

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DO PROJETO PLANEJAMENTO FAMILIAR  
E SUA INFLUÊNCIA NA SAÚDE DA MULHER

GLEYDES MARIA CAMPOS  
MARA SUELY FUCK


Enfermagem

Unidade Curricular VIII - INT 1108

Orientadora: Leonita Sulzbach Seibel

Supervisora: Rita de Cássia Heinzen de Almeida Coelho

N.Cham. TCC UFSC ENF 0150  
Autor: Campos, Gleydes Ma  
Título: Relatório do projeto planejamento



972496952 Ac. 240701

Ex.1 UFSC BSCCSM, CCSM

CCSM  
TCC  
UFSC  
ENF  
0150  
Ex.1

Florianópolis, dezembro de 1987

"Pode-se viver no mundo  
numa vida magnífica,  
quando se sabe trabalhar  
e amar; trabalhar pelo  
que se ama e amar aquilo  
que se trabalha."

TOLSTOI

## AGRADECIMENTOS

O apoio é recíproco à força de vontade que se recebe quando se demonstra interesse e amor pelo que se quer alcançar no trans - correr do estágio e posterior sucesso no alcance dos objetivos pre vistos.

Desta forma, agradecemos sinceramente àqueles que nos ajudaram: professoras, subordinados do Ambulatório da Maternidade Carme la Dutra, amigas, enfermeiras, pais e namorados, e em especial a nossa orientadora e a nossa supervisora.

## SUMÁRIO

	Pág.
I - INTRODUÇÃO.....	01
II - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	05
III - AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS.....	15
IV - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	19
V - RECOMENDAÇÕES.....	25
VI - CONCLUSÃO.....	26
VII - REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....	28
VIII - BIBLIOGRAFIA SUPLEMENTAR.....	30
ANEXO nº 1 - Tabelas I e II.....	31
ANEXO nº 2 - Tabelas III e IV.....	33
ANEXO nº 3 - Tabelas V e VI.....	35
ANEXO nº 4 - Tabelas VII e VIII.....	37
ANEXO nº 5 - Tabelas IX e X.....	39
ANEXO nº 6 - Tabela XI.....	41
ANEXO nº 7 - Trabalho em Grupo.....	43
ANEXO nº 8 - Condições Básicas para Anticoncepção Definitiva....	47
ANEXO nº 9 - Instrumento sobre Higiene e Saúde da Mulher.....	49

## I - INTRODUÇÃO

Planejamento Familiar, é sabido, presta-se muito ao jogo dos interesses políticos, ideológicos, econômicos e religiosos, na luta pelo poder. Não podem, o médico e a medicina, contudo, servir a ele, tendo a obrigação de usar todos os recursos disponíveis para promover a saúde o que significa elevar o nível de bem estar das pessoas e das comunidades. O princípio mais importante a ser seguido é respeitar a liberdade das pessoas; promovendo-a sem submeter-se às influências de grupos ou instituições comprometidos com objetivos da medicina.

A liberdade, valor existencial supremo do homem, é uma das questões mais importantes, fundamentais, que está em jogo nessa discussão sobre planejamento familiar. Obrigar os casais a terem mais filhos do que desejam pela sonegação dos meios contraceptivos simples e eficazes atenta tanto contra a liberdade quanto conter o número de nascimentos por meios coercitivos, como sabemos no caso da China.

Yunes<sup>20</sup>, afirma que, a orientação da política demográfica é de respeito ao arbítrio de cada casal na fixação do número desejado de filhos, oferecida a oportunidade de informação que permita o exame da questão. É facultada a opção, sem qualquer constrangimento no sentido ampliativo ou limitativo da natalidade.

Analisando, de forma global, este ponto, o planejamento familiar é exercido de modo espontâneo pelas sociedades desenvolvidas e pelas classes altas da sociedade em desenvolvimento, porque essas pessoas tem a seu dispor não apenas todos os métodos contraceptivos, mas também a informação dos recursos existentes para praticá-los. Se esses recursos forem postos a disposição das classes menos favo-

recidas de nossa sociedade para livremente optarem ou não por seu emprego, é quase certo que observaremos uma redução automática do número de filhos dos casais e um mais alto nível de bem-estar, objetivo supremo do sistema de saúde.

Há muito tempo vem se observando que a situação socio-econômica interfere sensivelmente na fecundidade, e esta condição leva a crer que a acessibilidade aos serviços de planejamento familiar confere àquelas pessoas com determinado poder aquisitivo. Portanto, a população sem condições de procurar tal assistência fica impossibilitada de zelar pela sua saúde.

Todas as orientações abordadas junto com as clientes, de forma educativa, tiveram a pretensão de que o planejamento familiar faz parte do projeto de vida como algo que necessita de reflexão para antever o futuro, e só a educação e o conhecimento é que podem permitir que a pessoa tenha idéia do que a sexualidade representa e de como ela vai ser usada com antevisão das conseqüências.

Nossos objetivos visam um aprendizado com a finalidade de o indivíduo chegar ao seu auto-cuidado. Justifica-se este fato, pois o acesso às informações e os meios que permitem a prática do planejamento familiar assume uma característica preventiva, ou seja, a de permitir a prevenção de uma gravidez indesejada, e assim impedirmos uma das mais violentas maneiras de desrespeito à vida : o aborto.

Diante de tais problemas resolvemos observar e analisar, durante as nossas consultas de enfermagem, a forma de como as pessoas vem aceitando a assistência oferecida, se é decorrente de livre escolha do casal ou individual, ou seja, se os meios oferecidos para evitar filhos são usados corretamente estando conscientes dos efeitos colaterais e ao mesmo tempo procurando acompanhamento pelos serviços de saúde. Outro ponto a ser questionado diz respeito às razões

que tem levado a população fazer uso dos métodos ou seja, a origem dos conhecimentos de determinados meios para conseqüentemente limitar a prole.

Como base, aplicamos a teoria do auto-cuidado de Dorothea Orem que se postula como "...uma prática de atividades que os indivíduos pessoalmente iniciam e desempenham em seu próprio benefício para manter a vida, saúde e bem-estar". Este pensamento veio de encontro com o que idealizamos nos objetivos, os quais se originaram nos princípios que Orem propõe.

Por fim este relatório descreve os resultados obtidos do Projeto de Planejamento Familiar e sua influência na saúde da mulher baseado no conceito de Enfermagem defendido por Orem em relação ao auto-cuidado.

O trabalho desenvolvido junto às clientes atendidas no Ambulatório da Maternidade Carmela Dutra, em Florianópolis, oportunizou uma assistência de Enfermagem de modo a realizar um "Nursing agency" analisando o poder de agenciar de cada uma, de forma a contribuir ao auto-cuidado e decisão deliberativa de cada uma sobre o Planejamento Familiar. E, ainda no transcorrer das informações oferecidas, realizou-se "feedback", priorizando os assuntos a cada cliente, a fim de chegar a uma absorção mais compreensiva, tendo como resultado o entusiasmo das clientes.

Observamos ainda que, na prática, apesar das mulheres saberem os riscos do câncer, estas permanecem indiferentes à importância da prevenção. Este comportamento das mulheres parece estar relacionado com fatos como: desconhecimento das medidas preventivas, falta de conhecimento da doença, medo, ansiedade e tabus em torno da sexualidade o que leva a mulher não dar prioridade numa continuidade do exame preventivo.

Segundo Sontag<sup>17</sup>, "o enfermeiro conhecendo as crenças, os medos e receios da população a ser trabalhada poderá ajudar a eliminar sen

timentos na sua maioria negativos." Assim, procuramos junto das mulheres esclarecer, diante de suas crenças, o valor do conhecimento atribuído ao seu corpo e aos órgãos genitais. Com base nesses dados nos aprimoramos na forma de conduzir as orientações, para que as mesmas pudessem fortalecer os comportamentos de prevenção do Câncer Ginecológico.

Acreditamos que no decurso do estágio, nosso envolvimento com as clientes contribuiu consideravelmente no reconhecimento e valorização do Planejamento Familiar bem como através deste tentar manter o nível de saúde da mulher.



