou com dificuldade medidas como: ações educativas, preventivas, de promoção, diagnóstico, tratamento e recuperação no âmbito ginecológico; pré-natal, parto e puerpério; climatério; planejamento familiar; doenças sexualmente transmissíveis e câncer de mama e colo de útero (BRASIL, 1984).

Como princípios e diretrizes o PAISM adotou as propostas de: descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços. Destacam-se ainda os conceitos de equidade e integralidade que norteavam a construção do SUS, o que influenciou a implantação do programa (BRASIL, 2011).

No decorrer dos anos foi identificada a necessidade de reformular as políticas voltadas à saúde da mulher, a fim de aprimorar a promoção da saúde de forma integral, humanizada e com qualidade no serviço prestado. Em 2004 o PAISM foi reformulado para PNAISM (Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher) vigente até os dias atuais, além de adotar os princípios e diretrizes da política anterior, inovou preenchendo as seguintes lacunas: atenção ao climatério/menopausa; queixas ginecológicas; infertilidade e reprodução-assistida;

saúde da mulher na adolescência; doenças crônico-degenerativas; saúde ocupacional; saúde mental; doenças infectocontagiosas, bem como, mulheres moradoras rurais, portadoras de deficiência, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas (FREITAS et al., 2009).

De acordo com os autores citados, após a inovação e ampliação das políticas de saúde, a mulher passou a ser vista em sua integralidade, com autonomia e participação no processo de decisão para a formulação de políticas públicas, a medida que se inclui a mulher nesse processo, o atendimento de suas reais necessidades são atendidas o que proporciona um aumento na qualidade da assistência multiprofissional prestada.

2.4. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA EFETIVAÇÃO DO PLANEJAMENTO FAMILIAR

A atuação dos profissionais de saúde, referente ao Planejamento Familiar, está pautada no Artigo 226, Parágrafo 7, da Constituição da República Federativa do Brasil, portanto, baseia-se no princípio da paternidade responsável e no direito de livre escolha dos indivíduos e/ou casais (BRASIL, 1996).

De acordo com o Ministério da Saúde, os profissionais que exercem assistência à anticoncepção, devem desenvolver as seguintes atividades e ações: educativas, aconselhamento e clínicas (BRASIL, 2002).

As atividades educativas objetivam ofertar à clientela, os conhecimentos básicos para escolha e posterior implantação do método anticoncepcional. Preferencialmente as reuniões devem ser ministradas em grupo e reforçadas com atendimento individual, possibilitando troca de experiências (BRASIL, 2002).

Segundo o Ministério da Saúde brasileiro o aconselhamento esta relacionado ao processo de escuta desenvolvido pelo profissional, momento esse que se estabelece um vínculo de confiança entre as partes envolvidas. Fazem parte desse processo o acolhimento, o esclarecimento de dúvidas, a avaliação do risco de infecção pelo HIV e outras DSTs e por último a necessidade de colaboração de ambas as parte para efetivação do método (BRASIL, 2002).

Já as atividades clínicas baseiam-se no critério de promoção, proteção e recuperação da saúde. São realizadas após as atividades educativas e inclui: anamnese, exame físico geral e ginecológico, orientação para o autoexame de

mamas, levantamento da última colpocitologia oncótica e por último a escolha e prescrição do método anticoncepcional nas consultas subsequentes onde se avalia a adequação do método, prevenção e tratamento de intercorrências (BRASIL, 2002).

De acordo com a Lei do Exercício Profissional do Enfermeiro 7.498/1986 e a Resolução do COFEN nº 271/2002, o enfermeiro pode prescrever os anticoncepcionais hormonais orais; todavia, os hormonais injetáveis, quando utilizados pela primeira vez, seriam transcrição da prescrição, já que a paciente deve passar necessariamente por uma consulta médica antes de iniciar o planejamento (COFEN, 2002).

Silva et al (2011) enfatizam a importância e contribuição do enfermeiro no programa de planejamento familiar, assumindo assim o papel de orientador, educador e conselheiro de acordo com as atividades propostas pelo Ministério da Saúde. Os autores ainda ressaltam a influência do enfermeiro na escolha do método anticoncepcional e implantação e acompanhamento do planejamento familiar.

Segundo Moura, Silva e Galvão (2007), em algumas unidades básicas de saúde o enfermeiro é responsável pela supervisão do programa de planejamento familiar e prescrição dos métodos anticoncepcionais. Já as unidades que contam com a presença médica, o enfermeiro acompanha os retornos e encaminha quando se faz necessário.

Os referidos autores, ainda abordam a importância do acompanhamento mensal realizado pelo enfermeiro para retirar as dúvidas que possam surgir quanto ao uso do método, eficácia, efeitos colaterais ou qualquer intercorrência que venha a acontecer, embora relatem casos em que o enfermeiro torne-se flexível, alterando a posologia medicamentosa.

3 METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura científica, realizada nas bases de dados LILACS (*Literatura Americana e do Caribe, em Ciências da Saúde*) e coleção SCIELO (*Scientific Eletronic Library Online*).

Segundo Mendes, Silveira e Galvão (2008), a revisão integrativa é considerada um método de pesquisa que possibilita a busca, a avaliação crítica e a síntese do estado do conhecimento sobre determinado assunto. Esse tipo de revisão obedece seis etapas: 1. identificação do tema e elaboração da questão norteadora; 2. definição dos critérios de inclusão, exclusão e busca na literatura; 3. coleta e extração de dados; 4. análise crítica dos estudos incluídos; 5. discussão dos resultados e 6. apresentação da revisão integrativa.

