

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS -  
MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM  
PÓLO - FAEVI - UNIVALI

*EDUCAÇÃO EM SAÚDE*  
**A CONSTRUÇÃO DE UM PROCESSO SISTEMATIZADO NO  
PROGRAMA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR, DO MUNICÍPIO  
DE ITAJAÍ-SC.**

**Maria Eurídice Padilha dos Santos**  
**Orientadora: Dra. Ana Lúcia Magela de Rezende**

**ITAJAÍ**  
**1998**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS  
MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM  
PÓLO - FAEVI - UNIVALI

DISSERTAÇÃO

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE**  
**A CONSTRUÇÃO DE UM PROCESSO SISTEMATIZADO NO**  
**PROGRAMA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR, DO MUNICÍPIO**  
**DE ITAJAÍ-SC.**

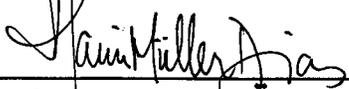
SUBMETIDA À BANCA EXAMINADORA PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE  
**MESTRE EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

POR

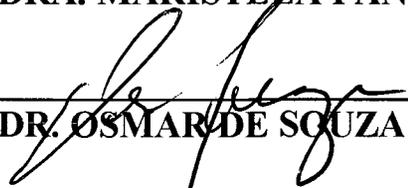
**MARIA EURÍDICE PADILHA DOS SANTOS**

APROVADA EM 25/03/98

  
\_\_\_\_\_  
DRA. ANA LÚCIA MAGELA DE REZENDE (PRESIDENTE)

  
\_\_\_\_\_  
DRA. LYGIA PAIM MÜLLER DIAS (EXAMINADORA)

  
\_\_\_\_\_  
DRA. MARISTELA FANTIN (EXAMINADORA)

  
\_\_\_\_\_  
DR. OSMAR DE SOUZA (EXAMINADOR SUPLENTE)

  
\_\_\_\_\_  
Doutoranda - MARIA DA GLÓRIA SANTANA (MEMBRO)

## DEDICATÓRIA

*À minha querida irmã, "Tatau" pela  
força, pelo estar presente nos momentos da  
minha ausência.*

## AGRADECIMENTOS

*À Deus*

*Ao Raimundo, marido e companheiro, por sua presença constante, pelo incentivo, por me valorizar e amar.*

*Aos meus queridos filhos Fernando e Rafael, por compreender minhas ausências, pela dedicação, força, carinho e grande amor.*

*À Dra. Ana, pela orientação deste trabalho, pela sensibilidade, pela compreensão e pelo incentivo de ir além.*

*Às enfermeiras que comigo desenvolveram este trabalho, por compartilharmos tantos momentos de nossas vidas, tantos conhecimentos e por tornarem possível a realização desta dissertação.*

*Aos meus pais, pelo carinho e preocupação que acompanharam os momentos de minha vida.*

*Ao meu querido irmão Orides, a minha cunhada Fátima e as sobrinhas: Mariana e Júlia que me acolheram carinhosamente em sua casa nas*

*minhas viagens a Florianópolis.*

*À minha querida irmã Maria Itayra que dispôs de seu tempo para ler o texto e oferecer valiosas contribuições.*

*Aos professores da Pós-Graduação em Enfermagem, pela oportunidade de aprender e crescer.*

*Às secretárias da FAEVI, em especial a Dalva e da Pós-Graduação de Enfermagem da UFSC, Helena e Cecília, pela atenção e sempre valiosas orientações.*

*Aos componentes da Banca Examinadora: Ana Lúcia Magela de Rezende, Lygia Paim Müller Dias, Maristela Fantin, Osmar de Souza e Maria da Glória Santana, que prontamente aceitaram participar comigo desta dissertação.*

*A todos aqueles, que de qualquer forma, me auxiliaram nesta caminhada.*

## RESUMO

A presente dissertação de mestrado tem por objetivos construir, implementar e avaliar o processo sistematizado de educação em saúde aplicando o modelo de ensino-aprendizagem, baseado na “Teoria da Aprendizagem Significativa”, de David P. Ausubel, com as enfermeiras que atuam no Programa de Planejamento Familiar, do Município de Itajaí-SC. A escolha deste referencial teórico se deu pelo fato de que a aprendizagem significativa proporciona condições para que as pessoas participem ativamente de seu processo de ensino-aprendizagem e colaborem de forma consciente para as necessidades sociais que passam a perceber. Nesta investigação foi utilizado o método qualitativo de pesquisa e a técnica da observação participante. As cinco enfermeiras estudadas participam do Programa de Planejamento Familiar no CRECEM e nas Policlínicas da região. Acreditamos que a construção de um modelo teórico para o processo de ensino-aprendizagem foi de grande relevância para que as reuniões educativas das enfermeiras pudessem ser sistematizadas dentro de um referencial teórico, pois proporcionou-nos condições para ampliar nossos conhecimentos, ao mesmo tempo que possibilitou um processo de mudança que favoreceu à clientela. Favoreceu também para que as enfermeiras pudessem desenvolver um novo estilo de abordar a sua prática-assistencial dentro de uma metodologia que permite que os seres humanos entendam a partir do seu conhecimento e enriqueçam, de forma consciente, cada vez mais seu aprendizado.

# ABSTRACT

The present Master's dissertation has as its goals to build, implement, and evaluate the systematized process of education in health by applying the teaching-learning model, based on David P. Ausubel's "Significant Learning Theory", with the nurses who work on the Family Planning Program, in the Itajaí County, SC-Brazil. The choice of this theoretical referential was due to the fact that the significant learning provides means so that the people may actively participate in their teaching-learning process and may contribute, in a thoughtful manner, towards the social needs that they begin to perceive. In this investigation, both the qualitative research method and the participant observation technique were used. The five nurses examined participate in the Family Planning Program at CRESCEM in the local Polyclinics. We believe that the construction of a theoretical model for the teaching-learning process was of great relevance in order that the educational meeting of nurses might be systematized within a theoretical referential, for it provided us with a means to increase our knowledge, as it allowed for a changing process which favored the clientele. It also allowed the nurses to be able to develop a new style of approaching their supporting-practice within a methodology that allows the human beings to understand from their knowledge and, in a thoughtful manner, to enrich the more their learning.

## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b>	vi
<b>ABSTRACT</b>	vii
<b>1. INTRODUÇÃO</b>	01
<b>2. O CAMINHO PARA A CONSTRUÇÃO TEÓRICA</b>	12
2.1. A “Teoria da Aprendizagem Significativa”, de David P. Ausubel na Enfermagem	12
2.2. Os Aspectos Teóricos do Planejamento Familiar	31
2.2.1. Aspectos Políticos do Planejamento Familiar	31
2.2.2. Aspectos Religiosos do Planejamento Familiar	32
2.2.3. Aspectos Sociais do Planejamento Familiar	35
2.3. A Construção de Conceitos	47
2.4. A Interrelação dos Conceitos	59
<b>3. O CAMINHO METODOLÓGICO</b>	60
3.1. O Estudo	60
3.2. As Enfermeiras	61
3.3. O Cenário	62
3.4. Os Instrumentos	70
3.5. O Caminho a navegar	72
3.6. A Análise e Discussão dos Resultados	82

<b>4. O ANCORADOURO DOS RESULTADOS</b>	<b>84</b>
4.1. “15 Anos... Grávida... o coraçãozinho a todo o vapor... 05 meses...”	84
4.2. “Elas vão ficar olhando... Pensando... Aí uma delas pergunta: O que é Planejamento Familiar?”	97
4.3. “Eu estou tomando a pílula anticoncepcional. O que eu faço quando desce a menstruação? Eu posso ter relações? Eu não vou engravidar?”	105
4.4. “Os descaminhos de um programa”	115
4.5. “Avistando o ancoradouro dos resultados”	123
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>128</b>
<b>6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>132</b>
<b>7. ANEXOS</b>	<b>140</b>
ANEXO 01	141
ANEXO 02	143
ANEXO 03	145
ANEXO 04	147
ANEXO 05	149
ANEXO 06	151
ANEXO 07	154

***“... o fator isolado mais importante que influencia a aprendizagem é aquilo que o aprendiz já conhece. Descubra o que ele sabe e baseie nisso os seus ensinamentos” (Ausubel, 1980).***

## 1 . INTRODUÇÃO

A escola, na sua função específica, sofreu no decorrer de sua evolução histórica um processo de transformação pela interferência de diferentes tendências<sup>1</sup>, caracterizadas pelo momento histórico-político da época. Essas tendências se fizeram e se fazem presentes no cotidiano da ação educativa do professor. Apesar de um discurso progressista, a prática desse professor, freqüentemente, parece ainda estar impregnada de ações tradicionalistas.

Rememorando a minha vida escolar, identifico as várias tendências que influenciaram a minha formação acadêmica, a aprendizagem adquirida e a vida profissional de enfermeira, com predominância para a tendência pedagógica tradicional.

Na tendência pedagógica liberal tradicional, o professor parece se colocar como o detentor do saber. A aprendizagem, neste caso, é receptiva e mecânica, e lança-se mão freqüentemente da coação . A retenção do material ensinado é assegurado pela repetição de exercícios sistematizados, para que o aluno possa responder às situações novas de forma semelhante às respostas dadas em situações anteriores e recapitulação da matéria (Luckesi, 1994).

A esse respeito, Mandú (1994, p.159) afirma que, *“a postura tradicional em educação, atuante em nossas escolas, tem por base as idéias liberais, doutrina que justifica o sistema capitalista nacional. Nesta proposta, a relação educação-sociedade é conservadora; a educação não é vista como meio de superação de estruturas sociais, mas sim como um instrumento para a manutenção de uma sociedade dada”*.

---

<sup>1</sup> LIBÂNEO (1985) classifica as “tendências pedagógicas” utilizadas na “prática escolar” e organiza o conjunto das pedagogias em dois grupos: 1. Pedagogia Liberal, da qual fazem parte as tendências: Tradicional Renovada Progressista, Renovada Não-Diretiva e Tecnicista; 2. Pedagogia Progressista, onde estão enquadradas as tendências: Libertadora, Libertária e Crítico Social dos Conteúdos.

No decorrer da minha prática profissional, enquanto professora e enfermeira, o processo educativo tem se feito presente constantemente. A enfermagem por si só tem me levado por este caminho, pois a educação permeia a minha trajetória profissional. A experiência educativa proporciona-me um processo de reflexão constante sobre cada atividade que vivencio, ampliando, deste modo, o conhecimento sobre mim mesma e sobre quem desenvolvo esse processo educativo: cliente, aluno, enfermeiro, família e comunidade.

Este exercício de reflexão levou-me a perceber que, muitas vezes o meu envolvimento nos processos educativos foram geridos pelo “senso comum”<sup>2</sup>, pois várias das minhas ações educativas foram resultados dos meus valores e crenças, acumuladas ao longo da minha vida profissional. A esse respeito, Luckesi (1994, p.93), contextualiza dizendo que: *“o dia-a-dia do educador escolar tem por base não uma filosofia criticamente construída, mas sim um ‘senso comum’ que foi adquirido ao longo do tempo, por acúmulo espontâneo de experiências ou por introjeção acrítica de conceitos, valores e entendimentos vigentes e dominantes no seu meio”*.

Conforme Ausubel (1980) muitas ‘verdades’ do senso comum são plausíveis no sentido de que podem ser verdadeiras, embora nem sempre ocorram exatamente como se pensa. Neste caso, atentam para algumas evidências da prática educacional que devido a sua aparente *naturalidade* e familiaridade, têm a propensão para impressionar-nos como verdades eternas. Muitas vezes, estas práticas servem apenas para atender as exigências imediatas dos objetivos e condições educacionais, baseados em noções diárias do senso comum dominante.

---

<sup>2</sup> “Senso comum é um modo de compreender o mundo, constituído acrítica e espontaneamente, que se traduz numa forma de organizar a realidade, as ações diárias, as relações entre pessoas, a vida como um todo” (Luckesi, 1994, p.96).

Refletindo sobre este contexto, entendo que nós enfermeiras, no dia-a-dia, usamos o “senso comum” e desenvolvemos o processo de ensino-aprendizagem da maneira que nós achamos ser o mais adequado para cada situação, porém, muitas vezes, o aceitamos, apenas, porque consideramos correto ou inquestionável. Geralmente, usamos várias alternativas metodológicas para melhorar a maneira de ensinar, mas os problemas persistem. Mudamos o estilo das aulas, definimos novos objetivos, utilizamos recursos audiovisuais e motivacionais, mas os resultados, com relação à aprendizagem, muitas vezes, são decepcionantes.

Monticelli (1994, p.13), ao analisar as ações educativas em enfermagem, afirma que *“o que precisamos compreender é que a educação passa pela superação do senso-comum (cujos indivíduos não são a-históricos, mas a-críticos; não são passivos, mas potencialmente ativos para mudanças). Superar o senso comum é transformá-lo em bom senso”*. A autora ainda reforça que o bom-senso ultrapassa o senso-comum, pois todos *“podem pensar criticamente, e pensar criticamente pressupõe uma possibilidade de mudanças”*.

Rezende (1986), analisando a dialética do pensar e do fazer em saúde, realça que a educação é instrumento de transformação social. Não só a educação formal, institucionalizada, mas toda a ação educativa que favoreça a reformulação de hábitos, a aceitação de novos valores e que estimule a criatividade. Neste sentido, a autora enfatiza que *“o processo educativo é utilizado em saúde visando mudanças de comportamento. Ensinar, há muito deixou de ser transmitir simplesmente informações. Mas o que é aprendizagem? Ela é o resultado do processo educativo. Aprender significa mudar comportamentos, através de informações e experiências”* (ibid, p.98).

Para que as ações educativas em saúde sejam direcionadas para a aprendizagem ou mudança de comportamento é imprescindível a participação

dos seres humanos na busca de suas necessidades de saúde e de suas soluções. Isso só acontecerá quando estes estiverem conscientes de seus direitos e responsabilidades. Entendo que através da educação em saúde as pessoas envolvidas participam de todo o processo educativo, colaborando assim, para a melhoria da qualidade de vida na condição de verdadeiros cidadãos.

Monticelli (1994, p.08) enfatiza que, *“somente nos últimos anos a educação em saúde vem se constituindo em preocupação para o enfermeiro, talvez por exigência do próprio papel social da profissão que estimula e requer, mais do que nunca, que se repense esta prática. E, ao fazê-lo, torna-se importante garantir uma compreensão crítica (não alienada) de como o enfermeiro constrói o seu conhecimento; como o utiliza no processo educativo e qual o comprometimento com a formação da cidadania”*.

Silva (1994, p.36) afirma que *“é no cotidiano que se constróem relações pedagógicas permanentemente em movimentos de construção e desconstrução cultural”*. Considero que nós, profissionais de saúde, somos trabalhadores sociais e como tal usamos o nosso processo educativo quando fazemos a educação em saúde, em busca da compreensão da sociedade através de seus símbolos, da sua subjetividade, da sua experiência, do seu vivido, das suas interações em relação ao corpo, das relações de gênero, entre outras, para juntos podermos desenvolver ações conscientes em busca do viver saudável.

Para chegarmos a isso, penso ser necessário refletirmos sobre o processo de comunicação que utilizamos com a sociedade. Concordo com Faria (1995, p.56) quando afirma que, *“no processo de trabalho na saúde, o processo que pressupõe um processo comunicacional é um, e talvez, um dos instrumentos mais importantes que se interpõe entre o trabalhador e o objeto sobre o qual atua, mesmo porque, este não é algo inanimado, sem emoções, sem cultura, sem estímulos - é sujeito.”*

Todas essas reflexões levaram-me a uma análise que proporcionou uma postura questionadora sobre a minha prática de ensino-aprendizagem e sobre a vivência de ser e estar num mundo de relações, despertando, assim, uma preocupação em minha experiência como docente de enfermagem, ou seja, o ensino de enfermagem e sua relação com a prática.

Partindo dessas considerações, desenvolvi um estudo preliminar para aprofundamento do assunto, durante as disciplinas integradas de Prática de Enfermagem, Educação e Assistência de Enfermagem e Aspectos Éticos do Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem-UFSC (Universidade Federal de Santa Catarina). Este estudo trouxe-me subsídios para focalizar a prática educativa das enfermeiras que atuam numa Policlínica do Município de Itajaí-SC; compreender como essas enfermeiras identificam os componentes educativos na sua prática assistencial; analisar como é desenvolvida a prática educativa das enfermeiras e realizar uma intervenção.

Para alcançar estes objetivos elaborei um diagnóstico situacional, no qual tive condições de perceber que persiste a linha informativa tradicional utilizada em educação em saúde, dando ênfase às orientações e informações, prejudicando a atenção às necessidades no viver cotidiano. Constatei, também, que a prática educativa daquelas enfermeiras carecia de sistematização, metodologia e de um referencial teórico definido.

Campebelli (1989, p.15), analisando estes aspectos, considera que, *“embora a maior parte das enfermeiras tenha a percepção da necessidade de uma sistematização, a utilização de um método, na prática, ainda é pequena e, em muitos casos, sob forma experimental. Mesmo nas unidades de enfermagem em que se conseguiu implantar um método de assistência, este geralmente não se dá sob forma definitiva em razão das inúmeras dificuldades encontradas para sua operacionalização.”*

Através daquele estudo, pude detectar que uma das causas, apontada

pelas enfermeiras como motivo da falta de sistematização, foi que a própria instituição na qual trabalham exige que suas funções sejam direcionadas para as atividades administrativas, havendo sobrecarga de atividades burocráticas, ficando dessa forma a assistência num segundo plano.