## II - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O controle de natalidade praticado pela família específica - mente falando, os métodos anticoncepcionais utilizados pelas mulheres, é recente. As pesquisas indicam que na maioria dos casos, as mulheres desconhecem os métodos ou então dependiam dos métodos utilizados pelos homens (camisinha, coito interrompido) para evitar a gravidez.<sup>3</sup>

Os métodos disponíveis são quase todos testados e utilizados no corpo das mulheres, sobre o qual a indústria farmacêutica e a medicina exercem o poder de decidir o que é melhor, sem levar em conta muitas vezes as questões emocionais, culturais e mesmo de saúde. Com a ausência de métodos contraceptivos farmacêuticos para o homem, preocupa a classe feminista, porém as mulheres sempre estiveram mais particularmente motivadas a aceitar os riscos da contracepção do que os homens, para estes uma simples dor de cabeça ou medo da perda de sua masculinidade era razão para interromper o uso de um método, dificultando os estudos de eficácia. A mulher tende a aceitar mais o risco porque a responsabilidade da gravidez, do parto, do aborto e do cuidado das crianças recai principalmente sobre elas.<sup>3</sup>

O princípio do desejo de espaçar os nascimentos se aplica inteiramente à prescrição de medicamentos e todos os outros métodos em relação aos anticoncepcionais. Este deve ser prescrito sob medida a cada paciente, respeitadas as suas indicações e contra-indicações, o que significa obviamente que nenhuma paciente deveria iniciar terapêutica anticoncepcional sem antes prestar um exame ginecológico.<sup>13</sup>

No Serviço de Ginecologia da Faculdade de Medicina da PUC - RS, que tem um setor encarregado do Planejamento Familiar, observa-se

um nítido predomínio de preferência das clientes pelas pílulas sobre os demais métodos. Não é verdade que a supressão da ovulação, determinada pelas pílulas seja danosa ao organismo feminino. Danosos são os ciclos anovulatórios e prolongados presentes em certas afecções endócrino-ginecológicas. O balanço final entre as vantagens e desvantagens conseqüentes ao uso das pílulas pende francamente para as últimas (vantagens). A afirmação de que os efeitos colaterais, as contra-indicações e o exaustivo acompanhamento médico exigido para oferecer relativa segurança às usuárias da pílula, por fim, não excluem de seu uso um nº tão grande de mulheres.<sup>14</sup>

Querer propor Planejamento Familiar dispondo os métodos naturais referem-se a abster-se de manter relações sexuais em determinados períodos é um dispositivo tão artificial quanto tomar pílula, colocar um preservativo ou usar DIU, principalmente porque interfere substancialmente na espontaneidade dos impulsos afetivos-amorosos da atração sexual que, dispôs a natureza, são mais intensos exatamente durante o período fértil da mulher.<sup>14</sup>

Seu uso não é condenado e sim é considerado excelente para certos casais, principalmente para aqueles de bom nível intelectual e que de alguma forma, se encontram constrangidos por determinações de organismos a que se filiam e que proíbem os outros métodos. Também é muito útil para casais que apresentam contra-indicações médicas para os demais contraceptivos e para aqueles em que uma gravidez, no momento, apesar de não programada, caso acontecesse, não seria mal recebida.<sup>14</sup>

Os casais que desejam planejar suas famílias, quanto ao número de filhos e quanto à época de tê-los, se não tiverem ao seu dispor recursos anticoncepcionais eficazes e de emprego simples, incorreção fatalmente no aborto provocado e clandestino, o que, sim, deve ser combatido e prevenido. Nada melhor existe do que a anticoncepção bem feita para impedir a gravidez indesejada, princípio e

causa maior do enorme número dessas práticas abortivas clandestinas que, por todos sabidos, ocorrem de modo abusivo em nosso país.<sup>13</sup>

Uma pesquisa inédita, enunciada por Denise das Chagas Leite, coordenadora geral da Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar, sobre como o brasileiro encara o planejamento familiar. O trabalho realizado em 3 meses por técnicos da ABEPF e cobriu 7 capitais brasileiras, sendo 400 pessoas entrevistadas, cujo resultado apesar da diversidade das culturas e regiões, foi um só: o brasileiro é extremamente desinformado sobre os métodos anticoncepcionais. Números recentes levantados em 1986, dão conta de que 65,3% das mulheres usam métodos anticoncepcionais. A grande maioria das 34,7% estão grávidas ou querem engravidar. Denise afirma que as brasileiras estão muito mais preocupadas em evitar filhos, seja por questões financeiras ou de saúde. Entretanto a forma como essas mulheres tomam conhecimento dos métodos anticoncepcionais ainda é das mais primitivas. Quase 50% das jovens seguem os conselhos do farmacêutico ou do vizinho para escolher um anticonceptivo, o que, segundo Denise, causa problemas.<sup>19</sup>

A mulher brasileira ainda não distingue o sexo e o planejamento familiar como uma questão de saúde, resistindo sempre que fala em exame médico para determinar o melhor método a ser utilizado. Assim uma vizinha prescreve normalmente o uso da mesma pílula que ela utiliza, o que pode causar sérios distúrbios. Assim, a partir dos efeitos colaterais, ela deixa da pílula e mais uma vez sem consulta médica resolve fazer ligadura de trompas o mais utilizado no país. A esterilização é adotada por 27,2% das mulheres brasileiras contra 25% que utilizam a pílula. Em 90% dos casos a ligadura é feita após uma cesariana o que demonstra praticamente nenhum conhecimento sobre as outras duas formas de ligadura: por laparoscopia e pela minilaparoscopia. Em relação aos outros métodos anticoncepcionais, seu uso é inversamente proporcional à dimensão dos tabus em

relação a eles. Foi apartir das constatações dessa pesquisa onde observou-se que o sexo ainda é um tabu para os brasileiros e que é muito grande a desinformação e os preconceitos em relação aos métodos anticoncepcionais.<sup>19</sup>

Acrescenta-se uma estatística real dos métodos utilizados pelas mulheres que foram atendidas na maternidade Carmela Dutra , no período 87/1 de acordo com projeto desenvolvido por alunas do curso de Enfermagem da UFSC:<sup>9</sup>

Métodos mais utilizados:

Hormônio Oral	39%
Hormônio Oral e Coito Interrompido	19%
Coito Interrompido	17%
Hormônio Oral e Condon	13%
Hormônio Oral e Ogino-Knaus	12%

Segundo Yunes<sup>20</sup>, os métodos de mais eficácia são os hormonais (Pílula e progestógeno Injetável). Os DIUS têm sua eficácia ligeiramente menor com aproximadamente 3% de gravidez involuntária no primeiro ano de uso.

"Até meados de 1984, a fabricação e a venda do DIU eram proibidas no Brasil por influência de uma corrente muito forte que o considerava um "artefato abortivo sistemático", tanto o médico que o colocava quanto a mulher que o usava eram sujeitos a pena de 1 a 3 anos de prisão, embora como se sabe, tais punições jamais existissem. A liberação da fabricação e a comercialização deste anticoncepcional no Brasil foram regulamentadas pela portaria nº6, de 6 de julho de 1984. O DIU de cobre foi escolhido pelo ministério da saúde entre os diferentes tipos de dispositivos por ser o indicado nos países que não permitem o aborto. O DIU de cobre, além de impedir a implantação do óvulo no endométrio (como faz o de plástico) libera íons de cobre que agem sobre os espermatozóides, impedindo a fe-

cundação. Assim ele é classificado como DIU não abortivo".<sup>5</sup>

Os métodos de barreira reúnem importantes predicados em matéria de proteção anticoncepcional, são simples, seguros, reversíveis e não sistêmicos. Por outro lado, as questões relativas a eficácia e a interferência no ato sexual têm sido apontado como limitantes para seu uso. Os dados disponíveis na literatura sobre a eficácia dos métodos de barreira são contraditórios, a ponto de oferecerem suporte a quase todos os pontos de vista. As taxas de falhas podem ser tão baixas quanto 2 a 3% ou tão altas quanto 20 a 30%, dependendo do estudo consultado. A literatura mostra que usuários experientes e motivados geralmente usam qualquer tipo de método de barreira com alta eficácia e mesmo novos usuários podem usá-los com taxas mínimas de falhas, se lhes forem fornecidas informações precisas e completas, instruções competentes e apoio ao longo do tempo de uso. Não é surpreendente que os baixos índices de eficácia tenham sido, usualmente observados em estudos nos quais os novos usuários recebiam apenas informações e instruções limitadas e pouco ou nenhum suporte subsequente.<sup>10</sup>

No atual panorama brasileiro, os métodos de barreira ainda são escassamente difundidos. O único produto facilmente encontrado a preços acessível é o condon, pois é fabricado no país. Os métodos femininos, tais como o diafragma, e produtos espermicidas embora já tenham sido, no passado produzidos no Brasil, hoje são importados a um custo proibitivo para a maior parte das candidatas a um método anticoncepcional.<sup>5</sup>

"Adiscussão portanto, dos aspectos políticos, ideológicos que acompanham o favorecimento ou não de determinados métodos é necessária e atual. A ausência dessa abordagem na análise dos vários métodos disponíveis, entre outros fatores, é um dos que tem levado as mulheres a se colocarem diante de duas opções: A Pílula e a Esteri-

lização, sem dúvida, as quais acabam por predominar no leque reduzido de escolhas."<sup>5</sup>

De acordo com a vasta bibliografia disponível, os métodos "ideais" são aqueles que proporcionam uma ação contraceptiva prolongada. A nosso ver, "tão prolongada que de preferência possibilitasse à mulher esquecer de ter filhos.

