


UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PLANEJAMENTO FAMILIAR E SUA INFLUÊNCIA NA SAÚDE DA MULHER

N.Cham. TCC UFSC ENF 0149  
Autor: Fuck, Mara Suely  
Título: Planejamento familiar e sua infl  
  
972496961 Ac. 240700  
Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

MARA SUELY FUCK  
GLEYDES MARIA CAMPOS

Enfermagem

Unidade Curricular VIII - INT 1108

Orientadora: Leonita Sulzbach Seibel

Supervisora: Rita de Cássia Heinzen de Almeida Coelho

CCSM  
TCC  
UFSC  
ENF  
0149  
Ex.1

Florianópolis, setembro de 1987.

"TUDO NO UNIVERSO É MOVIMENTO, É RITMO, PORTANTO, É MÚSICA, É POESIA E UM ETERNO PROCURAR DE ALGUMA COISA OU DE ALGUM SER QUE, COMO AS RIMAS DO VERSO, COMPLETE E ALIVIE A ANGÚSTIA DO SER INACABADO, QUE ETERNAMENTE AFLIGE TODO O MUNDO CRIADO. MAS NÃO BASTA SER A HARMONIA DA POESIA E DA MÚSICA, ISTO É, TAMBÉM É PRECISO SENTIR A MELODIA UNIVERSAL; NÃO BASTA SER, EXISTIR, MAS ACIMA DE TUDO TER A CONSCIÊNCIA DE UMA MANEIRA DE SER E DE SENTIR, ISTO É, VIVER. O PROBLEMA DA SAÚDE É, POIS, UM PROBLEMA DE RITMO, DE HARMONIA E DE POESIA."

(J.S.B.)

## AGRADECIMENTOS

O apoio daqueles que nos rodeiam é o mais importante adubo para manter perseverante a força de vontade na elaboração do seguinte projeto.

Então, agradecemos às enfermeiras e professoras Leonita S. Seibel e Rita de Cássia H. de Almeida Coelho que, por intermédio de sua atenção, nos proporcionou conhecimento da área que desejamos atuar. A elas nos sentimos bastante coligadas pela responsabilidade que decidimos assumir, procurando demonstrar nossa capacidade diante dos fatos que vamos enfrentar. À Direção da Maternidade Carmela Dutra, enfim, / todos os funcionários desta casa de saúde destacando aqueles que trabalham no Ambulatório, por nos proporcionar um campo de ação estimulada pelo apoio e atenção, a fim de alcançar o sucesso no desenvolvimento do nosso projeto.

## SUMÁRIO

	Pág.
I - FILOSOFIA.....	01
II - INTRODUÇÃO.....	02
III - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	07
IV - OBJETIVOS.....	22
V - PLANO DE AÇÃO DO AMBULATÓRIO.....	23
5.1- Avaliação do Plano de Ação do Ambulatório.....	24
VI - CRONOGRAMA.....	25
VII - CONCLUSÃO.....	26
VIII - REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....	28
IX - BIBLIOGRAFIA SUPLEMENTAR.....	30
ANEXO nº 1 - Instrumento Para Consulta de Enfermagem.....	32
ANEXO nº 2 - Anatomia e Fisiologia do Aparelho Reprodutor Mas- culino e Feminino.....	37
ANEXO nº 3 - Métodos Anticoncepcionais.....	46
ANEXO nº 4 - Uso de Drogas na Gestação.....	67
ANEXO nº 5 - Rede Feminina De Combate Ao Câncer.....	77
ANEXO nº 6 - Instrumento sobre Auto-Exame de Mamas.....	79
ANEXO nº 7 - Escala de Serviço.....	81
ANEXO nº 8 - Gráfico da Temperatura Basal .....	83

## I - FILOSOFIA

Procuramos adotar a filosofia, mencionada no projeto desenvolvida na mesma área no período 87/1, pois acreditamos na oportunidade desta base descrita para alcançarmos nossos objetivos:

- O ser humano é uma unidade funcionando biológica, simbólica, e socialmente, que possui igualdade de direitos, e como tal, tem o direito de ser aceito, respeitado como pessoa, pela equipe de enfermagem.
- A enfermagem é serviço, arte e tecnologia que tem como principal preocupação a necessidade do indivíduo de auto-cuidado e a prevenção e manutenção deste auto-cuidado de forma contínua, de modo a manter a vida e a saúde, recuperar-se da doença e em frentar seus efeitos.
- Os casais e indivíduos tem o direito básico de decidir, livre e responsabilmente o número de filhos desejados, quando tê-los e de receber informações, instrumentos e meios de fazê-lo.
- Os meios, a educação e as informações sobre planejamento familiar, incluem todos os métodos de planejamento familiar aprovados e adequados sob o ponto de vista médico, inclusive o planejamento familiar natural para garantir uma escolha livre e voluntária em conformidade com a evolução dos valores individuais e culturais.
- O direito à vida é inalienável, um dom, e por ela deve-se lutar no sentido de mantê-la em toda a sua totalidade.

## II - INTRODUÇÃO

Estamos diante de uma realidade muito séria em relação ao crescimento da população brasileira. O setor sócio-econômico tem demonstrado claramente que a população está empobrecendo como um todo e os desequilíbrios tendem a se agravar. Entre eles, podemos citar o número excessivo de filhos, particularmente em famílias pobres, totalmente ignorantes dos métodos de planejamento familiar sendo uma das principais razões da sua miséria, do sofrimento das mães e da morte prematura da maioria dos seus filhos.

Porém, admite-se que o governo é incapaz de meios para delimitar tal procedimento pois não teria condições de estender sua fiscalização para dentro do quarto do casal. Contudo, podemos assinalar o acesso à população ao conhecimento de métodos para planejar sua família, os quais são de uso deliberado de suas consciências, o que decorre do emprego dos métodos incorreto, sendo desconhecidas todas as alternativas e os efeitos colaterais, tão pouco verifica-se se essas pessoas são acompanhadas pelos serviços de saúde.

É necessário demonstrar a importância de se planejar uma família pois o ser humano é responsável pela sua conduta a qual deve partir da consciência de uma prática adotada entre eles, constituindo os casais com uma esperança de estabelecer uma família feliz. Com isso, sendo um assunto estritamente pessoal, o desejo básico de cada casal, à frente dos valores nacionais, religiosos e sociais, é o de criar filhos sadios.

Porém, reduzir o número de filhos, objetivando um plano governamental, não significa efetivar um sucesso no planejamento familiar. / Trata-se de uma questão bastante complexa pois entende-se que, "Planejamento Familiar é uma filosofia social com o objetivo de melhorar a qualidade da vida da família, da mulher, do marido, através da educa

ção, da informação, para uma decisão responsável do número de filhos que desejam ter. No Planejamento Familiar a decisão do controle é a nível familiar como um direito do casal por responsabilidade pessoal e voluntária." (Apostila de Planejamento Familiar da Visão Cristã)

Apesar dos fatores que levam a modificação das condições de vida dessas pessoas, o acesso extremamente desigual da população aos bens e serviços disponíveis e à estrutura de emprego existente é na verdade o que determina as precárias condições em que vive a maioria dos indivíduos, o que reflete a posição da mulher na família e sua relação neste desenvolvimento sócio-econômico.

O que pretende-se enfatizar é que a proposta de planejar uma família não visa a correção das distorções e sim promover a saúde através da educação e conscientização, quanto aos problemas da saúde, da mulher que é a principal razão da reprodução de uma família e que precisa ser assistida e orientada para junto com o seu marido decidir o melhor para o seu bem-estar.

Analisando os resultados obtidos no projeto de atendimento do grupo que desenvolveu o seu trabalho no período 87/1, pretendemos dar continuidade na aplicabilidade da teoria de Dorothéa Orem\*, a qual "parte do pressuposto de que as pessoas funcionam e mantêm a vida, saúde e bem-estar, pelo cuidado de si mesmas - o auto-cuidado, iniciando e desempenhando em seu próprio benefício."

Há componentes básicos para o desenvolvimento de sua teoria:

- O Auto-cuidado que é a capacidade de manter atendidas as necessidades que o indivíduo apresenta, por sua própria ação;
- O déficit de auto-cuidado que é a incapacidade para o atendimento dessas necessidades, e;
- O agenciamento do auto-cuidado que são as capacidades para atender a tais necessidades - a do cliente e a do enfermeiro.

Existem ainda requisitos que OREM utiliza para definir o auto-cuidado. São três tipos:

- Universal: trata das atividades e necessidades diárias como por exemplo: alimentação, eliminação, atividade e repouso, prevenção de ameaças à vida.
- De desenvolvimento: o que ocorre durante determinado estágio da vida do indivíduo, assim temos: a adolescência, gestação, período fértil.
- De desvios de saúde: aqueles sentidos apenas na presença de doença como por exemplo: a pessoa que está sob tratamento médico, ou tem alguma incapacidade, condições de aborto.

Segundo OREM, existem os sistemas relacionados com a dinâmica do auto-cuidado. São eles:

- Sistema de Compensação Total: aplicado a indivíduos totalmente dependentes.
- Sistema de Compensação Parcial: aplicado a indivíduos parcialmente dependentes, ou seja, os que atendem a uma parte de suas necessidades.
- Sistema de Suporte Educativo: quando o cliente necessita de conhecimentos, habilidades, poder decisório e comportamento de controle para realização do seu auto-cuidado, com o auxílio da equipe de enfermagem.

Esses três sistemas dispõem ao indivíduo o poder de agenciar e lhe dar competência ou potencial para se engajar no auto-cuidado, levando assim ao atendimento das suas necessidades para chegar à manutenção da vida, saúde e bem-estar. Pois entende-se que saúde é responsabilidade da sociedade e dos indivíduos que a compõe, e não de segmentos isolados da sociedade.



Assim, num processo de "Nursing-Agency" pretendemos atingir, numa interação com a orientadora e a supervisora, ações de auto-cuidado transmitindo um poder de agenciar, competência e potencial para que a pessoa atendida se engaje no auto-cuidado, a fim de atender suas necessidades essenciais na manutenção da vida.

Encima dessa carga de conhecimentos pretendemos dispor às informantes uma prática de planejamento familiar de forma preventiva e assim chegar a conscientização da mulher, na prevenção de uma gravidez indesejada, sendo que nossa preocupação está dinamicamente volta da no contexto dos direitos individuais de opção pela reprodução humana, enfatizando questões de saúde de uma forma global.

Como prioridade no atendimento à saúde vamos relacionar grupos de gestantes e clientes não grávidas, sobretudo àquelas que procuram o serviço de saúde e que são jovens as quais necessitam de um maior esclarecimento sobre a sua saúde e o planejamento familiar. Do mesmo modo vamos discutir junto delas a melhor forma de controlar o número de filhos, enfatizando também o nível de saúde em geral tanto da mãe que é a base da reprodução humana, como para com a família de forma a elevar o seu nível de vida. Este objetivo somente alcançaremos através da educação de forma a demonstrar conhecimentos da anatomia humana enfocando a fertilidade do seu organismo, suas condições de fecundidade fazendo a mulher entender e chegar ao consenso de ter capacidade de planejar os filhos desejados.

Diante da consulta de enfermagem que iremos prestar, queremos demonstrar a importância do acompanhamento junto ao serviço de saúde em relação ao uso de métodos anticoncepcionais e sua função diante da reprodução humana relacionada aos órgãos sexuais masculino e feminino esclarecendo seus efeitos na ovulação, menstruação, na relação sexual e também identificando as conseqüências que as drogas em geral causam durante a gestação, prejudicando o feto podendo ocorrer aborto por desconhecimento dos efeitos de determinadas drogas e ao mesmo tempo prejudicando a saúde da mãe.

Analisando conseqüências tardias em relação às baixas coberturas dos serviços de saúde à mulher poderemos, dentro do nosso campo de atuação, salientar em torno da teoria de OREM, sobre o auto-cuidado na identificação precoce de patologias relacionadas aos órgãos de reprodução na mulher, como por exemplo informar as clientes sobre a importância do acompanhamento junto ao serviço de precoce de câncer para controle da sua condição de saúde.

Portanto, atuando encima de todos os subsídios que juntamos para elaborar tal projeto, conseguiremos satisfazer e ampliar os nossos conhecimentos relacionados com a área da saúde da mulher especificado no currículo do curso de graduação de enfermagem, cujos estudos proporcionarão maior segurança e eficácia quando trabalharmos com as clientes no ambulatório.

O estágio será realizado, tomando como base este trabalho, no Ambulatório da Maternidade Carmela Dutra, da Fundação Hospitalar de Santa Catarina, em Florianópolis. O ambulatório dispõe de uma planta física onde se encontra uma sala de estar e uma sala de recepção, dois consultórios obstétricos e dois consultórios ginecológicos.

O período de desenvolvimento deste estágio será posto em prática no período de 14/09/87 à 12/12/87 e tem como objetivo principal adotar a teoria de OREM do auto-cuidado no enfoque de conscientização através da orientação sobre planejamento familiar, esclarecendo ainda junto da cliente informações sobre o seu nível de saúde através de entrevistas com um instrumento formulado para consulta de enfermagem, levando a uma compreensão de assuntos relacionados a métodos anti-concepcionais, drogas na gestação, e preventivo do Ca ginecológico. Outrossim, queremos fazer perceber que o auto-cuidado é essencial na manutenção da saúde da mulher.

Finalizando, sabe-se que só uma pequena parcela da população tem acesso a serviços de pesquisa e trabalho no tratamento da esterilidade conjugal. Ainda que não seja um problema fundamental de saúde pública, porém analisando em termos de planejamento familiar a mulher e sua saúde constitui o objetivo marcante na atuação dos serviços de saúde.

### III - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O planejamento familiar é um fenômeno social característico do mundo moderno. Nós brasileiros temos o crescimento desacelerado nas últimas décadas, experimentando uma taxa de 2,5% ao ano entre 1970-1980, o que representa uma redução na intensidade de seu crescimento da ordem de 14%. RODRIGUES<sup>19:4</sup>

Esta redução deve-se exclusivamente a um declínio da taxa de fecundidade, uma vez que aumentou a esperança de vida ao nascer, e o volume de migração internacional recebido pelo país não alterou seu ritmo de crescimento.

O nível de reprodução da mulher brasileira manteve-se praticamente estável, por volta de 6,2 filhos, durante o período 1940-60. A partir de 1960, porém começa um ligeiro declínio, cujo início é localizado em torno de 1965-67, que se acentua notavelmente na década de 70, atingindo, em torno do ano de 1980 o valor médio de 3,4 filhos por mulher. Essa alteração significativa nos níveis reprodutivos da população brasileira apresenta-se como um dos fenômenos mais importantes da dinâmica populacional das últimas décadas, tanto pela magnitude da redução, mais de 25% no período de 12 e 15 anos, como por sua generalidade ao efetuar significativamente em todas as regiões brasileiras, inclusive nas mais carentes em termos socio-econômicos, e nas áreas urbanas e rurais. BRASIL<sup>6:1</sup>

Por dois motivos altamente relevantes, o crescimento populacional excessivo não pode continuar, nem no Brasil, nem em outras partes do mundo que também se defrontam com o problema. O primeiro motivo é apontado pelos economistas numa visão macrossocial, a explosão demográfica é um sério empecilho ao desenvolvimento econômico amplo. O segundo é o aspecto médico ou de Saúde Pública da questão: quanto maior é a população, mais dificilmente se atingem as metas voltadas para melhorar os índices sanitários do povo.

Deve-se dar a cada casal uma assistência materno-infantil per feita. E ao mesmo tempo, proporcionar também as condições para que cada família seja planejada dentro das suas próprias possibilidades econômicas, sociais e psicológicas. Sobretudo, que cada filho seja desejado, pois desta maneira ele nunca será desamparado.