A princípio esta questão parece estar ligada ao conformismo, porém aponta o problema de se exigir uma postura questionadora por parte dos profissionais, pois estes, muitas vezes, estão sob constante pressão defrontando-se com várias outras dificuldades estruturais.

Para superar a falta de sistematização sugeri, naquela oportunidade, como forma de intervenção estudarmos a “Teoria da Aprendizagem Significativa”, de David Paul Ausubel. A escolha deste referencial teórico é justificada pelo fato de que a aprendizagem significativa proporciona condições para que as pessoas participem ativamente de seu processo de ensino-aprendizagem e colaborem de forma consciente para as necessidades sociais que passam a perceber. Em seguida, as enfermeiras acharam possível a sua aplicação e sugeriram que desenvolvêssemos o processo de ensino-aprendizagem nas palestras de Planejamento Familiar, que eram realizadas semanalmente, na Policlínica em questão, por uma das enfermeiras daquele estudo.

Após apresentação, discussão e compreensão do modelo teórico proposto, iniciamos, então, a construção do processo de ensino-aprendizagem, com elaboração de estratégias e materiais didáticos imprescindíveis para a concretização da aprendizagem significativa. Aplicamos, então, o modelo de ensino-aprendizagem construído por nós, contamos com a participação de cinco pessoas da comunidade, uma funcionária da Policlínica, a pesquisadora e a enfermeira que ministrou a palestra dentro da nossa proposta.

Avaliamos os nossos encontros, as reuniões, o que havíamos construído e a aplicação do processo de ensino-aprendizagem ocorrido. Houve

unanimidade na positividade e relevância do estudo, que proporcionou aumento do conhecimento dentro de um referencial teórico, além de mudanças na ministração das palestras. Percebemos que as clientes participaram mais da palestra, de maneira significativa, contribuindo para o seu aprendizado, aumentando consideravelmente o nível de seus conhecimentos e que precisaríamos revisar os conceitos de conhecimento em saúde, pois entendemos a importância de incluirmos também termos populares. Constatamos que havíamos conseguido desenvolver um processo de trabalho sistematizado.

Após essas considerações e refletindo sobre este estudo preliminar apresentado, acredito que a construção de um modelo teórico para o processo de aprendizagem foi de grande relevância para que as ações educativas das enfermeiras pudessem ser sistematizadas dentro de um referencial teórico, como também proporcionou-lhes condições para desenvolver um novo estilo de abordar a sua prática-assistencial.

A partir da minha trajetória de vida relacionada com a educação e a relevância que aquele estudo preliminar proporcionou, desenvolvi esta investigação com vistas à dissertação de mestrado com a participação das enfermeiras que atuam no Programa de Planejamento Familiar do Município de Itajaí-SC, visando a uma nova forma de aprender e ensinar saúde, pois oportunizou a reflexão dos profissionais envolvidos e possibilitou o envolvimento da comunidade.

Considero que para que ocorra a aprendizagem é de fundamental importância a sua sistematização. Por esta razão utilizei como referencial teórico norteador deste trabalho a “Teoria da Aprendizagem Significativa”, de David Paul Ausubel<sup>3</sup>, psicólogo educacional da linha

---

<sup>3</sup> David Paul Ausubel, psiquiatra e educador americano, propõe uma explicação teórica do processo de aprendizagem, segundo um ponto de vista cognitivista.

cognitivista<sup>4</sup>/construtivista.

David Paul Ausubel enfatiza a Aprendizagem Significativa, ou seja, o processo de adquirir significados a partir de material potencialmente significativo e suas implicações para a organização e funcionamento da estrutura cognitiva. Destaca a aquisição de conceitos claros, estáveis e diferenciados como fator preponderante na aprendizagem subsequente.

Conforme Demo (1995, p.26), *“teorias modernas têm feito esforços convincentes no sentido de mostrar como se dá o processo de construção de conhecimento, desde a primeira infância, com realce para a psicologia cognitiva e para a vertente do construtivismo. De modo geral, admite-se que o processo consta de fases que precisam ser ultrapassadas, à medida que as anteriores se completam e entram como insumo das seguintes. Essa estrutura dada é confrontada com habilidade cultural, que pode imprimir condições estimuladoras capazes de potenciar expressivamente as oportunidades de desenvolvimento da criança, na dupla direção da cidadania e do conhecimento”*.

Entre os autores que abordam a linha cognitivista e construtivista destacam-se Grossi & Bordin (1993), Grossi (1990), Hurtado (1993), Serbino & Bernardo (1992), Luckesi (1994), Cook-Gumperz (1991), Carraher (1988), Habermas (1989), entre outros.

O foco principal da Teoria de Ausubel (1980, p.137) *“é a de que o fator singular mais importante que influencia a aprendizagem é aquilo que o aprendiz já conhece”*. É reforçado por Demo (1995, p. 27), quando diz que *“para produzir conhecimento novo é mister partir do que já existe. O domínio do conhecimento disponível é peça essencial do processo construtivo”*.

---

<sup>4</sup> “A psicologia da cognição (cognitivismo) trata do processo da compreensão, transformação, armazenamento e uso da informação envolvida na cognição (atribuição de significados à realidade)” (Moreira, 1985, p. 64).

Ausubel destaca, ainda, que a essência do processo de aprendizagem significativa se encontra em idéias expressas simbolicamente e que estas são relacionadas, de forma não arbitrária e substantiva (não literal), às informações previamente adquiridas pelo aluno. Não se trata, portanto, de simples memorização (Rezende & Nascimento, 1988).

O referencial teórico de David Paul Ausubel fornece-nos uma interpretação muito clara do problema dos conceitos intuitivos. Tais conceitos ficam gravados na estrutura cognitiva dos indivíduos, porque adquirem significados para essas pessoas através de interação com outros conceitos, idéias ou proposições já existentes em sua organização cognitiva. Assim, vão se tornando cada vez mais estáveis, na medida em que a experiência cotidiana corrobora esses significados. Esses conceitos, segundo Ausubel, serão os fatores isolados mais importantes a influenciar a aprendizagem subsequente, pois atribui aos conceitos preexistentes na estrutura cognitiva do aprendiz um papel crucial na aprendizagem seguinte.

Esta constatação serviu para validar o que Ausubel defende: a nova informação interage com uma estrutura de conhecimento específico, que ele chama de subsunçores (subsumers)<sup>5</sup>, existentes na estrutura cognitiva do indivíduo. A aprendizagem significativa ocorre quando a nova informação ancora-se em conceitos relevantes preexistentes nessa estrutura cognitiva de quem aprende.

Nesse sentido, Moreira & Masini (1982, p.104) explicam o subsunçor como *“idéia (conceito ou proposição) mais ampla, que funciona como subordinador de outros conceitos na estrutura cognitiva e como ancoradouro no processo de assimilação. Como resultado dessa interação (ancoragem), o próprio subsunçor é modificado e diferenciado”*.

---

<sup>5</sup> Segundo Moreira (1983, p.62), “a palavra “subsunçor” não existe em português; trata-se de uma tentativa de aporuguesar a palavra inglesa “subsumer”. Seria mais ou menos equivalente a inseridor, facilitador ou subordinador”.

Ancoragem refere-se ao relacionamento, com os novos conteúdos, de idéias especificamente relevantes, disponíveis na estrutura cognitiva, com um nível de inclusão apropriado para proporcionar esse intercâmbio. Os subsunçores possuem suficiente *estabilidade e clareza* inerentes para proporcionar uma firme “ancoragem” aos conteúdos recém-aprendidos. É importante salientar que se esses subsunçores não existissem, o novo conteúdo teria que partir do zero, mecanicamente, ou seja, na base da ‘decoreba’ (Oliveira e Chadwick, 1984).

Para melhor compreensão desta teoria, apresento no próximo capítulo, uma teorização da mesma e sua aplicação na enfermagem.

Como a construção desta dissertação foi realizada com a participação das enfermeiras que atuam no Programa de Planejamento Familiar e por considerar este tema bastante polêmico, no desenrolar deste trabalho desenvolvo alguns aspectos teóricos, políticos e sociais do Planejamento Familiar. Dando continuidade, apresento os conceitos que serviram de alicerce dentro desta construção interativa e participativa, orientando-nos, de maneira significativa, para a nossa prática diária. A seguir, descrevo o caminho metodológico seguido nesta pesquisa direcionada para a educação em saúde.

Para concretizar o desenvolvimento desta dissertação com a aplicação do referencial teórico proposto bem como desenvolver ações educativas sistematizadas, podendo, desta maneira, implementar a assistência de enfermagem no nosso dia-a-dia, tracei os seguintes objetivos:

- \* Construir o processo sistematizado de educação em saúde aplicando o modelo de ensino-aprendizagem, baseado na “Teoria da Aprendizagem Significativa”, de David Paul Ausubel;

- \* Implementar o processo sistematizado de educação em saúde, no Programa de Planejamento Familiar, utilizando o modelo de ensino-aprendizagem construído;

\* Avaliar o processo sistematizado de educação em saúde aplicado pelas enfermeiras.

## 2. O CAMINHO PARA A CONSTRUÇÃO TEÓRICA

### 2.1. A “Teoria da Aprendizagem Significativa”, de David Paul Ausubel na Enfermagem

O interesse pelo referencial teórico da “Aprendizagem Significativa”, de David Paul Ausubel e sua aplicação na enfermagem surgiu por entender que esta teoria proporciona abordagens mais humanas e significativas de ensino-aprendizagem, cujo objetivo é o de facilitar a aprendizagem do aprendiz. O professor auxilia o aluno a assimilar a estrutura das disciplinas e a reorganizar sua própria estrutura cognitiva, mediante a aquisição de novos significados que podem gerar conceitos e princípios.

Conforme Moreira (1983, p.06), *“a linha cognitivista enfatiza o processo de cognição, através do qual o universo de significados do indivíduo tem origem: à medida que o ser se situa no mundo, estabelece relações de significação, isto é, atribui significados à realidade em que se encontra. Preocupa-se com o processo de compreensão, transformação, armazenamento e uso da informação envolvida na cognição, e procura identificar regularidades nesse processo. Ocupa-se, particularmente dos processos mentais.”*

Esses significados não são entidades estáticas, mas pontos de partida para a atribuição de outros significados. Tem origem, então, a estrutura cognitiva (os primeiros significados), constituindo-se nos “pontos básicos de ancoragem”, dos quais derivam outros significados (Moreira & Masini, 1982).

A aprendizagem como o “construto cognitivista” é compreendida como um processo de armazenamento de informações. A condensação em classes mais genéricas de conhecimentos, são incorporadas a uma estrutura no

intelecto do indivíduo, de modo que esta possa ser manipulada e utilizada no futuro.

Ausubel (1980) vê o armazenamento de informações como sendo altamente organizado, formando uma hierarquia conceitual na qual elementos mais específicos do conhecimento são ligados (e assimilados) a conceitos mais gerais, mais inclusivos. Baseia-se na premissa de que existe uma estrutura na qual a organização e a integração se processam. A isto denomina “Estrutura Cognitiva”, entendida como “*conteúdo total e organização das idéias de um dado indivíduo; ou, no contexto da aprendizagem de assuntos, conteúdo e organização de suas idéias naquela área particular de conhecimentos*” (ibid, p.524).

Segundo o ponto de vista ausubeliano, o primeiro e mais importante fator cognitivo a ser considerado no processo instrucional é a *estrutura cognitiva* do aprendiz<sup>6</sup> no momento da aprendizagem. E ela é, tanto em termos de conteúdo como de organização, em uma certa área de conhecimento, o principal fator que influencia a retenção e a aprendizagem significativa. Moreira (1983, p.62-63) explica como “*uma estrutura hierárquica de conceitos [que] são representações de experiências sensoriais do indivíduo*”.

Para que ocorra a aprendizagem significativa é necessário que haja uma relação entre o conteúdo a ser aprendido e aquilo que o aluno já sabe, particularmente com algum aspecto essencial da sua estrutura cognitiva como uma imagem, um conceito, uma proposição (Ronca, 1980).

A estrutura cognitiva pode ser influenciada de duas maneiras:

- *substantivamente*, pela apresentação ao aprendiz de conceitos e princípios unificadores e inclusivos, com maior poder explanatório e propriedades integradoras.

---

<sup>6</sup> Moreira & Masini (1982, p.7), explicam que “o termo ‘aprendiz’ é usado no sentido geral de ‘o ser que aprende’, e não no sentido específico de ‘aquele que aprende arte ou ofício’.”

- *programaticamente*, pelo emprego de métodos adequados de apresentação do conteúdo e utilização de princípios programáticos apropriados na organização seqüencial da matéria de ensino.

De acordo com Moreira & Masini (1982, p.04) “*é o complexo organizado resultante dos processos cognitivos, ou seja, dos processos mediante os quais se adquire e utiliza o conhecimento. Novas idéias e informações podem ser aprendidas e retidas na medida em que conceitos relevantes e inclusivos estejam adequadamente claros e disponíveis na estrutura cognitiva do indivíduo e funcionem, desta forma, como ponto de ancoragem para as novas idéias e conceitos*”.

A experiência cognitiva, pela influência do novo material, abrange modificações significativas nos atributos relevantes na estrutura cognitiva, ocorrendo assim um processo de interação pelo qual conceitos mais relevantes e inclusivos interagem com o novo material, funcionando como um ancoradouro, isto é, abrangendo e integrando o material novo e, ao mesmo tempo, modificando-se em função dessa ancoragem.

A aprendizagem significativa processa-se quando o material novo, idéias e informações que apresentam uma estrutura lógica, interage com conceitos relevantes e inclusivos, claros e disponíveis na estrutura cognitiva, sendo por ela assimilados, contribuindo para sua diferenciação, elaboração e estabilidade. Essa interação constitui, segundo Ausubel (1980, p.37-39), “*uma experiência consciente, claramente articulada e precisamente diferenciada, que emerge quando sinais, símbolos, conceitos e proposições potencialmente significativos são relacionados à estrutura cognitiva e nela incorporados*”.

Ausubel (1980, p.34) utiliza como conceito principal da sua teoria o de **aprendizagem significativa**, a qual “*envolve a aquisição de novos significados e os novos significados, por sua vez, são produtos da aprendizagem significativa. Ou seja, a emergência de novos significados no*

*aluno reflete o complemento de um processo de aprendizagem significativa”.*

Moreira (1983, p.62) elucida o conceito acima como: *“um processo através do qual uma nova informação relaciona-se com um aspecto relevante da estrutura de conhecimento do indivíduo”*. Sendo assim, este processo envolve a interação da nova informação com uma estrutura de conhecimento específica, a qual Ausubel define como “conceito subsunçor” ou apenas “subsunçor”. Ocorre a aprendizagem significativa quando a nova informação ancora-se em conceitos ou proposições relevantes preexistentes na estrutura cognitiva do aprendiz.

Em Enfermagem, se o aprendiz tem o conceito de “estado de saúde”, este pode servir de subsunçor para novas informações referentes ao cuidado, assistência, etc. Uma vez que estes novos conceitos são aprendidos de forma significativa, em associação com os conceitos gerais preexistentes de estado de saúde, este tornar-se-á mais elaborado, mais geral e mais subsunçor. O conceito de estado de saúde, por exemplo, incluirá os conceitos de prevenção, promoção, proteção e recuperação e ficará, portanto, mais diferenciado.

Para que realmente ocorra a aprendizagem significativa, deve-se considerar que: *“a essência do processo de aprendizagem significativa é que as idéias expressas simbolicamente são relacionadas às informações previamente adquiridas pelo aluno através de uma relação não arbitrária e substantiva (não literal). Uma relação não arbitrária e substantiva significa que as idéias são relacionadas a algum aspecto relevante existente na estrutura cognitiva do aluno, como, por exemplo, uma imagem, um símbolo, um conceito, ou uma proposição”* (Ausubel, 1980, p.34).

Segundo Moreira (1983), uma das condições para que ocorra a aprendizagem significativa é que o material a ser aprendido seja relacionável (ou incorporável) à estrutura cognitiva do aprendiz de maneira não arbitrária e também que o aprendiz tenha disponíveis os subsunçores adequados. Um

material com essa característica é dito “potencialmente significativo”.

Se o assunto a ser discutido for “Planejamento Familiar”, é importante que este esteja incorporado ao conhecimento do aluno e também que o aprendiz tenha na sua estrutura cognitiva os subsunçores que vão ancorar-se ao assunto discutido. O assunto “Planejamento Familiar” relaciona-se, por sua vez, com o funcionamento dos órgãos genitais masculino e feminino, que por sua vez relaciona-se com idéias de ciclo menstrual, fecundação, métodos anticoncepcionais, doenças sexualmente transmissíveis, higiene e assim por diante, num encadeamento geralmente coerente.