Decidir pela esterilização envolve fatores tanto racionais como emocionais. É uma decisão muito pessoal para o homem ou a mulher, e uma decisão conjunta para o casal. É extremamente importante que a decisão seja tomada livre de pressões de qualquer natureza. Trata-se de uma decisão permanente: problemas sexuais ou sentimentos de arrependimento após a operação são mais prováveis de ocorrer a pessoas que desconhecem as implicações da esterilização. É um erro acreditar que a esterilização irá solucionar problemas sexuais entre os parceiros.<sup>3</sup>

Quando vem a decisão resta ao casal ver qual dos dois fará a operação. Num relacionamento estável entre os parceiros e se sentem seguros a respeito da esterilização, a vasectomia considera-se a 1<sup>a</sup> opção por ser uma intervenção mais simples do que a laqueadura tubária, envolve menos riscos de complicações e é mais barata. No caso, a mulher está mais segura em não ter filhos no futuro. Talvez pelas determinantes sócio-culturais do nosso meio que implicam na gravidez e na criação dos filhos tenham impactos diferentes sobre homens e mulheres. Esta carga desproporcional se reflete na diferença entre o número de esterilizações masculinas e femininas. Aí constata-se que a cultura machista influencia no valor da sexualidade; a associação da esterilização com impotência é muito menos tolerável que a esterilização feminina com a frigidez.<sup>3</sup>

"A política de saúde no Brasil tem sido delineada por interes-

ses econômicos, privilegiando o lucro e a tendência á medicação da contracepção, com parte de uma tendência geral de favorecimento de hospitalização dos serviços em detrimento das medidas preventivas e cuidados básicos de saúde. Esta política de saúde, responsável pelos altos custos dos serviços, resulta no gravíssimo problema das cesarianas desnecessárias parte das quais está ligada ao problema da esterilização. Além disso, a acomodação pela contracepção (particularmente a esterilização) o estado vem adotando a ligadura sob prescrição médica e vontade da mulher, porém a operação continua a ser ilegal nos serviços privados, não ocorre fiscalização do governo.<sup>3</sup> Atualmente questiona-se a importância ou não da realização de uma ligadura, estabelecendo-se critérios, tais como idade, nº de filhos, estado civil e necessidade de consentimento do cônjuge, que são analisadas por uma comissão de médicos que indicam ou não a necessidade deste tipo de anticoncepção definitiva (ver anexo nº 8).

Entre as mulheres que iniciam anticoncepção, a pílula anti-concepcional é sem dúvida o método mais empregado. Alcança a ordem de 80% das pacientes. Esta elevada percentagem não deve constituir surpresa, uma vez que 64% das pacientes referiam que já haviam se utilizado dela por ocasião da entrevista.<sup>12</sup>

Existem no Brasil inúmeras marcas de pílulas anticoncepcionais. As que oferecem menor risco são combinadas com dois hormônios: estrógeno e progestógeno. Quanto mais baixa a concentração destas substâncias, menores os riscos. Os contraceptivos orais são os mais prescritos no Brasil. São produtos que contém hormônio estrogênio isolado, ministrado durante os primeiros dias do ciclo menstrual. Os estrógenos isolados possuem grande potencial carcinogênico.<sup>4</sup>

Para as mulheres, o método de barreira como o diafragma, o condon oferece um aumento de proteção do câncer cervical. O risco

de câncer cervical para as usuárias de diafragma é em torno de 1/4 do risco do usuário de outros métodos. Estudos no uso de contraceptivos oral e câncer cervical de longo tempo, 4 anos ou mais tem sido um risco de 1,5 ou 2,5% a ter a doença. Estudos sugerem que o fumo é um fator de risco para o câncer cervical. Substâncias que contém nicotina como o tabaco tem sido encontrado no fluído cervical de fumantes e poderia agir como carcinógeno.<sup>6</sup>

O câncer ginecológico compreende as neoplasias localizadas no colo e corpo uterino, ovários, vulva, vagina e trompas. As neoplasias malignas de mama tem sido incluídas no grupo ginecológico por ser considerada aquela, numa glândula do sistema reprodutor. Neste grupo de neoplasias, predomina o câncer de mama em todo mundo, em seguida é o câncer de colo uterino. Nos países onde o sistema de prevenção ainda funciona adequadamente, predomina o câncer de colo uterino ou tem ocorrência equivalente ao de mama. No Brasil, a taxa de incidência é de 2 a 3 vezes mais alta, no norte e nordeste do que no sul.<sup>7</sup>

Assim como o câncer uterino, o Ca de mama é muito frequente e no Brasil representa 16,5% de todos os tumores malignos em mulheres.<sup>15</sup>

Até a década de 60, os médicos acreditavam que o câncer de mama atacava principalmente mulheres com mais de 50 anos e só raramente as de menos idade. No VI Congresso Latino-Americano de Mastologia realizado na cidade de Canela no Rio Grande do Sul, o médico paulista João Sampaio Góes Junior, presidente do Instituto Brasileiro de Controle do Câncer, confirmou estatisticamente a suspeita de que a doença estaria alastrando-se em faixas etárias menores. Depois de examinar 1.198 portadoras brasileiras de tumores malignos de mama ele descobriu que 530 delas, ou seja 44%, tinham menos de 50 anos. Trata-se de uma constatação significativa, sobretudo por ter sido feita



ta no Brasil. " Em nosso país, cerca de 62% da população possui menos de 35 anos", explica Góes Junior. EUA e Europa existem faixas etárias mais avançadas. Góes Junior se mostra apreensivo com a possibilidade estatística de o Ca de mama transformar-se, no Brasil, num problema de saúde pública.<sup>8</sup>

Tanto médicos como enfermeiros precisam envolver-se na prevenção e detecção precoce do câncer. Os hábitos ou comportamentos dos indivíduos, benéficos ou "detrimentais" são inconscientes e difíceis de serem alterados. Uma abordagem para desenvolver e encorajar ações de realce à saúde é o método de ação corretiva, com "feedback", direito como encorajamento. Uma abordagem é a modelagem social ou a aprendizagem observacional.<sup>18</sup>

Em um dos estudos onde se analisou os dados de 600 mulheres, observou-se que em 16,5% das fumantes, em comparação com 12,2% das não fumantes, o nascimento ocorreu antes de completadas 38 semanas de gestação. Complicações como hemorragias e abortos podem estar associados com o hábito de fumar. A incidência de hemorragia na gravidez entre fumantes é 25 a 50% mais alta do que as não-fumantes, e o risco de aborto entre as fumantes é de 80% superior ao das não fumantes.<sup>16</sup>

Não existem dúvidas de que o fumar durante a gravidez está associada com o peso mais baixo ao nascer, prematuridade, complicação da gestação e mortalidade perinatal. Além disso pode causar vasoconstrição periférica, afetando a frequência cardíaca, a pressão sanguínea e o débito cardíaco. Idealmente, a mulher deixaria de fumar quando gestante. Na impossibilidade de fazê-lo, deverá reduzir o nº de cigarros diários não ultrapassando em qualquer hipótese, dez.<sup>12</sup>

Os efeitos das drogas durante as gestações tem como alvo prin-

cipal, a gestante, enquanto que o feto é um receptor secundário, mas com possibilidade de sofrer iatrogenia fetal e até a morte.<sup>16</sup>

Todo conhecimento científico, só tem valor para o ser humano se na realidade este melhorar a sua qualidade de vida. Toda esta fundamentação teórica, neste trabalho, objetiva a compreensão das formas de comportamento das pessoas, para ajudá-la a fazer as escolhas sobre sua saúde e nos tratamentos adequados quando ocorrerem problemas.

### III - AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS

Nosso projeto foi desenvolvido em torno de um objetivo geral relacionado basicamente ao Planejamento Familiar, enfatizando a preocupação com o nível de saúde da Mulher.

Objetivo Geral: Prestar assistência integral à saúde da mulher a nível ambulatorial determinando sua capacidade de poder de agenciar a execução das medidas de autocuidado relacionadas ao Planejamento Familiar, com fundamentação na teoria de Dorothea Orem.

Consideramos este objetivo alcançado, sendo que as ações prescritas de acordo com os objetivos específicos foram diretamente realizadas às clientes do Ambulatório da Maternidade Carmela Dutra.