Proibição da formulação e implantação de qualquer política de controle da natalidade que implique em políticas demográficas; de - vendo o Estado assumir os serviços de atendimento à contracepção, até então prestados exclusivamente por centenas de entidades privadas de "Planejamento Familiar". Nesses serviços, o Estado deverá garantir à mulher o aprendizado dos métodos naturais baseados no auto-conhecimento do ciclo reprodutivo, assim como o conhecimento de métodos artificiais, com a garantia de rigoroso controle de riscos e efeitos adversos. O Estado também deverá garantir a ampliação das possibilidades de escolha da mulher, adequada à sua vida, através da adoção de práticas de atendimento que utilizem metodologias alternativas e teorias desenvolvidas nos últimos anos pelo movimento autônomo de mulheres, assegurando-se a fiscalização por parte da população. Em sua faixa reprodutiva a mulher deverá ser assistida, respeitando-se os seus direitos à concepção, anticoncepção e interrupção da gravidez. SANTOS<sup>20:13</sup>

Garantir o direito à livre opção das mulheres e dos homens sobre a concepção e anticoncepção, assegurando, através de estratégias de desenvolvimento econômico e social, condições propícias ao pleno exercício da maternidade, a saber:

- Emprego e salário dignos;
- Alimentação;
- Educação;
- Assistência à saúde;
- Direitos trabalhistas;
- Creches. SANTOS<sup>20:14</sup>

Do nosso ponto de vista, a dinâmica entre a força de trabalho e a reprodução humana está intimamente ligada. O trabalhador, não sendo dono de sua família nem de sua prole, irá planejá-la de acordo com as próprias necessidades criadas pelo capitalismo; ou seja, vai planejar sua família e o seu tamanho tendo em vista "reproduzir o capital reproduzindo sua classe através de sua família", ou planejar sua família tendo em vista suas condições de subsistência. HERMÁCULA<sup>14:144</sup>

A experiência da O.N.U. com programas populacionais nas mais diferentes latitudes do globo mostra que um leque enorme de fatores pode afetar o crescimento populacional. É sabido, por exemplo, que a saúde da mulher e a sua valorização social são fatores fundamentais. Não apenas pelo avanço que tal situação representa por si só mas também pelo fato de que mulheres saudáveis, educadas e com opções reais na sociedade tendem a adiar o casamento em favor de uma carreira profissional bem sucedida. Além disso, mulheres nessa situação tendem a ter um número menor de filhos quando se casam.<sup>2:60-7</sup>

A preocupação do homem em dominar sua própria fertilidade data de tempos imemoriais. A busca do anticoncepcional ideal mais eficiente, sempre existiu, entretanto somente nas últimas décadas, o desenvolvimento das pesquisas permitiu que a anticoncepção pudesse se tornar acessível ao público em geral. As inúmeras pesquisas, atualmente em andamento, buscam melhorar, ainda mais, as soluções mais adequadas.

O desejo de espaçar os nascimentos ou de os limitar são as razões básicas para o uso de anticoncepção. Marañon dizia que terapêutica não é roupa feita, mas sim roupa sob medida. RODRIGUES<sup>18:60-9</sup>

Este princípio 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 um exame ginecológico.

Para que se obtenham os melhores resultados de um método anti-concepcional, várias considerações devem ser levadas em conta na sua escolha. Assim, devem-se ter em conta fatores pessoais, psicológicos, culturais e sociais do casal, em cotejo com fatores médicos e técnicos, para que sejam obtidos os melhores índices de eficácia e aceitação.

É básico que os médicos estejam corretamente informados e atualizados sobre os dados e avaliação pertinentes, vantagens e desvantagens, obstáculos e facilidades dos principais métodos usados no planejamento familiar.

O médico não deve seguir a política fácil de apenas atender ao que a paciente quer, receitando-lhe o que ela pedir, porém deve, ao examinar o caso particular, esclarecer a paciente sobre as conveniências ou não em relação ao método escolhido, os que em geral, é feito por simples informações quase sempre falhas ou errôneas, "por ouvir dizer".

Um bom anticoncepcional deve reunir as seguintes qualidades:

- 1- Ser inócuo à saúde e ao bem-estar dos usuários.
- 2- Ser moralmente aceito.
- 3- Ser reversível.
- 4- Ser economicamente acessível.
- 5- Ser independente do ato sexual.
- 6- Ser cientificamente pesquisado e aprovado.
- 7- Ser de elevada eficácia.

Para não nos alongarmos em muitas considerações sobre cada um dos meios de contracepção usadas pela humanidade desde tempos imemoriais (alguns ainda em uso por grupos étnicos ainda em estágio sócio e volutivo atrasado, meios estes quase sempre baseados em credices e magia, às vezes com alguma ação contraceptiva discreta). Vamos nos ater à avaliação dos meios mais usados começando pelo estudo da eficácia comparada.

Sob o ponto de vista prático, os anticoncepcionais estão reunidos em dois grupos. Os métodos clássicos e os métodos modernos. Aqueles, também chamados naturais, se caracterizam por uma baixa eficácia e por interferirem no mecanismo do coito. Os modernos ou de barreira conferem um alto grau de proteção às pacientes e não interferem no ato sexual. RODRIGUES<sup>18:60-9</sup>

Daí a razão da preferência atual dos métodos clássicos: coito interrompido, ducha vaginal, abstinência periódica ou método do ritmo, cremes e geléias espermicidas, condom e diafragma vaginal. Os modernos são os dispositivos intra-uterinos, os progestágenos orais e injetáveis.

A análise comparativa da eficácia destes métodos atesta a grande vantagem dos métodos modernos. Os resultados de estudos estatísticos realizados em grandes grupos, expressos segundo a fórmula de Pearl, em número de gestações por 100 mulheres-ano estão contidos no quadro. A análise comparativa da eficácia dos meios anticoncepcionais, em gestações por 100mulheres-ano, segundo a Organização Mundial de Saúde(1971).

Métodos Clássicos		Métodos Modernos	
Condon	13,8	Oral combinado	0,07
Diafragma	14,4	Oral sequencial	0,34
Coito interrompido	16,8	D.I.U.	1,0 a 3,0
Ritmo	38,5		
Ducha Vaginal	40,8		

Acrescenta-se uma análise comparativa destes métodos em relação aos resultados obtidos no projeto desenvolvido na M.C.D. em Florianópolis no período 87/1:

#### Métodos mais Utilizados

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

## Métodos menos Utilizados

Laqueadura Tubária	23%
Laqueadura Tubária com Temperatura Basal	20%
Laqueadura Tubária com Temperatura Basal e Vasectomia	14%
Laqueadura Tubária com Diafragma	12%
Laqueadura Tubária com Vasectomia	11%
Laqueadura Tubária com Diafragma e Hormônio Injetável	9 %
Laqueadura Tubária com Químicos e método Billing	7 %
Laqueadura Tubária com Billing e D.I.U.	3 %

Estes índices atestam o alto grau de proteção conferido às pa-  
cientes em uso de dispositivos intra-uterinos ou progestágenos orais.

Este assunto é tão importante, sob o ponto de vista social e  
médico, que já mereceu a atenção da Organização Mundial de Saúde.

Ao estudarmos e compararmos a eficácia dos anticoncepcionais,  
devemos levarem consideração que existem tipos de eficácia conferidos  
em dois:

- a- Eficácia fisiológica ou teórica: é o grau em que os métodos pre-  
vinem as gestações, em condições ideais de uso e rigorosamente  
controlados.
- b- Eficácia clínica ou de uso: é a medida de proteção de um casal  
que utiliza o método com cuidado e habilidade. A eficácia clíni-  
ca depende do nível cultural: é tanto maior quanto menor for o ní-  
vel educacional de quem utiliza o anticoncepcional.

A maioria dos informes clínicos se baseia na eficácia "de uso  
ou clínica". Na realidade, significa que, embora um método possa ser  
praticamente eficaz, como é o caso do anticoncepcional oral sob for-  
ma combinada, as falhas no seu uso, poderão eventualmente aumentar  
o nível de falhas que os métodos geralmente apresentam. RODRIGUES<sup>18:60</sup>

De acordo com a vasta bibliografia disponível, os métodos "i-  
deais" são aqueles que proporcionam uma ação contraceptiva prolon-  
gada. A nosso ver, "tão prolongada" que de preferência possibilitas-  
se à mulher esquecer de que pode ter filhos.



Os anovulatórios orais devem ser ingeridos diariamente. O esquecimento de um comprimido pode representar a ocorrência de gravidez. Logo, para aqueles que defendem os contraceptivos de ação prolongada, estes seriam os métodos ideais para as mulheres do terceiro mundo. Isto, de acordo com os defensores, as necessidades do terceiro mundo são mais urgentes, e os requisitos de qualquer método são diferentes daqueles relatórios dos países desenvolvidos. BRASIL<sup>6:9</sup>

Algumas ponderações, no entanto deixam de ser consideradas:

- 1- As mulheres que fazem uso de pílulas anticoncepcionais não raro a apresentam efeitos colaterais: náuseas, aumento de peso, depressão, diminuição da libido, dores de cabeça, etc. Estes levam a abandonar o método;
- 2- Os métodos de ação prolongada, em sua maioria (implantes hormonais sub-dérmicos; DIUS, entre outros), exigem ação médica para sua inserção e retirada.
- 3- O acetato de medroxiprogesterona-Depo-Provera, é aplicado em doses trimestrais ou semestrais. Este, como já mencionado anteriormente, encontra restrições para utilização em vários países, pela possibilidade de levar à infertilidade permanente e pelo risco de desenvolvimento de câncer de colo uterino.

Neste caso, a mulher não ficaria sujeita a vontade médica. No entanto, de acordo com os próprios defensores do método, cerca de 50% das mulheres voltam a menstruar 6 meses depois de interrupção e 60% após 12 meses. Daí deduzimos que, excluídas as possibilidades de infertilidade permanente, o método não presta para aquelas mulheres que desejam a contracepção temporária, permitindo o espaçamento dos filhos, de acordo com suas conveniências. BRASIL<sup>6:9</sup>

À medida que estudos com novos métodos avançam, percebemos o crescente descaso com a saúde das mulheres (especialmente em países onde é necessário conter o crescimento populacional) em contraste com esmero dispensado a busca de métodos de cuja eficácia contraceptiva e sua duração, reduzam a qualquer preço a taxa de natalidade.

A complicação de maior gravidade causada pelo uso do DIU é a doença inflamatória pélvica, cuja consequência mais frequente é a infertilidade. A mulher que utiliza o DIU deve receber do médico que o inseriu um folheto explicativo sobre o produto, além do cartão que explique o modelo, data da inserção, data oportuna para remoção e nome e CRM do médico responsável pela inserção.

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 sequenciais estão prescritas no Brasil, para uso contraceptivo. São produtos que contém hormônio estrogênio isolado, ministrado durante os primeiros dias do ciclo menstrual. Os estrógenos isolados possuem grande potencial carcinogênico. BRASIL<sup>6:9</sup>

A pílula anticoncepcional 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 referiram que já haviam se utilizado delas por ocasião da entrevista. RODRIGUES<sup>19:10</sup>

O Norplant é o contraceptivo de implante sub-dérmico de levonorgestrel, substância hormonal utilizada em anovulatórios orais. O produto é constituído por 6 cápsulas de silicone que, implantadas sob a pele, através de uma pequena cirurgia, propiciam ação contraceptiva prolongada de 5 anos. O estudo, aprovado em agosto de 1984, previa a participação de 2000 mulheres, voluntárias, em 10 centros distribuídos em alguns estados do Brasil, dentro de um período de 3 anos. Dezesete meses após o início, já existiam 21 centros participantes e mais de 3.500 mulheres utilizando o contraceptivo. BRASIL<sup>6:9</sup>

A principal finalidade da anticoncepção é espaçar as gestações de acordo com os interesses do casal, já que a não existência da anticoncepção leva a um problema muito mais grave que é o abortamento provocado. PINOTTI<sup>17:454</sup>

A tabela é o único método permitido pela igreja e sua eficácia é baixa, já que se baseia na abstinência nos dias da ovulação. Teoricamente o diafragma, usado em associação com geléia ou creme espermicida, resulta em 3 falhas por 100 mulheres/ano de uso. Isso se aplica às mulheres que utilizam o método de modo correto e perfeito a que inserem o dispositivo adequadamente antes de cada coito. Tietze classifica o diafragma como método altamente efetivo, desde que seja usado em condições clínicas ótimas. Teoricamente, ele é menos efetivo do que a esterilização, os contraceptivos orais combinados, os injetáveis ou o ritmo associado à temperatura basal, mas é mais fácil se observar efeito do que o ritmo do calendário, os contraceptivos químicos tópicos e o coito interrompido. PINOTTI<sup>17:454</sup>

Contudo, dado que a eficácia depende da colocação correta e do uso adequado, os índices de falha são frequentemente mais altos do que as esperadas em teoria de 6 a 25 por 100 mulheres.

Estima-se que o condom seja o 2º método anticoncepcional utilizado no mundo, com cerca de 25 milhões de usuários. É método masculino, mas não exclusivamente, pois a aplicação do condom pode ser feita pela mulher, atitude que torna a relação sexual inclusive agradável. A maioria das falhas ocorre pela falta de motivação do seu uso em algumas circunstâncias, sendo a chance de rotura muito pequena com os lubrificados. Peel(1971) refere falha de 3,9 em 100 mulheres/ano e a maioria das gestações ocorreram por falta de uso do condom. PINOTTI<sup>17:55</sup>

Os contraceptivos masculinos têm sido também razão de problema com a polêmica, principalmente pela liberação da mulher ocorrida nessas últimas décadas e pelo movimento feminista. As mulheres acham que os homens devem repartir com elas o ônus da anticoncepção, e que até agora não houve essa repartição porque foram, de certa forma, os homens que dominaram a investigação sobre essa metodologia. Na realidade, é anticoncepção do homem, principalmente a hormonal, e que é a única via que está se tentando com algum resultado, é alguma coisa muito mais complexa que a anticoncepção hormonal da mulher. Na anti -

concepção hormonal da mulher o fundamental é bloquear o pico de L.H. que ocorre uma vez por mês, na anticoncepção hormonal masculina temos que bloquear o L.H. o mês inteiro, isso é mais difícil e traz uma série de complicações. As drogas causam efeitos secundários extremamente desagradáveis, têm que ser dadas em quantidades maiores, e frequentemente causam impotência, o que seria um excelente método de anticoncepção masculina, mas que não agradaria nem aos homens nem às mulheres. Tudo isso fez com que realmente se atrasasse muito a anticoncepção masculina em relação à feminina. PINOTTI<sup>17:454</sup>

Ainda como objeto de nosso estudo, o câncer ginecológico compreende as neoplasias localizadas no colo e corpo uterino, ovários, vulva, vagina e trompas. As neoplasias malignas de mama têm sido incluídas no grupo ginecológico por ser considerada aquela, numa glândula de 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. COSTA<sup>10:139-47</sup>

"O câncer de cérvix uterino é um problema global, é o câncer mais comum em mulheres de países em desenvolvimento, e o 2º mais comum em todo mundo, com aproximadamente meio bilhão de novos casos à cada ano. É mais freqüente na África, América Central e América do Sul Tropical, na China, Índia e outros países asiáticos. <sup>9:40</sup>

No Brasil, a taxa de incidência é 2 a 3 vezes mais alta, no norte e nordeste do que no sul.

O câncer, em que se pese um enorme volume de recursos colocados em estudos, pesquisa e tratamento, persiste sendo um flagelo da humanidade. É a segunda causa de morte no mundo, só superada pelas moléstias cardiovasculares e provavelmente chegará a triste primeira posição de causas de óbito. Esta visão não é pessimista, mas pelo contrário, faz com que dedicamos mais entusiasmo e trabalho na solu-

ção deste grave problema, o que seguramente a inteligência humana irá proxivamente atingir.

De todas as neoplasias, a de maior frequência e infelizmente, a principal causa da morte feminina é o câncer do colo do útero . Anualmente morrem milhares de mulheres, vítimas deste tipo de localização do câncer. Segundo Novak e Jonas, todos os anos 15.000mulheres são vitmadas pelo câncer cervical. A frequência do câncer da cérvice é de 83% de todas as neoplasias genitais. E o câncer genital cor responde a 40% em média de todas as neoplasias. As taxas de mortalidade por 100.000 habitantes variam conforme os países e os recursos de detecção precoce, entre 25,8 e 5,6. A profilaxia do câncer do colo uterino tem feito que taxas de mortalidade sejam descendentes.