A outra condição é que o aprendiz manifeste uma disposição para relacionar, de maneira substantiva e não arbitrária, o novo material potencialmente significativo à sua estrutura cognitiva. Para Ausubel (1980) a aquisição de significados, enquanto fenômeno natural, ocorre em seres humanos particulares. Para que a aprendizagem significativa ocorra de fato, não é suficiente que as novas informações sejam simplesmente relacionadas (de forma não arbitrária e substantiva) à idéia correspondente relevante no sentido abstrato do termo. É também necessário que o conteúdo relevante esteja disponível. Portanto, o potencial significativo do material a ser aprendido varia não somente em relação à experiência educacional prévia como também a fatores como conhecimentos anteriores, idade, ocupação, cultura, classe social, etc.

Distinguindo da aprendizagem significativa, Ausubel (1980, p.521) define “aprendizagem mecânica” (ou automática), como sendo “*a aquisição de associações arbitrárias literais em situações de aprendizagem nas quais o próprio material de aprendizagem não pode ser relacionado não arbitrariamente ou substantivamente à estrutura cognitiva (isto é, não possui ‘significado lógico’) ou no qual o aprendiz apresenta uma disposição para uma aprendizagem não significativa*”.

Neste caso, corre-se o risco de não haver interação entre a nova informação e aquela já armazenada. Assim, o conhecimento adquirido fica facultativamente distribuído, sem ligar-se a conceitos subsunçores específicos.

O conteúdo, na aprendizagem mecânica, é relacionado com a estrutura cognitiva sem restrições, isto é, casual e ao pé da letra, o qual pode trazer ou não aquisição de significado. Acontece, por exemplo, na aprendizagem de um endereço ou de um número de telefone (Ronca, 1980).

Segundo Ausubel (1980), este relacionamento arbitrário e ao pé da letra, do material com a estrutura cognitiva, acarreta algumas conseqüências importantes para a aprendizagem: a retenção na memória se dá em um período breve de tempo, a não ser que haja uma super-aprendizagem através do uso contínuo. Ou por outro lado, a aprendizagem mecânica é mais vulnerável à interferência do material que foi aprendido anteriormente.

Na realidade, Ausubel não estabelece a distinção entre aprendizagem significativa e aprendizagem mecânica como sendo uma dicotomia e sim como um continuum. Isto é, se o aluno relacionar o conteúdo com o que já é sabido, ocorre a aprendizagem significativa, se o aluno tenta apenas memorizar o conteúdo novo, ocorre a aprendizagem mecânica.

Moreira (1983) declara que essa diferenciação não deve ser confundida com a distinção entre aprendizagem por recepção e aprendizagem por descoberta. Pois, segundo Ausubel, a aprendizagem significativa pode acontecer por recepção ou por descoberta. Na aprendizagem por recepção, o que deve ser aprendido é apresentado ao aprendiz de forma final, enquanto que na aprendizagem por descoberta o conteúdo central a ser aprendido deve ser descoberto pelo aprendiz. Contudo, após a descoberta em si a aprendizagem só é significativa se o conteúdo descoberto ligar-se a conceitos subsunçores relevantes já existentes, ou seja, se a nova informação incorporar-se de forma não arbitrária.

Na enfermagem, quando ensinamos a técnica de colocar a luva cirúrgica como um dos procedimentos assépticos, dever-se-ia estar incorporando ao conhecimento do aluno noções de microbiologia para que, em situações de risco como tocar a mão enluvada num local contaminado, os seus subsunçores relevantes (princípios de assepsia médico-cirúrgica, infecção) já existentes no seu conhecimento os alertem que está com a luva contaminada.

Ausubel (1980, p.525) recomenda o uso de “organizadores prévios” que sirvam de âncora para a nova aprendizagem e levem ao desenvolvimento de conceitos subsunçores que facilitem a aprendizagem seguinte. E o conceitua:

*“Organizadores prévios são materiais introdutórios apresentados num grau mais elevado de generalidade, inclusividade e abstração do que a própria tarefa de aprendizagem, e explicitamente relacionado tanto com as idéias relevantes existentes na estrutura cognitiva quanto à própria tarefa de aprendizagem; destinado a promover a aprendizagem subordinativa ao oferecer um arcabouço ideacional ou um esteio para a tarefa de aprendizagem e/ou ao aumentar a discriminabilidade das novas idéias a serem aprendidas em relação com as idéias já existentes na estrutura cognitiva; isto é, preencher o hiato entre aquilo que o aprendiz ‘já’ sabe e o que ele ‘precisa’ saber para aprender o material de aprendizagem mais rapidamente”.*

Desta forma, organizadores prévios são úteis para facilitar a aprendizagem na medida em que funcionam como “pontes cognitivas”.

Ausubel (1980) distingue três tipos de aprendizagem significativa:

- *1. Aprendizagem representacional* - é o tipo mais básico de aprendizagem significativa, do qual os demais dependem. Envolve a atribuição de significados a determinados símbolos (tipicamente palavras), isto é, a identificação, em significado, de símbolos com seus referentes (objetos,

eventos, conceitos). Os símbolos passam a significar para o indivíduo aquilo que seus referentes significam. Por exemplo: figura de uma mulher ou de um homem identificando por símbolos a toalete feminina ou masculina.

• 2. *Aprendizagem de Conceitos* - é, de certa forma, uma aprendizagem representacional por símbolos particulares, porém são genéricos ou categóricos, representam abstrações dos atributos essenciais dos referentes, isto é, representam regularidades em eventos ou objetos. Ausubel distingue duas modalidades principais na aquisição de conceitos: a formação de conceitos e a assimilação de conceitos.

A formação de conceitos é a aquisição espontânea e indutiva de idéias genéricas por meio da experiência empírico-concreta. Trata-se de um tipo de aprendizagem por descoberta, que envolve certos processos psicológicos, próprios da criança em idade escolar. Consiste, fundamentalmente, de um processo de abstração dos aspectos comuns característicos de uma classe de objetos ou eventos que varia contextualmente. Por exemplo: “casa”, “cachorro”, “carro”, “cavalo”, baseado na experiência concreta da criança. Moreira e Masini (1982) clarificam acrescentando que, para se chegar ao conceito de casa, a criança passa por inúmeras experiências que a levam a diferentes percepções de casa: grandes, pequenas, diferentes formas, cores, estruturas e assim por diante.

Os mesmos autores esclarecem que a assimilação de conceitos é característica das crianças de seis a sete anos, dos adolescentes e dos adultos, que adquirem novos conceitos pela recepção de seus atributos criteriosais e pelo relacionamento desses atributos com idéias relevantes, já estabelecidas, em sua estrutura cognitiva (ibid). Exemplificando, na enfermagem, quando vamos ensinar “Imunização” no processo de subsunção, novas informações interagem e são assimiladas por conceitos e proposições, que por sua vez são expressas por meio de conceitos relevantes, disponíveis na estrutura cognitiva. Neste

caso o aluno pode relacionar o conceito com Imunologia, anticorpos, antígenos e outros, ocorrendo a aprendizagem.

• 3. *Aprendizagem proporcional* - contrariamente à aprendizagem representacional, a tarefa não é aprender significativamente o que palavras isoladas ou combinadas representam e sim aprender o significado de idéias em formas de proposição. De modo geral, as palavras combinadas em uma sentença para constituir uma proposição representam conceitos. A tarefa, no entanto, também não é aprender o significado dos conceitos (embora seja pré-requisito) e sim o significado das idéias expressas verbalmente através de conceitos sob forma de uma proposição. Ou seja, a tarefa é aprender o significado que está além da soma dos significados das palavras ou conceitos que compõem a proposição.

Quando ensinamos “Planejamento Familiar”, a nova proposição não pode ser assimilada sob uma proposição mais abrangente, nem é capaz de assimilar proposições subordinadas já existentes na estrutura cognitiva. No entanto, ela é potencialmente significativa, porque é relacionável de maneira não arbitrária a características amplas de um conteúdo, de um modo geral relevante, existente na estrutura cognitiva, em função de sua congruência com esse conteúdo todo.

Clarificando e precisando o processo de aquisição e organização de significados, Ausubel (1980, p.57) propôs a “Teoria da Assimilação”, na qual *“a nova informação está relacionada aos aspectos relevantes, preexistentes da estrutura cognitiva e tanto a nova informação como a estrutura preexistentes são modificadas no processo. Grande parte da aprendizagem significativa é essencialmente a assimilação da nova informação”*.

Esta teoria ajuda a explicar como o conhecimento é organizado na estrutura cognitiva, pois mesmo após o aparecimento do significado, a relação entre idéias-âncora e as assimiladas permanece.

Segundo Ausubel (1980) esta “teoria” possui valor explanatório tanto para a aprendizagem como para a retenção, a qual é representada simbolicamente da seguinte maneira:

<i>Nova</i>		<i>Conceito subsunçor</i>	<i>Produto</i>
<i>Informação</i>	<i>Relacionada à</i>	<i>existente</i>	<i>interacional</i>
<i>potencialmente</i>	<i>→ e assimilada</i>	<i>→ na estrutura</i>	<i>→ (subsunçor</i>
<i>significativa</i>	<i>por</i>	<i>cognitiva</i>	<i>modificado)</i>
<b>a</b>		<b>A</b>	<b>A' a'</b>

Extraído de MOREIRA & MASINI (1982, p. 16).

Moreira (1983) explica que a assimilação é um processo que ocorre quando um conceito ou proposição “a”, potencialmente significativa, é assimilado sob uma idéia ou conceito mais inclusivo, já existente na estrutura cognitiva, como um exemplo, extensão, elaboração ou qualificação do mesmo. Tal como sugerido no diagrama, não só a nova informação “a” mas também o conceito subsunçor A, com a qual ela se relaciona, são modificados pela interação. Além disto, “a” e “A” permanecem relacionados como co-participantes de uma nova unidade “a’ A’” que nada mais é do que o subsunçor modificado.

Se o conceito de “Saúde Pública” deve ser aprendido por uma enfermeira que já possui o conceito de “Saúde” bem estabelecido em sua estrutura cognitiva, o novo conceito específico (Saúde Pública) será assimilado pelo conceito mais inclusivo, “Saúde”, já adquirido. Entretanto, considerando que o conceito de “saúde” que a enfermeira tinha elaborado era de pouca relevância, em contraposição aos outros que são de grande relevância, não somente o conceito de “Saúde Pública” adquirirá significado para a enfermeira, mas também o conceito geral de “saúde” que ela já tinha será modificado e tornar-se-á mais inclusivo.

Os conceitos constituem um aspecto importante da teoria da assimilação, uma vez que a compreensão e a solução criativa de problemas dependem amplamente da disponibilidade na estrutura cognitiva do aluno. Ausubel (1980) evidencia também que primeiro, os seres humanos interpretam a experiência perceptual em termos de conceitos próprios de suas estruturas cognitivas; e segundo, que os conceitos constituem a “matéria prima” tanto para a aprendizagem receptiva significativa como para a generalização das proposições significativas para solução de problemas.

Sustenta ainda o ponto de vista de que cada disciplina acadêmica tem uma estrutura articulada e hierarquicamente organizada de conceitos que constituem o sistema de informações dessa disciplina. Acredita que esses conceitos estruturais podem ser identificados e ensinados a um aluno, constituindo para ele um sistema de processamento de informações, um verdadeiro mapa intelectual que pode ser usado para analisar o domínio particular da disciplina e nela resolver problemas (ibid).

Destaca outra categorização de tipos de aprendizagem, ou seja *subordinada, superordenada e combinatória* que são compatíveis com a anterior: representacional, de conceitos e proposicional.

Moreira (1983) indica que o processo, segundo o qual a nova informação adquire significado através da interação com subsunçores, reflete uma relação de subordinação do novo material em relação à estrutura cognitiva preexistente. A esse tipo de aprendizagem dá-se o nome de *subordinada* e pode ser de duas espécies: subordinada derivativa e subordinada correlativa.

Na *subordinada derivativa*, a nova proposição é simplesmente ilustrada ou decorrente de uma proposição mais inclusiva já estabelecida na estrutura cognitiva. Exemplificando: se o aprendiz já conhece a proposição “Planejamento Familiar” como alguma coisa relacionada a ‘evitar a gravidez’, então a proposição específica “refletir em família o momento certo da

concepção” está subordinada “à opção do casal na escolha de um método anticoncepcional adequado”.

Na *subordinada correlativa*, as novas proposições são uma extensão, elaboração ou modificação de proposições previamente aprendidas. Na enfermagem, por exemplo, se o aluno já aprendeu o conceito de “inflamação” como algo que se manifesta localmente com calor e dor, poderá relacioná-la com a proposição: “*Se a lesão do tecido apresenta calor, inchaço, rubor e dor, então pode existir inflamação*”. Relacionando a informação nova ao que já conhece, o conceito de inflamação é modificado para incluir rubor e tumor.

A *aprendizagem superordenada* ocorre quando um conceito ou proposição potencialmente significativo pode abranger várias idéias ou conceitos já estabelecidos na estrutura cognitiva. À medida que ocorre a aprendizagem significativa, além da elaboração dos conceitos subsunçores é também possível a ocorrência de interações entre esses conceitos. Exemplificando: se o aluno de enfermagem desenvolve os conceitos de higiene, órgãos genitais, prevenção de doenças transmissíveis, entre outros, mais tarde ele aprende que todos esses são subordinados ao de “sexualidade”. Na proporção que o conceito de “sexualidade” é desenvolvido, os previamente aprendidos assumem a condição de subordinados e o de “sexualidade” representa uma aprendizagem superordenada.

A *aprendizagem combinatória* é a aprendizagem de proposições e, em menor escala, de conceitos que não guardam uma relação de subordinação ou superordenação com proposições ou conceitos específicos e sim com conteúdo amplo, relevante de uma maneira geral, existente na estrutura cognitiva. Moreira (1983) explica que a nova proposição não pode ser assimilada por outras já estabelecidas na estrutura cognitiva nem é capaz de assimilá-las. É como se a nova informação fosse potencialmente significativa por ser relacionável à estrutura cognitiva como um todo, de uma maneira geral, e não

com aspectos específicos dessa estrutura como ocorre na aprendizagem subordinada e mesmo na superordenada. Exemplificando, vamos supor que o conteúdo a ser aprendido agora seja AIDS. É uma proposição ampla, significativa, que não pode ser relacionada às idéias subordinativas nem às idéias superordenadas na estrutura cognitiva do aluno, mas é relacionável a um conjunto de conteúdos relevantes a esta estrutura.

Ausubel (1980) admite vários princípios que se referem à programação eficiente do conteúdo e são aplicáveis em qualquer que seja a área de conhecimentos.

Os princípios a que Ausubel se refere são: 1) Diferenciação progressiva, 2) Reconciliação integrativa, 3) Organização seqüencial e 4) Consolidação.

#### 1) *Diferenciação progressiva*

Quando os assuntos são programados de acordo com os princípios da diferenciação progressiva, as idéias mais gerais e mais inclusivas da disciplina são apresentadas em primeiro lugar. São, então, progressivamente diferenciadas, em termos de detalhe e especificidade. Esta ordem de apresentação supostamente corresponde à seqüência natural de aquisição da consciência e sofisticação cognitiva quando os seres humanos são espontaneamente expostos ou a um campo completamente desconhecido do conhecimento ou a um ramo desconhecido de um corpo de conhecimento familiar.

A diferenciação progressiva é vista como um princípio programático da matéria de ensino, segundo o qual as idéias, conceitos, proposições mais gerais e inclusivos do conteúdo devem ser apresentados no início da instrução e, progressivamente, diferenciados em termos de detalhe e especificidade.

Com estes pressupostos, Ausubel (1980) baseia-se em:

\* 1) É mais fácil para os seres humanos compreender os aspectos diferenciados de um modo previamente aprendido, mais inclusivo, do que

formular o todo inclusivo a partir das suas partes diferenciadas previamente aprendidas.

\* 2) Num indivíduo, a organização do conteúdo de uma disciplina particular consiste de uma estrutura hierárquica na sua própria mente. As idéias mais inclusivas ocupam uma posição no topo destas estruturas e abrangem proposições, conceitos e dados factuais progressivamente menos inclusivos e mais diferenciados.

Ausubel (1980) considera este princípio bastante evidente, porém leva em conta que não é muito respeitado, pois na prática, muitos professores costumam separar o conteúdo a ser ministrado por tópicos ou em unidades distintas, sem levar em consideração os diferentes níveis de abstração e generalidade. Assim, em muitos casos, o professor exige que o aluno aprenda detalhes, aspectos particulares de uma nova disciplina, antes que tenha adquirido um corpo de conhecimento em nível apropriado de “inclusividade”. Deduz, então, que o aluno tratará o material potencialmente significativo de uma forma mecânica e a aprendizagem também será mecânica.

Dentro deste princípio, o autor faz muitas críticas ao ensino das ciências ditas exatas como Matemática, Física, Química, etc., em que se baseiam principalmente na repetição mecânica de fórmulas, na aprendizagem de problemas-padrões e na manipulação repetitiva de símbolos, dos quais, muitas vezes, os alunos não percebem o significado, pois lhes faltam idéias amplas que possam servir como pontos de ancoragem, e o único caminho que lhes resta é aprender “dicas” para serem aprovados (ibid).

## *2) Reconciliação Integrativa*

Este é o princípio segundo o qual a instrução deve também explorar relações entre idéias, apontar similaridades e diferenças importantes e reconciliar discrepâncias reais ou aparentes. Portanto, a programação do conteúdo deve não só proporcionar a diferenciação progressiva, mas atingir a

reconciliação integrativa explorando, explicitamente, relações de proposições e conceitos, chamar atenção para diferenças e similaridades importantes e reconciliar inconsistências reais ou aparentes.