Além do que tínhamos previsto tivemos a oportunidade de observar diretamente na consulta de pré-natal e ginecológica o poder de agenciar da cliente.

No decorrer de estágio achamos prioritário prestar orientações às clientes jovens gestantes entre 15 e 30 anos, pois é de valia prestar assistência às primíparas orientando-as sobre a posição de dormir, oxigenação do feto, alimentação rica em ferro, amamentação, preparo dos seios da gestante, enfatizando o auto-exame de mamas, trabalho de parto, a importância dos exercícios de respiração durante o parto e principalmente a importância do Planejamento Familiar, visto que este objetivo está sendo desenvolvido já desde o início do ano de 1987 através do projeto realizado por alunas do curso de Enfermagem da UFSC. Sendo que este trabalho está tendo sua continuidade através das orientações que a Enfermeira do Ambulatório presta às clientes. Não deixando de reforçar este programa, com o trabalho que também desenvolvemos dentro deste assunto.

Afora, temos observado que são exibidos filmes sobre métodos anticoncepcionais, ciclo da ovulação, processo da fecundidade e câncer ginecológico por intermédio da Enfermeira do Ambulatório diretamente para a comunidade, estendendo a divulgação para escolas e para outros hospitais até mesmo para os funcionários da Instituição permitindo uma maior conscientização e senso crítico sobre as repercussões do Planejamento Familiar em relação a nossa realidade social.

Sentimos necessidade de reforçar as medidas de prevenção de câncer, fornecendo ao ambulatório panfletos sobre auto-cuidado dos seios, favorecendo assim uma continuidade do objetivo específico que desenvolvemos no decorrer do estágio.

Em relação aos objetivos específicos conseguimos alcançá-los em 100% de nossas expectativas:

1 - Classificar as clientes dentro dos sistemas de Enfermagem citados por Orem.

Através destes sistemas identificar junto às clientes a proporção de como a Enfermagem pode ajudar a fim de incentivar o auto-cuidado do receptor.

2 - Estimular o poder de agenciar, competência ou potencial para com a cliente em relação a ações de auto-cuidado.

De acordo com as informações prestadas às clientes conseguimos estimular o auto-cuidado de forma a realizar o feedback para uma conscientização no sentido de manter sua saúde e seu bem-estar dentro da realidade em que esta pessoa se encontra.

3 - Identificar, avaliar e conduzir ações de Enfermagem direcionadas às necessidades de auto-cuidado em relação ao planejamento familiar.

Houve 100% no alcance do objetivo quanto ao reconhecimento da importância do Planejamento Familiar durante as nossas consultas de enfermagem pois o interesse que se notava nas clientes era essencial na prática do seu auto-cuidado, assim como nós sentimos motivação em esclarecer suas dúvidas.

4 - Orientar quanto a necessidade do conhecimento do Planejamento Familiar aplicado a nível ambulatorial.

Como prova a fundamentação teórica o planejamento familiar é essencial na condição que a família se encontra atualmente. Creemos que as orientações prestadas às clientes sobre planejamento familiar serão de valia bastante significativa em termos de conscientização de analisar e decidir o nº de filhos que o casal deseja.

Acrescentando, Yunes<sup>20</sup>, considera que planejamento familiar não deve ser confundido com controle demográfico, é instrumento válido para promover a saúde materno-infantil. Seu objetivo não é reduzir a natalidade e sim compatibilizar as gestações com as condições do organismo materno assegurando uma prole saudável.

Analisando esse pensamento, é exclusivo do casal no caso da mulher que é atendida, aceitar ou não as orientações dos serviços de saúde e decidir quantos e como ter seus filhos. Durante a consulta de Enfermagem, por nós realizada, as orientações eram explanadas por intermédio de instrumentos (Anexo nº7) que facilitava a compreensão em relação a contracepção que é relacionada no planejamento familiar. Portanto houve 100% de alcance desse objetivo de acordo com a nossa proposta de trabalho.

5 - Esclarecer sobre o risco do uso de medicamentos na gestação abrangendo os métodos contraceptivos masculino e feminino.

No alcance deste objetivo estivemos atentas ao uso de medicamentos, e assim preparadas a orientar as gestantes principalmente em termos de informar sobre todos os métodos contraceptivos entre eles os químicos que podem ser substituídos por outros, de barreira, durante a amamentação.

6 - Alertar sobre a importância do auto-exame de mama.

Alcançado este objetivo em 100% das consultas; as clientes demonstraram satisfação em termos de auto conhecimento do corpo e estão conscientes de que todo câncer diagnosticado na sua fase inicial obtém sua cura em 100% dos casos.

7 - Incentivar as clientes no encaminhamento para coleta de material para prevenção de câncer cérvico-uterino.

Em todas as consultas, mesmo reconhecendo que as clientes tem procurado o serviço de preventivo, nossa atuação foi voltada para incentivar o retorno ao serviço de acordo com o grau que constava no resultado do exame colpocitológico:

Grau I - Retorno de 1 em 1 ano.

Grau II - Retorno de 6 em 6 meses.

Grau III - Retorno de 3 em 3 meses.

Grau IV - De acordo com prescrição médica.

Grau V - De acordo com tratamento médico.

#### IV - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

No seguinte trabalho estamos apresentando os resultados das atividades desenvolvidas no estágio da VIIIª Unidade Curricular no período de 14/09/87 a 1º/12/87 pois acreditamos ser a Enfermagem um conjunto de ações propostas, com objetivos que tem como finalidade estimular o indivíduo na manutenção de sua saúde e bem-estar.

Tais resultados, de acordo com os objetivos propostos para a área de atuação, são tão verdadeiros na sua coleta de dados quanto a seriedade do serviço realizado durante o estágio. Estes dados podem servir como ponto de partida para uma reflexão sobre o que ainda poderemos fazer futuramente como profissionais da saúde.

Conscientes, diante do campo de atuação em que desejamos trabalhar, achamos importante dar uma continuidade, com apoio recíproco da Enfermeira do Ambulatório, ao programa de Planejamento Familiar iniciado no 1º semestre deste ano por alunas da VIII U.C. do curso de Enfermagem da UFSC. Sentimos uma grande repercussão neste trabalho por nós desenvolvido pois atingimos uma população bastante considerável de mulheres grávidas e não-grávidas, aplicando o instrumento de Consulta de Enfermagem a aproximadamente 90% das clientes propostas. Assim estas poderão divulgar os conhecimentos que adquiriram, durante a consulta de Enfermagem, sobre planejamento familiar entre sua comunidade favorecendo uma perspectiva melhor de vida, com a divulgação de um serviço de planejamento familiar disposto a beneficiar as pessoas de menor poder aquisitivo.

No local escolhido, Ambulatório da MCD, as clientes são atendidas em dois consultórios Ginecológicos e dois obstétricos, contendo ainda uma sala de chefia de enfermagem e a sala onde é feita a triagem. No período de 26/10 a 29/10 realizou-se a Jornada Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, sendo que nesta semana não foram

agendadas consultas. contudo, nos ocupamos em pesquisar sobre assuntos relacionados ao campo em que estávamos trabalhando, sendo eles: Bulas de cremes e óvulos para tratamento de cervicites e vulvovaginites, diagnóstico e tratamento de cervicites e vulvovaginites, molécula hidatiforme, efeitos do tabagismo na gestação, incompetência ístimo-cervical, leocorréia causada por exacerbação dos bacilos de D o d e r l e i n e L a q u e a d u r a d a p a r t i c i p a t i p a t i o d a s u p e r v i s o r a .

Acreditamos que os resultados obtidos foram positivos no sentido do interesse demonstrado pelas clientes em adotar um método contraceptivo de modo a procurar o ambulatório para consulta de Enfermagem e acompanhamento médico.

Outrossim, reforçamos junto das clientes que as mulheres que mantém relação sexual tem o dever de consultar o ginecologista uma vez por ano e procurar fazer o preventivo de câncer pelo menos de 1 em 1 ano, com a finalidade de ter a flora normal que habita os órgãos genitais da mulher.

Percebeu-se neste campo de atuação que o papel do Enfermeiro é de suma importância junto da comunidade pois através da consulta de enfermagem nos proporcionou uma visão dos valores, crenças, medos e educação principalmente em termos de sexualidade o que interfere sensivelmente na saúde da mulher com relação ao planejamento familiar.

Para melhor reconhecimento do trabalho desenvolvido durante o estágio, a título de estatística, resolvemos fazer a tabulação dos dados colhidos durante a consulta de enfermagem, referente aos métodos anticoncepcionais mais e menos conhecidos. Os métodos utilizados antes e após a consulta, o hábito ou não de fumar das clientes, preventivo de câncer ginecológico executado ou não pelas clientes e a classificação das clientes dentro dos sistemas de Enfermagem defendidos por Orem, de acordo com a população abrangida por nós.