Quando acima dissemos infelizmente não queríamos significar apenas a intrínseca desgraça que representa a perda de uma vida humana, às vezes, ceifada precocemente ao convívio familiar e social , senão principalmente porque este tipo de câncer, o do colo uterino , o mais letal, é paradoxalmente o de mais fácil prevenção e cura. Isto desde que a única condição seja preenchida: fazer o diagnóstico das lesões precursoras ou displasias, estágio em que a evolução da moléstia pode ser tratada em 100% dos casos.RODRIGUES<sup>18:69</sup>

A história natural do câncer cérvico-uterino passa por diversas etapas bem definidas como hiperplasia, displasia, carcinoma "in Situ" até atingir a fase invasiva, o que demanda um prazo relativamente longo. Desta forma, é possível interromper o curso da doença em qualquer destas fases com identificação através do citodiagnóstico. Sabemos que o Ca de colo de útero é precocemente detectado pelo exame de papanicolao. É uma técnica utilizada para triagem do Ca cervical, que compreende a obtenção de amostras do reservatório vaginal, exocérvix e canal endocervical. O colo é exposto e retirado então delicadamente a secreção em excesso.

Os dados de morbi-mortalidade relativo à doença nos permite a -

firmar que as mulheres não estão chegando aos serviços de saúde, ou os serviços não conseguem sequer oferecer acompanhamento de rotina adequada. Tampouco importa o aumento alarmante da incidência do Ca de colo de útero. No Brasil, 13% dos óbitos por Ca, em mulheres, se devem a este tipo de Ca. BRASIL<sup>6:9</sup>

Para mulheres o método de barreira como o diafragma e condom, oferece um aumento de proteção de câncer cervical. O risco de Ca cervical para usuários de diafragma é em torno de 1/4 do risco do usuário de outros métodos. Estudos no uso de contraceptivos orais e câncer cervical, usuários de longo tempo, 4 anos ou mais, tem risco relativo de 1/5 ou 2,5 a ter a doença. Estudos sugerem que o fumo é um fator de risco para câncer cervical. Substâncias que contém nicotina como tabaco tem sido encontrado no fluido vaginal, ou seja cervical, de fumantes e poderia agir como carcinógeno e como infecções virais.<sup>9:64</sup>

Até a década de 40, admitia-se que o conceito estava protegido dos vírus, drogas, agentes químicos e físicos pela então chamada barreira placentária. Em 1941, Gregg publicou a elevada incidência de catarata congênita em recém-natos de mães que haviam contraído rubéola no decurso da gravidez. Em 1961, Lenz publicou os resultados nos recém-natos, do uso nefasto de um sedativo novo, a talidomida, em gestantes no início da gestação. Este medicamento produzia focomelia -encurtamento dos membros superiores e(ou) inferiores.

Tal fato teve repercussão mundial, e a partir de então estudos mais aprofundados sobre efeitos de medicamentos na prenhez foram realizados, bem como recomendações às companhias farmacêuticas e aos médicos, esclarecendo os perigos da ingestão de drogas novas, e, portanto, ainda não bem estudadas, no transcurso da gravidez.

A verificação dos efeitos da talidomida durante a gestação derrubou o conceito de barreira placentária, e jocosamente criou-se o termo peneira placentária, querendo-se dizer com isto que quase todas

as substâncias passam pela placenta com maior facilidade ou com menor, sendo que o efeito sobre o embrião ou o feto dependerá da concentração dessas substâncias no concepto.

Numa visão global, excetuando-se os suplementos vitamínicos, somente 20% das gestantes não tomavam remédios nessa fase, 80% tomavam cerca de quatro remédios na gravidez, ainda à exceção dos suplementares vitamínicos. Dos 80%, cerca de metade tomava algum remédio no período de organogênese, que, com vimos, é a fase mais crítica e que sofre a ação medicamentosa.

As drogas são responsáveis por cerca de 2% e 3% dos efeitos congênitos, portanto contribuindo ainda com grande número de malformações; algumas passíveis de correção e outras, não.

Por definição, agente teratogênico é toda droga, produto químico, agente físico, estado deficiente materno que, presente no período embrionário ou fetal, altera a morfologia ou subsequente função no período pós-natal.

Abordaremos as drogas conforme anexo dividindo nosso estudo em:

- Drogas sabidamente teratogênicas;
- Drogas suspeitas de ser teratogênicas;
- Drogas de uso social. D'ÁVILA<sup>11:42-3</sup>

O abortamento espontâneo pode ocorrer em 50% das gestações quando os anticoagulantes orais são usados. Como 15% das gestações terminam em abortamento espontâneo, pode-se atribuir a incidência de 35% de abortamento aos anticoagulantes orais. D'ÁVILA<sup>11:44</sup>

O hábito de fumar durante a gravidez pode estar associado a:

- Pêso mais baixo ao nascer;
- Menor período de gestação;
- Maior incidência de complicações na gravidez;
- Malformações congênitas. SILVA<sup>21:536</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 25-50% mais alta do que entre as não fumantes, e o risco de aborto entre as fumantes é 80 superior ao das não fumantes.

Observa-se, entretanto, que o aumento do risco de mortalidade perinatal não é uniforme em todas as gestações, sendo que a variação depende da presença ou ausência de outros fatores de risco. Assim, este risco aumentado chega a alcançar índices de 70 a 100% entre os infantes de mães das camadas socioeconômicas mais baixas, nas grandes múltiparas, nas mulheres com história de partos de crianças com baixo peso ao nascer, nas mulheres com anemia. SILVA<sup>21:537</sup>

Não existem dúvidas de que o fumar durante a gravidez está associado com o peso mais baixo ao nascer, prematuridade, complicações da gestação e mortalidade perinatal aumentada.

É importante que as gestantes se abstenham de fumar, sobretudo as que já estão expostas a fatores de risco para prematuridade, baixo peso e mortalidade perinatal. SILVA<sup>21:538</sup>

Os efeitos das drogas durante as gestações tem como alvo principal, a gestante, enquanto que o feto é um receptor secundário, mas com grandes possibilidades de sofrer iatrogenia fetal e até a morte.

A concentração final da droga no feto é influenciada por fatores maternos, placentárias e fetais, sendo o peso molecular de 600 ou menos, das substâncias que atravessam facilmente a placenta, as com o peso molecular de 100 ou mais são relativamente impermeáveis.

Qualquer medicamento, droga, desde que em concentrações adequadas na circulação materna, transfere-se através da placenta ao feto, onde pode ter destinos dos adultos, no que se refere a distribuição, armazenamento, metabolização e excreção.

A iatrogenia causada pelo emprego de fármacos na gestação pode



ter repercussões imediatas ou a longo prazo, quer morfológicas, fisiológicas, bioquímicas ou comportamentais. Uma determinada droga administrada no início da gestação pode ser fatal para o feto, e durante a gênese dos órgãos, podem ocorrer formações defeituosas. FREITAS<sup>12:667</sup>

Os efeitos sobre a integridade física psíquica e social de drogas e/ou dispositivos que submetem os padrões de sangramento menstrual, ou ainda que abolem a menstruação por completo, ou que venham a produzir efeitos teratogênicos sobre o feto, são menos importantes.

O dietililestilbestrol (DES), substância hormonal sintética, com comprovada ação carcinogênica, mutagênica e teratogênica, foi utilizado principalmente nos Estados Unidos, como medicamento capaz de evitar o abortamento, e seu uso foi amplamente difundido, a partir da dedução da sua eficácia na gravidez de alto risco, e não baseado em avaliação terapêutica controlada. A introdução da droga ao arsenal terapêutico, tem início na década de 40.

Anos mais tarde, foi possível constatar que filhas de mulheres que fizeram uso da droga durante a gravidez, apresentavam um tipo raro de câncer de células vaginais - o adenocarcinoma de células claras. Além disso, estudos controlados comprovam um aumento da incidência de risco de câncer de mama, nas mulheres que utilizaram o medicamento, 20 anos mais tarde. BRASIL<sup>6:9</sup>

#### IV - OBJETIVOS

3.1 - Objetivo Geral : Prestar assistência integral à saúde da mulher a nível ambulatorial determinando sua capacidade do poder de agenciar a execução das medidas de auto-cuidado relacionadas ao planejamento familiar, com fundamentação na teoria de Dorothea Orem.

3.2 - Objetivos Específicos :

3.2.1 - Classificar as clientes dentro dos sistemas de enfermagem citados por Orem.

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

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

3.2.4 - Orientar quanto a necessidade do conhecimento do planejamento familiar aplicado a nível ambulatorial.

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

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

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

## V - PLANO DE AÇÃO DO AMBULATÓRIO

Prestar orientações a quatro clientes diariamente no ambulatório da Maternidade Carmela Dutra.

O grupo desenvolverá o estágio no período matutino no horário das 08:00 às 12:00 Hr., e vespertino entre 13:00 e 17:00 Hr., sendo que cada aluna atenderá duas clientes, procurando desempenhar suas ações de enfermagem somente no ambulatório.

- a- Receber a cliente no ambulatório esclarecendo o tipo de serviço que estamos realizando.
- b- Realizar consulta de enfermagem com subsídio elaborado no projeto (Anexo I), identificando suas necessidades em relação ao planejamento familiar e classificar, de acordo com as informações, as clientes dentro de um dos três sistemas defendidos por Orem.
- c- Esclarecer sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor masculino e feminino (Anexo II), usando como instrumentos didáticos ilustrações e ao mesmo tempo demonstrando sua influência na reprodução humana.
- d- Esclarecer sobre o uso de drogas na gestação, segundo Anexo IV.
- e- Orientar e esclarecer sobre o método mais conveniente de anticoncepção que a cliente possa adotar para estabelecer um expressivo planejamento familiar.
- f- Demonstrar a importância do auto-cuidado em relação ao auto-exame de mamas, utilizando ilustrações para maior esclarecimento às clientes. (Anexo VI)
- g- Incentivar o encaminhamento das clientes aos serviços de preventivo de Ca ginecológico (Anexo V), esclarecendo a importância do reconhecimento de patologias ginecológicas.
- h- Esclarecer sobre as condições para coleta de material cêrvico-uterino para prevenção de câncer ginecológico.

## 5.1 - AVALIAÇÃO

Os objetivos serão alcançados, de acordo com padrões quantitativos e qualitativos, se:

- a- Recebermos em torno de 90% do número de clientes determinadas para atendimento de acordo com os objetivos.
- b- Realizarmos consulta de enfermagem a 90% da média de clientes propostas, efetuando ações de enfermagem a nível de orientação e assim constataremos interesse e atenção das clientes pelos instrumentos adotados para o estágio.
- c- Demonstraremos sucesso nas orientações em proporção de 95% realizando junto com as clientes maiores esclarecimentos através do feed-back.

VI - C R O N O G R A M A

EVENTOS	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO	DIAS	CARGA HORÁRIA
-ELABORAÇÃO DO PROJETO	X	X				26/08/87 à 07/09/87	40 Hs.
-APRESENTAÇÃO DO PROJETO		X				08/09/87 à 11/09/87	16 Hs.
-ESTÁGIO PRÁTICO		X	X	X	X	14/09/87 à 19/12/87	220 Hs.
-ENTREGA DO PROJETO		X				21/09/87	- . -
-ELABORAÇÃO DO RELATÓRIO				X	X	02/12/87 à 09/12/87	40 Hs.
-APRESENTAÇÃO DO RELATÓRIO					X	10/12/87 15/12/87	16 Hs.
-ENTREGA DO RELATÓRIO					X	15/12/87	- . -

## VII - CONCLUSÃO

Enfatizando o planejamento familiar como fator que vai considerar e intervir no crescimento da população, achamos essencial apresentar um tema que reflete em grandes controvérsias sobre as consequências deste crescimento como o desequilíbrio sócio-econômico de uma família que não tem noção de planejar seu número de filhos.

Tanto em países desenvolvidos como em subdesenvolvidos torna-se necessário empenhar-se em estudos, análises e investigações científicas que evitem os preconceitos e os fatores emocionais que vem, de forma pronunciada, influenciar nestas controvérsias.

Visamos neste projeto o planejamento familiar, trabalhando com orientações sobre anticoncepção, enfatizando ainda o risco das drogas na gestação, numa dedicação à prevenção ao câncer ginecológico, sendo essas ações de enfermagem voltadas à assistência integral à saúde da mulher.

Ao mesmo tempo, adotamos a teoria de Orem com o intuito de atingir a cliente e fazer esta conscientizar-se da importância de esclarecimentos de enfermagem sobre a sua saúde, a fim de que alcance o auto-cuidado.

Em associação a esta proposta justificamos esta forma de atuação essencial e necessária principalmente porque tratamos de assuntos ligados diretamente ao planejamento familiar, pois compete ao casal analisar e decidir, assumindo uma postura de planejar o número de filhos da melhor forma, considerando um nível de vida familiar condizente com sua situação de existência sócio-econômica, a fim de proporcionar um melhor nível de vida aos seus entes queridos.

Conclui-se que, através deste trabalho, poderemos implementar

nosso potencial de atuação no aspecto de melhoria da saúde da mulher num nível de orientação formal e informal ajustando métodos convenientes de anticoncepção e assim intervirmos do mesmo modo, indiretamente, na diminuição da mortalidade materno-infantil e na melhoria da condição sócio-econômica do casal o que refletirá na sua convivência em sociedade, a qual será mais relevante em termos de saúde.

## VIII - REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- 1 - ABEFF. Planejamento Familiar. Rio de Janeiro, nº1, 1.º sem. 1986.
- 2 - A Família Aumenta. Veja. São Paulo, julho. 1987, p. 60-67.
- 3 - APOSTILAS DO II CURSO DE ORIENTAÇÃO À CLIENTELA. Serviços de Planejamento Familiar. Out. 1986.
- 4 - BARBOSA, RB, BARBOSA & RANOSA; N. Câncer Cérvico Uterino um problema de Saúde Pública. Jornal Brasileiro de Ginecologia, Rio de Janeiro, 96 (VII): 305-08, Jul., 1986.
- 5 - BASTOS, C. Álvaro. Noções de Ginecologia, Prentice/Hall do Brasil, Rio de Janeiro, cap. 23, p. 269.
- 6 - 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.
- 7 - BRUNNER, Sudarth. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica, 5ª ed., Rio de Janeiro, Interamericana, cap. 44, p. 1011-18.
- 8 - CASTRO, Sebastião V. de, Anatomia Fundamental, 2ª ed., São Paulo, Mc.Graw-Hill do Brasil, cap. 8, p. 544, 1975.
- 9 - \_\_\_\_\_ Control of Câncer of the Cervix Uteri. Bulletin of the World Health Organization, 64(4), 1986.
- 10- COSTA, Olívia Lúcia Nunes, et alii. Aspectos Epidemiológicos do Câncer Ginecológico. Jornal Brasileiro de Ginecologia. Rio de Janeiro, 88(4): 139-47, out., 1979.
- 11- D'ÁVILA, James & ABREU, Dirson de Castro A. Uso de Drogas Durante a Gestação. Jornal Brasileiro de Medicina. Rio de Janeiro, 30 (6): 42-54, Julho, 1985.
- 12- FREITAS, N. F. Iatrogenia Farmacológica no Feto. Femina. Rio de Janeiro, 7(9): 667, Julho, 1977.



- 13- GARCIA, Giselle Raquel. Contraceptivos: O que Sabemos e o que não Sabemos. Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher, São Paulo, p.8, Out., 1986.
- 14- 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.
- 15- LOPES, Berenice I., GUESSER, Juliana, BET, Márcia, KOTZIAS, Maria Lígia B. Planejamento Familiar: sua Influência na Saúde da Mulher. Trabalho apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem - UFSC, Florianópolis, 1987.
- 16- OREM, D. E. Nursing Concepts of Practice. New York, Mac Graw-Hill 1971.
- 17- PINOTTI, J. A. et alii. Anticoncepção Masculina. Femina. Rio de Janeiro, p.454, Julho, 1981.
- 18- RODRIGUES, Walter, CARDEMAN, Leon. Planejamento Familiar e Prevenção de Câncer Ginecológico. ARS Cvrandi. São Paulo, 7(8): 60-9.
- 19- RODRIGUES, Walter. Planejamento Familiar. ARS Cvrandi. São Paulo, 7(8):4-6.
- 20- SANTOS, Roberto Figueira. Direitos da Reprodução Humana. Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher - Relatório Final. São Paulo, Out., 1986, p.13.
- 21- SILVA, Roberto S. Fumo e Reprodução. Femina. Rio de Janeiro, 9(7): 536-38, Julho, 1981.
- 22- ZIEGEL, Erna E. & CRANLEY, Mecca S. Enfermagem Obstétrica. 8ªed., Rio de Janeiro, Interamericana, 1985, p.7-35.