Para o refinamento dos estudos encontrados, utilizou-se como critérios de inclusão: artigos publicados nos últimos dez anos, ou seja, no período estimado a partir do segundo semestre de 2003 até o primeiro semestre de 2014, divulgados em textos completos e em língua portuguesa. Como critérios de exclusão foram descartados aqueles publicados antes ou após o período estipulado, textos incompletos, dissertações, teses, editoriais e resumos que não estejam disponíveis na língua portuguesa e aqueles que não corresponderam à questão norteadora na pesquisa.

Para localização dos artigos foram utilizados os seguintes descritores em saúde: “Planejamento Familiar”, “Mulher” e “Enfermagem”, previamente consultados e presentes na BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) interligados por meio do uso do operador booleano AND. O cruzamento dos descritores obedeceu à sequência: “planejamento familiar AND mulher” e “planejamento familiar AND enfermagem”.

O AND é um conector, geralmente usado como operador booleano (delimitador), que proporciona à realização de combinações entre os descritores utilizados na pesquisa, sendo esse de combinação restrita (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007).

Após a busca dos descritores nas fontes de dados, foram selecionados a partir dos cruzamentos cinquenta e um artigos, os quais foram submetidos à leitura criteriosa dos conteúdos. Com o atendimento dos critérios de inclusão e exclusão, foi visto que trinta e seis não atendiam à questão norteadora da pesquisa, o que resultou em uma amostra final de dezesseis artigos.

Esses estão distribuídos em dois quadros sinópticos apresentados como quadros sinópticos descritivos 1 e 2 e identificados por letras do alfabeto de A ao P a fim de facilitar a leitura e análise.

4 RESULTADOS/DISCUSSÃO

No quadro sinóptico 1 logo abaixo, são apresentados os artigos que responderam aos objetivos da pesquisa, publicados nos últimos dez anos, sendo esse período referente ao segundo semestre de 2003 até o primeiro semestre de 2014, todos completos e em língua portuguesa, contendo seus títulos e autores.

ID*	ANO	TÍTULO	AUTORES
A	2014	Características da oferta de contracepção de emergência na rede básica de saúde do Recife, Nordeste do Brasil.	Spinellet al.
B	2013	Criminalização do aborto no Brasil e implicações à saúde pública.	Santos et al.
C	2012	Conhecimento, atitude e prática de mulheres residentes no meio rural acerca dos métodos contraceptivos.	Nicolau et al.
D	2011	Uso do preservativo feminino como método contraceptivo: experiências de mulheres em uma unidade básica de saúde no município de Juazeiro do Norte-CE.	Albuquerque e Villela
E	2011	Planejamento familiar: significado para mulheres em idade reprodutiva.	Silva et al.
F	2010	Conhecimento, uso e escolha dos métodos contraceptivos por um grupo de mulheres de uma unidade básica de saúde em Teresópolis/RJ.	Penaforte et al.
G	2010	Planejamento familiar em Unidade de Saúde da Família.	Pierre e Clapis
H	2009	Planejamento familiar: uma questão de escolha.	Andrade e Silva
I	2009	Arrependimento após a esterilização feminina no Brasil.	Barbosa, Leite e Noronha
J	2008	Ambivalência em mulheres submetidas à laqueadura tubária.	Gonçalves, Garcia e Coelho
K	2008	Poder de gênero, pobreza e anticoncepção: vivências de multíparas.	Prates, Abib e Oliveira
L	2007	Necessidade insatisfeita por métodos anticoncepcionais no Brasil.	Tavares, Leite e Telles
M	2006	Planejamento familiar: a autonomia das mulheres sob questão.	Costa, Guilhem e Silver
N	2006	Direitos reprodutivos: o discurso e a prática dos enfermeiros sobre planejamento familiar.	Lindner et al.
O	2005	Enfermagem e o planejamento familiar: as interfaces da contracepção.	Coelho
P	2003	Mulher, família e reprodução: um estudo de caso sobre o planejamento familiar em periferia do Recife, Pernambuco, Brasil.	Fernandes

Quadro sinóptico 1: Descrição dos artigos científicos expondo ano, título e autores. Id*Identificação do artigo.

No quadro sinóptico 2, os artigos estão definidos a partir do tipo de estudo, objetivos, resultados/conclusão e periódico de origem. De acordo com os desenhos

metodológicos os tipos de pesquisas mais destacadas foram a descritiva quantitativa (C, H e L), descritiva qualitativa (E), descritiva exploratória (F), descritiva qualitativa/quantitativa (G), descritiva exploratória/qualitativa (O), em seguida exploratória (J e M), exploratória quantitativa (D), exploratória qualitativa (K), e outros tipos como qualitativa (N), observacional e descritiva (A), revisão crítica (B), corte transversal (I), e estudo de caso (P).

Quanto aos periódicos de origem as fontes mais utilizadas foram a Revista Eletrônica de Enfermagem (C e H), a Revista Cogitare de Enfermagem (F e N), a Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil (I e M) e outras origens (A, B, D, E, G, J, K, L, O e P).