Verificamos, então, na Tabela I (Anexo nº 1), que a população atendida no ambulatório de higiene e pré-natal compreende 15 e 40 anos sendo que a maior faixa de atendimento se refere a mulheres de 26 a 35 anos, todas casadas. As solteiras e as mulheres amasiadas compreendiam 9,9% das clientes por nós atendidas. Estes dados nos demonstram que certos grupos etários não tem acesso a este serviço de saúde, talvez por se locomoverem a outros serviços que melhor atendam a suas condições sócio-econômicas (distância, locomoção).

Na Tabela II, verifica-se que o número de filhos é maior mesmo quando a renda familiar é baixa. Podemos justificar este fato, a creditando que a fecundidade e a condição de vida não se correlacionam na consciência da família de baixa renda, bem como observa-se uma dificuldade de acesso a informação ou desconhecimento dos diversos métodos anticoncepcionais, isto implica numa melhor estruturação e formas de atingir a população sobre Planejamento Familiar.

Já na Tabela III (Anexo nº 2), obtivemos dados que confirmam o desconhecimento das clientes em relação aos métodos naturais os quais seriam menos prejudiciais do que os métodos hormonais, pois na condição que as famílias de baixa renda vivem poderia se desenvolver um significativo Planejamento Familiar, usando métodos que não apresentem efeitos colaterais ou desvantagens que põem a saúde desta população em risco. Por ser o método hormonal o mais conhecido, observamos que a forma mais fácil de aquisição seja deste tipo de contraceptivo.

Na Tabela IV, foi claramente confirmado o desconhecimento do diafragma pelas clientes que frequentam o ambulatório, sendo um método de barreira com a finalidade de impedir a entrada do espermatozóide para a fecundação assim como ocorre com o preservativo masculino; por isso a mulher tem todo direito de usar este tipo de contraceptivo, assim como tem ao mesmo tempo acesso a todas as outras formas de contracepção para planejar sua família.

A Tabela V, (Anexo nº 3), nos apresenta o método contraceptivo mais utilizado pelas mulheres - o hormônio oral sendo que poderemos justificar esta percentagem da mesma forma como ocorreu na análise da Tabela III. Pois, automaticamente se o hormônio oral é o mais conhecido, será certamente o mais utilizado.

A Tabela VI nos mostra que a vasectomia é o método que é menos utilizado com a simples justificativa de as mulheres informarem durante a consulta de enfermagem sobre o machismo que é intransponível nas famílias onde o desconhecimento prevalece. Por isso seria interessante a conscientização conjunta do casal sobre o Planejamento Familiar e participação mútua na contracepção.

Na tabela VII (Anexo nº 4), verifica-se que de todas as clientes que atendemos, 61% já fazia uso de método contraceptivo hormonal e outras 20% não utilizavam contraceptivos. Isto justifica a incidência de mais de 5 filhos nas famílias de baixa renda, as quais desconhecem os métodos para espaçar o nº de filhos que desejam ter. Ao mesmo tempo constatou-se que estas clientes em consequência de sua alta prole procuram incoscientemente pela esterilização definitiva. Porém, vem se aconselhando sobretudo as vantagens e desvantagens deste método às clientes, ao se analisar que esta decisão do casal for justificada (segundo anexo nº 8), analisada e aceita pelos médicos, a laquadura poderá ser adotada como melhor método contraceptivo para o casal. Este processo veio ao nosso conhecimento por ser a esterilização definitiva um método relativamente caro e como no ambulatório da MCD este é fornecido gratuitamente, porém sempre verificando-se uma seleção das mulheres que realmente a necessitam.

Analisando a tabela VIII confirma-se o comodismo, apesar dos efeitos e riscos sobre a saúde da mulher em adotar o método hormonal oral como melhor contraceptivo. Da mesma forma a conscientização sobre um regular acompanhamento médico para confirmar se o determinado método é ideal à cliente. Outrossim, algumas clientes atendidas por

nós, cerca de 20% optaram por métodos mecânicos e comportamentais por intermédio das orientações que lhes foram fornecidas.

Conferindo a tabela IX, (Anexo nº5), a fim de alcançarmos o objetivo de orientação à mulher sobre drogas; das 150 clientes atendidas por nós, 15% destas fumavam e fatalmente elas também estavam grávidas. Estas 23 mulheres fumavam em torno de 6 a 10 cigarros por dia. Procurou-se prestar informações sobre complicações na gestação, peso fetal baixo, alta incidência de prematuridade, e outros aspectos como mortalidade perinatal, malformações congênitas, evolução e vitalidade do recém-nascido ameaçadas. Infelizmente não foi possível averiguar o efeito das nossas orientações pois não fizemos uma 2ª consulta de enfermagem com a mesma cliente.

Na Tabela X procuramos verificar se as mulheres estão procurando o serviço de Preventivo de Câncer, pois toda mulher que mantém relação sexual deve fazer o preventivo de Câncer Ginecológico de 1 em 1 ano no máximo. Verificamos que 83% fizeram o preventivo. Ainda, mesmo durante a gravidez é necessário que a mãe faça o preventivo pois qualquer flora patológica que venha a se estabelecer na vagina pode ser prejudicial ao feto. Isto ocorre muito fácil pelo Ph vaginal das gestantes se tornar consideravelmente ácido contribuindo, junto com uma higiene inadequada pode favorecer a proliferação dos microorganismos podendo assim causar uma infecção. Por isso nas orientações que passamos em relação ao retorno ao Serviço de Preventivo pelo menos de 6 em 6 meses acrescentamos um incentivo à mulher na conservação de sua higiene íntima, fornecendo-as uma apostila confeccionada para este fim (Anexo nº9).

De todas as clientes que foram estimuladas ao auto-exame de seio foi constatado em nossas consultas de Enfermagem que das 150 atendidas 7 portavam patologias suspeitas de Ca. Através desta constatação achamos essencial o estímulo da mulher ao auto-exame de seio e assim poder conhecer melhor seu corpo, podendo assim identificar

qualquer alteração que no caso do seu início pode ser tratada com eficácia.

A Tabela XI, Anexo nº 6, por fim, nos apresenta as porcentagens ou número das clientes classificadas de acordo com os sistemas de Orem. Ou seja, através destes sistemas nós determinamos, durante a consulta de Enfermagem, como as clientes podem ser ajudadas pela Enfermagem. O sistema que mais recebeu classificação foi o Sistema de Suporte Educativo, pois a cliente necessita de conhecimentos, habilidades, poder decisório e comportamento de controle para a realização do seu auto-cuidado com o auxílio das orientações de Enfermagem por nós fornecidas.

Através destes resultados podemos concluir que é papel da Enfermagem atuar quando ocorrerem deficiências na competência das clientes na execução do auto-cuidado em relação ao processo de terapêutica do auto-cuidado.

## V - RECOMENDAÇÕES

Para marcharmos firmemente durante o tempo de atuação de estágio no ambulatório da MCD, em Florianópolis, na conquista de nossos objetivos: desejando alcançar o êxito, foi primeiramente preciso fundamentar-se numa teoria de Enfermagem: na qual Dorothea Orem defende o auto-cuidado: o que nos possibilitou um amadurecimento no que se refere ao estímulo do auto-cuidado, não deixando de seguir a filosofia defendida pelo grupo, segundo citação feita no projeto 87/2, pois o ser humano é uma unidade funcionando biológica, simbólica e socialmente em seu benefício.

Sendo assim, direcionamos uma gratificação aos funcionários, à Enfermeira do Ambulatório que nos supervisionou e à Chefe de Enfermagem da Maternidade Carmela Dutra:

- Que continuem a desenvolver suas atividades dentro do seu padrão profissional cada vez mais competente.
- Que continuem as atividades que desenvolvemos no estágio como esclarecimento de dúvidas, orientações sobre métodos anticoncepcionais, prevenção do Câncer Ginecológico, etc.
- Que mantenham aberto o campo para novos estagiários de Enfermagem.

Ainda, não queremos deixar de recomendar:

1 - Ao Departamento de Enfermagem:

- Que ofereça seu apoio, fornecendo material necessário para a confecção de instrumentos necessários para o melhor desenvolvimento do estágio referente ao projeto.

2 - Aos estudantes da UFSC:

- Que considerem o trabalho desenvolvido uma experiência positiva da VIII Unidade Curricular de Enfermagem a fim de elevar o padrão profissional do Enfermeiro na área da saúde.