## IX - BIBLIOGRAFIA SUPLEMENTAR

- 1 - BRUNNER, Lillian S. & STUDDART, A. Doris Smith. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica, 3ªed., Rio de Janeiro, Interamericana, 1977, p.729-43.
- 2 - CARVALHO, Waldemar D. Pereira de, & COLS. Métodos de Barreira. ARS Cvrandi. Rio de Janeiro, 13(3):41-7,, Mai., 1980.
- 3 - CASTRO, Sebastião V. de, Anatomia Fundamental, 2ªed., São Paulo, Mc Graw-Hill do Brasil, cap.8, p.548, 1975.
- 4 - CIVITA, Victor. A Realidade sobre a Vida Sexual. Amar. São Paulo, 1ªed., Abril S.A. Cultural e Industrial. (9):249-65, 1977.
- 5 - GRAUDENZ, Martim G. & BENVENUTI, Giovanni A. Esterilização Laparoscópica Monitorizada. Femina. Rio de Janeiro, 8(3):190-92, Mar., 1980.
- 6 - GUYTON, Arthur C. Tratado de Fisiologia Médica, 6ªed., Rio de Janeiro, Interamericana, 1984, cap.80, p.863.
- 7 - HAMMERY, A. Marcelo. Novo Tratado Médico da Família. Santo André E.F.S.J., São Paulo, Casa Publicadora Brasileira. 4ªed., 1966, V.1, p.93-100.
- 8 - MACHADO, Helena K. Imunoterapia em Câncer Ginecológico. Femina. Rio de Janeiro, 5(6):378-418, Jun.,1977.
- 9 - MALTESE, Giuseppe et alii. Grande Dicionário Brasileiro de Medicina. Co-Edição O.E.S.P. Maltese, 1987.
- 10- MILLER, Norman F. & AVERY, Hazel. Enfermeria Ginecologica, 5ªed. México, Interamericana, 1965, cap.9, p.25-125.
- 11- P.E.S. Programa de Educação Comunitária para a Saúde. A transmissão da Vida. Rio de Janeiro, 1981, p.40-80.

- 12- RODRIGUES, Francisco V. & SOLLEN, Jorge S. Terapêutica do Câncer do Colo. Um Inquérito. Femina. Rio de Janeiro, 5(11):790-91, Nov., 1977.
- 13- SANTA CATARINA. Secretaria de Saúde. Departamento de Saúde Pública. Câncer de Colo Uterino.
- 14- SANTOS, Sebastião D. Enfermagem Moderna, 3ªed., Rio de Janeiro, Freitas Bastos, 1983, p.305-315.
- 15- SILVA, Luiz C. & COLS. Anticoncepção. Femina. Rio de Janeiro, 6(10):785-804, Out., 1978.
- 16- SILVA, Luis Fernando A. G. & COLS. Vasectomia. ARS Cyrandi. Rio de Janeiro, 13(4):26-42, Jun., 1980.

ANEXO Nº 1

ANEXO nº 1 - INSTRUMENTO PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM

I- Identificação:

- a)- Nome
- b)- Idade
- c)- Sexo
- d)- Cor
- e)- Religião
- f)- Estado Civil
- g)- Naturalidade
- h)- Procedência

II- Classificação Sócio-Econômica-Cultural:

- a)- Escolaridade
- b)- Profissão/Ocupação
- c)- Renda Mensal
- d)- Condições de Moradia:
  - Própria ( ) Alugada ( )
  - Madeira ( ) Alvenaria ( ) Mista ( )
  - Luz ( ) Água Encanada ( ) Esgoto ( )
  - Nº Cômodos ( )

III- Antecedentes Familiares:

- A)- Patologias familiares
- b)- Antecedentes de Ca na Família

IV - Antecedentes Pessoais:

- a)- D.P.I.
- b)- Tabagismo
- c)- Etilismo
- d)- Alergias
- e)- Drogas(tipos, frequência de uso, quantidade)
- f)- Patologia Mamária
- g)- Doenças Debilitantes(diabetes, anemia)

V - Antecedentes Ginecológicos e Obstétricos:

- a)- Ciclo menstrual: 1) Intervalo  
2) Duração
- b)- Menarca
- c)- Dismenorréia
- d)- Hipermenorréia
- e)- I.A.S.
- f)- Sangramento
- g)- Dispareunia
- h)- Gesta
- i)- Para: - 1) Número  
2) Tipo  
3) Nº e idade dos filhos
- j)- Abortos
- l)- Cesárias
- m)- Data do último parto
- n)- Doenças Ginecológicas:
  - 1) Colpite ( )
  - 2) Cervicite ( )      Cauterização( )
  - 3) Leucorréia      Curetagens ( )
    - a- Consistência
    - b- Quantidade
    - c- Cor
    - d- Odor
    - e- Prurido
- o)- Corrimento: 1) Cor  
2) Odor  
3) Quantidade  
4) Aspecto
- p)- Cirurgias Ginecológicas:
  - 1) Quais?
  - 2) A quanto tempo?
- q)- D.S.T.
- r)- Exames Preventivos

## VI - Exame Físico

- a)- Sinais Vitais
- b)- Integridade cutâneo mucosa
  - 1) Solução de continuidade
  - 2) Tipos
- c)- Mucosas (normocoradas, descoradas, hidratadas)
- d)- Deambulação ( ) Acamado ( )
- e)- Biotipo: Brevelíneo ( )  
Longelíneo ( )  
Normolíneo ( )
- f)- Pêso
- g)- Condições dos fâneros
- h)- Condições do vestuário
- i)- Acuidade: Visual  
Auditiva
- j)- Saúde Mental
- l)- Esqueleto
- m)- Edemas
- n)- Varizes
- o)- Rede muscular: Satisfatória ( ) Ruim ( )
- p)- Punção venosa: Presente ( )  
Ausente ( )  
Local
- q)- Sangramento Vaginal: Presente ( ) Ausente ( )  
Discreto ( ) Intenso ( )
- r)- Nutrição
  - hábitos alimentares
  - intolerância alimentar
- s)- Eliminações: 1) Vesical: Volume  
Cor  
Odor  
Disúria

2) Intestinal: Volume

Cor

Odor

Consistência

t)- Dor: Ausente ( )

Presente ( )

VII- Planejamento Familiar:

a)- Conhece o que é Planejamento Familiar?

b)- Conhece anatomia e fisiologia do Aparelho Reprodutor masculino e feminino?

c)- Que métodos anticoncepcionais conhece?

d)- Quais utiliza?

e)- Como utiliza?

f)- Por quanto tempo utiliza?

g)- Qual a opinião do seu parceiro a respeito?

h)- Por que optou por este método?

VIII-Classificação da Cliente dentro dos sistemas defendidos por Orem

( ) Sistema de Compensação Total

( ) Sistema de Compensação Parcial

( ) Sistema de Suporte Teórico.

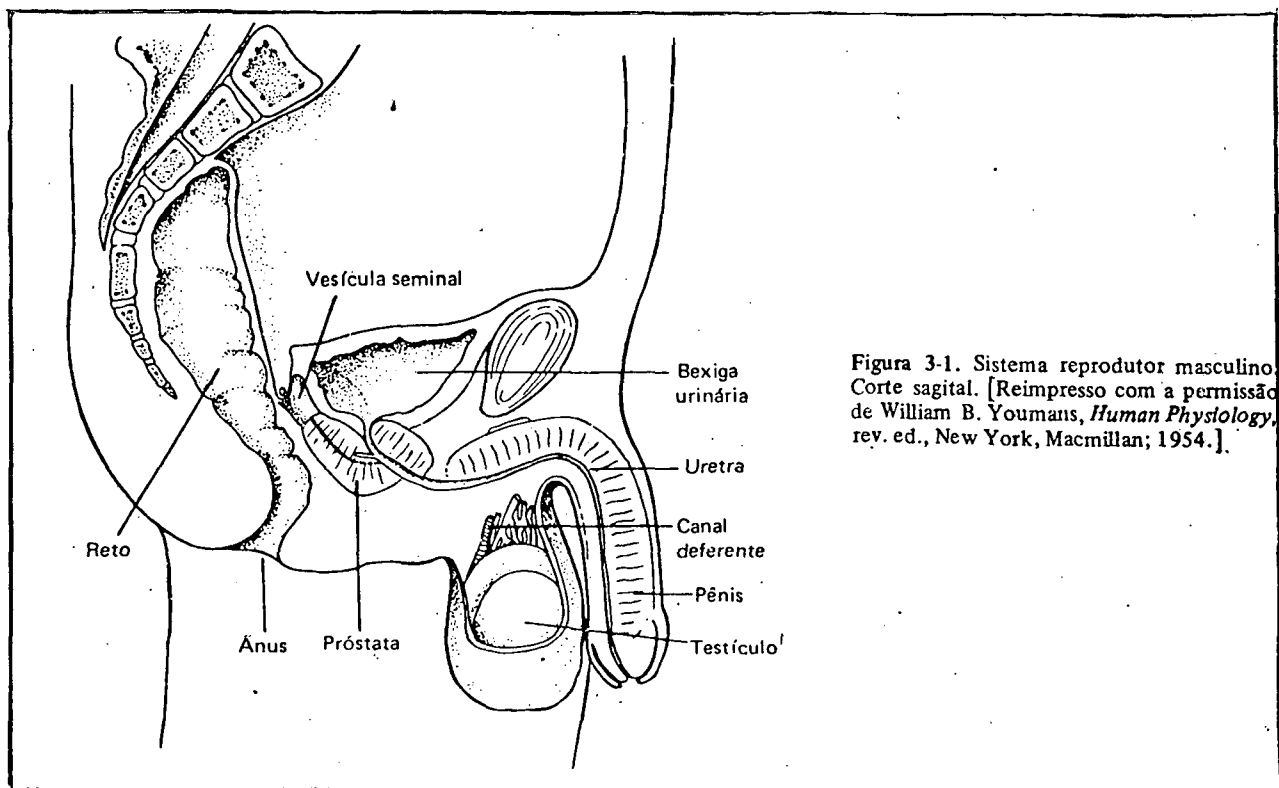


ANEXO: Nº 2

## ANEXO Nº 2-A - ANATOMIA DO APARELHO REPRODUTOR MASCULINO E FEMININO

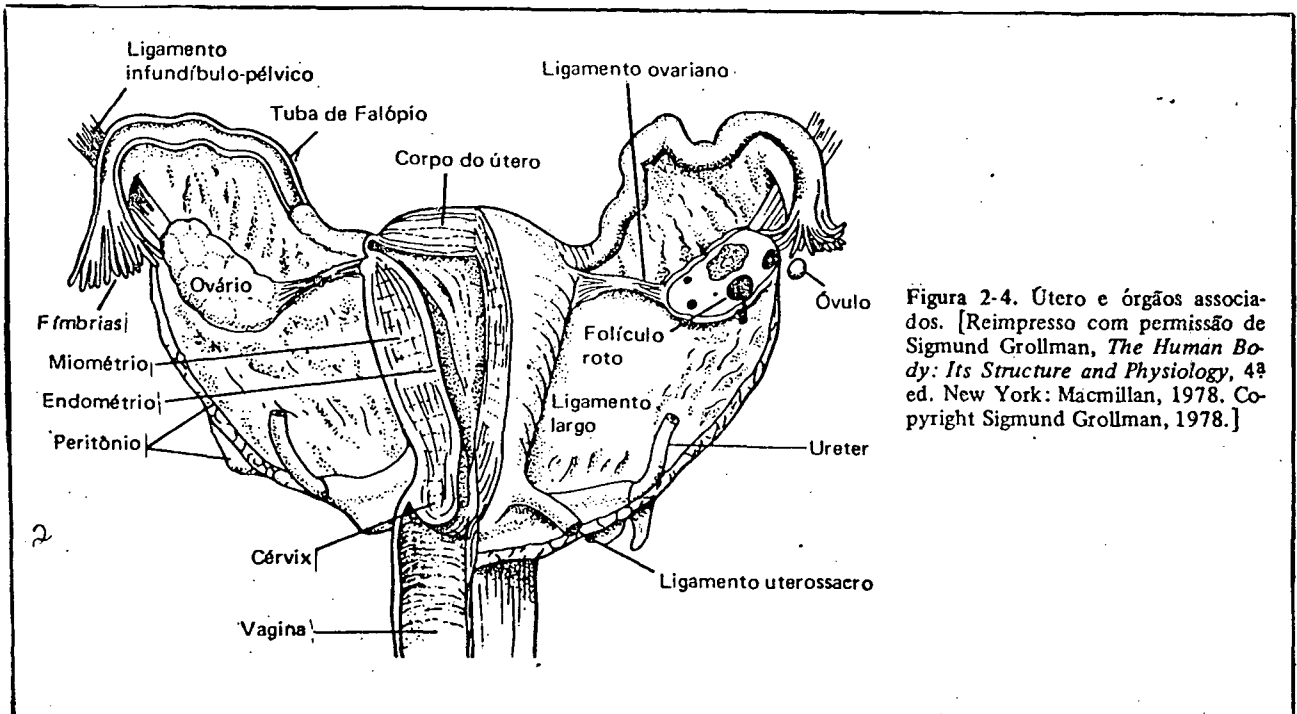
### 1 - Aparelho Reprodutor Masculino:

É composto dos testículos (glândulas sexuais), nos quais são formados os hormônios sexuais e as células germinativas masculinas. De uma série de ductos, contínuos uns com os outros, os espermatozoides são transportados dos testículos para o exterior; as glândulas acessórias produzem secreções importantes para a nutrição, sobrevivência e transporte do espermatozóide; e o pênis serve como órgão de cópula.



## 2 - Aparelho Reprodutor Feminino:

Os órgãos genitais femininos são incumbidos da produção de óvulos e depois da fecundação destes pelos espermatozóides; há dois órgãos responsáveis pela elaboração dos óvulos, que são os ovários direito e esquerdo, os quais se comunicam através de tubos chamados tubas uterinas ou trompas de falópio, onde se dá a fecundação, e um órgão central que é o útero, onde se processa o crescimento embrionário.



## ANEXO nº 2-B - FISIOLOGIA DO APARELHO REPRODUTOR MASCULINO E FEMININO

### 1- Fisiologia do Sistema Reprodutor Masculino:

Compõe-se dos seguintes órgãos:

#### 1.1- Testículos:

Órgãos sexuais ou gônadas do homem, são dois corpos glandulares, ovóides, levemente achatados, suspensos por cordões espermáticos bilaterais. Os órgãos glandulares reprodutores masculinos tem uma dupla função: produzem SPTZS e atuam como glândulas endócrinas produzindo um hormônio sexual chamado testosterona. Esta é necessária para o desenvolvimento e a atividade normais dos órgãos genitais masculinos, o desenvolvimento e manutenção de características sexuais secundárias masculinas. Os testículos iniciam sua função entre 14 e 16 anos e continuam a funcionar durante toda vida sendo que não mostra habitualmente um declínio nítido ou interrupção em uma idade definida.

#### 1.2- Epidídimo:

São corpos estreitos, bilaterais, situados ao longo da porção súpero-posterior de cada testículo. Este túbulo é o local onde os espermatozoides são liberados logo após produzidos, permanecendo aí por 3 semanas, até que se complete a maturação e até que adquira mobilidade.

#### 1.3- Canais Deferentes:

No final de cada epidídimo estão os canais deferentes. Além de funcionar como passagem para os SPTZS, o canal deferente funciona como reservatório. Atravessam próstata para chegar na uretra, juntando-se com o canal excretor da vesícula seminal, formando o ducto ejaculador, desembocando na uretra.