Ausubel (1980) diz que em situações práticas de aprendizagem, muitas vezes a dificuldade maior não está na discriminabilidade, mas sim na aparente contradição entre os conceitos novos e idéias já estabelecidas na estrutura cognitiva. Frente a esta dificuldade, o aluno poderá descartar uma nova proposição válida; tentar departamentalizá-la com aspecto isolado, sem ligá-la a conhecimentos anteriores, ou, ainda, para facilitar, buscar uma reconciliação integrativa sob subsunção mais inclusivo.

Este princípio propõe que, na apresentação de um conteúdo, o professor procure tornar claras as semelhanças e diferenças entre idéias, quando estas são encontradas em vários contextos. Torna-se necessário, quando um professor quer ensinar algum conceito que para determinada ciência tem um significado e para o senso comum outro. Na Enfermagem, por exemplo, vamos ensinar o conceito de “cuidado”. Neste caso, segundo Leininger (1985, p.261) ‘cuidado’ “ *se refere às atividades de assistência, apoio, ou facilitadoras para com outro indivíduo ou grupo com necessidades evidentes ou previstas, para amenizar ou melhorar a condição humana de vida*”. Para o senso comum, “cuidado” significa atenção, precaução, cautela, zelo, etc (Ferreira, 1986). Portanto, dois significados bem distintos que precisam ser percebidos como tais pelos alunos.

### 3) *Organização Seqüencial*

Ausubel (1980) relata que a disponibilidade de idéias de esteio relevantes para utilização na aprendizagem verbal significativa e na retenção pode, obviamente, ser maximizada, se tirar-se proveito das dependências seqüenciais naturais existentes na disciplina e do fato de que a compreensão de um dado tópico, muitas vezes pressupõe a compreensão prévia de algum

tópico relacionado. Ao organizar, na medida do possível, a ordem dos tópicos num dado campo de conhecimento de acordo com estas dependências seqüenciais, a aprendizagem de cada unidade, por sua vez, se torna uma realidade de direito próprio. Também constitui um arcabouço ideacional especificamente relevante para o próximo item na seqüência.

A organização seqüencial das tarefas de aprendizagem se apóia, em parte, no efeito facilitador geral da disponibilidade das idéias de esteio relevantes na estrutura cognitiva sobre a aprendizagem significativa e a retenção. Para cada tópico dado, entretanto, há o problema da averiguação acerca de qual é a seqüência particular mais eficiente. Isto envolve considerações da análise lógica da tarefa, diferenciação progressiva, nível evolutivo do funcionamento cognitivo, reconciliação integrativa e hierarquias de aprendizagem.

#### 4) *Consolidação*

Segundo Ausubel (1980) este tipo de aprendizagem pressupõe, naturalmente, que o passo precedente seja sempre claro, estável e bem organizado. Do contrário, a aprendizagem dos passos subseqüentes é posta em perigo. Deste modo, um material novo na seqüência nunca deveria ser introduzido até que todas as etapas prévias tivessem sido completamente dominadas. A consolidação, obtém-se mediante a confirmação, correção, clarificação, prática diferencial e revisão no decurso da exposição repetida, com retroalimentação, ao material de aprendizagem.

Ausubel também relata que, insistindo na consolidação ou mestria do que está sendo estudado, antes que novos materiais sejam introduzidos, assegura-se contínua prontidão na matéria de ensino e sucesso na aprendizagem seqüencialmente organizada (ibid).

Para planejar a instrução consistentemente com a Teoria de David Ausubel, Moreira e Masini (1982, p.43-44) explicam que: “*deve-se*

*primeiramente identificar os conceitos e as relações hierárquicas entre elas para, então, sequenciar o conteúdo (coerentemente com as relações e hierarquias conceituais) em ordem descendente de inclusividade (tanto entre unidades como dentro de cada unidade), tirando vantagem das dependências sequenciais naturais entre os tópicos. Além disso, a fim de promover a reconciliação integrativa, esforço explícito deve ser feito para explorar relações entre conceitos ou idéias e apontar similaridades e diferenças. (Isto pode ser atingindo ‘descendo e subindo’ nas hierarquias conceituais e referindo-se aos conceitos e idéias mais gerais, à medida que novas informações são apresentadas). A instrução deve também insistir em consolidação ou mestria do conteúdo, antes da introdução de novos materiais”.*

A ênfase que Ausubel destaca “*naquilo que o aprendiz já sabe*”, como fator isolado mais importante influenciando a aprendizagem subsequente, está sempre implícita nos princípios anteriormente mencionados: esses princípios programáticos organizacionais destinam-se a tornar os materiais instrucionais potencialmente significativos para os aprendizes, e organizadores prévios devem ser usados sempre que necessário.

Moreira (1983) afirma que o papel do professor na facilitação da aprendizagem significativa envolve pelo menos quatro tarefas fundamentais:

\* 1) Determinar a estrutura conceitual e proposicional da matéria de ensino. Isto é, identificar os conceitos e princípios unificadores, inclusivos, com maior poder explanatório e propriedades integradoras, e organizá-los hierarquicamente de modo que, progressivamente, abranjam os menos inclusivos até chegar aos exemplos e dados específicos.

\* 2) Identificar quais os subsunçores (conceitos, proposições e idéias claras, precisas, estáveis) relevantes à aprendizagem do conteúdo a ser ensinado, que o aluno deveria ter em sua estrutura cognitiva para poder

aprender significativamente este conteúdo.

\* 3) Diagnosticar aquilo que o aluno já sabe; determinar, dentre os subsunçores especificamente relevantes (previamente identificados ao “mapear” e organizar a matéria de ensino), quais os que estão disponíveis na estrutura cognitiva do aluno.

\* 4) Ensinar utilizando recursos e princípios que facilitem a passagem da estrutura conceitual da matéria de ensino para a estrutura cognitiva do aluno de uma maneira significativa. A tarefa do professor aqui é a de auxiliar o aluno a assimilar a estrutura da matéria de ensino e organizar sua estrutura cognitiva nessa área de conhecimentos, através da aquisição de significados claros, estáveis e transferíveis. Para isto, deve-se considerar não só a estrutura conceitual da matéria de ensino, mas também a estrutura cognitiva do aluno desde o início da instrução e tomar providências adequadas como, por exemplo, usando organizadores, se a mesma não for adequada.

Para clarificar a exposição apresentada e como instrumento para nortear o meu caminho metodológico, criei o quadro sinótico apresentado na página 30, baseado na “Teoria da Aprendizagem Significativa” de David Paul Ausubel (Figura 01).

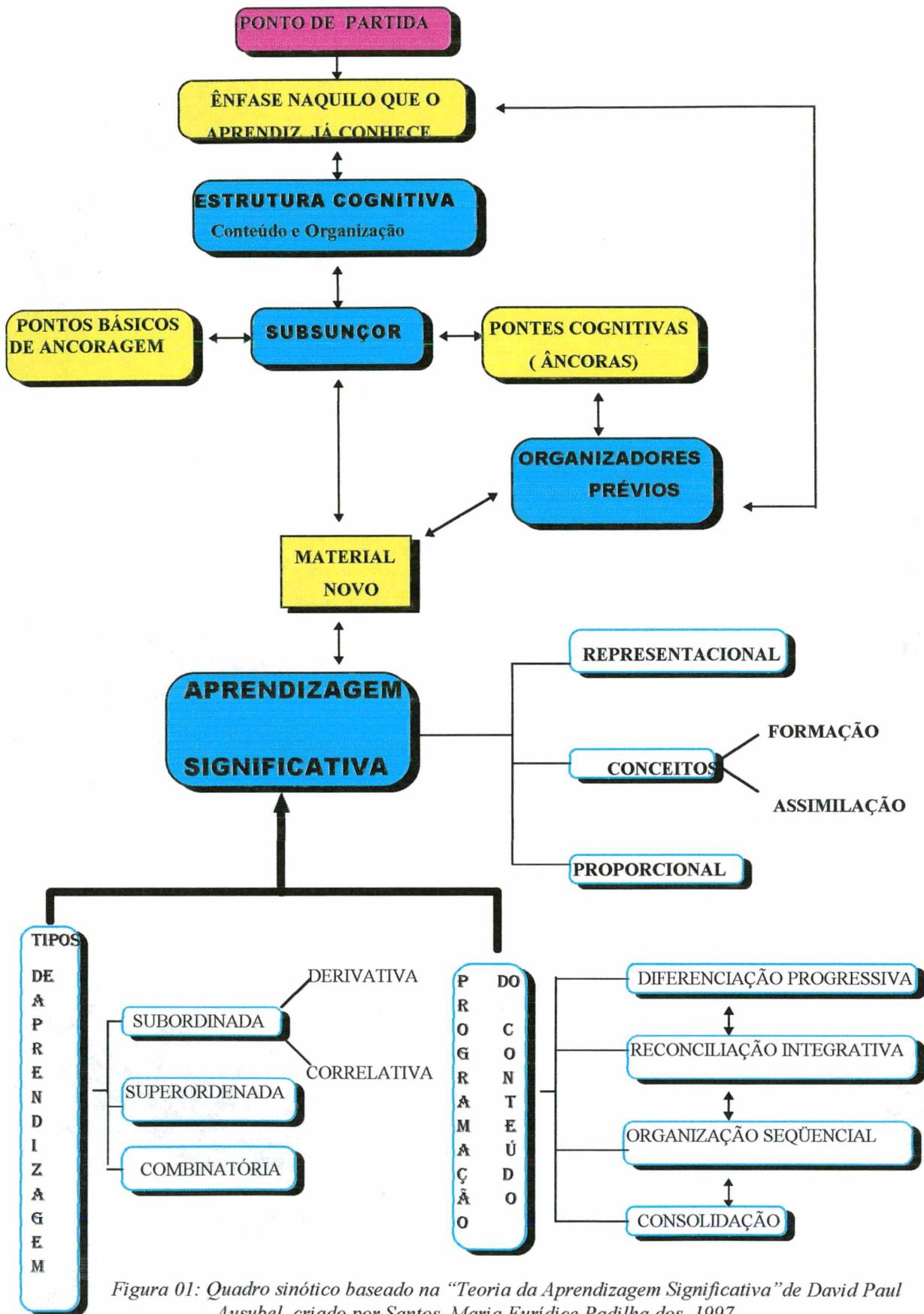


Figura 01: Quadro sinótico baseado na "Teoria da Aprendizagem Significativa" de David Paul Ausubel, criado por Santos, Maria Eurídice Padilha dos, 1997.

## **2.2. Os Aspectos Teóricos do Planejamento Familiar**

Esta investigação foi desenvolvida com enfermeiras que trabalham com Planejamento Familiar. Sendo este tema bastante polêmico, considero importante analisar alguns aspectos.

### **2.2.1. Aspectos Políticos do Planejamento Familiar**

Reportando à história das práticas reprodutivas do Brasil, percebe-se que o Estado diferencia dois momentos, com orientações opostas. O primeiro com concepções voltadas para a necessidade de expandir o contingente populacional e o segundo, baseado nas idéias neomalthusianas amplamente difundidas, que associavam os níveis de pobreza ao “excesso” de população (Nunes, 1994).

Alvarez (1987) referencia que essa distinção, preconizada por um governo autoritário, característica da década de 60-70 com o regime militar, é que determina a resistência política do controle da fecundidade. A Segurança Nacional seguia uma ideologia expansionista e é convocada para justificar a necessidade do crescimento populacional, que tinha como função garantir as fronteiras territoriais. Outro componente ideológico, que aparece como sustentação do Estado autoritário, é a defesa da família, servindo de exemplo para as políticas pró-natalistas do regime.

Essa posição do Estado começa a se reverter pelos anos 70, quando vários programas de governo conduziram ao controle da natalidade, provocando um declínio acentuado (em torno de 24%) na taxa de fecundidade (Nunes, 1994).

Em 1980, ainda sob o regime autoritário, o governo torna prioridade o

controle populacional, após a instalação de uma CPI sobre o crescimento populacional em 1983, no governo do General Figueiredo. Isto ocorre, principalmente, devido às pressões internacionais, em face do crescente endividamento do país. A ideologia neomalthusiana informa esse novo posicionamento da política estatal, propondo-se a anticoncepção como solução para os problemas econômicos e sociais (ibid).

A esse respeito a mesma autora acrescenta que: *“a nova postura governamental não se traduz, porém, em programas eficazes de assistência à saúde da mulher. Ao contrário, recorre-se a medidas parciais e isoladas, como a distribuição indiscriminada de pílulas ou a facilitação do acesso à esterilização gratuita, sem um serviço médico adequado nem acompanhamento e orientações necessárias”* (ibid,p.178-179).

### **2.2.2. Aspectos Religiosos do Planejamento Familiar**

Em contraposição ao Estado, o posicionamento da Igreja Católica apresenta-se, historicamente, como uma instância incentivadora da natalidade. A partir de 1967, a Igreja passou a defender publicamente sua posição neste assunto e a rejeitar qualquer tipo de programa oficial de planejamento familiar, devido à proposta do programa de natalidade por parte de órgãos norte-americanos (Nunes, 1994).

A posição da Igreja Católica apresenta, na realidade, grande ambigüidade, pois oficialmente opõe-se ao controle da fecundidade, mas, no entanto, reconhece a atuação do Estado quanto à necessidade de se adotar uma política demográfica, desde que sejam respeitados certos critérios éticos.

Nunes (1994, p.181-182) analisa que o posicionamento da igreja tem caráter político e social e, sendo assim, *“Opõe-se às proposições controlistas inspiradas no neomalthusianismo e à ingerência estrangeira em assuntos*

*sobre os quais deve ser resguardada a soberania nacional. Defende que o casal deve ter autonomia na decisão a respeito do número de filhos que deseja ter. Essa 'autonomia' porém, tem um limite claro: a Igreja Católica mantém como própria do clero a competência para definir o que é moralmente aceitável ou não, em termos das relações matrimoniais e do comportamento sexual em geral."*

E acrescenta algumas mudanças fundamentais, as quais a Igreja aceita a legalidade de uma *'regulação da prole'*, todavia, para delimitar o seu posicionamento da não aceitação ao que diz respeito ao controle dos nascimentos ou da atual *'mentalidade anticoncepcional'*, declara a *'paternidade responsável'*. Através deste princípio, aceita a legitimidade da limitação, desde que os casais tenham a responsabilidade de uma união legitimada, pela Igreja, através *'do sacramento do matrimônio'*, e não pelo Estado ou qualquer outra instituição da sociedade (ibid, p.182).

A esse respeito Ribeiro (1994, p.151) registra as conclusões da minoria da Comissão Pontifícia, que não conseguiu chegar a um acordo, publicada por Paulo VI, em 1968, na encíclica *Humanae Vitae* (1969), *"que reiterava o ensinamento tradicional: além de condenar a esterilização e o aborto, admitia como único método anticoncepcional lícito a abstenção periódica"*. No mundo todo, foi grande a reação originada pela encíclica. Nos dias de hoje, uma nova encíclica denominada *Veritatis Splendor*, publicada pelo atual papa João Paulo II (1993), reitera a perspectiva de seu predecessor.

Através de pesquisa realizada pela autora, especificamente com um grupo de mulheres das Comunidades Eclesiais de Base (CEBs), de Nova Iguaçu - Rio de Janeiro, constata-se que as normas propostas ou impostas pela Igreja não são seguidas pelas entrevistadas, pois segundo elas, o discurso oficial é *"uma teoria que não se consegue seguir na prática"*, porque *"a realidade da gente é outra"* (ibid, p.155). Verifica-se que quase todas as

entrevistadas usavam ou tinham usado vários métodos anticoncepcionais e que prevalecia o uso da pílula anticoncepcional. Um fato alarmante que chamou à atenção foi a alta proporção de laqueaduras: das 26 mulheres entrevistadas, 17 encontravam-se definitivamente esterilizadas, indo em contradição à doutrina oficial da Igreja ( *ibid*, p.160).

Esta é uma confirmação que não se diferencia de outras mulheres dos setores populares, pois de acordo com a BEMFAM (1986), a proporção de uso de métodos anticoncepcionais é comparável à dos Estados Unidos, onde dois terços das mulheres de 15 a 44 anos, vivendo em união legal ou consensual, fazem uso de algum tipo de anticoncepcional. Conforme Correa & Ávila (1989), a maioria das mulheres utiliza basicamente dois métodos: pílula anticoncepcional ou esterilização definitiva, sendo que esta última ocupa o primeiro lugar. No Brasil, as laqueaduras atingem 75% das esterilizações femininas e estas ocorrem no momento do parto, aumentando, assim, o índice de cesarianas desnecessárias.

Atualmente, são intensas as discussões que a Igreja trava não apenas quanto à questão da anticoncepção, mas também a polêmica e controvertida temática do aborto. Há um longo caminho a percorrer, pois a complexidade desta problemática no interior da Igreja, sugere ainda amplos debates.