## VI - CONCLUSÃO

Vivemos numa sociedade onde somos obrigados a esconder nossos desejos, por força de uma moral anti-sexo que tem suas raízes na igreja, na família, na escola, e onde o estado, principal responsável pela saúde no seu sentido mais amplo - moradia, alimentação, atendimento médico, acesso a medicamentos, métodos anticoncepcionais e informação - não assume o seu papel de provedor dessas necessidades.

Planejamento Familiar, a própria expressão esclarece, é o contrário de controle de natalidade: é a organização afetiva, social e política da família. É o poder soberano da família constituída de ter ou não filhos, nunca a sua restrição.

Na prática é um recurso da medicina moderna para melhorar a saúde materno-infantil, ao alcance de todas as camadas da população; um sinal de avanço social.

As informações sobre contracepção e sexualidade são de certo modo pouco ou restritamente divulgadas, às vezes com uma linguagem complicada, voltadas para uma cientificidade que não leva em conta a experiência das mulheres.

Por intermédio deste assunto e com os dados recolhidos e analisados no decorrer do estágio sentimos que a Enfermagem possui um papel bastante importante em termos de uma orientação acessível à população no aspecto do Planejamento Familiar. Tentamos esclarecer as dúvidas que nos eram colocadas e assim transmitimos sobre sexualidade e sobre assuntos referentes à Reprodução humana, bem como uma exposição mais consciente sobre os métodos contraceptivos que irão se incorporar às experiências e ao saber das mulheres em benefício de sua própria saúde. Todos temos o direito a uma qualificada assistência para melhor planejar nossa família.

Outrossim, a contracepção é certamente um dos problemas mais controvertidos no que diz respeito à saúde da mulher. O controle relativo que as mulheres passam a ter sobre o seu corpo permite - lhes compartilhar o poder de decidir sobre ter filhos ou não. Contudo, muitos homens não aceitam que suas companheiras utilizem métodos anticoncepcionais, e nem colaboram num sentido de assumirem alguma responsabilidade na contracepção. Neste caso, a opção por métodos anticoncepcionais reversíveis torna-se quase inviável, o que conduz muitas mulheres a decidirem pela esterilização.

Também neste trabalho não deixamos de salientar que as mulheres que procuram os serviços de saúde não buscam avaliar as consequências ou efeitos desses métodos sobre a sua saúde. Por isso, acreditamos que as metas estabelecidas na área da prevenção do câncer ginecológico foram por nós atingidas, contribuindo assim um pouco para a valorização do profissional enfermeiro.

Esperamos que, através deste trabalho que realizamos, possamos trazer uma contribuição valiosa a todas as pessoas que tiveram acesso às informações sobre Planejamento Familiar, e principalmente para os profissionais que atuam na área da saúde da mulher, de que não deixem de se preocupar em dar continuidade a estas informações pois as mulheres munidas destes conhecimentos poderão intervir mais nas decisões que dizem respeito à sua saúde e reivindicar melhor assistência médica por parte do Estado.

## VII - REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- 1 - ABEFP. Planejamento Familiar. Rio de Janeiro, Ano I, nº1, Rio de Janeiro, I Trimestre, 1987.
- 2 - A Família Aumenta. Veja. São Paulo, Jul., 1987, p.60-7.
- 3 - ARAÚJO, Maria J.O., PEREIRA, Nilva F. et alii. Métodos Anticoncepcionais (O Direito à Informação). Fundação Carlos Chagas. p.3-141.
- 4 - BRASIL, Ministério da Saúde. O Ministério da Saúde e a questão do Planejamento Familiar. Conferência Nacional de Saúde e dos Direitos da Mulher. São Paulo, Out., 1986, p.1.
- 5 - CONSELHO, Nacional de Condição Feminina. O Direito de Ter ou não Filhos no Brasil. São Paulo, 1986, Caderno 01, p.10-21.
- 6 - \_\_\_\_\_ Control of Cancer of Cervix Uteri. Buletin of the World Hearth Organization, 64(4), 1986.
- 7 - COSTA, Clínia L.N., et alii. Aspectos Epidemiológicos do Câncer Ginecológico. Jornal Brasileiro de Ginecologia, 88(4):139-47, Out., 1979.
- 8 - Fora da Idade. Veja. 7 de maio de 1986, p.496.
- 9 - LOPES, Berenice I., GUESSER, Juliana, BET, Márcia, KOTZIAS, Maria L.P. Planejamento Familiar: Sua Influência na Saúde da Mulher. Trabalho apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem, UFSC, Florianópolis, 1987.
- 10 - HERMÁCULA, Maria Virgínia et alii. Pró-Família: Planejamento Familiar ou Controle de Natalidade? Trabalho de Conclusão apresentado pelas autoras à Faculdade de Serviço Social da PUC/SP. p.137-57, Dez., 1981.



- 11- OREM, D.E. Nursing Concepts of Practice. New York, Mac Graw-Hill 1971.
- 12- REZENDE, Jorge de. Obstetrícia. 3ª ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1974, p.249.
- 13- RODRIGUES, Walter, CARDEMAN, Leon. Planejamento Familiar. ARS Cyrandi, São Paulo, 7(8):60-9, 1981.
- 14- SALES, José Maria. Planejamento Familiar. Femina. Rio de Janeiro, 15(6):6, jun, 1987.
- 15- SANTA CATARINA. Secretaria da Saúde. Departamento de Saúde Pública. Doenças Crônicas Degenerativas, Boletim Informativo, período de 1986.
- 16- SILVA, Roberto S. Fumo e Reprodução. Femina. Rio de Janeiro, 9(7): 536-38, Jul, 1981.
- 17- SONTAG, Susan. A Doença como Metáfora. VolVI, Rio de Janeiro, Groal, 1984.
- 18- VALENTINE, Amy S. Behavioral Dimension in Câncer. Prevention and Detection Seminars in Oncology Nursing, 2(3) aug: 200-05, 1986.
- 19- VIEIRA, Agostinho. Planejamento Agora. Folha de São Paulo, ABEPF 20 de setembro de 1987.
- 20- YUNES, J. \_\_\_\_\_ " El Pediatría Y Los Cambios de América Latina" \_\_\_\_\_ Demografia Y Economía, VolXI, nº2, 218-45, El Colégio de México, 1975.

VIII - BIBLIOGRAFIA SUPLEMENTAR

- 1 - FUCK, Mara Suely & CAMPOS, Gleydes Maria. Planejamento Familiar e Sua Influência na Saúde da Mulher. Projeto apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem - UFSC, Florianópolis, 1987.
- 2 - HEGG, Robert et alii. Diagnóstico e Tratamento das Vulvovaginites e Cervicites - I. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 10(1):10-16, Out., 1987.
- 3 - KAKINOAMA, Kiei. Mola Hidatiforme com Feto Vivo (caso clínico), Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 7(3):429-32, mai/jun., 1985.
- 4 - MATHIAS, Lenir et alii. Efeitos do Tabagismo sobre a Gestação. Jornal Brasileiro de Ginecologia, 94(3):61-6, mar., 1984.
- 5 - NETO, José Benedito de Lira. Leucorréia causada por Exacerbação dos Bacilos de Doderlein. Jornal Brasileiro de Ginecologia, 94(3):67-71, mar., 1984.
- 6 - TRAIMAN, Paulo, LUCA, Laurival A. de, et alii. Jornal Brasileiro de Ginecologia, 94(10): 433-36, Out., 1984.

ANEXO Nº 1

Tabela I - Clientes atendidas no Ambulatório da MCD, segundo grupo etário e estado civil - Fpolis/SC - 1987.

Estado civil Grupo Etário	Solteira		Casada		Separada		Amasiada		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
15 - 20	9	6%	12	8%	2	1%	3	2%	26	17%
21 - 25	2	1%	23	15%	-	-	1	1%	26	17%
26 - 30	-	-	37	25%	-	-	-	-	37	25%
31 - 35	-	-	29	19%	-	-	-	-	29	19%
36 - 40	-	-	21	14%	4	3%	-	-	25	17%
40 -	-	-	7	5%	-	-	-	-	7	5%
TOTAL	11	7%	129	86%	6	4%	4	3%	150	100%

Tabela II - Clientes atendidas no Ambulatório da MCD, segundo Renda Familiar e Número de Filhos - Fpolis/SC - 1987.

Nº de filhos	0		1 a 3		4 a 6		Mais 6		TOTAL	
Renda Familiar	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
1	9	6%	10	7%	4	3%	3	2%	26	18%
2	12	8%	26	17%	15	10%	4	3%	57	38%
3	4	3%	23	15%	21	14%	6	4%	54	36%
4 e mais	2	1%	8	5%	3	2%	-	-	13	8%
TOTAL	27	18%	67	44%	43	29	13	9%	150	100%

ANEXO Nº 2

Tabela III - Clientes atendidas no Ambulatório da MCD, segundo o método Anticoncepcional mais conhecido - Fpolis/SC - 1987.