#### 1.4- Glândulas de Cowper ou Bulbouretrais:

São dois corpúsculos localizados abaixo da próstata no assoalho pélvico. No ato sexual secretam um fluido viscoso, alcalino que é

lançado na uretra, através de um pequeno ducto originado em cada glândula, como lubrificante na relação e protege os SPTZ da acidez vaginal.

#### 1.5- Próstata:

Localizada abaixo da bexiga, circunda a porção superior da uretra. Secreta um líquido complexo que aumenta o volume do sêmen, adicionando-lhe substâncias importantes para a motilidade e fertilidade, aumentando o seu tempo de vida tanto no aparelho reprodutor masculino como na vagina depois de uma relação sexual.

#### 1.6- Pênis:

É o órgão masculino da cópula. Por seu intermédio o sêmen é ejaculado na vagina da fêmea no ato sexual, e assim o SPTZ ativos do sêmen podem penetrar através da cérvix e caminhar para as tubas de falópio onde a fertilização do óvulo ocorre. Na ereção o pênis não pode urinar pois o colo da bexiga se fecha e impede a saída da urina e permite a passagem do sêmen na ejaculação, para fora do corpo.

### 2- Fisiologia do Aparelho Reprodutor Feminino:

Divide-se em dois grupos: Os órgãos internos e a genitália externa. A genitália externa é comumente chamada de vulva. Esta inclui as seguintes estruturas:

#### 2.1- Monte de Vênus:

Constitui a porção superior da vulva. É uma almofada de gordura, a qual protege os órgãos genitais da mulher. A pele sobrejacente contém muitas glândulas sebáceas e, após a puberdade é abundantemente recoberta de pêlos.

#### 2.2- Grandes e Pequenos Lábios:

São pregas de tecidos adiposo e conjuntivo, cobertas por pele, que formam os limites laterais da vulva ou a entrada da vagina. Algumas vezes desenvolvem-se veias varicosas nos grandes lábios que podem sofrer um aumento pronunciado na gravidez.

#### 2.3- Clitóris:

É um corpúsculo cilíndrico localizado na porção superior da vulva na região em que os pequenos lábios se unem. Composto por tecido esteril e extremamente sensível sendo uma zona de grande excitabilidade.

#### 2.4- Intróito Vaginal e Hímen:

O orifício vaginal está na porção inferior do vestíbulo. (Visto quando afastam-se os pequenos lábios). É parcialmente coberto pelo hímen, um tecido membranoso que varia em espessura e tamanho nas mulheres. Pode romper-se facilmente ou pode ser elástico e estirar-se consideravelmente com a distensão. Após o parto, os resquícios do hímen são "restos" de membrana mucosa em torno do orifício vaginal.

Os órgãos internos são:

#### 2.5- Útero:

É o órgão no qual o feto se desenvolve e através do qual a menstruação ocorre. É uma estrutura muscular que contém uma cavidade revestida por membrana mucosa. Em forma de pera, situado na cavidade pélvica entre a bexiga e o reto; a ele se une uma tuba de cada lado. Composto de duas porções: uma superior: o corpo e uma inferior, menor; o colo ou cérvix. O corpo contém 3 camadas: a serosa (externa), a muscular (miométrio) e a mucosa (endométrio).

#### 2.6- Vagina:

É um canal musculomembranoso que se estende desde a parte inferior da vulva até a cérvix ligando os órgãos reprodutores externos e internos. Não existem glândulas na vagina, a pequena quantidade de secreção esbranquiçada vem das células epiteliais das glândulas secretoras de muco da cérvix e das bactérias que habitam a vagina. O pH varia com a atividade ovariana, a acidez é algo reduzida pela secreção cervical alcalina antes do começo da ovulação e pelo fluxo menstrual. A vagina tem grande capacidade de distensão, é receptora do pênis e se torna evidente pelo estiramento tremendo que sofre durante o parto.

#### 2.7- Tubas de Falópio:

São duas trompas delgadas musculares que se dirigem de cada lado do útero para os ovários. Tem como função receber os óvulos que saem dos ovários e assim são a sede da fecundação, união do SPTZ ao óvulo com a contração das paredes das trompas.

## 2.8- Ovários:

As glândulas sexuais (gônadas) da mulher são dois órgãos ovais achatados localizados um em cada lado do útero. Calcula-se que existam 200.000 oócitos ou mais em cada ovário na época do nascimento e durante a vida fértil expulsa um óvulo a cada 28 dias. Os ovários desempenham duas funções vitais :

- 1- Produzem, amadurecem e expulsam os óvulos;
- 2- Elaboram secreções internas ou hormônios em número de 2 - estrogênio e progesterona os quais fazem parte das características sexuais da mulher.

## São órgãos Acessórios:

### 2.9- Mamas:

são grandes glândulas cutâneas. Sua função é secretar, na parturiente o alimento necessário para a criança durante os primeiros meses de vida. Simetricamente situadas em cada lado do tórax, aumentam na adolescência e tornam-se redondos. Durante a gravidez, além das mamas aumentarem, os mamilos tornam-se rígidos e proeminentes. O crescimento mamário é controlado por hormônios. No início da menstruação, nas 2 semanas seguintes os níveis de estrogênio estão relativamente elevados em relação a progesterona. Aí ocorre uma regressão de algumas modificações que ocorreram anteriormente, influenciadas pela progesterona, quando a mama se torna mais sensível e pesada.

### 3- Funcionamento do Ciclo Reprodutor Feminino e Masculino:

A mudança sexual de uma mocinha começa antes dos 8 anos. A idade da menarca varia entretanto, amplamente e oscila entre 9 e 17 anos. Os ciclos menstruais podem ocorrer a intervalos irregulares durante os primeiros anos.

Após 2 anos de menarca ocorre a ovulação e como consequência alterações nos níveis de estrogênio e progesterona que irão influen

ciar no desenvolvimento das mamas e do aparelho reprodutor; bem como do aparecimento de pêlos pubianos e axilares.

A ovulação ocorre aproximadamente 14 dias antes do fim do ciclo cerca de 14 dias antes do 1º dia do ciclo menstrual seguinte. Num ciclo menstrual de 28 dias, ocorre no meio ou entre o 12º e o 16º dia.

No início do ciclo, a hipófise envia ao ovário através de um de seus hormônios Folículo Estimulante, o qual estimula o ovário a desenvolver e amadurecer o óvulo. Com o crescimento do óvulo, ocorre por seu intermédio a produção de estrogênio. Após a ovulação, a cavidade do folículo de Graaf roto de onde se desprendem o óvulo, é chamada de corpo lúteo(amarelo), o qual produz a progesterona. Sua evolução é determinada pela fertilização ou não do óvulo. Se a fertilização não tiver ocorrido, iniciam-se as alterações regressivas mais ou menos após o oitavo dia. As mudanças que ocorrem no ovário são acompanhadas pelo útero sendo então que vai caracterizar o início do ciclo menstrual através do estrogênio produzido no ovário o qual estimula o útero a desenvolver a sua parede interna(endométrio) a fim de proporcionar ambiente para desenvolvimento do bebê.

A progesterona servirá para nutrição do feto no início do seu desenvolvimento. O óvulo não fecundado sobrevive 24Hs., a atividade secretória hormonal diminui, e assim em seis dias o óvulo é eliminado.

O homem durante a puberdade apresenta alterações físicas com o crescimento testicular e o adelgaçamento e pigmentação da pele escrotal. O crescimento do pênis começa logo após. Os pêlos pubianos, aparecem em seguida ao aparecimento do crescimento da próstata e a atividade secretora. O aprofundamento da voz também se faz presente.

A fertilidade desenvolve-se na maioria dos rapazes logo após o meio da puberdade, entre 15 e 16 anos. Quando o rapaz atinge a maturidade física completa, desenvolve pêlos faciais e corporais de adulto e sua voz completa a mudança para a idade adulta.

A maturação das células germinativas no homem não é cíclica, como na mulher, mas é um processo contínuo. Um grande número está constantemente sendo amadurecido e liberado em contraste com a matu-



ração e a liberação de uma célula germinativa dos ovários durante ca da ciclo menstrual.

No clímax do coito, contrações musculares involuntárias principalmente perineais, forçosamente ejetam os SPTZs e as secreções das glândulas acessórias (o sêmen) através da uretra. Se um desses mil - lhões de espermatozóides se encontram com um óvulo no terço médio da trompa constitui a fecundação e futuro desenvolvimento de um bebê.

ANEXO Nº 3

## ANEXO nº 3 - MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS

### 1- Métodos Comportamentais ou Naturais:

Métodos de auto observação permitindo à mulher conhecer no ciclo menstrual seu período fértil e infértil.

#### 1.1- Tipos de Métodos Comportamentais:

##### 1.1.1- Método da Ovulação: (Billings - muco cervical).

Consiste em determinar as fases férteis e inférteis do ciclo menstrual, através da percepção da umidade e secura da vagina e na mudança do muco cervical quanto a aparência e consistência.

USO: - Requer anotação e observação diária sobre o mesmo muco.

- Observar presença ou ausência do muco nos genitais externos, antes e depois de urinar ou evacuar, para isto utilizar papel higiênico ordenadamente.
- Olhar e tocar o papel, observando presença ou ausência de muco, descrever suas características, coloração e elasticidade. Serão observadas através do muco cinco fases distintas:
  - a)- Fase 1: seca com ausência do muco logo após a menstruação.
  - b)- Fase 2: pré-ovulação, muco pegajoso, amarelo ou esbranquiçado.
  - c)- Fase 3: período fértil, sensação de lubrificação.
  - d)- Fase 4: pós-ovulatório, muco espesso e pegajoso.
  - e)- Fase 5: pré-menstrual, secreção aquosa. Esta fase não é observada por todas as mulheres.

Observação: Durante aprendizado (1 mês de anotação) evitar relações sexuais.

##### 1.1.2- Método da Temperatura:

Verificação diária da temperatura basal do corpo para determinar a fase infértil do ciclo menstrual.

USO: - O casal evitará gravidez mantendo abstinência sexual do 1º di

- la do ciclo até o 3º dia consecutivo de aumento da temperatura.
- Verificar temperatura diariamente, a partir do 1º dia do ciclo menstrual, pela manhã antes de realizar atividades, depois de aproximadamente cinco horas de sono tranquilo.
  - Conhecer circunstâncias em que a temperatura do organismo pode alterar: doença, tensão emocional, ingestão de bebida alcoólica, falta de sono, etc.

Na 1ª parte do ciclo a temperatura do corpo da mulher é baixa, na 2ª fase a temperatura é alta, causada pelo alto nível de progesterona, que indica final do período fértil.

As relações sexuais ficam restritas ao período infértil, pós-ovulatório, isto é, após o terceiro dia consecutivo de temperatura alta até a próxima menstruação.

**EFICÁCIA:** do Método da Ovulação e da Temperatura -

O do muco cervical varia entre 75 a 98% e a temperatura entre 75 a 85,6%. Ambos os métodos dependem da motivação do casal; da qualidade das instruções para a utilização dos métodos; a assiduidade da tomada da temperatura basal; da capacidade de interpretação das modificações do muco cervical e das curvas térmicas.

**1.1.3- Método do Calendário: (Ogino-Knauss - ritmo)**

Consiste na abstinência sexual no período fértil, baseados em cálculos numéricos, através de observação de ciclos menstruais anteriores.

O cálculo do período fértil baseia-se em três hipóteses:

- a)- Ovulação ocorre no 14º dia antes do início da próxima menstruação.
- b)- O espermatozóide sobrevive no trato urinário-genital por 2 ou 3 dias.
- c)- O óvulo é viável para reprodução por 24Hs.

**USO:** - Usar calendário menstrual.

- Registrar ciclos menstruais por período mínimo de seis meses.

- Anotar no final deste período o ciclo mais longo e o mais curto.
- Período fértil é indicado, subtraindo-se 18 dias do ciclo mais curto.
- Dia que encerra o período fértil é obtido subtraindo-se 11 dias do ciclo mais longo.

Ex.: Mulher que observou 8 ciclos menstruais:

1- Ciclo mais curto = 27 dias

2- Ciclo mais longo = 31 dias

3-  $27 - 18 = 9$

4-  $31 - 11 = 20$

5- Nesse caso, a abstinência sexual será recomendada entre os dias 9 e 20 do ciclo.

Observação: Este método não é recomendado para mulheres que apresentem ciclos muito irregulares.

EFICÁCIA: O método da tabela varia sua eficácia entre 53 a 86% dependendo dos seguintes fatores: motivação do casal, conhecimento, pela mulher, do seu padrão menstrual (deve ser regular), correção e consistência na utilização do método.

#### 1.1.4- Método da Temperatura Basal: (Anexo VIII)

Identificação do período fértil utilizando uma combinação dos métodos de temperatura basal, calendário, ovulação, como também a consistência do muco e posição do colo uterino.

USO: - Registro diário da temperatura basal e das mudanças do muco cervical.

- Período fértil será determinado por cálculos matemáticos, considerando ciclo mais curto dos últimos 6 meses e sinais de fertilidade indicado pelo muco cervical.
- Fim do período fértil corresponde ao 4º dia depois do último dia de fertilidade e ao 3º dia consecutivo do aumento da temperatura.

- Através de auto palpação se o colo uterino está amolecido, centralizado e sem orifício externo aberto, confirma período ovulatório.

#### 1.1.5- Coito Interrompido:

Consiste na retirada do pênis da vagina antes da ejaculação.

USO: - Provavelmente a 1ª forma contraceptiva usada.

- Não há necessidade de aprendizado.
- O homem que utiliza o coito interrompido deve possuir autocontrole.

#### Indicações e Contra-Indicações:

- É indicado somente para homens que têm grande domínio sexual e para casais altamente motivados.
- Contra-indicado quando pelo menos um dos parceiros já apresenta disfunção sexual.

#### Vantagens e Desvantagens:

- Diminui o prazer sexual do casal, uma vez que sua atenção está voltada para a retirada do pênis.
- Favorece a disfunção orgásmica e a congestão pélvica feminina.

**EFICÁCIA:** O índice de falhas é muito elevado, e devido a várias razões: o método exige um grande controle do homem e às vezes a retirada do pênis se faz após o início da ejaculação, ou não se faz. Uma ejaculação pode ser fecundante mesmo se ocorrer na vulva. Existe, em algumas oportunidades, a saída de espermatozóides pela uretra, antes da ejaculação; além disso, SPTZs sobreviventes na uretra, após uma excitação anterior podem ser depositados na vagina.

#### 1.2- Vantagens e Desvantagens dos Métodos Comportamentais:

- Diminui eficácia dos métodos, caso ocorram alterações biológicas e stress devido modificação da temperatura e data da ovulação.

- Fatores fisiológicos e psicológicos e a capacidade de reconhecer e interpretar as características do muco cervical alteram os resultados.
- A eficácia dos métodos comportamentais, depende principalmente da qualidade das orientações.
- Encarecimento do método, no período de aprendizagem, devido frequentes consultas de controle.
- Eficácia do método relaciona-se com a motivação do casal.

## 2- Anticoncepção de Barreira:

Consiste na utilização de elemento mecânico ou químico, capazes de impedir a passagem dos SPTZs em direção às trompas.

### 2.1- Classificação Geral:

- a)- Mecânico
- b)- Químico
- c)- Combinado

### 2.2- Tipos de Anticoncepção de Barreira:

#### 2.2.1- Condon:

É feito de látex, que reveste o pênis do homem durante a relação sexual, e retém os espermatozóides evitando que eles penetrem no útero.

O condon deverá ser colocado no pênis em ereção antes de qualquer contato sexual, deixando uma folga de mais ou menos 1cm entre a ponta do condon e a ponta do pênis.

Após a ejaculação o pênis deverá ser retirado ainda em ereção, tendo o cuidado de segurar a borda do condon, para evitar que o esperma se derrame na vagina, a seguir o condon deverá ser retirado observando-se se o esperma está contido nele e jogando fora, pois o condon não deve ser usado mais de uma vez.

Indicações: - Quando a mulher estiver amamentando.

- Quando o casal necessita esperar o início do ciclo menstrual para dar início a utilização de outro método anticoncepcional.

- Após o parto até a normalização do ciclo menstrual.
- Quando as relações sexuais forem pouco frequentes.
- Na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

Contra- Indicações: - Nos casos de alergia masculina ou feminina ao material sintético do condon, e da aversão ao método.