Ribeiro (1994, p.171) referencia que *“na defesa da vida em seu sentido integral, entendido enquanto possibilidade de viver todas as suas dimensões, recusando sua redução à simples reprodução biológica; na descoberta da importância da decisão pessoal e de sua própria responsabilidade, na medida em que cada um/a é sujeito de seus próprios atos; na valorização da participação e do sentido profundo da democracia, enquanto direitos de todos - trazendo, implícita ou explicitamente, uma crítica ao autoritarismo, inclusive o eclesial - as mulheres vão desenhando um novo discurso e descobrindo sua identidade enquanto mulheres e enquanto membros de uma*

*Igreja que se renova permanentemente”.*

### **2.2.3. Aspectos Sociais do Planejamento Familiar**

É importante ressaltar que, desde o surgimento do movimento feminista, na década de 60, este colocou a questão da saúde das mulheres como central em sua agenda de lutas. Isto porque grande parte da opressão que as mulheres vivenciam incide em, e opera-se através de seu corpo e sua sexualidade (Azeredo, 1994).

A Comissão de Cidadania e Reprodução elaborou um texto citado por Nunes (1994, p.179), em que mostra a trajetória da luta organizada das mulheres por seus direitos na área da saúde e complementa *“(...) a questão da saúde reprodutiva e a questão da violência contra a mulher constituíram-se, na década de 80, nas principais reivindicações do movimento de mulheres por todo o país. No entanto, o final da década e início dos anos 90 revelam que a saúde reprodutiva, como os demais direitos sociais, tem sido tratada como assunto não prioritário pelo Estado. Na atual conjuntura de privatização do Estado brasileiro e esvaziamento das políticas públicas voltadas para as camadas pobres da população, a saúde passa a ser cada vez mais precária, o que se revela, em especial, nos próprios dados estatísticos oficiais”.*

No contexto da Reforma Sanitária, na década de 80, que visava à implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), o enfoque da atenção à saúde da mulher foi ampliado, incluindo a assistência a patologias ginecológicas, gestações de risco e planejamento familiar. Desta forma, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM/MS/1983) começa a se caracterizar dentro de uma assistência primária de saúde pela maior responsabilidade dos Municípios e dos Estados pela regionalização e

hierarquização de ações e pela delegação de funções entre as equipes de saúde (Marcon, 1989).

Azeredo (1994, p.7) considera importante a participação ativa das pessoas para resolverem seus problemas de saúde, deixando, assim, de serem apenas “pacientes” e considera uma definição abrangente de saúde: *“como direito básico de todos os seres humanos, a saúde está diretamente associada à noção de cidadania. Por outro lado, relaciona-se diretamente à forma como os seres humanos vivem sua sexualidade e reprodução”*.

Vários programas de políticas populacionais tentam reduzir a todo custo a natalidade, sem considerar a saúde das mulheres, seus direitos e suas vidas. Em contradição a esses programas, foi formulada a noção de direitos reprodutivos, que correspondem aos direitos das mulheres regularem sua própria sexualidade e reprodução, bem como de exigirem que os homens assumam responsabilidade pelas conseqüências do exercício de sua sexualidade (ibid).

Para Caldiz, Malosetti e Bayardo (1994, p.52) *“os direitos reprodutivos não podem considerar-se meramente em função da reprodução biológica, mas a partir da reprodução social, o que implica tensão entre uma formulação universal e uma formulação relativista desses direitos. Os direitos individuais têm diferentes significados nos distintos estilos de desenvolvimento, nos diferentes setores e grupos sociais e em cada grupo familiar. Sua formulação deve ser suficientemente ampla para permitir contemplar especificidades e problemas sociais e culturais diversos. Por outro lado, não podem limitar-se a um conjunto de estipulações políticas sociais referidas à mulher, mas desenvolvidas praticamente às suas custas. Para serem verdadeiros direitos, devem ser visualizados pelas próprias interessadas como tal, no que se refere a possibilidades de tomar decisões individuais”*.

A essa referência Nunes ( 1994, p.184) diz que *“a reflexão feminina atual em torno dos direitos reprodutivos insere-se no contexto mais amplo da discussão sobre a cidadania das mulheres. A possibilidade de optar livremente por ter ou evitar filhos aparece como fundamental ao exercício pleno da cidadania pela população feminina”*. Dentro deste contexto, é importante ressaltar a questão da atenção à saúde integral da mulher bem como a questão política essencial para que a mulher possa exercer plenamente a sua cidadania.

A impossibilidade de acesso da mulher às instâncias das questões como a concepção, o parto, a anticoncepção e o aborto, as quais são colocadas dentro de um mesmo contexto como fatos interligados, remete a mulher para um lugar de opressão. Quanto a esta questão Ávila (1992, p.5) acrescenta que *“sendo pressuposto básico a inclusão da função reprodutiva dentro da esfera da cidadania, isto deve significar, nos termos em que é formulado, dotá-la de sentido ético, político e percebê-lo como um lugar de responsabilidade e ainda como receptor de benefícios sociais”*.

A controvérsia da opressão da mulher é histórica, ainda encontramos papéis de gênero fortemente estereotipados e um sistema de normas e valores em relação aos sexos. Caldiz, Malosetti e Bayardo (1994, p.62) em uma pesquisa realizada com adolescentes, em Bariloche, Argentina, detectaram que muitas delas ainda acham que: *“o âmbito da mulher é a casa, o do homem a rua; a mulher deve ser passiva, submissa e dependente, o homem ativo, agressivo e independente; a mulher não deve ter iniciativa sexual nem experiências variadas, o homem deve ter experiência precoce e com múltiplas companheiras”*.

Levando em conta essas considerações e tendo como pressuposto que essa questão não é privilégio só das adolescentes de Bariloche, mas que essa concepção, dependendo da cultura, nível de escolaridade e condições de vida,

ainda está arraigada no cotidiano de muitas mulheres, a busca da cidadania, de seus direitos, muitas vezes, torna-se uma questão de difícil solução.

Ainda para estes autores, *“a definição de saúde sexual, isto é, que se considera um funcionamento saudável e o uso apropriado da sexualidade, é um conceito cultural relacionado a um sistema de valores. Os valores atualmente contemplados na definição da OMS - Organização Mundial de Saúde (1978), são: acordo mútuo, satisfação de ambos, conhecimento e aceitação da sexualidade do companheiro”* (ibid, p.64).

No estudo preliminar elaborado com o diagnóstico situacional a que se seguiu esta investigação, verificou-se que nas reuniões sobre planejamento familiar o comparecimento das mulheres era isolado, apesar dos convites para que trouxessem seus companheiros, nenhum compareceu. Isto fez com que incentivássemos as participantes para que levassem o seu aprendizado mais os informativos que receberam para casa e discutissem com eles a escolha do método anticoncepcional de mútuo acordo (Santos,1995).

Infelizmente, a subordinação da mulher faz com que os direitos reprodutivos sejam uma problemática exclusiva do sexo feminino. No entanto, creio que a questão da anticoncepção deve ser encarada com responsabilidade compartilhada, de procriação responsável, tornando capazes, tanto os homens como as mulheres, através de educação e informação, a tomar decisões que sejam verdadeiramente escolhas para uma melhoria na qualidade de vida.

Caldiz, Malosetti e Bayardo (1994, p. 71) acreditam que *“o problema da falta de anticoncepção tem raízes em vários aspectos do imaginário feminino, a saber, os mecanismos de negação, ausência de reflexão sobre a possibilidade de gravidez, delegação das decisões a respeito, escassa autovalorização, sujeição aos imperativos masculinos e culpabilização do sexo. No entanto, o fator mais grave é a desinformação, que tem papel decisivo e não depende da mera vontade das jovens. Mesmo que tenham*

*engravadar e desejem cuidar-se, teriam dificuldade de acesso ao conhecimento sobre os métodos disponíveis - e, muito mais, à possibilidade de escolha-, considerando o melindre e resistência gerados pelas políticas natalistas, em nível escolar, médico e dos meios de comunicação”.*

A sociedade brasileira caracteriza-se por uma estrutura patriarcal. Este fator faz com que a anticoncepção tenha como ponto de referência a maternidade, sendo este o papel definidor da identidade feminina.

A este respeito Ribeiro (1994, p. 155) acrescenta que esta percepção apresenta sempre ambigüidades e *“reconhecer a importância da maternidade não obscurece a consciência do peso e das limitações que esta implica. Além do desgaste físico e emocional, estão muito presentes também os encargos que significam os filhos, agravados permanentemente pela precariedade das condições de vida, que representa o pano de fundo constante do cotidiano de algumas mulheres. (...) Reconhecer simultaneamente a dimensão de realização e as dificuldades inerentes ao processo reprodutivo significa também perceber que não se consegue falar de maternidade sem colocar imediatamente a possibilidade de controlá-la/ e ou limitá-la”.*

Compreendo que muitas mulheres considerem que a maternidade é inerente a elas e que os filhos são algo natural em suas vidas. Por outro lado as suas condições econômicas, de moradia, alimentação, lazer, etc., as obrigam a procurar alguma forma de “dar um tempo” ou de resolver definitivamente os seus problemas.

Ribeiro (1994, p.145) considera que *“a anticoncepção, entendida como a capacidade de interferir no processo reprodutivo humano para regular a fecundidade, é uma característica do mundo moderno. Sendo a reprodução uma dimensão central da condição humana, sempre houve, em todas as culturas, tentativas de controlá-la. Entretanto em nossa época, essa problemática ganhou uma importância especial, tanto em sua perspectiva*

*peçoal - que diz respeito à capacidade individual de determinar o número de filhos - quanto na perspectiva social, que se refere à interferência no crescimento da população como um todo”.*

Califano (1998) referencia que de acordo com o Instituto Alan Guttmacher, em Nova York, oito em cada dez gestações ocorridas em mulheres na faixa etária dos 40 anos são indesejadas, não foram planejadas. A mesma proporção se dá às mulheres grávidas com menos de 20 anos.

As práticas anticoncepcionais, como qualquer fenômeno humano, estão inseridas numa dimensão histórica. Desde o início da civilização já encontramos tentativas de regular a fecundidade. Nas culturas mais antigas, registra-se o uso de unguentos, esponjas e substâncias ácidas, além de variados tipos de ervas anticoncepcionais. No Antigo Testamento, já era mencionado o coito interrompido e, há 3000 anos, os egípcios já usavam o preservativo e a camisinha. Desde épocas remotas, o aborto já era praticado. Embora conhecidas, essas práticas não eram propagadas. Por volta de 1850, foram industrializados os primeiros artefatos anticoncepcionais: preservativos, pessários e diafragmas. Já em nosso século, os médicos Ogino (Japão, 1924) e Knauss (Áustria, 1929), descobriram a possibilidade de evitar ou espaçar os nascimentos pelo recurso aos períodos agênicos da mulher. É o conhecido método da “tabelinha”. A primeira pílula anticoncepcional surgiu em 1960, seguida mais tarde, por outros tipos de pílulas e pelo DIU - Dispositivo Intra-Uterino (Ribeiro, 1994).

A mesma autora cita que existem diversidades de métodos anticoncepcionais, porém não existe um método ideal. A maioria tem vantagens e desvantagens específicas e seu uso pode produzir efeitos colaterais, trazendo problemas de saúde, de equilíbrio psíquico e emocional ou de vivência da sexualidade. Sua eficácia é variável, há métodos mais eficazes e outros menos; mas nenhum método oferece garantia total (ibid).

A eficácia dos métodos pode estar comprometida, mesmo naqueles que apresentam, teoricamente, alta taxa de eficácia, vários são os fatores responsáveis, entre eles: a interferência de elementos culturais e emocionais podem levar a utilização equivocada. A esse respeito a autora acrescenta: *“sendo seu fundamento último o desejo de não ter filhos, a ambigüidade entre o querer/não querer está freqüentemente presente. Sobretudo nos casos em que a vontade de evitar a gravidez é conseqüência de imposições externas, alheias ao desejo mais profundo de ter um filho, produz-se um conflito interno - ainda que muitas vezes inconsciente - que leva à incapacidade de praticar efetivamente a anticoncepção”* (ibid, p.148).

Atualmente, há enorme diversidade de métodos anticoncepcionais, que podem ser classificados em cinco categorias: métodos comportamentais (Tabelinha, Billings ou da Ovulação e Temperatura); de barreira (preservativos masculino e feminino, Diafragmas e geléias ou espermicidas); métodos hormonais (pílulas anticoncepcionais, injetáveis e implantes); mecânico ou intrauterino (DIU) e métodos cirúrgicos (Vasectomia e Laqueadura ou ligadura de trompas) (Díaz e Goodson, 1995).

A seguir, uso a descrição de Califano (1998) para apresentar alguns métodos anticoncepcionais mais conhecidos e utilizados na nossa atualidade:

- O DIU atual é considerado um dos melhores e mais seguros contraceptivos, ao contrário do DIU comercializado na década de 70, responsável por infecções, infertilidade e algumas mortes. Atualmente, o dispositivo mais usado nos Estados Unidos é o ParaGard, pequena peça de plástico revestida de cobre que é inserida no útero e visa impedir o acesso do espermatozóide ao óvulo. Sua durabilidade é de dez anos. Outro dispositivo é o chamado Progestasert, contém hormônio progesterona e é eficaz por um ano. É indicado para mulheres que vivem relação estável e não planejam gravidez próxima. Não é indicado para mulheres com histórias de inflamação

pélvica. Tem como vantagens: oferecer proteção de longo prazo, ser reversível, a inserção é rápida e indolor, causando apenas leve desconforto. O Progestasert também ameniza cólicas e reduz o fluxo menstrual. O DIU de cobre tem a desvantagem de causar aumento do fluxo menstrual. E nenhum dos dois tipos de DIU apresentados oferece proteção contra as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST).

- A pílula anticoncepcional é um contraceptivo ingerido oralmente que possui a combinação de dois hormônios, progesterona e estrogênio, responsáveis pela inibição da ovulação. É indicada para mulheres com um parceiro constante e que procuram máxima segurança anticoncepcional. Tem as vantagens de ser um método simples, seguro e que oferece benefícios à saúde: após quatro anos de uso, reduz a incidência de câncer do endométrio e do ovário, inibe o aparecimento de quistos benignos na mama, evita anemias e previne doenças inflamatórias. Como desvantagens pode-se citar os efeitos colaterais que podem incluir flacidez nos seios, enjôo, aumento de peso e dores de cabeça que tendem a desaparecer após dois ou três meses. Estudos apontam que a pílula agrava o risco de enfarte entre fumantes acima de 35 anos. Deve ser ingerida diariamente e não oferece proteção contra DST.

- A minipílula é outro contraceptivo oral atual, possui este nome porque contém baixíssima dosagem de progesterona e não tem estrogênio. Impede que o espermatozóide atinja o óvulo através de espessamento do muco cervical. É indicada para mulheres que estejam amamentando. Reduz - mas não por completo - a fertilidade e também o fluxo menstrual, sendo melhor opção para mulheres anêmicas ou de fluxo muito intenso. Tem como vantagens provocar menos reações adversas do que a pílula, pois não contém estrogênio. Como desvantagens pode causar sangramentos irregulares, não oferece proteção contra DST e o índice de falha é sensivelmente maior do que a pílula convencional. Deve ser ingerida diariamente, pois este método não oferece

segurança em caso de esquecimento. O erro de apenas um dia pode resultar em gravidez.

- Outro método é o Norplant. São seis cápsulas flexíveis, do tamanho de palitos de fósforo, inseridas pelo médico sob a camada cutânea do braço. É uma das alternativas mais eficazes no mercado. Elas liberam quantidade de progesterona suficiente para inibir a ovulação pelo período de cinco anos. Neste período, a margem de falha é inferior a 1%. É indicado para mulheres em período de amamentação, que não têm a intenção de engravidar nos próximos anos, ou que querem evitar preocupações quanto a uma gravidez acidental. Tem as vantagens de ser facilmente reversível, pois após a remoção, o efeito se desfaz em questão de dias e as possibilidades de engravidar são semelhantes às de mulheres que nunca usaram Norplant. Além disso, alguns especialistas estão certos de que este método, assim como a pílula, é eficaz na prevenção de câncer endometrial e ovariano. Como desvantagens: não oferece proteção contra DST, pode causar náuseas e sangramentos irregulares.

- O Depo-Provera, aprovado em 1992, é um método que vem sendo usado por mais de 30 milhões de mulheres em cem países nas três últimas décadas. Este contraceptivo é uma injeção de progesterona sintética, capaz de suprimir a ovulação pelo período de 11 a 13 semanas. É indicado para mulheres em período de amamentação que desejam retardar a chegada de mais filhos ou aquelas que se esquecem com frequência da pílula. Tem a vantagem de oferecer ao organismo vários dos benefícios da pílula e não requer ingestão diária. Após cerca de um ano, o fluxo menstrual pode vir a desaparecer por completo. Como desvantagens, incluímos os efeitos colaterais que podem incluir dores de cabeça, aumento de peso, depressão, além de menstruação mais intensa e frequente. Não oferece proteção contra DST e são necessárias quatro injeções por ano. A fertilidade só é recuperada dez meses após a última aplicação.

- Na classificação dos métodos de barreira estão incluídos os diafragmas usados com geléia ou espuma espermicida, preservativo masculino e preservativo feminino. Este último consiste num tubo maleável de poliuretano cuja extremidade fechada é acoplada ao colo do útero - como um diafragma. A parte aberta sai pela vagina. Todos esses métodos impedem o contato do espermatozóide com o óvulo. É indicado para mulheres em período de amamentação, planejando gravidez próxima ou com atividade sexual esporádica. Também podem solucionar a secura vaginal. Tem as vantagens de possuírem preço acessível, não oferecerem riscos à saúde e proporcionarem segurança contra DST. Como desvantagens: podem comprometer a espontaneidade e têm aplicação complicada. Preservativos podem romper-se. A colocação do diafragma pode ser problemática e é possível aumentar o risco de infecções urinárias.