ID*	TIPO DE ESTUDO	OBJETIVOS	RESULTADOS/CONCLUSÃO	PERIÓDICO DE ORIGEM
A	Observacional e descritivo	Descrever as características da utilização da contracepção de emergência (CE) em unidades de saúde da família (USF) da cidade do Recife entre março e setembro de 2011.	Médicos e enfermeiros estão aptos na oferta do método embora não orientem e divulguem sobre a contracepção de emergência às mulheres. O que possivelmente favorece o uso de forma incorreta e a compra em farmácias da rede privada.	Saúde e Sociedade
B	Revisão crítica	Discutir a criminalização do aborto no Brasil e implicações à saúde pública.	A dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a baixa escolaridade, o baixo poder aquisitivo e a discriminação étnica são fatores que contribuem para as práticas inseguras e ilegais de aborto quando a gravidez é indesejada promovendo falhas no planejamento familiar.	Revista Bioética
C	Descritivo com abordagem quantitativa	Verificar o conhecimento, a atitude e a prática de mulheres residentes em uma comunidade rural quanto a métodos contraceptivos.	As mulheres que residem no meio rural convivem com a carência de informações, esse elevado índice na falta de esclarecimento esta relacionado às condições culturais e sócio econômicas. No meio rural a condição financeira é o principal fator delimitador na escolha do método, outras escolhem o método por indicação de uma amiga/vizinha, como também ocorre a não aceitação do parceiro e a escolha por conta própria sem acompanhamento profissional o que potencializa as falhas no planejamento familiar.	Revista Eletrônica de Enfermagem
D	Exploratório e quantitativo	Investigar as experiências de	A assistência à anticoncepção está longe do preconizado, cabe ao	Revista Atenção

		mulheres de uma Estratégia de Saúde da Família em Juazeiro do Norte-CE a respeito do preservativo feminino como contraceptivo.	profissional identificar a realidade do casal, desmistificar os mitos que cercam o método e acompanhar a adaptação e eficácia do mesmo.	Primária à Saúde
E	Descritivo com abordagem qualitativa	Compreender o significado do planejamento familiar por mulheres em idade reprodutiva, identificar suas percepções sobre a assistência recebida e a participação do parceiro na decisão do uso do método anticoncepcional.	Apesar do significado de planejamento familiar para essas mulheres, estar relacionado a fatores culturais, sociais e econômicos, as mesmas referem satisfação na consulta de enfermagem, considerando o enfermeiro como principal influenciador na escolha do método. Ressalta-se ainda a delimitação do método por recursos financeiros e a pouca aceitabilidade masculina em usar o preservativo, assim como sua ausência nas consultas de planejamentos familiar.	Ciência e Saúde Coletiva
F	Descritivo exploratório	Identificar o conhecimento, escolha e utilização dos métodos contraceptivos do grupo em estudo.	O anticoncepcional oral e o preservativo masculino são os mais divulgados e utilizados pelos casais já os métodos naturais e comportamentais são menos utilizados porque requer disciplina e autoconhecimento do próprio corpo. Cabe ao enfermeiro não só indicar o método contraceptivo, mas atender as necessidades e preocupações da população envolvida.	Revista Cogitare de Enfermagem
G	Descritivo com abordagem qualitativo-quantitativa	Identificar a assistência oferecida pelos profissionais de saúde que atuam em planejamento familiar, em uma Unidade de Saúde da Família, no município de Ribeirão Preto, São Paulo.	É necessário capacitar os profissionais do planejamento familiar quanto aos métodos contraceptivos disponíveis assim como a diversidade da disponibilização dos mesmos pelos gestores. Para que só assim possam prestar uma assistência qualificada e eficiente, investir em ações grupais voltadas a assuntos relacionados à saúde da mulher e incentivar a presença masculina no programa.	Revista Latino Americana de Enfermagem
H	Descritivo com abordagem quantitativa	Analisar os fatores determinantes na escolha do método contraceptivo de 50 mulheres com 18 anos ou mais participantes do grupo.	Tendo em vista o desconhecimento das mulheres em relação aos diferentes métodos contraceptivos, faz-se necessário que não só a equipe de enfermagem, mas também todos os profissionais envolvidos no planejamento familiar disseminem mais informações sobre os métodos. Tais informações devem ser repassadas em ações grupais e individuais atendendo a necessidade específica de cada usuária.	Revista Eletrônica de Enfermagem