Métodos Anticoncepcionais mais Conhecidos	Nº	%
Hormônio Oral + Coito Interrompido + Condon	43	29%
Hormônio Oral	35	24%
Hormônio Oral + Condon + Lag. Tubária	28	19%
Hormônio Oral + Coito Interrompido	13	9%
Hormônio Oral + Tabela + Condon	10	7%
Hormônio Oral + Hormônio Injetável	7	4%
Hormônio Oral + DIU	7	4%
Laqueadura Tubária Tabela	7	4%
<b>TOTAL</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>

Tabela IV - Clientes atendidas no Ambulatório da MCD, segundo o método Anticoncepcional menos conhecido - Fpolis/SC - 1987.

Métodos Anticoncepcionais Menos Conhecidos	Nº	%
Diafragma	46	31%
Diafragma + Billings + Temperatura basal	35	23%
Diafragma + Vasectomia	30	20%
Diafragma + Billings	25	17%
Diafragma + Químicos	14	9%
<b>TOTAL</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>

ANEXO Nº 3

Tabela V - Clientes atendidas no Ambulatório da MCD, segundo o método Anticoncepcional mais utilizado - Fpolis/SC - 1987.

Métodos Anticoncepcionais Mais Utilizados		
Utilizados	Nº	%
Hormônio Oral	78	52%
Hormônio Oral Coito Interrompido	15	10%
Nenhum	14	9%
Coito Interrompido	11	7%
Hormônio Oral Ogino Knaus	10	7%
Laqueadura Tubária	8	5%
Hormônio Oral Condon	7	5%
Hormônio Injetável	7	5%
TOTAL	150	100%

Tabela VI - Clientes atendidas no Ambulatório da MCD, segundo o método Anticoncepcional menos Utilizado - Fpolis/SC - 1987.

Métodos Anticoncepcionais Menos Utilizados		
Utilizados	Nº	%
Vasectomia	52	35%
Muco Cervical + Billings + DIU	35	23%
Laqueadura + Vasectomia	27	18%
Hormônio Injetável	25	17%
Laqueadura Tubária + Temperatura Basal	11	7%
TOTAL	150	100%



ANEXO Nº 4

Tabela VII - Clientes atendidas no Ambulatório da MCD, segundo o método Anticoncepcional utilizado antes da Consulta de Enfermagem - Fpolis/SC - 1987.

Método Anticoncepcional usado antes da Consulta de Enfermagem	Nº	%
Hormônio Oral	92	61%
Nenhum	30	20%
Coito Interrompido	10	7%
Ogino Knaus	9	6%
Hormônio Injetável	5	3%
Condon	4	3%
TOTAL	150	100%

Tabela VIII - Clientes atendidas no Ambulatório da MCD, segundo o método Anticoncepcional utilizado após a Consulta de Enfermagem - Fpolis SC - 1987.

Método Anticoncepcional usado após a Consulta de Enfermagem	Nº	%
Hormônio Oral	70	47%
Laqueadura Tubária	50	33%
DIU	7	5%
Ogino Knaus	8	5%
Hormônio Injetável	5	3%
Coito Interrompido	4	3%
Condon	4	3%
Temperatura Basal	2	1%
TOTAL	150	100%

ANEXO Nº 5

Tabela IX - Clientes atendidas no Ambulatório da MCD, segundo o hábito de Fumar referido na consulta de Enfermagem - Fpolis/SC - 1987.

Clientes classificadas segundo o hábito de Fumar	Nº	%
Mulheres fumantes	23	15%
Mulheres não fumantes	127	85%
TOTAL	150	100%

Tabela X - Clientes atendidas no Ambulatório da MCD, segundo a procura aos Serviços de Preventivo de Câncer - Fpolis/SC - 1987.

Clientes Atendidas segundo a procura do Preventivo de Ca	Nº	%
Mulheres que já fizeram o Preventivo	125	83%
Mulheres que nunca fizeram o Preventivo	23	17%
TOTAL	150	100%

ANEXO Nº 6

Tabela XI - Clientes atendidas no Ambulatório da MCD, classificadas segundo os Sistemas de Enfermagem defendidos por Dorothéa Orem - Fpolis/SC - 1987.

Classificação das clientes atendidas dentro dos Sistemas de Enfermagem	Nº	%
Sistema de Compensação Total	53	35%
Sistema de Compensação Parcial	37	25%
Sistema de Suporte Educativo	60	40%
TOTAL	150	100%

ANEXO Nº 7

## ANEXO nº 7 - TRABALHO EM GRUPO

Entendemos aqui a prática educativa como um amplo processo de troca de vivências e informações, que permita às mulheres obterem o conhecimento necessário para uma escolha livre e consciente dos métodos contraceptivos mais adequados para si, uma vez que tenham decidido evitar ou espaçar a gravidez.

A prática tem demonstrado que, para a realização dessa proposta educativa, o trabalho com pequenos grupos é mais eficiente. À troca de vivências, nos pequenos grupos, gera redes de solidariedade e apoio mútuo para enfrentar os medos, as angústias. A culpa, e os conflitos tão presentes na vida das mulheres. O trabalho em grupo possibilita também uma postura mais crítica e autônoma das mulheres frente aos profissionais de saúde. Isso pode favorecer a quebra da relação de poder entre o coordenador e as eventuais coordenadas, colocando todas as na mesma posição de pessoas com experiência para trocar.

#### Como Formar Um Grupo:

Em cada local haverá, sem dúvida uma série de dificuldades a serem resolvidas para o desenvolvimento adequado do trabalho.

É necessário, saber se a equipe de saúde está sensibilizada, ou seja, se considera importante apoiar o desenvolvimento desse trabalho. É fundamental que se promova reflexões, buscando afastar medos, resistências e dificuldades que comumente envolvam este tema, para que os coordenadores tenham suporte teórico técnico e afetivo da equipe de saúde, principalmente do desenvolvimento das tarefas de preparação e avaliação do trabalho.

#### Execução do Trabalho:

Grupos de sala de espera: é possível aproveitar o tempo de espera para conversar sobre assuntos que sejam de interesse das pesso-



as presentes. O uso de cartazes e cartinhas, panfletos sobre aprender a defender-se do Câncer no seio, o bebê antes de nascer, o bebê começa a viver, pode auxiliar na divulgação para participar melhor na consulta de Enfermagem.

#### Grupos de Temas:

Foi possível acompanhar a supervisora no estágio ao se deslocar ao colégio, para divulgação através de filmes pelo vídeo casete, Planejamento Familiar e o Preventivo de Câncer, no horário de 14 às 17 horas, com intervalo para o recreio dos alunos.

#### Mobilização das Participantes:

O trabalho em grupo se destina às pessoas que vêm à Unidade de Saúde buscar informações sobre métodos anticoncepcionais. Deve-se lembrar, entretanto, que as pessoas buscam a assistência médica também por outras razões: queixas ginecológicas, atendimento pré-natal, prevenção do câncer ou para tratar da saúde. Por esta razão, realizamos dentro do possível passando informações sobre anticoncepção, câncer ginecológico, drogas na gestação, etc.

#### Postura Pedagógica Aplicada no Trabalho:

É fundamental que se estabeleça uma relação de troca do orientador e as participantes, através do feed back.

Deve também reconhecer que todas as mulheres, independente de sua condição social e sua função (trabalhadora, dona de casa, prostituta, mãe solteira) desempenha um papel no processo produtivo ou no equilíbrio social. Através desses reconhecimentos é que deve ser buscada a sua valorização e o reconhecimento de sua cidadania.

#### Técnicas de Trabalho:

As técnicas de trabalho didático que usamos no decorrer do estágio:

A - Auto-conhecimento sobre anatomia e fisiologia do aparelho reprodutor masculino e feminino.

B - Objetivos - Revelar conhecimentos, mitos e vivências com relação ao corpo e à sexualidade.

Criar condições para a expressão dos sentimentos e troca de informações sobre o corpo, contraceptivos e a sexualidade.

#### Material Didático:

Todo o conjunto de matérias didáticas que apresentamos a seguir, foi concedido como forma de apoio às sessões educativas. É importante frisar que estes materiais não substituem o trabalho educativo, apenas servem de suporte para ele. Nosso objetivo é estimular as unidades de saúde a desenvolverem, cada vez mais e de forma mais criativa o trabalho de informações para as clientes.

#### A) CARTAZES (Álbum Seriado)

De ilustrações do Aparelho Reprodutor Masculino e Feminino, e gravidez e parto.