- Como método anticoncepcional definitivo, a laqueadura ou ligadura de trompas é um procedimento cirúrgico que bloqueia as trompas de Falópio, impedindo que o espermatozóide atinja o óvulo. A esterilização é o segundo método contraceptivo mais utilizado entre mulheres nos Estados Unidos. É indicado para mulheres decididas a não terem mais filhos. Tem a vantagem de proporcionar sexo sem preocupação para o resto da vida. Como desvantagens, não oferece proteção contra DST. Além disso, não é completamente seguro. Embora somente uma a cada 200 mulheres esterilizadas engravide no primeiro ano, o índice de falha a partir do décimo ano aumenta para uma a cada 50 mulheres. Como qualquer cirurgia, o procedimento oferece riscos. Dependendo de como é realizado, o trabalho não pode ser revertido com facilidade.

Considero a participação do companheiro fundamental na escolha do método anticoncepcional, pois a responsabilidade não é apenas da mulher. Assim descrevo a seguir os métodos anticoncepcionais masculinos mais comuns:

- Os preservativos são também conhecidos como condom, camisinha, camisa-de-vênus. São invólucros de borracha macia que se adaptam exatamente ao pênis ereto. Deve haver uma folga na extremidade do preservativo para que o sêmen seja coletado. É um método confiável de contracepção, se for utilizado de forma adequada e persistente. Sua eficácia passa para 98%, quando os preservativos são usados em combinação com um espermicida vaginal (Burroughs, 1995). Tem a vantagem de proteger contra doenças sexualmente transmissíveis inclusive a AIDS e permite que o homem e mulher sejam responsáveis pelo planejamento de uma gravidez. Só o ajuste certo impede a entrada de ar proporcionando a pressão adequada e evitando o seu rompimento.

- A Vasectomia é uma cirurgia feita nos órgãos genitais do homem que liga os canais deferentes. Ela bloqueia a passagem dos espermatozóides. Os espermatozóides podem permanecer nos canais deferentes até dois meses após a cirurgia. Por isso, um método adicional de anticoncepção deve ser usado neste período. A Vasectomia não interfere no prazer sexual masculino (Burroughs, 1995). É um método irreversível, portanto, deve ser adotado por pessoas com absoluta certeza de sua decisão de não ter mais filhos. Atualmente existe um método cirúrgico mais sofisticado que consiste em colocar um tubo no canal deferente, interrompendo, assim, a passagem dos espermatozóides. Este método é de fácil reversão.

Nas últimas décadas, o processo de produção de modernos métodos anticoncepcionais cresceu consideravelmente. O acesso a esses novos métodos faz com que a possibilidade da anticoncepção esteja ao alcance de todos. Essa transformação, que ocorreu não só em nível das práticas anticoncepcionais, mas também em nível ideológico, faz com que as percepções e os valores a respeito da anticoncepção venham mudando, configurando uma nova “cultura anticoncepcional” (Ribeiro, 1994).

A autora relata ainda que *“as práticas abortivas, por sua vez, representam uma problemática distinta. Embora possam ser utilizadas como anticoncepcionais, possuem uma característica específica; atuam já não mais para evitar a concepção mas, uma vez que esta já se deu, impedem sua evolução. Isto faz com que sejam objeto de intensas polêmicas, sendo, em vários países, penalizadas por lei”* (ibid, p.148). No Brasil, o aborto é penalizado pela atual legislação brasileira: artigo 128 do Decreto-lei 2848 de setembro de 1940, com exceção aos casos de estupro e de risco de vida da mãe.

Kyriakos (1996) reforça que, em nenhum caso, o aborto, deve ser promovido como método de planejamento familiar. Todos os governos e relevantes organizações intergovernamentais e não governamentais insistem no seu comprometimento com a saúde das mulheres consideram o impacto do aborto inseguro na saúde como um grave problema de saúde pública, e pode-se reduzir o recurso ao aborto através da expansão e da melhoria dos serviços de planejamento familiar.

No entanto, esta prática, apesar de violar a lei penal, se generalizou, favorecendo a criminalidade e elevando índice de mortalidade de gestantes. Formaram-se vários grupos antiabortos, religiosos e não religiosos, que travam violenta reação quanto a esta questão.

Em contrapartida, será discutido, no presente ano, anteprojeto apresentado por comissão de juristas que estudam a reforma do Código Penal, a pedido do Ministério da Justiça, que sugere a ampliação das exceções dos casos de aborto em mais duas situações: casos de má formação do feto por deficiência física ou mental, e de riscos de dano à saúde da mulher (Diário Catarinense, 1998).

Acredito que todas essas questões são amplamente complexas, polêmicas e de difícil resolução, principalmente dependendo da cultura, valores e crenças de cada pessoa. A questão do planejamento familiar está

ligada à necessidade dos indivíduos optarem ou não em ter filhos. Para isso, precisam ter consciência e saber decidir sobre qual método anticoncepcional é mais adequado para o casal.

A esse respeito, considero necessário ressaltar a importância da participação das pessoas na busca de suas necessidades de saúde e de suas soluções. Isso só acontecerá quando estas pessoas estiverem conscientes de seus direitos e responsabilidades. Entendo que, através da educação em saúde, as pessoas envolvidas deverão participar de todo o processo educativo visando, assim, à melhoria das condições de saúde.

Frente a estas considerações, apresento a seguir, alguns conceitos que serviram como alicerce nesta construção teórica.

### **2.3. A Construção de Conceitos**

Trentini (1987) afirma que existem diversas maneiras pelas quais o homem adquire conhecimento, entre as quais destaca: tradição, autoridade, experiência da vida diária, ou através da maneira mais comum que é o conhecimento sistematizado, o qual inclui o desenvolvimento de teorias e pesquisas. Teoria e pesquisa vêm da prática, e interagem uma melhorando a outra.

Para Minayo (1993, p.92) *“toda construção teórica é um sistema cujas vigas mestras estão representadas pelos conceitos. Os conceitos são as unidades de significação que definem a forma e o conteúdo de uma teoria. Podemos considerá-los como operações mentais que refletem certo ponto de vista a respeito da realidade, pois focalizam determinados aspectos dos fenômenos, hierarquizando-os. Desta forma eles, se tornam um caminho de ordenação da realidade, de olhar os fatos e as relações e, ao mesmo tempo*

*um caminho de criação”.*

De acordo com Patrício (1990, p.53) *“os marcos conceituais e as teorias de enfermagem têm-se constituído em elementos de referências fundamentais, tanto para a prática de assistência como para a conquista de novos conhecimentos para o ‘saber da enfermagem’”*. A autora afirma a importância de ter um marco referencial para a prática profissional e ressalta a importância de haver uma fundamentação teórica que guie e oriente esta prática.

Entendo que as teorias de enfermagem refletem diferentes realidades e que as mesmas são elaboradas a partir do ambiente sócio-cultural em que se vive, que dependem dos interesses da época e da experiência educacional da teórica.

Baseada na minha trajetória profissional, na análise e reflexão da realidade procurei traçar meu caminho, buscando um direcionamento teórico, que embasou este trabalho. Para isto, usei como alicerce alguns conceitos das teóricas de enfermagem Josephine E. Paterson e Loretta T. Zderad, o referencial teórico em David Paul Ausubel e de outros autores. Os pressupostos foram construídos com o objetivo de perceber um fenômeno e de guiar este trabalho de modo abrangente.

## • ENFERMAGEM

Paterson & Zderad (1976, p.19) conceituam *“a situação de enfermagem é um tipo particular de situação humana em que a relação inter-humana é intencionalmente voltada ao cuidado com o bem-estar ou o estar melhor de uma pessoa, com necessidades perceptíveis, relacionadas com a qualidade de vida da saúde-doença”*.

A enfermagem pressupõe um encontro especial de seres humanos.

Acha-se preocupada com o estar peculiar do indivíduo e com sua luta na busca do vir-a-ser. A consideração essencial em enfermagem é a perspectiva do mundo que o cliente tem.

A enfermagem é uma profissão social, trabalha com seres humanos em um processo dinâmico de interação e contribui na viabilização da conquista da cidadania.

O enfermeiro, enquanto educador, e o educando estabelecem uma relação que é o processo educacional. *“Como educadores, privilegiemos a educação para todos, com acesso igual, numa sociedade de cidadãos livres e conscientes, não de escravos e aprisionados pela ignorância e falta de acesso a seus direitos”* (Schmarczek, 1992, p.100).

A enfermagem e a cotidianidade estão interligados ao viver saudável, pois favorece as condições no seu processo de viver. Allen (1981, p.153), diz que *“podemos encarar a enfermagem voltada para um viver saudável como propiciando um ambiente no qual indivíduos, famílias ou grupos possam aprender. Isto significa que a enfermagem modela: a estrutura para o aprendizado através do acesso ao conhecimento e à informação; situações onde se possa discutir, partilhar e trabalhar com outros que estejam engajados em objetivos similares; oportunidades para examinar, analisar, planejar e testar aspectos do comportamento em saúde com os profissionais de saúde; oportunidades para que a comunidade participe em programas educacionais para a saúde e que avalie seu próprio estado de saúde, bem como o de suas famílias”*.

A enfermagem, através do processo educativo, proporcionará aos seres humanos a reelaboração de antigos conceitos, a aquisição de novas informações por trocas e experiências que lhes proporcionam reformulações apropriadas, onde o enfermeiro atuará como facilitador na busca de significados.

Dentro deste contexto, penso ser importante salientar o processo de comunicação como instrumento imprescindível para a interação e inter-relação dos conceitos propostos, no sentido de destacar crenças, valores, comportamentos, experiências, significados, conhecimentos e emoções de cada um.

#### • SERES HUMANOS

*“O homem é um ser individual, necessariamente relacionado com outros homens, no tempo e no espaço. Assim, como cada homem se acha com obrigações para com outros homens por seu nascimento e desenvolvimento, a interdependência é inerente à situação humana... [e] a existência humana à coexistência”* (Paterson & Zderad, 1976, p.16).

Neste estudo, os seres humanos focalizados são as colegas de profissão, a equipe de saúde, os clientes, a família, seus amigos e todos os indivíduos que convivem numa dada comunidade. São seres que têm uma história de vida singular que precisa ser respeitada e possuem uma inata necessidade para desenvolver ações para manter a vida, a saúde e o bem estar. Caracterizam-se como capazes, abertos a opções, com valores e como manifestação única de seu passado, presente e futuro. Paterson & Zderad (1976) sugerem que é através das relações com os outros que o ser humano vem-a-ser, permitindo que a individualidade única de cada pessoa se realize.

Para os seres humanos, alguns fenômenos são mais importantes que outros. Neste estudo, pretendo destacar o *Planejamento Familiar* como uma forma de ampliar seus conhecimentos, proporcionando condições para interagirem neste assunto. As colegas de profissão e a equipe de saúde terão a oportunidade de multiplicar os seus conhecimentos para outros seres humanos, num partilhar e trocar informações para que, de uma forma consciente,

tenham a oportunidade de escolher o caminho de um viver saudável.

## • EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Segundo Silva, Gonzaga e Penna (1992, p.85) *“a educação em saúde tem se apresentado como uma das dimensões da assistência que concretamente instrumentaliza o processo de redefinição da cidadania. Uma educação para a saúde que busque, além de informar, conscientizar, capacitar e organizar os indivíduos em sua emancipação, respeitando sua autonomia. Uma educação que tenha como essência a construção do homem e da sociedade enquanto sujeitos de sua própria história”*.

A educação em saúde deve basear-se na natureza do processo de aprendizagem. Ausubel (1980) considera que assim como os fatores intrapessoais e situacionais interagem em seus efeitos, sobre a aprendizagem, as variáveis cognitiva e afetivo-social também influenciam concomitantemente este processo.

Dentro dos fatores intrapessoais o autor, destaca:

- Variáveis da estrutura cognitiva - que denomina como propriedades fundamentais e organizacionais de conhecimento, previamente adquirido em uma área específica, que são relevantes para a assimilação de novos conhecimentos na mesma área. Uma vez que o conhecimento de um determinado assunto tende a organizar-se de forma seqüencial e hierárquica, o que o indivíduo já sabe em uma determinada área e o domínio que tem sobre ela obviamente influenciam a própria prontidão para a associação de novos aprendizados.

- Desenvolvimento da prontidão - refere ao tipo particular de prontidão que reflete o estágio de desenvolvimento, as aptidões e modos de funcionamento intelectual característicos daquele estágio. O equipamento

cognitivo de um aluno de 15 anos, obviamente o capacita para um tipo de tarefas de aprendizagem diferente daquele de um aluno de 6 ou 10 anos.

- Aptidão intelectual - o êxito de um aluno depende do grau relativo de aptidão escolar geral do indivíduo e sua estabilidade relativa com respeito a aptidões cognitivas mais diferenciadas ou especializadas.

- Fatores motivacionais e atitudinais - a vontade de saber, necessidade de realização e auto-realização bem como o interesse num tipo particular de assunto, afetam condições relevantes de aprendizagem, como a vivacidade, atenção, níveis de esforço, persistência e concentração.

- Fatores de personalidade - diferenças individuais no nível e tipos de motivação, ajustamento pessoal, outras características da personalidade e nível de ansiedade são fatores subjetivos que produzem efeitos profundos sobre os aspectos quantitativos e qualitativos do processo de aprendizagem.

Como fatores situacionais, Ausubel (1980) destaca:

- \* Prática - a sua frequência, distribuição, métodos e condições gerais, incluindo a retroalimentação ou avaliação de resultados.

- \* A classificação das disciplinas acadêmicas - em termos de quantidade, dificuldade, duração de cada etapa, fundamento lógico, seqüência, ritmo e utilização de recursos didáticos.

- \* Fatores sociais e grupais - o clima de sala de aula, a cooperação e competição, a estratificação social, a desvantagem cultural e a segregação racial.

- \* Características do professor - capacidades cognitivas, conhecimento da matéria, competência pedagógica, personalidade e comportamento.

Como fatores cognitivos e afetivo-social, Ausubel inclui os fatores intelectuais relativamente objetivos aos fatores cognitivos, bem como inclui os determinantes subjetivos e interpessoais da aprendizagem aos fatores afetivo-social.

Os seres humanos estão situados num mundo onde o indivíduo interage com pessoas num contexto social, respeitando seus significados, promove condições para que elas participem ativamente de seu processo de ensino-aprendizagem e passem a contribuir de modo consciente para as necessidades sociais que passam a perceber.

Ausubel (1980, p.26) diz que, *“a aprendizagem escolar não se dá num vácuo social, mas somente em relação a outros indivíduos que geram reações emocionais pessoais, ou serve como representações impessoais da cultura”*.

A educação em saúde ajudará os seres humanos a formarem a sua percepção de Planejamento Familiar, de forma a desenvolverem uma consciência a respeito do método anticoncepcional mais adequado para o seu caso, contribuindo para um viver saudável e conseqüentemente a melhoria da qualidade de vida.

#### • PLANEJAMENTO FAMILIAR

O Planejamento Familiar proporcionará condições para que os seres humanos, dentro de uma visão ampla de sua realidade, tenham condições de rever seus conceitos, de obterem uma maior valorização de si mesmos, de seus corpos, suas personalidades bem como respeito ao outro.

Oliveira et al (1992, p.6) acreditam que *“o conceito de planejamento familiar é mais abrangente do que a simples escolha de métodos anticoncepcionais: a discussão entre o casal sobre número de filhos envolve também a questão da mulher e da sexualidade, além de condições de moradia, saneamento, trabalho, educação, lazer, etc.; enfim, qualidade de vida”*.

Os seres humanos poderão ter uma vida sexual segura e satisfatória, pois tem a capacidade de decidir livremente se e quando ter filhos e também o

espaçamento entre eles.

Schiavo (1990, p.48) propõe uma concepção holística de Planejamento Familiar e o conceitua: *“Planejamento Familiar é a organização social, afetiva, reprodutiva e política da família; e família, a própria comunidade”*.

A World Health Organization, apud Agostini et al (1988,p.23), referencia que o *“planejamento familiar relaciona-se com qualidade de vida, de determinada população. Trata-se de um modo de pensar e da existência adotada voluntariamente, por casais e pessoas, permitindo-lhes decidirem pela limitação do número de filhos e espaçamento entre eles, baseado em conhecimentos, atitudes e decisões tomadas com sentido responsável, a fim de promover a saúde e o bem-estar da família e contribuir para o desenvolvimento econômico e social do país”*.

Blay (1993, p.433) reconhece que os programas de planejamento familiar contribuem para a redução da gravidez de risco, e que estes são inseparáveis das políticas sociais e, em particular, dos programas de saúde e educação. *“Nesse sentido, devem ser também objetivos do planejamento familiar a redução da morbimortalidade materna e infantil, a prevenção dos riscos da fecundidade adolescente, a prevenção do aborto e o combate à esterilidade e às doenças sexualmente transmissíveis”*.