I	Corte transversal, utilizando como fonte os dados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde realizada em 1996 (PNDS – 1996)	Identificar fatores sócios demográficos associados com o arrependimento após a esterilização.	O arrependimento quanto à esterilização prevalece em mulheres jovens e com baixo grau de escolaridade. O que também pode ser resultado deficiente dos profissionais que executam o planejamento familiar, deixando de repassar as orientações quanto à irreversibilidade do método.	Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil
J	Exploratória	Analisar a frequência de mulheres ambivalente e o modo como haviam se classificado originalmente em relação ao procedimento (totalmente ou moderadamente satisfeitas, ambivalentes, totalmente ou moderadamente arrependidas).	A deficiência no planejamento familiar recai sobre a limitação de informações sobre os métodos contraceptivos e a irreversibilidade da laqueadura tubária recurso esse que muitas mulheres são induzidas a realizar por não ter condições socioeconômicas de criar mais filhos.	Revista de Enfermagem
K	Exploratória com abordagem qualitativa	Problematizar as suas experiências de anticoncepção, considerando a influência do gênero na sua autonomia para escolher o número de filhos.	O poder do gênero continua evidente nos dias atuais, os homens tornam-se delimitadores dos métodos contraceptivos, por se recusarem ao uso do preservativo masculino e a esterilização masculina (vasectomia), surge então a necessidade de inserir a participação do homem nas ações de planejamento familiar.	Revista Gaúcha de Enfermagem
L	Descritiva/Quantitativa	Apresentar a magnitude da necessidade insatisfeita por método anticoncepcional entre mulheres unidas no Brasil, assim como identificar os fatores a ela associados.	É notória a insatisfação das mulheres quando restritas aos diferentes métodos contraceptivos e a falta de avaliação quanto à adequabilidade dos mesmos por parte dos profissionais envolvidos no planejamento familiar.	Revista Brasileira de Epidemiologia
M	Estudo ecológico, transversal de cunho exploratório.	Verificar as condições de acesso das mulheres às atividades de atenção e aos métodos contraceptivos no Brasil.	O estudo aponta que as mulheres ainda enfrentam restrições quanto ao acesso e oferta dos serviços na prática do Planejamento familiar, estes estão relacionados à indisponibilidade dos métodos contraceptivos na unidade, assim como a falta de aperfeiçoamento profissional, a não realização de atividades educativas e clínicas e em especial a ausência de ações voltadas à infertilidade.	Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil
N	Qualitativa	Investigar o conhecimento e a	Ocorrem nessas unidades a distribuição dos contraceptivos e a	Revista Cogitare de

		prática dos profissionais enfermeiros envolvidos na atenção à saúde da mulher sobre “Direitos Reprodutivos” tendo como foco o Planejamento Familiar.	orientação destes exclusivamente, deixando de lado a escolha e decisão por parte da usuária. Ressalta-se ainda a importância de que as instituições promovam um programa de educação continuada para que o enfermeiro desenvolva suas ações voltadas para a necessidade da população e de acordo com os princípios das políticas públicas.	Enfermagem
O	Descritivo exploratório com abordagem qualitativa	Analisar o discurso da Igreja Católica, do Estado e das feministas, buscando perceber o posicionamento da enfermagem.	A Igreja Católica defende a contracepção por meio natural diferente do estado e dos movimentos feministas que lutam pela paternidade responsável através de outros meios. O enfermeiro assume o papel de mobilizador na mudança da prática reprodutiva por meio da orientação, levando em consideração fatores culturais e religiosos. Lutando sempre em prol das políticas públicas voltadas à saúde da mulher.	Revista Brasileira de Enfermagem
P	Estudo de caso	Entender como são planejadas as famílias de mulheres de camadas populares em Pernambuco.	Retrata a obediência das mulheres de camadas populares aos profissionais de saúde quanto ao planejamento familiar onde o mesmo baseia-se distribuição da pílula e na esterilização. Onde não são informadas sobre outros métodos e não exercem poder sobre seu próprio corpo.	Cadernos de Saúde Pública

Quadro Sinóptico 2: Tipo de estudo, objetivos, resultados/conclusão e periódico de publicação. Id*-Identificação do artigo.

O artigo A faz referência a aptidão de médicos e enfermeiros em ofertar métodos contraceptivos de uso corriqueiro, no entanto os mesmos deixam de lado a divulgação e orientação de como utilizar a contracepção de emergência, favorecendo a compra desse método na rede privada e seu uso de forma inadequada, o que pode ocasionar na mulher danos à saúde.

Quanto ao exposto, Oasis et al. (2006), constataram que o fato do método contraceptivo de emergência não ser ou ser pouco divulgado esta relacionado à falta desse método nas unidades, por ser distribuído apenas com prescrição médica, pela procura ser pela clientela mais jovem e por último pelo desconhecimento dos profissionais a respeito de sua utilização.

Sobre os direitos reprodutivos das mulheres, o artigo B corroborou que o difícil acesso aos serviços de saúde, associado aos fatores socioeconômicos (idade, grau de escolaridade, baixa renda e discriminação étnica) contribuem para o

aumento de gravidezes indesejadas e conseqüentemente de abortos induzidos, ilegais e inseguros gerando um crescente aumento de mortalidade materna e problemas psicológicos, promovendo falhas no planejamento familiar.

Diniz e Medeiros (2012) apontaram em seu estudo que a faixa etária para realização do aborto predomina entre adolescentes de 19 a 22 anos de idade, de cor negra e com baixo grau de escolaridade. Esses abortos geralmente ocorrem de forma clandestina e com o auxílio de terceiros, com uso de medicamentos obtidos de forma lícita ou ilícita, de origem não abortiva administrados via oral e/ou vaginal, tendo sua dosagem variando de acordo com a idade gestacional. Os autores reforçam que após a ingestão do medicamento faz-se necessário em alguns casos finalizar o procedimento em uma unidade hospitalar com a curetagem. Outro método clandestino citado no estudo refere-se as “casas aborteiras” que são assim denominadas por se tratarem de clínicas de fundo de quintal onde são utilizados medicamentos, chás, ervas e sondas para realizar o aborto.