- Série de cartazes com desenhos que mostram o aparelho reprodutor masculino e feminino com a fecundação, os exames efetuados quando a cliente se encontra grávida, situações, problemas. O objetivo é de frisar a observação da cliente, através da informação dada pelo orientador.

#### B) KIT DE CONTRACEPTIVOS

É uma caixinha que contém cada um dos métodos que podem ser assim conhecidos e manipulados pelas clientes. Este Kit deverá ser apresentado a cada mulher na entrevista de Enfermagem.

#### C) Folhetos Sobre PREVENÇÃO DE CÂNCER DE HIGIENE ÍNTIMA DA MULHER

Todas as mulheres que procuram o Serviço de Saúde devem receber estes dois folhetos. Eles ensinam a a fazer o auto-exame periódico dos seios e falam ainda da importância do preventivo, e a importância da higiene íntima da mulher, antes e depois da relação sexual.

ANEXO Nº 8

ANEXO nº 8 - CONDIÇÕES BÁSICAS PARA  
ANTICONCEPÇÃO DEFINITIVA

Conhecimento de:

- Vantagens do método.
- Alternativas para o método
- Provável irreversibilidade aproximadamente 40% dos casos
- Idade acima de 30 anos
- Três filhos ou mais
- Filhos vivos e saudáveis, preferivelmente de ambos os sexos e o último com mais de 1 ano.
- Dez anos de casamento e bom relacionamento conjugal
- Marido saudável, no caso de Laqueadura
- Esposa saudável, no caso de Vasectomia
- Uso de métodos não definitivos anteriormente.
- Existência de patologia associada que contra-indique novas gravidezes por risco de vida materno.

À comissão de ética médica da maternidade Carmela Dutra.

Solicitamos avaliar o pedido do Planejamento Familiar, através de anticoncepção definitiva, do casal cujos dados seguem abaixo:

Nome do Marido:

Nome da Mulher:

Filhos:

Idade:

Gesta:

Para:

(Idade, sexo, e saúde de cada um)

Cesária:

Aborto:

Ectópica

Mulher: Doenças-

Marido: Tempo de Casamento e Relacionamento conjugal.

Uso de outros métodos anticoncepcionais e adaptação.

Florianópolis, de de 19\_\_

Assinatura e Carimbo do médico

Solicitante - Parecer da Comissão

Aprovada :

Caso contrário, optar por método não definitivo.

ANEXO Nº 9

ANEXO nº 9 - INSTRUMENTO SOBRE HIGIENE E  
SAÚDE DA MULHER

Amiga,

Estas orientações visam esclarecer sobre cuidados pessoais, que a mulher deve ser para evitar o aparecimento de infecções (corrimento, feridas, coceira, sagraimento e dor) na vagina (órgão sexual). Além de infecções, estas orientações que você vai ler evitam complicações que podem levar ao câncer na vagina e útero.

1. FAZER HIGIENE DO CASAL ANTES E DEPOIS DAS RELAÇÕES SEXUAIS.

PORQUE as secreções que estão presentes nas regiões íntimas do casal "alimentam" os germes facilitando a sua multiplicação, levando ao aparecimento de infecções. A higiene íntima retira estas secreções.

2. FAZER HIGIENE APÓS EVACUAR, DA FRENTE PARA TRÁS.

PORQUE quando se faz a higiene após evacuar de trás para frente (sentindo contrário ao certo), os germes que estão nas fezes são carregados para vagina, facilitando o aparecimento de infecção. Isto deve ser feito por todas as mulheres e inclusive nas crianças.

3. USAR, SE POSSÍVEL, SOMENTE CALCINHAS DE MEIA(ALGODÃO) OU COM FORRO DE MEIA.

PORQUE as calcinhas que não são de meia, não tem ventilação, deixando a vagina sempre úmida e quente, facilitando a multiplicação de germes e levando ao aparecimento de infecções, com o uso das calcinhas de meia, isso não acontece pois elas favorecem a ventilação.

4. USAR, SE POSSÍVEL, SOMENTE CALCINHAS QUE POSSAM SER PASSADAS A FERRO

PORQUE o calor do ferro mata os germes que ficam no forro da calcinha. Quando se está com corrimento, somente a lavagem não mata os germes e mesmo com o tratamento, ao usar novamente a calcinha que se foi lavada, os germes que estão no forro entram de novo na vagina e o corrimento volta.

5. COLOCAR AS CALCINHAS PARA SECAR NO SOL (DAS 7 ÀS 10 HORAS E DAS 3 HORAS EM DIANTE)

PORQUE o sol neste horário desinfeta as calcinhas, matando os germes. Você pode aproveitar este sol para desinfetar cobertores, lençóis, fraldas, etc.

6. LAVAR AS CALCINHAS SEPARADAS DE OUTRAS ROUPAS

PORQUE os germes podem passar das calcinhas para outras roupas como fraldas, cuecas, toalhas, e levar a infecção para outras pessoas.

7. USAR, SE POSSÍVEL, TOALHA INDIVIDUAL

PORQUE os germes que estão na região íntima passam para toalha e levam infecções para outras pessoas. Caso não seja possível você ter a sua própria toalha, faça uso de um paninho individual para enxugar a região íntima e a toalha para o resto do corpo.

8. EVITAR O USO DE CALÇAS COMPRIDAS MUITO APERTADAS

PORQUE a calça apertada não permite a ventilação deixando a vagina sempre úmida e quente, facilitando a multiplicação de germes e levando ao aparecimento de infecções.

9. EVITAR FAZER USO DE DUCHA (LAVAGEM) NA VAGINA

PORQUE a ducha vaginal retira a proteção natural que a vagina tem contra infecção. Também leva os germes que já estão na vagina para o útero. A ducha não evita a gravidez.

10. SE VOCÊ ESTIVER USANDO CREME OU ÓVULO NA VAGINA PARA TRATAMENTO  
TOME ALGUNS CUIDADOS COM O APLICADOR DE CREME COMO:

- a) O aplicador deve ser de uso individual
- b) O aplicador deve ser lavado em água corrente. Não ferva, pois é de plástico e derrete com o calor.
- c) Se possível colocar o aplicador para secar ao sol.
- d) Nunca usar o aplicador sujo.

11. SE VOCÊ USA PÍLULA ANTICONCEPCIONAL, PEÇA ORIENTAÇÕES A SEU MÉDICO

PORQUE a pílula só deve ser usada com orientação médica, pois pode fazer mal a saúde. Você deve ser orientada quanto:

- a) ao intervalo que deve ser feito de acordo com o tempo que você toma
- b) a maneira correta de tomar
- c) aos problemas que ela pode trazer para sua saúde.

TODA MULHER QUE TOMA PÍLULA DEVE FAZER O PREVENTIVO DE CÂNCER GINECOLÓGICO DE 6 EM 6 MESES.

12. EVITE SENTAR EM SANITÁRIOS PÚBLICOS

PORQUE o uso freqüente do sanitário por várias pessoas, facilita o crescimento de diferentes tipos de germes, favorecendo o aparecimento de alguns tipos de infecção na região íntima.

13. ALGUNS TIPOS DE TRATAMENTO DAS INFECÇÕES EXIGEM TRATAMENTO DO CASAL

PORQUE o homem pode ter o germe e não ter corrimento. Se só a mulher se tratar, ela tendo então relação sexual, a infecção volta.

14. SEMPRE QUE A MULHER ESTIVER FAZENDO TRATAMENTO DE UMA INFECÇÃO NA VAGINA, ELA NÃO PODE TER RELAÇÕES SEXUAIS DURANTE O TRATAMENTO

PORQUE a relação sexual não deixa o remédio fazer efeito, demo -



rando mais para sarar. Quando a mulher tem uma infecção na vagina, é como se a vagina estivesse machucada e a relação sexual tira o remédio que deve ficar encima do machucado.

OBS.: Caso seu companheiro não aceite para por algum tempo as relações sexuais para o seu tratamento, traga-o na próxima consulta.

15. A PÍLULA NÃO É A ÚNICA MANEIRA DE EVITAR A GRAVIDEZ

PORQUE existem outras maneiras que podem ser melhores para você.

Peça informações a respeito a seu médico, enfermeiro, no posto de saúde, etc.

16. Todas estas orientações são importantes também para suas filhas e amigas. Conte tudo o que você leu para elas.

17. Toda mulher deve fazer o preventivo de câncer de 6 em 6 meses. Para fazer o exame é necessário: Estar 2 dias sem relação sexual. Estar 2 dias sem fazer uso de remédio na vagina e estar do 5º dia depois do término da menstruação em diante.

Segundo estas orientações você estará contribuindo para sua saúde:

**VOCÊ É RESPONSÁVEL POR SUA SAÚDE!**