Dentro deste contexto penso ser imprescindível o uso do processo educativo, pois através do conhecimento de seu corpo, da sexualidade os casais poderão optar, de modo consciente, pelo uso ou não de método anticoncepcional, como também terão oportunidade de fazer questionamentos, esclarecer dúvidas, aumentando, assim, o significado dos seus próprios conceitos. Permitirá o acesso livre de homens e mulheres à informações sobre os métodos contraceptivos seguros, eficazes, aceitáveis e economicamente acessíveis, de sua livre escolha, admitidos pela legislação. Sendo assim, uso a educação em saúde num partilhar, em que todos os seres humanos envolvidos

poderão participar desse processo como também terão direito ao acesso aos serviços de saúde, de tal forma que a mulher tenha garantidos gravidez e parto seguros e que os casais tenham a chance de um nascituro saudável.

## • FAMÍLIA

De acordo com Henckemaier, Benedix e Cardoso (1995, p.20-21) o GAPEFAM (Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação na área da Família), conceitua família, *“como uma unidade dinâmica constituída por pessoas que se percebem como família, que convivem por determinado espaço de tempo, com uma estrutura e organização para atingir objetivos comuns e construindo uma história de vida. Os membros da família estão unidos por laços consanguíneos, de adoção, interesse e/ou afetividade. Tem identidade própria, possui, cria e transmite crenças, valores e conhecimentos comuns influenciados por sua cultura e nível sócio-econômico. A família tem direitos e responsabilidades, vive em um determinado ambiente em interação com outras pessoas e famílias, creche, posto de saúde e outras instituições em diversos níveis de aproximação. Define objetivos e promove meios para o crescimento e desenvolvimento contínuo do seu processo de viver”*.

Prado (1985) analisa a família como uma instituição social que se modifica em resposta às transformações sociais que acontecem num determinado sistema social de uma determinada época. Uma de suas funções mais significativas é a reprodução e a inserção de indivíduos que retroalimentarão o sistema social dominante.

O estilo que as famílias adotam para cuidar e socializar seus filhos é determinado pelas características culturais de um determinado grupo social, de acordo com a organização familiar dominante, o sistema econômico vigente, de acumulação ou de consumo, e os valores que permeiam uma determinada

sociedade.

Tenho como pressuposto que a família tem a capacidade de buscar o seu viver saudável, de acordo com as suas crenças e valores. A enfermagem é potencialmente capaz de atender às necessidades na melhoria de vida da família.

Como família, neste estudo, serão considerados todos os seres humanos que participam e interagem em busca de um mesmo objetivo. Através do Programa de Planejamento Familiar, poderemos partilhar, interagir e trocar informações com os seres humanos envolvidos, respeitando suas opiniões e decisões, visando a um acordo mútuo, consciente e responsável, entre os casais, na questão da anticoncepção.

## • CULTURA

Segundo Japiassu e Marcondes (1991, p.63), o conceito de cultura possui um duplo sentido antropológico:

a). *“a cultura é o conjunto das representações e dos comportamentos adquiridos pelo homem enquanto ser social”.*

b). *“a cultura é o processo dinâmico de socialização pelo qual todos esses fatos de cultura se comunicam e se impõem, em determinada sociedade, seja pelos processos educacionais propriamente ditos, seja pela difusão das informações em grande escala, a todas as estruturas sociais, mediante os meios de comunicação de massa. Nesse sentido, a cultura praticamente se identifica com o ‘modo de vida’ de uma população determinada, vale dizer, com todo esse conjunto de regras e comportamentos pelos quais as instituições adquirem um significado para os agentes sociais e através dos quais elas se encarnam em condutas mais ou menos codificadas”.*

Dentro desse contexto, acredito que os seres humanos estão situados

num meio físico, cultural, econômico e político interagindo-se dinamicamente.

A cultura está relacionada a um conjunto de crenças, valores, práticas e comportamentos, capazes de mudanças, pois através do processo educativo estará criando e conhecendo novos valores, crenças e informações. Através das reuniões sobre Planejamento Familiar, a enfermagem respeitará as diferenças culturais existentes dentro dos grupos sociais. Os seres humanos terão a oportunidade de interagir com outros seres humanos, em condições de afetividade e interesse em um processo dinâmico e contínuo capaz de possíveis mudanças de comportamentos em busca de um viver saudável.

#### • CIDADANIA

O compromisso com a construção da cidadania pede inevitavelmente uma prática educacional voltada para a compreensão da realidade social e dos direitos e responsabilidades em relação à vida pessoal, coletiva e ambiental.

Conforme Silva, Gonzaga e Penna (1992, p.84) *“por ser social, a cidadania é histórica, isto é, construída e conquistada. Sendo construída, a cidadania legítima requer a participação efetiva da sociedade, pois é redimensionada a medida em que a população organizada faz valer seus interesses”*.

Concordo com Saviani (1986) quando diz que a cidadania se constrói no processo de viver através das relações sociais e cuja conquista se dá por um processo educativo. E a enfermagem por ser uma profissão voltada à assistência pode contribuir, através da educação em saúde, para que os seres humanos participem, de forma consciente, para um viver saudável. O qual especificamente, neste trabalho, relaciona-se diretamente à forma como os seres humanos vivem sua sexualidade e reprodução.

## • VIVER SAUDÁVEL

O viver saudável é entendido como um processo de viver, de estar envolvido em cada momento, de encontrar sentido na vida. Os seres humanos encontram significado para sua existência, através do partilhar, do relacionar-se com os outros, na vontade de estar aberto às experiências da vida. Nós nos tornamos mais, através das relações que criamos uns com os outros (Paterson & Zderad, 1976).

Considerando que a família interage com este conceito, referencio Henckemaier, Benedix e Cardoso (1995, p.21), quando citam que o GAPEFAM, tem como marco conceitual para a família no *processo de viver saudável*, “*aquele em que a família identifica sua situação de vida, reflete sobre seus direitos e responsabilidades, define prioridades, enfrenta crises, conflitos e contradições, buscando soluções, promovendo e provendo meios para o desenvolvimento contínuo de seu processo de viver e o de seus membros. O processo de viver inicia na concepção do ser humano até sua transcendência, desenvolvendo-se continuamente a partir de todos os eventos, acontecimentos, situações que descrevem sua história de vida, através de suas interações sociais. Envolve todas as relações existentes do ambiente e as mudanças que estas provocam no viver coletivamente*”.

Nessa perspectiva, desenvolvi este estudo através deste partilhar, indo ao encontro da melhoria das condições de vida e através do processo educativo em saúde promovendo os seres humanos envolvidos situações que favoreçam o seu viver saudável de forma consciente.

## 2.4. A Interrelação dos Conceitos

No desenrolar desta dissertação procurei, a cada passo, interrelacionar os conceitos, de maneira que se efetuasse a interação do processo de ensino-aprendizagem, de modo significativo, no cotidiano da prática de enfermagem. Para isto criei a seguinte imagem (Figura 02):

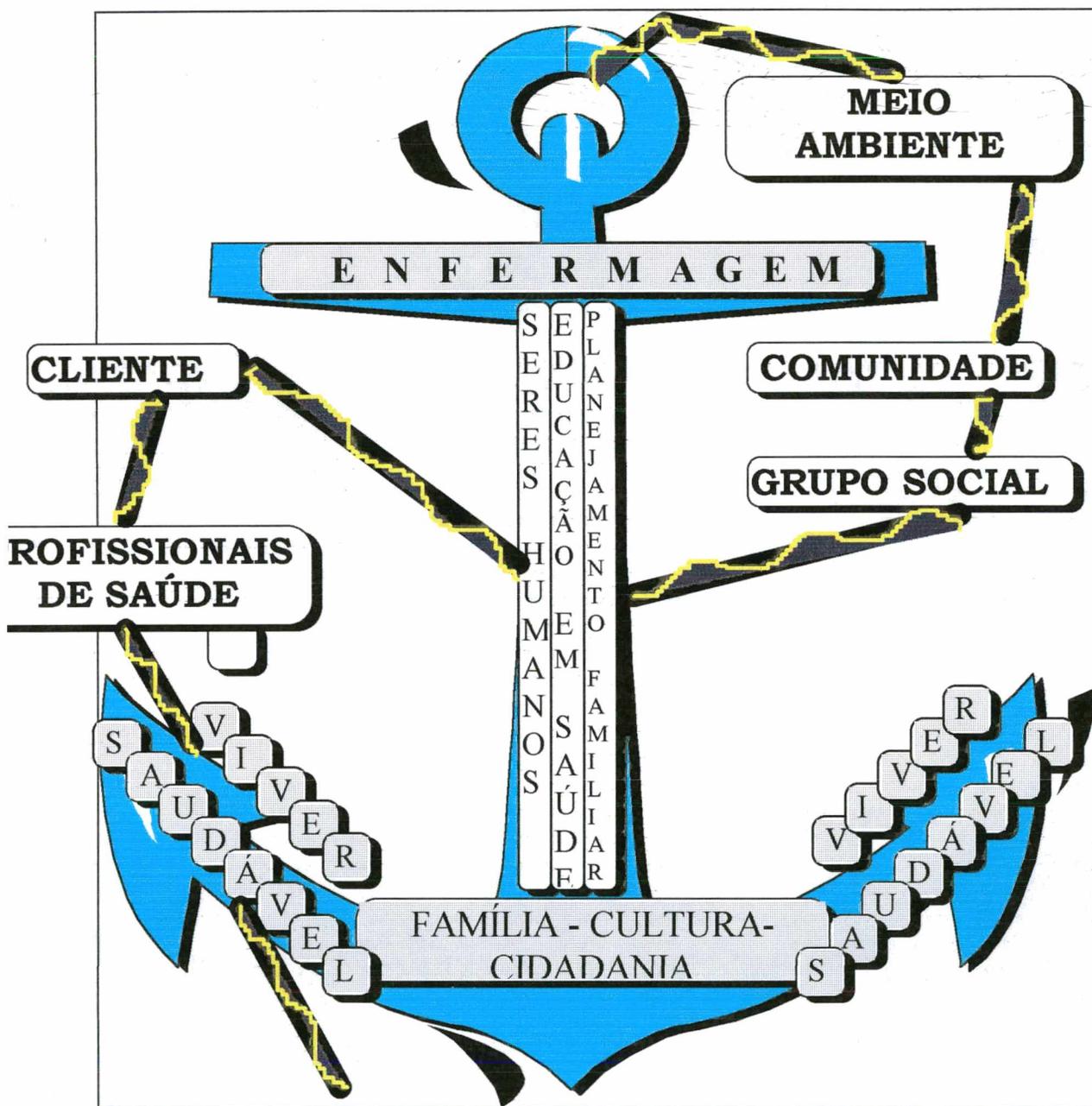


Figura 02: Interrelação de Conceitos, elaborada por Santos, Maria

Euridice Padilha dos, 1997.

### **3. O CAMINHO METODOLÓGICO**

#### **3.1. O Estudo**

Nesta investigação, foi utilizado o método qualitativo de pesquisa e a técnica da observação participante. No entendimento de Koizumi (1992, p.35), *“o método qualitativo é uma abordagem sistemática, subjetiva, usada para descrever as experiências de vida e dar-lhes significado. Ele vem sendo utilizado pelas ciências sociais e comportamentais há muito tempo, sendo que, na enfermagem o interesse por esse método data da década de 70. Ele focaliza a compreensão do global a qual é consistente com a visão holística da enfermagem”*.

A escolha deste método de pesquisa possibilitou o desenvolvimento de um processo educativo, buscando a “compartilhação” dos conhecimentos já existentes em cada uma das participantes deste trabalho e por outro lado, possibilitou um processo de mudança que favoreceu a população pesquisada.

A observação participante permitiu captar os aspectos subjetivos, percepções, definições contidas nas explicações das enfermeiras que participaram do estudo, dando oportunidade ao pesquisador captar o não-dito. Schwartz & Schwartz apud Minayo (1993, p.135), definem que na observação participante *“o observador está em relação face a face com os observados e, ao participar da vida deles, no seu cenário cultural, colhe dados. Assim, o observador é parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por este contexto”*.

Neste caso, penso que a observação participante foi de grande valia por permitir uma maior interação entre pesquisador e pesquisados, assim como oportunizou-me maior captação de elementos para alcançar os objetivos

propostos.

### **3.2. As Enfermeiras**

A Secretaria de Saúde do Município de Itajaí comporta um grande número de enfermeiras que atuam nos diversos serviços e programas direcionados à saúde da população desenvolvidos na sua área de abrangência. Entre estas enfermeiras selecionei cinco que participam do Programa de Planejamento Familiar, implantado na região de Itajaí e que trabalham no CRESCEM (Centro de Referência da Saúde da Mulher e da Criança) e em quatro Policlínicas do Município de Itajaí - SC.

O Programa de Planejamento Familiar foi implantado pela Secretaria de Saúde do Município e abrange o CRESCEM e todas as Policlínicas. Tem como objetivo proporcionar um atendimento às mulheres em idade fértil, para que possam optar por um método anticoncepcional e assim planejar o número de filhos que desejam ter.

As atribuições das enfermeiras que atuam neste programa são: realizar anamnese; exame físico geral; exame de mamas, com orientação ao auto exame; exame ginecológico com coleta colpocitologia oncótica; análise da escolha com prescrição do método anticoncepcional (métodos naturais, condon, diafragma, espermicida); preenchimento da ficha clínica ginecológica e cartão da mulher; encaminhamento para médico, psicológica e serviço de assistência social, quando necessário e realizar reuniões educativas. Estas, tive oportunidade de observar no estudo preliminar, eram extremamente teóricas, com a preocupação de repassar informações (Santos, 1995). Após avaliação, a cliente recebe o método anticoncepcional gratuitamente e é acompanhada

regularmente<sup>7</sup>.

As enfermeiras envolvidas neste estudo participaram de todo o planejamento, do desenvolvimento e da avaliação do modelo de processo ensino-aprendizagem direcionado para a enfermagem.

### **3.3. O Cenário**

A cidade de Itajaí-SC é sede da segunda região administrativa do Estado de Santa Catarina, que constitui a Microrregião da AMFRI (Associações de Municípios da Foz do Rio Itajaí). Com uma população de 134.492 habitantes, dos quais 129.241 da população encontra-se na área urbana e 5.701 na área rural (IBGE,1996). Comporta 42% da população da Microrregião numa área de 304 Km<sup>2</sup> que representa, praticamente, 20% da área total da Microrregião (ANEXO 01).

Em abril de 1994, foi implantada a 7ª Coordenadoria Regional de Saúde, com sede no Município de Itajaí, órgão diretamente ligado à Secretaria Estadual de Saúde, que coordena as ações da microrregião da AMFRI<sup>8</sup>.

A Região da AMFRI é composta de onze Municípios, com uma população de 333.435 mil habitantes (IBGE, 1996). A estrutura de saúde existente consiste de 146 unidades ambulatoriais, com aproximadamente 3500 profissionais, oito hospitais e diversos serviços contratados.

Aproveitando a proposta de regionalização feita pela Secretaria Municipal de Desenvolvimento Urbano, a Secretaria Municipal de Saúde dividiu a população do Município de Itajaí, a partir de 1986, em seis regiões de

---

<sup>7</sup> É importante salientar que, por deliberação do programa, as clientes só serão credenciadas ao Programa de Planejamento Familiar se participarem das palestras.

<sup>8</sup> Antes o município era subordinado ao 7º Centro Administrativo Regional de Saúde ( CARS), com sede em Blumenau - SC, proporcionando assim, um atendimento precário para os municípios da AMFRI, pois possui uma jurisdição muito grande de quarenta municípios.

saúde (Figura 03). Conforme o Plano Municipal de Saúde, os critérios utilizados nesta subdivisão foram critérios geográficos e populacionais, considerando vias de acesso, barreiras geográficas, agrupamentos populacionais, comércio, etc (Itajaí,1992-1996).

Em cada uma das seis regiões estão situadas Policlínicas, que servem de referência para os diversos serviços de saúde na sua área de abrangência. Apenas uma das Policlínicas está, com a sua construção, ainda em fase de projeto. As outras quatro já foram reformadas e reestruturadas para atender à demanda da sua região.

Apesar dos Postos de Saúde e Policlínicas serem caracterizados como porta de entrada do sistema de saúde, existe uma hierarquia, do ponto de vista tecnológico, sendo que as Policlínicas são referência para os Postos de Saúde, tanto em relação às especialidades básicas, quanto em relação aos demais programas, serviços e atividades de cunho regional.

As Policlínicas são instituições de Saúde Pública, subordinadas à Secretaria Municipal de Saúde, do Município de Itajaí-SC, têm como objetivo principal o de prestar assistência médica e de enfermagem, bem como atuar na prevenção de doenças na região do bairro em que estão situadas, de acordo com o Plano Municipal de Saúde.

*“(...) AS POLICLÍNICAS destinam-se a promover a melhoria das condições de saúde e bem estar da comunidade, através da execução de ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde dirigidos ao indivíduo, à família e ao meio ambiente. Desenvolverá ações de saúde, com atendimento médico nas quatro especialidades básicas, odontológica, de enfermagem, distribuição de medicamentos e serviços auxiliares de diagnose. Soma-se o desenvolvimento de programas a grupos populacionais específicos” (Itajaí, 1992-1996, p.99).*



Ainda descreve as atividades a serem desenvolvidas por estas instituições:

*“(...) atendimento nas quatro clínicas básicas: odontologia sanitária, laboratório para exames básicos, serviços de enfermagem e nutrição, vigilância epidemiológica e controle sanitário, (...) Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança, Programa de Atenção Integral ao Hipertenso, Programa de Atenção ao Diabético e outros, além de ter caráter emergencial” (ibid).*

*“(...) educação popular em saúde, atividades de saneamento básico e meio ambiente” (ibid).*

Os encontros e reuniões com as cinco enfermeiras envolvidas nesta investigação aconteceram no CRESCEM, porém, apenas uma delas atua neste local. As outras quatro participantes executam o seu trabalho em Policlínicas situadas em diferentes regiões do município. A seguir, apresentarei a contextualização dessas unidades de saúde.