Como citado pelos autores acima, o aborto está relacionado a um procedimento praticado por jovens de baixo poder aquisitivo. Em contrapartida Menezes e Aquino (2009) afirmam que moças jovens, com renda per capita elevada e alto grau de escolaridade abortam 4,6 e 3,8 vezes mais que aquelas de menor renda, tal acontecimento ocorre por que a gravidez entre essas jovens apresenta-se em uma porcentagem menor, mas surtem mais frequentemente em abortos. Dessa informação infere-se que dentre outras causas, o aborto ocorre em virtude de falhas do planejamento familiar no sistema público de saúde.

De acordo com Santos e Freitas (2011) as falhas relativas ao planejamento familiar além de estarem relacionadas a fatores socioeconômicos da população, associam-se a falta de comparecimento dessas mulheres em reuniões previamente agendadas. Acredita-se que outro fator que potencializa falhas no planejamento familiar é a concessão de um benefício para as mulheres grávidas da zona rural, o auxílio maternidade que complementa a renda familiar durante os quatro meses de licença, benefício esse que muitas utilizam como sustento da família.

Já o artigo C aponta que as mulheres usuárias de planejamento familiar que residem no meio rural, convivem com déficit de informações sobre os métodos contraceptivos, tal desconhecimento relaciona-se a fatores culturais e socioeconômicos. Fatores esses que influenciam e delimitam a escolha por parte destas aos métodos contraceptivos. A condição financeira é imposta como o

principal fator delimitador de métodos contraceptivos, pois quando a unidade não disponibiliza dos mesmos, algumas mulheres não conseguem comprar, em consequência da ausência de acompanhamento profissional essas mulheres são influenciadas a seguir a indicação de terceiros, assim como a não aceitação do parceiro e a escolha por decisão própria. Quanto aos fatores já citados o artigo E concorda com a delimitação dos métodos pelos recursos financeiros e pela não aceitação do parceiro, porém coloca o enfermeiro como principal influenciador na escolha do método e aponta para ausência do homem nas consultas como dificuldade na assistência prestada.

Sobre a temática em questão o artigo K reforça a diminuição da autonomia feminina repercutida na vida reprodutiva, a anticoncepção torna-se limitada em virtude das desigualdades de gênero associada a fatores socioeconômicos. Para os autores o homem torna-se delimitador na anticoncepção, pois os mesmos se recusam ao uso do preservativo masculino e a realização da esterilização cirúrgica (vasectomia). Emergindo assim a necessidade de inserção da participação desses homens no planejamento familiar.

Corroborando com estes estudos, o planejamento familiar ainda é alvo das desigualdades de gênero. A mulher é atribuída como responsável pela procriação e o homem pelo sustento da família, artifício esse utilizado por eles como impedimento para não participar das reuniões de planejamento familiar. Apesar de essas mulheres serem atribuídas como responsáveis pela procriação, isso não quer dizer que elas tenham autonomia suficiente para tomar suas próprias decisões, pois o parceiro interfere influenciando na sua escolha (RODRIGUES; ROCHA; SILVA, 2014).

Além das delimitações socioeconômicas e culturais citadas anteriormente, o artigo O reflete sobre a influência religiosa na escolha do método contraceptivo, pois a Igreja Católica defende a contracepção por meio de métodos naturais, contraditórios aos movimentos feministas e ao estado que utilizam outros meios para proporcionar a contracepção. Mascarenhas et al. (2012) afirma que a Igreja defende o modelo baseado na religiosidade, pregando a castidade para os não casados e o ato sexual apenas com vista à procriação. A partir do exposto, o enfermeiro assume o papel de mobilizador da prática reprodutiva, cabendo-lhe desenvolver uma assistência que respeite e eleja fatores culturais e religiosos na hora de escolher o

método contraceptivo, assim como proporcionar orientação e acompanhamento do mesmo.

Em contrapartida o artigo F e P afirmam que apesar do Ministério da Saúde dispor em seu manual de uma diversidade de métodos contraceptivos o que ocorre na prática é a disseminação do planejamento familiar baseado na anticoncepção oral, no preservativo masculino e na esterilização feminina, deixando de orientar e divulgar sobre outros métodos e em especial os naturais.

O artigo L reforça a insatisfação das mulheres em relação à limitação dos métodos contraceptivos disponíveis na rede pública assim como a falta de avaliação e acompanhamento dos mesmos por parte dos profissionais que executam o planejamento familiar. Segundo Nunes et al. (2013) em seu estudo a indicação dos métodos naturais não ocorre pela insegurança do profissional em orientar quanto à prática e pela associação a sua ineficácia. Neste contexto o enfermeiro além de realizar as consultas individualizadas de acompanhamento e orientação também é responsável pela formação de grupos voltados a educação em saúde, com ênfase na dupla proteção no intuito de prevenir gravidezes indesejadas e doenças sexualmente transmissíveis.

Seguindo o eixo da dupla proteção o artigo D através de um estudo exploratório e quantitativo realizado com 20 mulheres usuárias do planejamento familiar, acerca do preservativo feminino como método contraceptivo, demonstrou em seus resultados que a maioria dessas mulheres desconhecia o método por ser pouco distribuído e divulgado, muitas vezes em decorrência da falta do método na unidade ou pelo desconhecimento do profissional que executa o programa. Faz-se necessário então que o profissional conheça o universo da paciente para que possa não só ofertar o método, mas proporcionar o acompanhamento, retirando dúvidas e orientando quanto a prática sexual segura, evitando gravidezes indesejadas e o controle da prole.