Vantagens: - Método fácil e eficaz em torno de 97% se usado correto.

- Não interfere no funcionamento do organismo
- Não necessita de controle em serviços de planejamento familiar.
- É de fácil aquisição e relativamente barato.

Desvantagens: - às vezes a borracha pode romper-se.

- Reduz a sensibilidade da glândula.
- Há a interrupção do ato sexual para sua colocação

#### 2.2.2- Diafragma:

Possui a forma de capuz côncavo que é colocado entre a borda posterior da superfície púbica e o fundo de saco posterior, com a finalidade de impedir a entrada dos espermatozoides no útero e conseqüentemente, a passagem para as trompas para encontrar-se com o óvulo. O diafragma é feito de borracha, látex ou colágeno, que cobre todo o colo uterino. Há diafragma de diferentes tamanhos e estrutura.

Os tamanhos variam de 50 a 105mm de diâmetro. Deverá ser colocado no momento desejado, antes de qualquer contato sexual. Depois de corretamente colocado, é mantido na vagina pela tensão da mola sobre as paredes vaginais, pelo tônus muscular e pelo apoio do púbis.

Para determinar o tamanho correto, é necessário uma boa avaliação pélvica, medindo através do toque o comprimento diagonal do canal vaginal.

Para garantir a eficácia em torno de 90 a 98%, deve-se colocar uma porção de espermicida na face interna do diafragma e suas bordas laterais, servindo de segunda linha de defesa.



A seguir comprimir a borda, dando-lhe a forma oval, com a outra mão, separar os pequenos lábios da vulva e introduzir o diafragma em direção ao fundo uterino, escorando-o na superfície da superfície púbica.

Verificar por auto toque se está na posição correta. Deverá ser removido no mínimo 8 horas após o último ato sexual, pois sua retirada deixará o colo do útero desprotegido, e podem haver SPTZs viáveis na vagina.

Após sua retirada, deverá ser lavado, secado e verificado a integridade para posterior utilização.

Indicações: - Durante a amamentação.

- Relações sexuais pouco frequentes.
- Relações sexuais durante a menstruação

Contra-Indicações: - Ruptura do períneo acentuada.

- Colpocele anterior ou posterior acentuada
- Aversão em manipular os órgãos genitais.
- Incapacidade de aprendizado da técnica de colocação correta.

Vantagens: - Não interfere no funcionamento do organismo.

- É prático para casais com pouca atividade sexual.

Desvantagens: - Interferência na naturalidade da relação sexual

- A mulher não deverá ter relações sexuais posicionando-se por cima do companheiro, pois poderá haver deslocamento do diafragma.

### 2.2.3- Espermaticida:

Os espermaticidas se apresentam sob a forma de geléias, cremes, pastas, supositórios, tabletes efervescentes, espumas cervicais. A gem formando uma barreira para retardar o avanço do espermatozóide, bem como imobilizando-o ou destruindo-o.

Introduz-se o aplicador pela abertura vaginal, até chegar ao colo uterino, volta-se o aplicador cerca de 1cm e 2cm, empurra-se o

espermaticida com o êmbolo do aplicador. É necessário aguardar um certo período, antes do ato sexual, até que a substância se dissolva.

O espermaticida só deve ser retirado da vagina 8 horas após a última relação sexual.

Indicações: - Mulheres em qualquer período de sua idade fértil.  
- No período de amamentação.

Contra-Indicações: - Alergias feminina e masculina  
- Casais incapacitado de colocar o espermaticida no momento da relação sexual.

Vantagens: - Não interfere no funcionamento do organismo  
- É um método fácil de usar, relativamente barato.  
- Protege contra algumas colpites.

## 2.3- Outros Métodos Anticoncepcionais de Barreira:

### 2.3.1- Esponja:

É de natureza absorvente, funciona como tampão de colo vaginal impedindo a passagem dos espermatozóides.

Deve ser colocado antes de qualquer ato sexual no fundo da vagina, protegendo o colo uterino. Só deverá ser retirado 8 horas após a última relação sexual. Não deverá permanecer por mais de 24 horas no canal vaginal, pois servirá como meio de cultura favorável a microorganismo patogênico.

Vantagens: - É um método fácil de usar  
- Não interfere na lactação, nem no funcionamento do organismo.  
- Pode se usado em qualquer período da idade fértil da mulher.

Desvantagens: - É um método muito falho.  
- Pode propiciar o aparecimento de leucorréia.

### 2.3.2- Capuz Cervical:

É um dispositivo em forma de um dedal grande feito de borra - cha, com aro de metal, destinado a se adaptar ao contorno cervical

de forma bem junta, impedindo a passagem do espermatozóide.

Deverá ser colocado por um profissional, inicialmente, pois deverá recobrir precisamente todo o colo.

Coloca-se o capuz comprimindo-o e empurrando-o para dentro da vagina o máximo possível. Para retirá-lo, engancha-se o dedo sobre a borda deslocando-o do colo e puxando para fora.

Sugere-se o uso de espermaticida junto com o capuz cervical

**Indicações:** - Para mulheres que apresentam ruturas perineais, relaxamento pélvico com colpocele posterior e ou anterior.

**Contra-Indicação:** - Em caso de patologias cervicais.

**Vantagens:** - Não interfere no funcionamento do organismo.

- Pode ser utilizado em qualquer período da idade fértil da mulher.

- Pode ser usado durante a lactação.

**Desvantagens:** - Existe certa dificuldade de colocação e retirada do capuz.

- Pode proporcionar o aparecimento de patologias cervicais.

### 2.3.3- Método Hormonal:

As pílulas são as mais conhecidas e dividem-se em dois grupos.

#### 2.3.3.1- Combinados:

São produzidas em laboratório e associam-se a progesterona, e ao estrógeno.

Suas fórmulas podem ser diferentes dependendo da dosagem de um ou de outro hormônio.

**AÇÃO:** - A hipófise deixa de agir sobre o ovário, pois a pílula, contém os hormônios prontos. Como consequência, o ovário não funciona, logo não há gravidez.

**USO:** - São vistas em embalagens de 21 a 27 comprimidos. O 1º deve ser tomado no 5º dia depois do ciclo menstrual, os outros

comprimidos devem ser tomados diariamente, no mesmo horário.

- Nas cartelas de 21, alguns dias após o suso de pílula, a menstruação aparecerá. Reinicia-se outra cartela no 5º dia após essa menstruação.
- As que se apresentam em cartela de 28, possuem os 7 últimos comprimidos de cor diferente, estes não contém hormônio, e sim sulfato ferroso, tais servem para não interromper o hábito de ingerir uma pílula diária. A menstruação aparecerá durante a ingestão dessas últimas pílulas.
- Reinicia-se nova cartela, ao término da anterior.

Vantagens: - É seguro e reversível de evitar a gravidez.

- Pode-se começar a tomá-la após aborto e no pós-parto (30 dias) de mães que não estejam menstruando.
- Geralmente reagem ao mínimo as cólicas menstruais.
- São relativamente baratos, e às vezes oferecidas em programas de planejamento familiar, gratuitamente.
- Não interfere no comportamento sexual e são fáceis de usar.

Desvantagens: - Irregularidade da menstruação (podem diminuir ou mesmo desaparecer - amenorréia), devido ao déficit de estrogênio.

- Cloasma, devido aos níveis altos de estrogênio.
- Dor de cabeça (Enxaqueca), devido à retenção de líquido causada pelo estrogênio.
- Irritabilidade e alteração no desejo sexual, o aumento de líquido no organismo, pressiona o sistema nervoso originando irritabilidade.
- Hipertensão - Aumento de líquido.
- Tromboflebite - O conteúdo estrogênico da pílula.
- Náuseas e vômitos - devido a progesterona que tem a propriedade de irritar a mucosa do estômago.
- Não devem ser usadas durante a amamentação, além de ter a interferência da quantidade de leite produzido.

os hormônios passam através do leite e são ingeri - dos pelo bebê.

**Contra-Indicações:**

a)- Absolutas: Condições em que causariam risco de vida se a mulher usar a pílula:

- Tromboflebite ou história anterior dessa doença.
- Derrame cerebral o história anterior dessa doença.
- Doença do fígado (hepatite, tumor)
- Câncer do sistema reprodutor feminino.
- Gravidez.

b)- Relativas: São situações que devem ser avaliadas cuidadosamente em cada mulher:

- Hipertensão significativa (90/140 ou mais).
- Enxaquecas fortes e frequentes.
- Idade acima de 35 anos.
- Uso de cigarros.
- Diabetes.

**2.3.3.2- Progesterona:**

**2.3.3.2.1- Minipílula:**

São comprimidos que contém doses mínimas de progesterona.

**AÇÃO:** - Agem modificando a consistência do muco cervical, tornando-o espesso durante todo o ciclo, dificultando a passagem de espermatozoides.

- Modificam o endométrio, tornando-o impróprio para a implantação do ovo. Não impedem a ovulação. São usados como método complementar em mulheres que estão mammentando frequentemente para se ter uma maior segurança.

**USO:** - Cartelas de 35 comprimidos.

- Toma-se o 1º comprimido após 30 dias do parto, ou se a mu - lher já menstruou, no 1º dia da menstruação. Os outros são tomados diariamente, de preferência no mesmo horário, não podo dando esquecer nem um dia.

**Vantagens:** - Pode-se usar durante a amamentação.

- Não interfere no comportamento sexual.
- É barato e fácil de usar.

Desvantagens: - Estão relacionados com a progesterona.

- É relativamente falho, uma vez que não impede a ovulação.

Contra-Indicações:- São as mesmas das pílulas combinadas.

EFICÁCIA: A pílula combinada(média e baixa dosagem), assegura uma alta proteção contraceptiva, se usada corretamente (superior a 99%). No caso da minipílula, o esquecimento de um só comprimido já compromete a eficácia.

### 2.3.3.3- Anticoncepção Hormonal Injetável:

Composto de alta dose de progesterona aplicado periodicamente no músculo. A mais usada é a depo-provera.

AÇÃO: - Pela alta dosagem de progesterona há um bloqueio da ovulação.  
- Além disso, a progesterona age sobre o muco cervical e o endométrio dificultando a subida do espermatozóide e a implantação do ovo no útero.

USO: - É administrado mensalmente se for de 50mg, caso seja de 150mg a cada 3 meses, se for 300mg semestralmente.

Vantagens: - É bastante seguro. Não interfere no comportamento sexual do casal.

- Pode ser usado durante a amamentação.

Desvantagens: - Náuseas e vômitos. Irregularidades na menstruação.

- Presença de sangramento intermenstrual e até mesmo de ausência da menstruação, podem causar esterilidade quando usados por muito tempo.

Contra-Indicação: - São as mesmas da anticoncepção hormonal oral combinada.

- O desejo de futura gravidez também deve ser usado como contra-indicação.

#### 2.3.4- D.I.U. - (Dispositivo intra-uterino)

É um artefato de plástico e material radiopaco que é colocado intra-uterino para evitar a gravidez.

##### 2.3.4.1- Classificação do D.I.U.:

a)- Quanto a forma: linesres e anulares.

b)- Mecanismo de ação:

- inertes (atuam com o corpo uterino como estranho)
- Ativos (contém substâncias ativas com progesterona)
- mecanismos de ação do D.I.U.

##### 2.3.4.2- Ação do D.I.U.:

a)- Ciclo bifásico: através do registro da temperatura basal, muco cervical, avaliação nos níveis hormonais e pela biópsia do endométrio, comprova-se que a mulher ovula normalmente.

b)- Alterações do endométrio: reação inflamatória especialmente intensa, nos últimos 7 anos que está em contato com o D.I.U. assim como o aumento de enzimas inflamatórias. Por estas razões, pode-se concluir que torna pouco provável a nidacão e muito menos a fecundação.

A presença do corpo estranho no útero, estimula uma reação inflamatória estéril.

c)- Alterações da Dinâmica Uterina: há um aumento da atividade contrátil, tanto mais quanto maior for a dilatação cervical para a inserção.

d)- Ação Sobre os Espermatozóides: existe sua dificuldade na ascensão espermática, seguramente devido a :

- Alteração do muco cervical.

- Alteração da contratilidade uterina.
  - Reação inflamatória nas 7 horas que estão em contato com o D.I.U.
- e)- Ação do Cobre: a ação do cobre em um D.I.U. não está muito claro até agora. O que parece, o efeito contraceptivo dele resulta da emissão de íons na cavidade uterina, onde influem sobre várias reações di-químicas.
- f)- Ação da Progesterona: A ação contraceptiva do D.I.U. que libera progesterona está provavel - mente relacionado com os efeitos hormonais, no muco cervical, tornando-o inadequado ao transporte do espermatozóide, e relacionada também com mudanças produzidas na superfície do endométrio, através da alteração na normalidade, mantendo altos níveis de progesterona, e assim relativamente baixa os níveis de estrogênio, esses dispositivos impedem o endométrio de ultrapassar a fase progesterônica.

#### 2.3.4.3- Requisitos para a escolha do D.I.U.:

Na escolha individual do D.I.U. devem ser considerados:

- a)- Histerometria (medida da cavidade uterina)
- b)- Antecedentes de expulsão
- c)- Alergia ao cobre
- d)- História obstétrica (se é múltipara, nulípara)
- e)- Menstruação abundante
- f)- Pós abortamento
- g)- Pós parto

Para a escolha do modelo ideal, esses requisitos não podem ser analisados isoladamente, e sim em conjunto.

#### 2.3.4.4- Época de Inserção:

Existem três momentos em que o D.I.U. pode ser inserido:



- a)- Intermenstrual
- b)- Pós abortamento
- c)- Pós parto.

#### 2.3.4.5- Controle:

a)- Retorno periódico: orientações dadas a usuária após a inserção do D.I.U., no sentido de retornar após o período menstrual para primeiro controle. A seguir, o controle passa a ser semestral no primeiro ano de uso e anual, no subsequente.

b)- Auto-toque: normalmente as mulheres podem localizar pessoalmente os fios e são aconselhadas a fazê-lo com frequência, pelo menos, depois de cada período menstrual.

Indicações: - Quando há necessidade de se evitar por um longo período de maneira reversível e sem efeitos sistêmicos.  
- Para mulheres que o método não seja contra-indicado.  
- Para mulheres de paridade anterior e no período de lactação.

#### Contra-Indicações: -

##### a)- Absolutas:

- Gravidez e suspeita de gravidez
- Infecção pélvica aguda ou subaguda.
- Existência ou suspeita de neoplasia uterina
- Anomalias congênitas ou adquiridas útero-incompatíveis com a forma do D.I.U.
- Sangramento vaginal de etiologia desconhecida.
- Alergia ao cobre ou alterações no metabolismo do metal.

##### b)- Relativas:

- Cardiopatias vasculares.
- Doenças pélvicas inflamatórias recorrentes ou história de doença pélvica inflamatória.
- História de gravidez ectópica com ou sem salpingestomia.

- História de hipermenorréia com dismenorréias intensas.
- Cervicite aguda.
- Alterações da coagulação ou existência de algum tratamento com anticoagulante.
- Nuliparidade.
- Estenose do canal cervical.
- Alto risco de infecções pélvicas agudas.
- Anemias.
- Prolapso uterino
- Endometriose.
- Dificuldade psicológica ou intelectual para verificar sinais de perigo.
- Grande nº de parceiros sexuais.
- Inabilidade para verificar os fios do D.I.U.

#### Indicações Terapêuticas.:

- O D.I.U. em forma de Y de politileno é também utilizado como terapêutica nos casos de sinépcias uterinas.

**Vantagens:** - Não interferem no comportamento sexual do casal, podem ser usados durante a lactação, é um método contraceptivo bastante seguro e são relativamente baratos.

**Desvantagens:** - Podem aumentar o volume do sangramento menstrual ou o número de dias de sangramento, assim como proporciona o aparecimento de cólicas mesmo fora do período.

#### Efeitos Colaterais:

- a)- Dor: desconforto causado pela dismenorréia, provocada pela distensão da cavidade uterina devido ao D.I.U. já que a dismenorréia surge quando o útero tenta se livrar do corpo estranho.
- b)- Sangramento: o tipo de sangramento pode depender do tipo do D.I.U. usado. O sangramento menstrual é geralmente mais abundante durante os primeiros dias após a inserção do D.I.U.