Gomes et al. (2011) constataram em seus estudos que o fato das não possuírem noção alguma sobre preservativo feminino relaciona-se além da mínima divulgação do insumo, ao elevado custo em que esta encontra-se no mercado, tal motivo gera a indisponibilidade deste nas unidades de planejamento familiar e as unidades que disponibilizam o insumo só distribuem para as profissionais do sexo e portadoras do HIV (Vírus da imunodeficiência humana) e AIDS (Síndrome da imunodeficiência adquirida). Foi visto também que os casais que convivem em união

estável se recusam a usar o preservativo por associar a desconfiança e infidelidade de seu cônjuge, assim como acreditar ser de difícil manuseio e por limitar o prazer sexual.

O artigo H reforça o desconhecimento das mulheres em relação aos diferentes métodos contraceptivos, onde se faz necessário que não só a equipe de Enfermagem, mas também todos os profissionais envolvidos no planejamento familiar disseminem mais informações sobre os métodos contraceptivos proporcionando a mulher autoconhecimento e livre escolha. Além de ações educativas em grupo é necessário o acompanhamento individualizado para atender as necessidades específicas de cada usuária. Em contrapartida o artigo G constatou que os profissionais envolvidos no estudo priorizam o atendimento individual e ações voltadas apenas à saúde da mulher sem estimular a participação masculina no planejamento familiar.

Para Silva e Carvalho (2007) a realização de atividades coletivas é uma estratégia utilizada pelos profissionais que executam o planejamento familiar e em especial o enfermeiro para atingir um público maior na disseminação de informações sobre saúde reprodutiva, nas consultas individuais subsequentes ocorre a avaliação da efetividade e eficácia do método.

Evidenciou-se também a necessidade de capacitação dos profissionais do planejamento familiar quanto aos métodos contraceptivos disponíveis. Quanto à capacitação dos enfermeiros o artigo N ressalta a necessidade dos mesmos em participar de um programa de educação continuada, para que só assim consigam com autonomia e embasamento teórico desenvolver ações voltadas para atender as necessidades da população. Moura Lopes et al. (2010) concordam com a necessidade constante de capacitar o enfermeiro quanto às práticas de contracepção, atualizando-o com embasamento científico necessário, principalmente sobre os métodos contraceptivos disponíveis em sua unidade, garantindo a eficácia do método escolhido e aptos a retirar as dúvidas. Propiciando à população atendida uma assistência competente e de qualidade.

O estudo M refere que além da falta de aperfeiçoamento do profissional que promove a assistência ao planejamento familiar muitas são as dificuldades enfrentadas pelas mulheres que utilizam o programa. Tais restrições são apontadas com a indisponibilidade de métodos contraceptivos na unidade, a não realização de

atividades educativas e clínicas, assim como a ausência de ações voltadas à infertilidade.

Para Moura, Silva e Galvão (2007) quanto as dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro no planejamento familiar baseiam-se na quantidade de anticoncepcional insuficiente para a demanda mensal, no desconhecimento da Enfermagem em reconhecer os casos que necessitam de laqueadura tubária e vasectomia, assim como a falta de assistência aos casos de infertilidade, na falta de profissionais treinados e capacitados para inserção do DIU (Dispositivo intrauterino), assim como a mínima participação médica nas ações e a falta de amparo legal para que enfermeiros possam exercer com autonomia as ações ligadas à prescrição de anticoncepcionais.

Quanto ao uso da laqueadura tubária como método contraceptivo, o artigo J mostra sua irreversibilidade, método esse que muitas mulheres são induzidas a realizar por não ter condições socioeconômicas de criar mais filhos, tal decisão é tomada sem o aconselhamento e ou esclarecimento necessários, provocando em algumas dessas mulheres o arrependimento por desejar ter outros filhos e ou alterações no estado de saúde física ou mental.

Nicolau et al. (2011) constataram que o número de mulheres laqueadas torna-se cada vez mais crescente nos dias atuais, esse acontecimento ocorre em virtude da disponibilidade e diversidade limitada dos métodos contraceptivos oferecidos pelos serviços público de saúde, em associação a fatores socioeconômicos e histórico obstétrico de perdas. Faz-se necessário uma política de planejamento familiar que respeite a autonomia da mulher em relação ao seu destino reprodutivo, proporcionando o método adequado à sua necessidade e a orientação consciente das consequências envolvidas (NICOLAU et al., 2010).

O artigo I revela que o arrependimento quanto à esterilização cirúrgica feminina prevalece em mulheres jovens (até 30 anos) e com baixo grau de escolaridade (prevalência em analfabetas) assim como em associação a outros fatores socioeconômicos. Outro fator que pode ser levado em consideração é o resultado deficiente dos profissionais que executam o planejamento familiar, deixando de repassar as orientações quanto à irreversibilidade da esterilização feminina.

Quanto ao exposto Cunha, Wanderley e Garrafa (2007) afirmam em seu estudo que o arrependimento após esterilização tubária prevalece em mulheres que

recorrem a esse método com idade inferior ou igual a 25 anos de idade e com baixo grau de escolaridade. Os motivos que levam tais mulheres a optar pela esterilização relacionam-se ao desejo da contracepção definitiva associada e/ou problemas financeiros e conjugais. Tais arrependimentos surgem a partir da necessidade de ter mais um filho com seu cônjuge ou por novo casamento, depois da perda de um dos filhos ou pela falta de entendimento sobre a irreversibilidade do método. Para que possa ser prestada uma assistência eficiente com significativa redução do número de arrependimentos é necessário que o enfermeiro invista em ações de cunho educativo, proporcionando assim à sua clientela uma maior experiência contraceptiva (NICOLAU et al., 2011).

5 CONCLUSÃO

Partindo-se da análise dos estudos acerca da assistência prestada pelo enfermeiro aos casais usuários do planejamento familiar foram identificados que os cuidados prestados exigem conhecimento técnico e científico para obtenção da eficácia do método contraceptivo pela mulher.

Os resultados obtidos nos estudos comprovam que as ações de Enfermagem e de outros profissionais envolvidos no programa são bem delimitadas e direcionadas. Quanto às características do programa de Planejamento Familiar dentre os problemas enfrentados pelos enfermeiros nas Estratégias de Saúde da Família destacaram-se a falta de contraceptivos que atendam a demanda mensal e a inexistência de local específico nas unidades para a realização de atividades educativas em grupo. Relativos às necessidades do enfermeiro, foi visto que o desconhecimento desses profissionais acerca de alguns métodos contraceptivos disponíveis, em especial, os naturais, compromete a assistência dos usuários. Foi visto também falhas na assistência deste profissional quanto à concessão de orientações e a divulgação das indicações da contracepção de emergência proporcionando um crescente aumento nos casos de aborto, arrependimentos após laqueadura tubária onde não ocorre a orientação necessária e a falta de ações destinadas aos casos de infertilidade.

Na escolha do método contraceptivo, identificou-se que a mulher desconhece a variedade de métodos contraceptivos disponíveis, sendo influenciada diretamente pelo profissional que a assiste, assim como pelo homem/companheiro, fatores socioeconômicos como: idade, grau de escolaridade, condição financeira, raça e em alguns casos ocorre interferência religiosa. Ainda foi possível identificar a insatisfação dessas mulheres em relação a diversidade e disponibilidade limitada dos métodos contraceptivos.

Assim, conclui-se que para a prestação de uma assistência de qualidade por parte do enfermeiro há necessidade da efetivação de condutas ministeriais oferecendo condições estruturais, suporte e atualização dos conhecimentos sobre os métodos, além de empreender estratégias de minimização das influências externas na escolha da anticoncepção.

As limitações para a realização do estudo consistiram na dificuldade de encontrar publicações atuais que abordassem a temática, ou seja, problemas e necessidades identificadas pelo enfermeiro na assistência prestada no Planejamento Familiar. Daí a ampliação do período de coleta para dez anos a fim de aumentar a disponibilidade de material bibliográfico. Sendo assim, a realização de outros estudos nessa área faz-se de suma importância para a ampliação das discussões sobre a temática, potencializando o surgimento de novas estratégias para a resolução dos problemas identificados, principalmente tendo como foco os estudos desenvolvidos pela Enfermagem, uma vez que o enfermeiro é peça fundamental na execução desse programa nas Estratégias de Saúde da Família.

REFERÊNCIAS

ABRAMOVAY, Ricardo. Alimentos versus população: está surgindo o fantasma malthusiano?. **Ciênc. Cult.**, São Paulo, vol. 62, n. 4, p. 38-42, out. 2010. Disponível em: http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?pid=S0009-67252010000400013&script=sci_arttext. Acesso em: 18 de Agosto de 2014.

BRASIL. Lei nº9.263, 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. República Federativa do Brasil. Brasília, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática** / Ministério da Saúde. - Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984.27 p. (Série B: Textos Básicos de Saúde, 6)

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Assistência em Planejamento Familiar: **Manual Técnico/Secretaria de Políticas de Saúde**, Área Técnica de Saúde da Mulher – 4ª edição – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher** : Princípios e Diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 1. ed., 2. reimpr. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011. 82 p.: il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução n. 271**, 12 de julho de 2002.

COELHO, Edméia de Almeida Cardoso; LUCENA, Maria de Fátima Gomes de; SILVA, Ana Tereza de Medeiros. O planejamento familiar no Brasil no contexto das políticas públicas de saúde: determinantes históricos. **Rev. esc. enferm. Usp**, São Paulo, v. 34, n. 1, p.37-44, mar. 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342000000100005&script=sci_arttext. Acesso em: 18 de Agosto de 2014.

COSTA, Ana Maria. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n. 4, p. 1073-1083, jul./ago. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v14n4/a09v14n4.pdf>. Acesso em: 16 de Março de 2014.

CUNHA, Antônio Carlos Rodrigues da; WANDERLEY, Miriam da Silva; GARRAFA, Volnei. Fatores associados ao futuro reprodutivo de mulheres desejosas de gestação após ligadura tubária. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p.230-234, maio 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032007000500002. Acesso em: 28 de Setembro de 2014.

DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo. Itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p.1671-1681, jul. 2012. Disponível em:

http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000700002. Acesso em: 22 de setembro de 2014.

FREITAS, Fernando et al. **Rotinas em Ginecologia**. 6 ed. Porto Alegre: Editora Artemed, 2011. Cap. 5. p.91.

FREITAS, Giselle Lima de et al. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 11, n. 2, p.424-428, maio 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a26.htm>. Acesso em: 19 de Março de 2014.