### Expulsão:

- Complicação mais frequente em usuárias de D.I.U. Se não é detectado, a mulher corre o risco de engravidar.
- A expulsão do D.I.U. é resultante de contrações uterinas que tendem a expulsar o corpo estranho para fora da cavidade uterina.

### Perfuração Uterina:

- Pode ser classificada como completa, se atravessar toda a parede uterina e parcial se parte do D.I.U. estiver ainda no interior do miométrio.

### Gravidez Uterina:

- Frequentemente a gravidez está associada ao deslizamento do D.I.U. para o canal cervical. Este deslocamento pode ser causado por não ter dispositivo na inserção, penetrando suficientemente no fundo do útero.

### Doença Inflamatória Pélvica:

- O D.I.U. favorece a proliferação bacteriana, quando há outros fatores causais de doença.

### 3- Anticoncepção Cirúrgica Feminina:

Secção ou obstrução das trompas através de técnica cirúrgica, impedindo a passagem do espermatozóide e conseqüentemente a fecundação.

#### 3.1- Tipos:

##### 3.1.1- Técnicas Endoscópicas:

- a)- Esterilização tubária por laparoscopia, com utilização de laparoscopia com anéis de íons, cliques de Hulka-Clemens, ou eletrocautério, sob anestesia geral.
- b)- Esterilização diária por culdoscopia: através de culdoscópio, inserido através do fundo do saco de Douglas, faz-se a esterilização por eletrocoagulação com anéis de íons,

clipes de Hulka ou secção de trompas, sob anestesia geral.

c)-Esterilização por hiteroscopia: com o emprego de endosco - pia, faz-se cauterização das trompas que chega a produzir bloqueio no óstio útero tubário, sob anestesia geral.

### 3.1.2- Técnicas Cirúrgicas:

- a)- Minilaparotomia: através de pequena incisão suprapúbica , de 2,5 ou 3cm de diâmetro faz secção das trompas ou aplica-se anéis de Yoon ou cliques, fazendo a esterilização propriamente dita, sob anestesia local ou locoregional.
- b)- Salpingatripsia: através da laparotomia, faz-se retirada total das trompas, pouco usada.
- c)- Histerectomia: método pouco usado, devido controvércia sobre as vantagens de histerectomizar pacientes para esterilização.
- d)- Ooforectomia: retirada dos ovários, pode acarretar vários distúrbios endócrinos pela supressão hormonal, por isso, pouco utilizado.
- e)- Esterilização tubária por colpotomia: através do fundo de saco de Douglas, localiza-se as trompas para procedimento cirúrgico de secção ou obstrução das mesmas.

**AÇÃO:** - Não permite o encontro do óvulo com o espermatozóide.

**Vantagens:** - Método mais seguro.

- Tempo de hospitalização certo.

- Retorno rápido às atividades normais.

- Não há interferência na lactação, nem nos hábitos sexuais.

**Contra-Indicações:**

a)- Absolutas: mulheres com infecções peritoniais ativas, moléstias cardíacas ou pulmonares.

b)- Relativas: Obesidade, hipertensão, aderências pélvicas. Deve o médico examinar cada paciente antes da cirurgia.

### Orientações pré-operatórias:

É fundamental que a opção pela esterilização seja voluntária e que os indivíduos que pretendem submeter-se a esta intervenção estejam bem informados a respeito do procedimento e dos seus efeitos. É importante deixar claro a questão da irreversibilidade deste método, assim como deve-se orientar o casal, sobre todos os métodos anti-concepcionais.

### Orientações pós-operatórias:

É importante que a cliente tenha bem claro que a única mudança que irá acontecer após a esterilização voluntária, é o fato de que ela não poderá mais engravidar.

### 4- Anticoncepção Cirúrgica Masculina:

#### 4.1- Vasectomia:

Consiste no bloqueio da passagem do espermatozóide pelos canais deferentes, através de técnica cirúrgica, realizada no homem. É um procedimento cirúrgico de pequeno porte, simples, seguro e permite ao homem voltar ao trabalho em curto espaço de tempo, geralmente no dia seguinte.

### Contra-Indicações:

- Afecções dermatológicas, eczemas, varicocele, hidrocele e cistos de cordão.

### Vantagens e Desvantagens:

É o método anticoncepcional masculino mais seguro que existe. Não interfere nos hábitos sexuais do casal. Por outro lado, apesar da simplicidade e facilidade da sua realização, é necessário uma cirurgia para realizá-la e como qualquer cirurgia, podem surgir complicações. Na maioria dos casos a reversibilidade é bastante complicada, pelo menos na nossa realidade. Por essa razão, os casais que desejam utilizar a vasectomia, devem sempre no possível, passar por uma entrevista de aconselhamento.

O principal objetivo do aconselhamento, é detectar clientes

que possam vir a apresentar insatisfação após a esterilização cirúrgica. Não se deve esquecer que uma das maiores desvantagens da vasectomia está no fato de que a cirurgia não garante esterilidade imediata, visto que ocorre presença de espermatozóides nas vias canaliculares e para que o homem se torne azoospérmico, o que pode demorar até vários meses.

#### Orientações pré-operatórias:

É importante que o cliente receba orientações sobre a fisiologia e a anatomia do aparelho reprodutor masculino. Além disso, informações sobre o uso de outros métodos anticoncepcionais, assim como sobre o procedimento cirúrgico, complicações e implicações sobre a sexualidade. A decisão de submeter-se a tal procedimento deve ser voluntária e bem analisada, já que é um método na maioria dos casos irreversível.

#### Orientações pós-operatórias:

Deve-se dar atenção e cuidados, como para qualquer cirurgia em seu pós-operatório, sendo que daí provém a baixa morbidade e complicações pós-operatórias. São importantes o acompanhamento, o retorno médico, pois são necessárias seminografias de controle, que irão detectar a presença ou não de espermatozóides mas também para detecção de possíveis complicações.

ANEXO Nº 4

## ANEXO nº 4 - USO DE DROGAS NA GESTAÇÃO

A concentração no conceito e o efeito teratogênico das drogas dependerão principalmente dos seguintes fatores:

- 1- Época gestacional em que a droga foi utilizada. Sabe-se que a época mais crítica é a da organogênese, período que vai de 17 a 57 dias após a concepção, ou seja, 31 a 71 dias a partir do primeiro dia da última menstruação, em mulheres eumenorréicas. Antes de 17 dias da concepção ou o embrião morre e é abortado ou então não é afetado pelo medicamento, e progride a gestação sem que ocorram defeitos morfológicos. Não devemos, no entanto, tranquilizar-nos se o medicamento foi utilizado após 57 dias da concepção, pois os órgãos internos e cérebro continuam seu desenvolvimento e podem ser afetados, observando-se danos apenas na fase de crescimento, na fase escolar ou até mesmo na puberdade.
- 2- Quantidade em que a droga foi utilizada.
- 3- Via de aplicação da droga.
- 4- Solubilidade da droga. Se é lipossolúvel, atravessa fácil a placenta; se solúvel em água, atravessa com menos facilidade.
- 5- Conjugação com proteínas. Só irá atravessar a placenta a parte da substância medicamentosa que estiver livre da conjugação à proteína.
- 6- Peso molecular. As drogas com peso molecular inferior ou igual a 600 atravessam a placenta facilmente; aquelas com peso igual a 1.000 ou mais atravessam com dificuldade ou nem atravessam a placenta.
- 7- Doenças maternas que alterem a permeabilidade placentária.

- Drogas Sabidamente Teratogênicas:

1 - Quimioterápicos antineoplásicos:

As drogas mais usadas são actinomicina D, metotrexato, aminopterina, clorambucil, mostarda nitrogenada, adrimicina, vincristina, etc.



Todas essas drogas agem diminuindo a proliferação celular do tecido maligno, podendo, portanto, agir nas células embrionárias. Essas substâncias podem ocasionar abortos, mortes intra-útero e malformações quando dadas na fase de organogênese, sendo, portanto, o seu uso adstrito a casos selecionados quando visamos salvaguardar a vida materna e após o primeiro trimestre gestacional. Ao que parece, os quimioterápicos dados antes da ovulação não afetam os oócitos, pois em 88 gestações em que tal fato ocorreu não houve aumento da incidência de abortos ou malformações fetais.

Em obstetrícia o uso de quimioterápicos fica restrito aos casos de doença trofoblástica gestacional - mola, corioadenoma e coriocarcinoma. No acompanhamento desses casos devemos sempre recomendar evitar engravidar até a alta definida, fazendo uso de anticoncepcional confiável, tal como a pílula.

## 2 - Hormônios Androgênicos:

A testosterona e metiltestosterona podem produzir a masculinização do feto feminino ocasionando hipertrofia do clitóris e a solda dura dos lábios genitais.

## 3 - Dietilestilbestrol:

A administração deste estrogênio sintético à mãe, no primeiro trimestre, pode ocasionar na puberdade das meninas a aparição de adenoses da cérvix e vagina ou anomalias do trato urinário superior dos recém-nascidos. A aparição desta lesão pré-cancerosa é maior (73%) quando a mãe tomou tal medicação antes da 9ª semana da gestação e bem menor (7%) quando usou a referida medicação após a 17ª semana.

## 4 - Anticoagulantes Orais:

Todas as gestantes com válvulas cardíacas artificiais estão em risco de tromboembolia e as que usam próteses mecânicas devem receber anticoagulantes orais por tempo indefinido. Os cumarínicos que possuem peso molecular baixo atravessam a placenta e podem ocasionar efeitos teratogênicos, principalmente se utilizados no 1º trimestre gestacional. São relatados crescimento intra-uterino retardado, atresia e aplasia nasal, pontilhado nos ossos das extremidades, alterações oculares, distrofia das unhas, prematuridade, he -

morragia craniana, mortalidade neonatal e retardamento mental.

#### 5 - Tetraciclinas:

A tetraciclina forma um complexo com o cálcio, que fica depositado nos ossos e dentes se administrado no período de calcificação, podendo ocasionar retardamento no crescimento pós-natal e escurcimento dos dentes, diretamente correlacionado com a dose de tetraciclina administrada. Além deste problema estético os dentes tornam-se mais sensíveis a cáries. No que concerne aos ossos, parecem não estar mais sujeitos a fraturas.

#### 6 - Drogas Antitireoideanas e iodo:

Estas drogas podem ocasionar hipotireoidismo com bócio congênito compensador e até mesmo cretinismo. A tireóide fetal é capaz de concentrar iodo após a 10ª semana. Assim sendo, não devemos administrar iodo radioativo sem termos certeza de que não há gravidez, caso contrário poderemos estar destruindo a tireóide com o iodo.

#### 7 - Lítio:

As anomalias fetais mais frequentemente relatadas referem-se à válvula tricúspide, ocasionando a enfermidade de Ebstein, atresia tricúspide e miocardiopatia. O lítio tem também ação depressora sobre o sistema nervoso central do feto, ocasionando hipotonia e reflexos osteotendinosos diminuídos. É medicação que pode ocasionar duplo risco durante a gestação - cardiovascular e neurológico.

#### - Drogas Suspeitas de Ser Teratogênicas:

##### 1 - Anticoncepcionais Orais e Progesterona Sintética:

Têm sido atribuídos aos anticoncepcionais orais vários defeitos congênitos, quando tomados inadvertidamente durante o 1º trimestre da gestação, sendo o principal a anomalia cardíaca.

A progesterona sintética que é o acetato de 17-alfa-hidroxinorprogesterona, derivado sintético da 19-nortestosterona, podendo promover a masculinização do feto feminino com hipertrofia do clitóris. Os fetos masculinos parecem não ser afetados, porém foram observadas hipospadias. Muito embora outros não tenham confirmado tais observa-

ções, por não serem os progestínicos comprovadamente eficazes nas ameaças de trabalho de parto prematuro ou no trabalho de abortamento, não devem ser usados na gravidez, principalmente antes da 16ª semana.

## 2 - Anticoagulantes:

Os recém-nascidos de mães que tomam difenil-hidantoína ou trimetadiona tem o dobro da possibilidade de ter anomalias congênitas do que a população geral. Os defeitos mais encontrados são lábio leporino com ou sem fenda do palatino, anomalia cardíaca, microcefalia, dimorfismo craniofacial, retardamento mental e atraso no desenvolvimento e constituem a síndrome da hidantoína. O que é característico dessa síndrome é a hipoplasia das falanges distais e das unhas. Nos recém-nato de mães que tomaram trimetadiona foi descrito um fenótipo específico caracterizado por atraso do desenvolvimento, sobrancelhas em forma de V, orelhas de implantação baixa com hélice anterior dobrada, fenda do palatino e dentes irregulares.

## 3 - Tranquilizantes:

Em um estudo foi constatada a frequência quatro vezes maior de defeitos quando a mãe tomava meprobamato ou clordiazepóxido durante os 45 primeiros dias da prenhez (anomalias cardíacas).

Os recém-natos que cujas mães tomam benzodiazepínicos no 1º trimestre tem chance de apresentar lábio leporino e (ou) fenda palatina. O uso continuado deste medicamento próximo ao parto pode ocasionar no nascido hipotonia, hipotermia e depressão respiratória.

## 4 - Anfetaminas:

É atribuída a esta substância maior incidência de anomalias cardiovasculares, lábio leporino e atresia biliar.

## 5 - Vitaminas:

A vitamina A em excesso, no primeiro trimestre, pode ocasionar anomalias do trato urinário e fenda palatina.

A vitamina D em excesso pode ocasionar a síndrome da estenose aórtica supra-avalvular com facies e retardamento mental.

## 6 - Antieméticos:

Drogas usadas largamente para aplacar as náuseas e vômitos do 1º trimestre gestacional. A meclizina, difenidramina e trimetobenzamida foram imputadas malformações, porém não existe prova conclusiva a respeito.

A clorpromazina tem-se mostrado eficaz no tratamento da emese e da hiperemese gravídica sem apresentar nenhuma anomalia fetal, porém apresenta efeito colateral desagradável que é a tonteira e a sonolência.

## 7 - Hipotensores:

Os betabloqueadores diminuem o débito cardíaco, o fluxo renal, atravessam a placenta, são excretados pelo leite e como efeitos secundários aumentam a contratilidade uterina, diminuem a perfusão placentária e podem produzir depressão respiratória, hipoglicemia e imaturidade fetal. Reduzem a frequência cardíaca fetal e o débito cardíaco, comprometendo a circulação uterina e a sobrevivência do concepto. Podem dificultar o crescimento intra-uterino, produzir asfixia no parto e hipoglicemia neonatal. O medicamento não deve ser utilizado quando houver insuficiência placentária, porque irá acentuar a redução da filtração glomerular e o fluxo renal.

Vários autores acham que a metildopa melhora o prognóstico fetal e a hipertensão essencial na gestação.

A reserpina, atualmente em desuso, não é aconselhada na gravidez por aumentar as secreções respiratórias, causar congestão nasal no nascido, podendo causar depressão na gestante.

## 8 - Diuréticos:

O uso de diuréticos na gestação deve ser judicioso, uma vez que seu uso indiscriminado leva a uma depleção de sódio e diminuição do fluxo placentário com efeitos deletéricos sobre o concepto. Elevam os níveis de ácido úrico e dificultam a avaliação da toxemia.

Podem atravessar a placenta e causar excepcionalmente hiperbilirrubinemia fetal ou neonatal, trombocitopenia e pancreatite hemor-

rágica. Reduzem o fluxo renal e a filtração glomerular. São excretados no leite materno. Contudo, podem ser muito úteis, pois inibem a reabsorção do sódio, diminuem a resistência periférica arterial e com isso tem leve efeito hipotensor. Potencializam os hipotensores e pre<sup>o</sup> dispõem ao aumento da renina.

#### 9 - Analgésicos:

A aspirina é uma das drogas mais usadas nos EUA, e até hoje não foi observada nenhuma malformação congênita atribuível ao uso de tal substância, ao contrário do que já foi demonstrado em animais. O uso imoderado pode induzir a uma frequência maior de recém-natos de baixo peso, bem como a incidência de natimortos fica ligeiramente aumentada.

A codeína por ser um narcótico pode ocasionar síndrome de abstinência no nascido, se usada com constância próxima ao parto. Como existem outros analgésicos que não ocasionam tal síndrome, não se justifica seu uso.

#### 10- Imipramina:

Substância usada nos estados distímicos à qual já foi atribuída defeitos ósseos nos recém-natos, sem contudo ter sido encontrada confirmação em estudos posteriores.

#### 11- Quinina:

Usada em doses tóxicas com finalidades abortivas no início da gestação, por seu poder ocitócico. Este não se consumando, pode ocasionar lesão do nervo auditivo fetal, com conseqüente surdez, bem como malformações do sistema nervoso central, lesões urogenitais e digestivas.

#### 12- Antiarrítmicos:

Além da hidantoína e da quinidina, já enumeradas anteriormente, temos a amiodarona, recém introduzida na clínica. Pode levar ao hipotireoidismo, não só a gestante como o concepto, desde que as doses utilizadas sejam elevadas. Não parece causar malformação fetal.

#### 13- Cloroquina:

Substância usada em casos de malária, ou para sua prevenção;

tem efeitos adversos sobre o feto, tem sido já relatados vários casos de lesão retiniana e surdez congênita com seu uso.

#### 14- Hipoglicemiantes Oraís:

Como existe a insulina, que seguramente não causa dano fetal, é preferível seu uso.

#### 15- Corticosteróides:

Poucos casos foram relatados de fenda palatina, e, para que isto ocorra, é necessário que a gestante use a medicação até a 12ª semana de gestação, pois a partir de então o palato estará fechado. A possibilidade de malformação é pequena, porém real.

#### 16- Agentes Antimicrobianos:

Estreptomicina - Substância usada no tratamento da tuberculose e que pode lesar o 8º nervo craniano, com perda da audição. Até o presente, efeito semelhante não foi observado com a canamicina, gentamicina, tobramicina ou a amicacina. No entanto, esses medicamentos só deverão ser usados na gestação no tratamento de infecções Gram-negativas cujos bacilos sejam resistentes a agentes menos tóxicos, tais como a ampicilina e as cefalosporinas.

Cloranfenicol - Por ocasionar a síndrome cinzenta do recém-nato prematuro - que é caracterizada pela cianose, distensão abdominal, colapso vascular e morte, pois o prematuro não possui a enzima necessária para a conjugação com o ácido glucorônico nem maturidade renal suficiente para excretar a substância, havendo com isto altos níveis de cloranfenicol circulante no prematuro - recomenda-se abstenção.

Eritromicina - o estiolato de eritromicina deve ser evitado pela sua hepatotoxicidade.

Sulfonamidas - Não apresentam efeitos teratogênicos; no entanto competem com bilirrubina livre, e há perigo de Kernicterus no neonato. Recomendamos então não usar tal substância no último trimestre, principalmente as sulfas de ação prolongada.

#### 17- Imunossupressores:

Os corticosteróides já nos reportamos, e a azotioprina pode ocasionar estenose da artéria pulmonar, baixo peso ao nascer e prematuridade.

#### 18- Anestésicos:

Em animais, em dosagem adequada, todos os anestésicos (gases) são teratogênicos, porém na espécie humana não existe tal prova.

Foi observado a incidência de aborto na Dinamarca e Rússia, entre o pessoal que trabalhava em centro cirúrgico do que entre o pessoal que não trabalhava neste setor.

#### - Drogas de Uso Social:

##### 1 - Álcool:

Os efeitos da ingestão ocasional de álcool sobre os conceptos não estão estabelecidos, sabendo-se que gestantes que consomem cerca de 300ml de uísque por dia no primeiro trimestre tem 20 a 40% de chance de gerar recém-natos com a chamada síndrome do alcoolismo. Tal síndrome caracteriza-se pelo crescimento intrauterino retardado, microcefalia, baixo peso e baixa postura após nascer, tecido adiposo diminuído, baixo QI, má coordenação motora, anomalias oculares, sopros cardíacos, etc. Pode apresentar irritabilidade e convulsões.

##### 2 - Fumo:

O tabagismo reduz a expectativa de vida de cerca de oito anos nas pessoas que fumam mais de dois maços de cigarros por dia e, em média, quatro anos naqueles que fumam menos de um maço e meio por dia.

Na gestação, a nicotina promove vasoconstrição das veias uterinas resultando em redução da perfusão do espaço intervilo e assim reduz a oferta de oxigênio para o feto. Além disso, o monóxido de carbono junta-se a hemoglobina, formando a carboxihemoglobina, reduzindo ainda mais a oferta de oxigênio ao concepto. Como decorrência desses fatos, vamos observar recém-natos de baixo peso.

Determina também maior incidência de prematuros, aumento no número de abortos, natimortos e mortes neonatais; produz taquicardia fetal, menor contratilidade uterina, é excretada no leite materno e pode causar retardamento mental na fase escolar.

### 3 - Heroína:

Este narcótico vai ocasionar a síndrome da dependência, tanto na mãe como no feto, se retira subitamente durante a gestação, podendo levar a abortamentos, hiperatividade fetal e hipoxia com a possibilidade de morte intra-uterina.



ANEXO Nº 5

ANEXO nº 5 - R.F.C.C.

REDE FEMININA DE COMBATE AO CÂNCER

Rua: Major Costa, 89

( Junto ao Hospital da Polícia Militar)

Condições Para Coleta:

- 48 Hs. Antes -

Sem ter relação sexual.

Sem usar ducha (para lavagem interna)

Sem ter feito exame ginecológico.

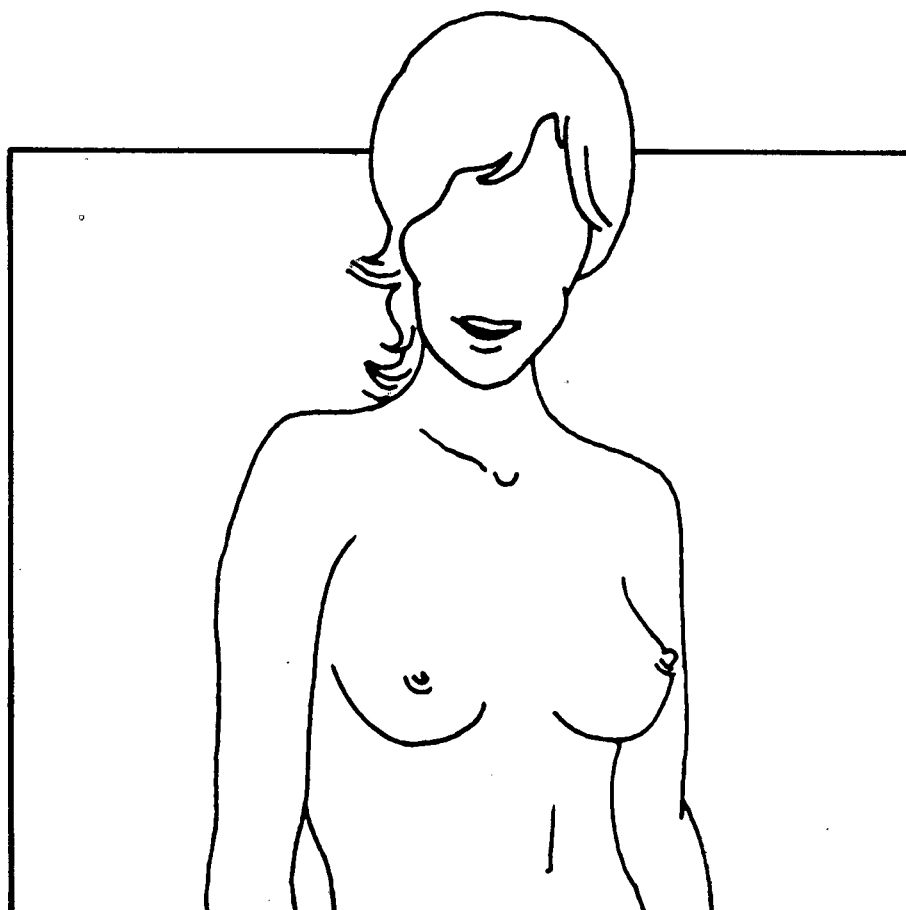
Sem ter usado creme vaginal

Cinco(5) dias após o término da menstruação.

ANEXO Nº 6

ANEXO nº 6 - INSTRUMENTO SOBRE AUTO- EXAME  
DE MAMAS

# APRENDA A DEFENDER-SE DO CÂNCER DO SEIO



**Auto exame dos seios**

ANEXO Nº 7

UNIDADE <b>AMBULATORIO</b>	SERVIÇO <b>PROJETO VIII FASE CURRICULAR DE ENFERMAGEM</b>																															ANO <b>1987</b>
								MES <b>SET/OUT/NOV/DEZ</b>	29	30	31	HORARIO																				

NOME	FUNÇÃO	SERVIÇO																														
		f	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Mara Suely Fuck	Acad. Enf. VIII Un.																															
Gleydes Maria Campos	Acad. Enf. VIII Un.																															
Mara Suely Fuck	Acad. Enf. VIII Un.																															
Gleydes Maria Campos	Acad. Enf. VIII Un.																															
Mara Suely Fuck	Acad. Enf. VIII Un.																															
Gleydes Maria Campos	Acad. Enf. VIII Un.																															
Mara Suely Fuck	Acad. Enf. VIII Un.																															
Gleydes Maria Campos	Acad. Enf. VIII Un.																															
Mara Suely Fuck	Acad. Enf. VIII Un.																															
Gleydes Maria Campos	Acad. Enf. VIII Un.																															
Mara Suely Fuck	Acad. Enf. VIII Un.																															
Gleydes Maria Campos	Acad. Enf. VIII Un.																															
Mara Suely Fuck	Acad. Enf. VIII Un.																															
Gleydes Maria Campos	Acad. Enf. VIII Un.																															

SETEMBRO

OUTUBRO

NOVEMBRO

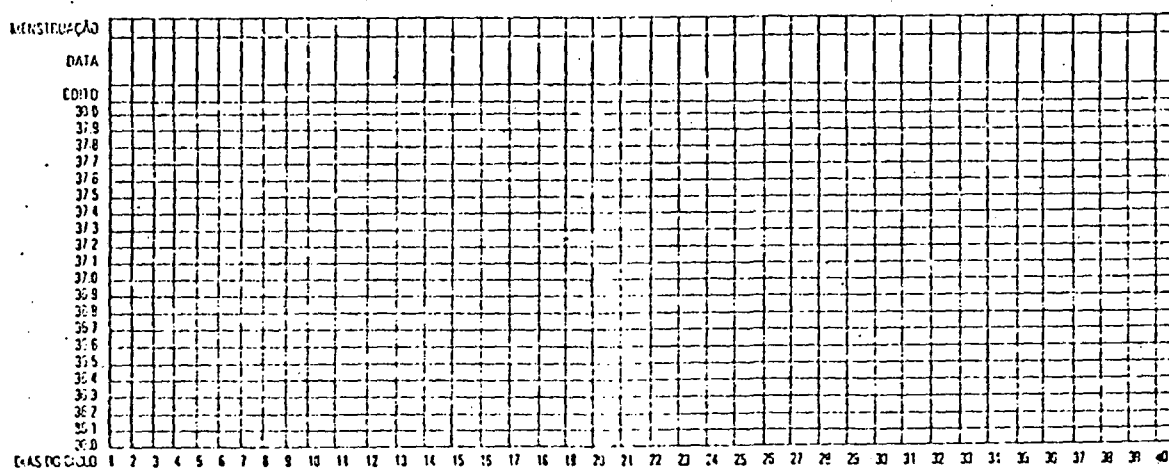
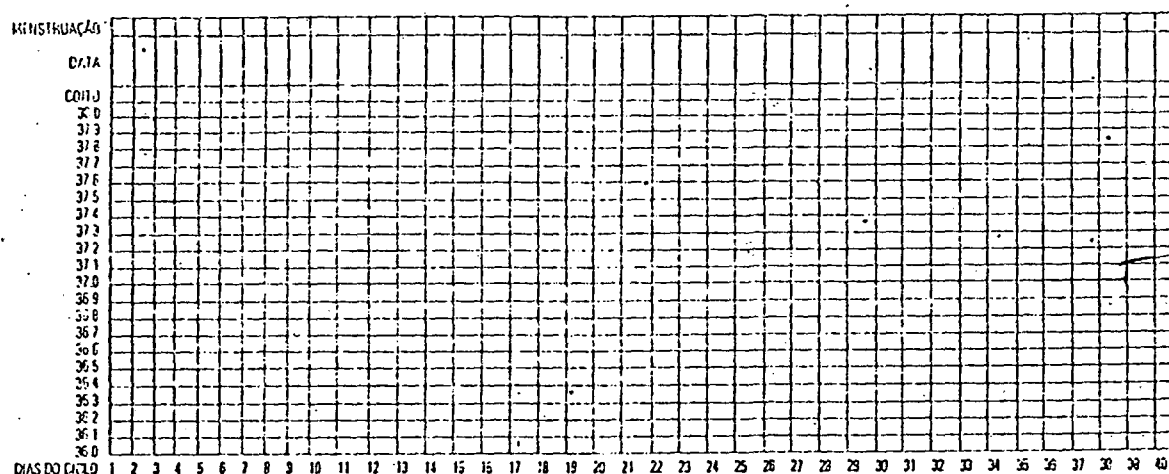
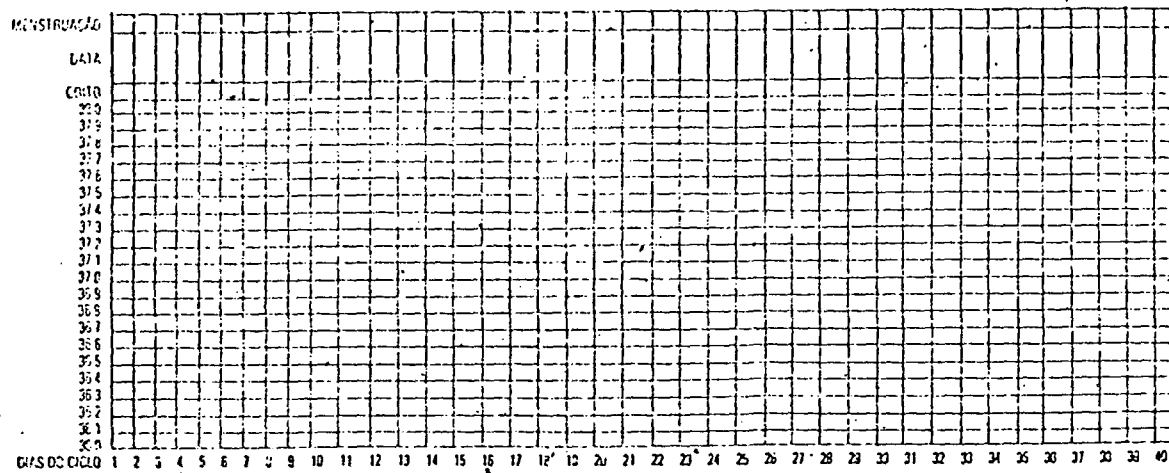
DEZEMBRO

OBSERVAÇÕES

ANEXO Nº 8

# Temperatura Basal

Nome \_\_\_\_\_



1. Este gráfico é destinado a ser usado para a determinação da temperatura basal durante o ciclo menstrual. Deve ser usado diariamente, durante o período de observação, e preenchido com os dados obtidos. 2. A temperatura basal deve ser medida logo ao acordar, antes de qualquer atividade física ou mental, e antes de sair da cama. 3. A temperatura deve ser medida no mesmo local e com o mesmo termômetro. 4. A temperatura deve ser medida a cada hora durante o período de observação. 5. A temperatura deve ser registrada no gráfico imediatamente após a medição. 6. O gráfico deve ser mantido em um local seguro e protegido contra danos físicos. 7. O gráfico deve ser usado para a determinação da temperatura basal durante o ciclo menstrual e para a identificação da fase do ciclo. 8. A temperatura basal deve ser registrada em graus Celsius. 9. O gráfico deve ser usado para a determinação da temperatura basal durante o ciclo menstrual e para a identificação da fase do ciclo. 10. A temperatura basal deve ser registrada em graus Celsius.