GOMES, Vera Lúcia de Oliveira et al. Percepções de casais heterossexuais acerca do uso da camisinha feminina. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p.22-30, jan/mar. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452011000100004&script=sci_arttext. Acesso em: 25 de Setembro de 2014.

GUARESCHI, Fátima. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 31-48, jan/abr. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2009000100003&lang=pt. Acesso em: 25 de Abril de 2014.

GUYTON, Arthur Clifton; HALL, John Edward. **Tratado de Fisiologia Médica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Traduzido e publicado pela Editora Guanabara Koogan S.A, 2002. Cap. 81. p. 869-882.

LIMA, Gigliola Marcos Bernardo de et al. O sagrado feminino: histórias de luta e luto. **Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança**, João Pessoa, v. 12, n. 1, p.79-88, jun. 2014. Disponível em: <http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/O-sagrado-feminino.pdf>. Acesso em: 19 de Agosto de 2014.

MASCARENHAS, Lyse Nogueira et al. Contracepção na contemporaneidade: o distanciamento da moral católica. **Rev. Bioética**, Brasília, v. 20, n. 2, p. 336-341, jun. 2012. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/622/783. Acesso em: 11 de Outubro de 2014.

MENDES, Karina dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto-Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p.758-764, out/dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>. Acesso em: 11 de Maio de 2014.

MENEZES, Greice; AQUINO, Estela Maria Lima. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, p.193-204, jan. 2009. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001400002. Acesso em: 22 de Setembro de 2014

MOURA, Escolástica Rejane Ferreira; SILVA, Raimunda Magalhães da; GALVÃO, Marli Teresinha Gimeniz. Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no Programa Saúde da Família no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 961-970, abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n4/22.pdf>. Acesso em: 25 de Setembro de 2014.

MOURA, Emeline Lopes. et al . Conhecimento de enfermeiros sobre métodos contraceptivos no contexto do programa saúde da família. **Enferm. Glob.**, Murcia, n. 20, p 0-0. out. 2010. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412010000300016&script=sci_arttext&lng=pt. Acesso em: 27 Setembro de 2014.

NICOLAU, Ana Izabel Oliveira et al. História reprodutiva de mulheres laqueadas. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 5, p.677-687, set/out. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000500015&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 28 de Setembro de 2014.

NICOLAU, Ana Izabel Oliveira et al. Laqueadura tubária: caracterização de usuárias laqueadas de um serviço público. **Rev. Esc. de Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, p.55-61, mar. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000100008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 28 de Setembro de 2014.

NUNES, Waleska de Brito et al. Investigação das ações de Enfermagem no planejamento familiar em cidades do Curimataú paraibano. **Rev. de Ciênc. Saúde Nova Esperança**, João Pessoa, v. 1, n. 11, p.31-45, jun. 2013. Disponível em: <http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/INVESTIGA%E2%94%9C%2587%E2%94%9C%2583O-DAS-A%E2%94%9C%2587%E2%94%9C%2595ES-DE-ENFERMAGEM.pdf>. Acesso em: 27 de Setembro de 2014.

OASIS, Maria José Duarte et al. Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p.2481-2490, nov. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2006001100023&script=sci_arttext. Acesso em: 17 de Setembro de 2014.

RODRIGUES, Larissa Silva de Abreu; ROCHA, Rosânia de Oliveira; SILVA, Maílla dos Santos. Planejamento familiar: percepções de mulheres heterossexuais sobre o papel dos casais. **Rev. Enferm. UFPE**, Recife, v. 8, n.2, p. 323-329. fev. 2014. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3379/pdf_4553. Acesso em: 12 de Outubro de 2014.

RICCI, Susan Scott. **Enfermagem Materno- Neonatal e Saúde da Mulher**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. Cap. 2. p. 23-31. Tradução de: Maria de Fátima Azevedo.

SANTOS, Cristina Mamédio da Costa; PIMENTA, Cibele Andrucioli de Mattos; NOBRE, Moacyr Roberto Cuce. A estratégia pico para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Rev. Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v. 15, n. 3, p.508-511, maio/jun. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a23.pdf. Acesso em: 11 de Maio de 2014.

SANTOS, Júlio César dos; FREITAS, Patrícia Martins de. Planejamento Familiar na perspectiva do desenvolvimento. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p. 1813-1820, mar. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000300017&lang=pt. Acesso em: 24 de Setembro 2014.

SILVA, Fernando Salomão da; CARVALHO, Marta Lúcia de Oliveira. Enfermeiros de saúde da família ações de planejamento familiar. **UNOPAR Cient. Ciênc. Biol. Saúde**, Londrina, v. 9, n. 1, p.29-36, out. 2007. Disponível em: <http://revistas.unopar.br/index.php/biologicas/article/viewFile/292/283>. Acesso em: 27 de Setembro de 2014.

SILVA, Raimunda Magalhães da et al. Planejamento familiar: significado para mulheres em idade reprodutiva. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2415-2424 maio 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000500010&lang=pt. Acesso em: 07 de Fevereiro de 2014.

TORTORA, Gerard Jerry; GRABOWSKI, Sandra Reynolds. **Princípios de Anatomia e Fisiologia**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A, 2002. Cap. 28. p. 902-921.

ZIEGEL, Erna; CRANLEY, Mecca. **Enfermagem Obstétrica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. Tradução de: Obstetric nursing, 8 th ed. Cap. 7. p. 106-119.