O CRESCEM está situado na região central ao leste da cidade, pertence à Regional I. Segundo o Plano Municipal de Saúde, esta Regional conta com 12.499 habitantes aproximadamente, perfazendo 10,8% do total da população do Município (Itajaí, 1992-1996).

Desde novembro de 1995, o CRESCEM iniciou o seu funcionamento, mas foi a partir de abril de 1996 que a sua sede foi reformada e reestruturada para atingir o seu objetivo que é oferecer um serviço diferenciado ao atendimento da mulher e da criança, adaptado à realidade constatada junto à Rede Municipal de Saúde.

A instalação do CRESCEM foi definida, após análise do volume de atendimentos registrados na Rede Municipal de Saúde. Segundo as estatísticas, 39,98% dos pacientes são homens, enquanto que 60,02% mulheres, das quais 30,6% estão em idade fértil, o que reflete a necessidade de uma política

diferenciada para o atendimento ao público feminino.

O CRESCEM é o segundo órgão do gênero implantado em Santa Catarina e para que as mulheres utilizem dos benefícios do programa basta efetuar sua inscrição no local, ou serem encaminhadas pela unidades de saúde do Município.

Os trabalhos vão desde palestras de orientação sobre métodos contraceptivos até orientações sobre como evitar a contaminação por doenças sexualmente transmissíveis. Além disso, as mulheres inscritas no programa dispõem de acompanhamento médico ou de enfermagem, nas áreas de ginecologia e obstetrícia, além de pequenas cirurgias ginecológicas e de mama, consulta de patologia mamária, cauterização, pré-natal de alto risco, colposcopia, oncologia ginecológica e planejamento familiar.

Mesmo com o funcionamento do CRESCEM, todas as demais Policlínicas e Postos de Saúde do Município estão aptas a efetuar o serviço de planejamento familiar, no sentido de orientação e prevenção.

Outro projeto que o CRESCEM sedia desde a sua implantação, em setembro de 1995, é o Projeto Saúde da Infância na Rede de Itajaí (Projeto SIRI), implantado pela Secretaria Municipal de Saúde. Este Projeto busca a aplicação de ações básicas de atenção à saúde da criança, na faixa etária de zero a cinco anos, permitindo a melhoria da qualidade de vida e o acesso aos serviços de saúde, reduzindo o índice de mortalidade infantil.

O Projeto SIRI é executado por dois pediatras, uma enfermeira e um auxiliar de enfermagem, que dedicam atenção direta ao desenvolvimento da criança. A equipe realiza visitas diárias ao berçário de recém-nascidos de alto risco na maternidade local. As mães internadas pelo SUS são convidadas a participar do Projeto, recebendo, assim, as primeiras orientações sobre aleitamento materno, necessidades de imunizações, teste do pezinho e planejamento familiar.

Além das orientações, são executados serviços de consultas médicas e de enfermagem sistematicamente, a fim de acompanhar o crescimento e desenvolvimento das crianças. Também são realizadas consultas patológicas e pós-consulta de enfermagem, visando reforçar as orientações, o fornecimento de medicamentos, as imunizações de rotina e estimulação neuro-psicomotoras, conforme a idade e a necessidade da criança.

A proposta do Projeto SIRI é ampliar o atendimento às demais unidades de Saúde do Município, de forma gradativa. O Projeto inclui a capacitação dos profissionais e normatização das ações de rotina a serem desenvolvidas, ampliando os serviços oferecidos bem como atendimentos odontológicos, fonoaudiológicos e psicológicos, além de integrar a participação da comunidade acadêmica da UNIVALI (Universidade do Vale do Itajaí), também incluídos no desenvolvimento do Projeto SIRI, a fim de envolver o aluno nas atividades do programa, na busca de formar profissionais conscientes e preparados para o atendimento à criança e à família como um todo (Santos e Colares, 1995).

Anexo ao CRECEM, funciona o Laboratório de Análises Patológicas Microrregional, o qual, hoje em dia, tem condições de realizar vários exames que antes só eram realizados pela rede particular de saúde.

A **Policlínica São João** está situada no bairro do mesmo nome, pertence a Regional III com 17,3% da população municipal. Conforme o Plano Municipal de Saúde caracteriza-se como pólo centralizador das localidades de Imaruí e Barra do rio, região leste do Município (Itajaí, 1992-1996).

Objetivando a melhoria no sistema de atendimento, oferece maior comodidade aos usuários e facilita os trabalhos dos profissionais da área de saúde. A Secretaria Municipal de Saúde ampliou e reformou a Policlínica São João, sendo entregue à comunidade no dia 15 de março de 1996.

A **Policlínica São Vicente** pertence à Regional IV, sediada no bairro

do mesmo nome, ao Noroeste do Município, abrange as localidades de Bambuzal, Rio Bonito, Promorar I e II. Segundo o Plano Municipal de Saúde, possui 19.803 habitantes, perfazendo 17,06% da população total (Itajaí, 1992-1996).

Com o decorrer dos anos, houve significativo crescimento da população do bairro, fazendo com que a estrutura da saúde fosse modelada para atender tal demanda, com uma complexidade bem maior do que a esperada. Em vista disto, foram realizadas reformas, sendo reinaugurada em 29 de março de 1995, e o seu atendimento passou a ser das sete às vinte e quatro horas.

Esta Policlínica é apontada como modelo a ser adotado em outras Policlínicas da cidade.

A Policlínica São Vicente é pioneira no atendimento emergencial no período noturno com o chamado “Pronto Atendimento”. Diariamente, são atendidas cerca de 30 pessoas no horário noturno e, os casos mais graves, são encaminhados para o Hospital Maternidade Marieta Konder Bornhausen, em ambulância da Prefeitura, a qual fica de plantão no estacionamento da Policlínica e é responsável por trazer o paciente de volta, após a consulta.

Presta, em média, um atendimento mensal de quatro mil e quinhentos procedimentos. Às quartas-feiras presta serviço especializado em pequenas cirurgias e sedia um trabalho de homeopatia, junto aos clientes consultados no decorrer da semana.

A **Policlínica Costa Cavalcante** pertence a Regional V, está localizada no bairro do mesmo nome, na região Norte e apresenta 21,5% da população municipal (Itajaí, 1992-1996). Essa Regional abrange o bairro de Cordeiros, pólo centralizador das localidades de Votorantim, Jardim Esperança, Murta, Espinheiros, São Roque e Volta de Cima.

Esta Policlínica também sofreu as reformas e modificações necessárias para a melhoria dos atendimentos aos usuários dos serviços de saúde, porém

não dispõe de sala de reuniões.

A **Policlínica da Fazenda**, denominada oficialmente de “Nanci Patiño Reiser”, sediada no bairro Fazenda, pertence à Regional VI e localiza-se na região Sul do Município. É o pólo centralizador das localidades da Fazenda, Fazendinha, Esplanada e Praia Brava. Segundo o Plano Municipal de Saúde, abrange 16,2% da população total do Município (Itajaí, 1992-1996).

Em 29 de março de 1996, esta Policlínica foi reinaugurada, após a conclusão das obras de reforma e ampliação. As reformas contemplaram o aumento da área física do prédio, objetivando assegurar um melhor atendimento ao público, tanto na recepção, quanto no atendimento médico e de enfermagem propriamente dito.

Gostaria de ressaltar que, no CRECEM e em todas as Policlínicas apresentadas, uma das enfermeiras do serviço desenvolve o Programa de Planejamento Familiar. Prestam atendimentos nos setores de inalação; curativos; pré-consulta e consulta de enfermagem; fornecem medicações do Ministério da Saúde; fazem controle de pressão arterial e sinais vitais; administram medicações sob prescrição médica; fazem controles e cuidados específicos de enfermagem para cada caso.

Participam ativamente no combate às doenças infecto-contagiosas preveníveis com a vacina. Os imunobiológicos são administrados diariamente como rotina e também nas intensificações, bloqueio e campanhas Nacionais de Imunização.

Promovem atividades educativas como: orientações, informações, consultas de enfermagem e palestras.

Estas atividades, conforme diagnóstico situacional desenvolvido no estudo preliminar, evidenciam a necessidade das enfermeiras executarem ações educativas sistematizadas e, conseqüentemente, uma metodologia planejada, podendo, desta forma, implementar a assistência de enfermagem

desenvolvida no seu dia-a-dia (Santos, 1995).

### **3.4. Os Instrumentos**

Foram utilizados dois instrumentos de pesquisa para a realização da coleta de dados. Buscou-se dessa forma compreender o pensamento das cinco enfermeiras, interagindo com elas, na tentativa de conseguir uma visão panorâmica daquela realidade.

O primeiro instrumento utilizado foi o quadro sinótico baseado na “Teoria da Aprendizagem Significativa”, de David P. Ausubel, contido no segundo capítulo desta dissertação, página 30 (Figura 01). Este instrumento foi utilizado como meio didático-pedagógico para facilitar a explanação da teoria apresentada.

O segundo instrumento utilizado foi um esquema para registro das anotações de campo baseado no modelo de Triviños (1987, p.158). Através deste instrumento, registrei as observações realizadas, os comentários críticos e a análise das observações imediatamente após as reuniões com as enfermeiras (ANEXO 02).

Triviños (1987) destaca dois aspectos de natureza metodológica que devem estar presentes na pesquisa qualitativa, a “amostragem de tempo” e as “anotações de campo”.

Desenvolvi a amostragem de tempo deste trabalho, marcando com a população envolvida um dia da semana e horário, de acordo com a disponibilidade das enfermeiras. As reuniões tinham uma duração de duas horas e ocorreram no período de setembro a dezembro de 1996, durante o horário de trabalho das enfermeiras.

As anotações de campo foram redigidas logo após as reuniões, garantido a fidedignidade das participantes deste estudo. De acordo com Triviños (1987,

p.154) podem ser entendidas “*como todas as observações e reflexões que realizamos sobre expressões verbais e ações dos sujeitos, descrevendo-as, primeiro, e fazendo comentários críticos, em seguida, sobre as mesmas*”.

Para haver a aprendizagem significativa é necessário haver a ancoragem, a qual deriva novos significados e que cada embarcação leva uma âncora que simboliza esperança, proteção, esteio e neste trabalho resulta na aprendizagem significativa. Decidi, portanto, considerar cada enfermeira participante deste trabalho como uma embarcação capaz de conduzir a aprendizagem significativa para os seres humanos. Pensando, assim, denominei-as de Escunas:

- *Escuna Estrela-do-Mar,*
- *Escuna Água-viva*
- *Escuna Sereia-do-Mar*
- *Escuna Medusa-do-Mar*
- *Escuna Alga Marinha*

Para facilitar o desenvolvimento da técnica da observação participante, optei por não denominar-me como Escuna, a fim de poder analisar os dados com um certo distanciamento crítico da situação.

Velejar é voltar às origens, quer dizer buscar o ponto de partida dando ênfase àquilo que o aprendiz já conhece. Na água, temos que lidar com situações novas e desconhecidas e aprender a tomar decisões, como por exemplo, manter o equilíbrio do barco e auxiliar na direção que ele deve tomar conforme o vento. Para a nossa segurança e dos nossos tripulantes usamos os organizadores prévios que vão nos auxiliar na ampliação dos nossos conhecimentos, tornando-os significativos. Ao aportar saímos com um sorriso no rosto, porque cada um encontra alguma coisa especial, que será o seu aprendizado consolidado.

### **3.5. O Caminho a navegar**

Inicialmente, conversei informalmente com a diretora do Departamento de Atenção Integral à Saúde, expondo meus motivos e interesse em desenvolver esta pesquisa com as enfermeiras que atuam no Programa de Planejamento Familiar, desenvolvido no CRESCEM e nas Policlínicas do Município. Posteriormente, enviei uma carta solicitando o aceite oficial da Instituição para o desenvolvimento do trabalho (ANEXO 03).

Em seguida convidei as enfermeiras para participarem deste trabalho, garantindo o sigilo e o anonimato das mesmas. Após o aceite, enviei uma carta explicando os objetivos e oficializando a sua participação na presente investigação (ANEXO 04).

Posteriormente, marcamos um encontro, no qual definimos que as reuniões aconteceriam no CRESCEM, por ser mais central, já que todas trabalhavam em locais e turnos diferentes. Elaboramos, então um cronograma de dez reuniões sendo uma por semana que aconteceriam, inicialmente às 5<sup>a</sup>-feiras, depois, por solicitação e consenso do grupo, mudou-se para às 6<sup>a</sup>-feiras, com uma duração aproximada de duas horas, no período matutino.

A cada reunião realizamos avaliações para termos condições de replanejarmos a nossa proposta. Para que estas avaliações ocorressem ao longo das reuniões utilizei o segundo instrumento (ANEXO 02). Através dele tive a oportunidade de registrar as observações ocorridas, bem como desvelar mensagens implícitas, contradições e temas silenciados. Para isso, utilizei o gravador e fita cassete, permitindo-me, assim, observar as expressões faciais e gestos das enfermeiras, podendo transcrevê-las imediatamente após a realização das reuniões.

Conforme Lüdke & André (1986, p.37) *“a gravação tem a vantagem de registrar todas as expressões orais, imediatamente, deixando o entrevistador*

*livre para prestar toda a sua atenção ao entrevistado”.*

Procurei respeitar o mundo-vida das enfermeiras, suas opiniões, impressões e outras considerações. A todo momento tentei garantir um clima de confiança para que as enfermeiras pudessem se sentir à vontade e se expressassem naturalmente respeitando a sua cultura e seus valores.

Para atingir os objetivos propostos, desenvolvemos as reuniões da seguinte maneira:

1<sup>a</sup>) **O encontro:** Neste primeiro encontro, explanei sobre os objetivos do trabalho, a revisão de literatura, a metodologia utilizada reforçando a proposta de trabalho participante e buscando expectativas e sugestões das enfermeiras.

Abrimos discussão sobre o Programa de Planejamento Familiar propriamente dito, uma vez que todas as enfermeiras envolvidas atuam diretamente neste Programa. Chegamos ao consenso que o Planejamento Familiar é uma forma educativa e como tal poderíamos usar a educação em saúde, proporcionando condições para que os seres humanos refletissem e avaliassem os seus direitos. Com esta conscientização definida, os seres humanos têm a oportunidade de optar se participam ou não do programa.

Conversamos sobre alguns problemas da nossa atualidade como: a gravidez na adolescência, a falta de informações dessas meninas, a falta de abertura para os pais e familiares provocando o aumento de abortos. E outro problema bastante grave e crescente, na nossa realidade, a AIDS.

Foi enfatizada a falta de métodos anticoncepcionais nas unidades de saúde, um problema que teríamos que tentar resolver, pois com as palestras criaríamos expectativas para a clientela.

Para a próxima reunião, programamos a apresentação do referencial teórico proposto. Como David Ausubel sugere o uso de organizadores prévios, preparei material para cada uma das enfermeiras, entreguei-lhes pastas, as

quais continham três textos para que estas pudessem estar a par do assunto da próxima reunião. Assim, já teriam algum conhecimento prévio sobre o assunto.

O primeiro texto era o segundo capítulo do Projeto de minha Dissertação de Mestrado: “O caminho para uma construção teórica - a Teoria da Aprendizagem significativa de David Paul Ausubel na Enfermagem”; o segundo texto: “A teoria de Ausubel”, do livro: Ensino e Aprendizagem - Enfoques Teóricos de Marco Antonio Moreira e o terceiro texto: “O modelo de ensino de David Ausubel” de Antonio Carlos Caruso Ronca, do livro: Psicologia e Ensino de Wilma Millan Alves Penteado.

**2ª) A teoria desvelada:** Apresentei a Teoria da “Aprendizagem Significativa”, de David Paul Ausubel. Para esta reunião, levei o cartaz do quadro sinótico adaptado para planejar a instrução consistentemente com a teoria, o cartaz de uma enfermeira com exemplos sobre a teoria explanada e os textos entregues na reunião anterior.

Após explanação e compreensão da teoria apresentada, as enfermeiras disseram não terem achado difícil, só que ainda não sabiam como poderia ser a sua aplicação na prática, pois se preocupavam com a frequência, duração e quantidade de clientes agendados para cada palestra. Além da necessidade de compreendermos quem é a mulher que procura um serviço público de saúde, onde participam desde a adolescente que inicia sua fase reprodutiva, até a mulher que está na menopausa.

Lancei, então, três desafios para refletirmos nas próximas reuniões: 1. Como aproveitar realmente o conjunto de informações e as experiências que os clientes trazem consigo?; 2. Como planejar o processo de ensino-aprendizagem a ser desenvolvido a partir do cliente? e 3. Como trabalhar com a estrutura cognitiva do cliente, a fim de que ela seja cada vez mais clara e organizada?

**3ª) Desvendando os desafios:** Discutimos os conceitos da Teoria, aprofundando, assim, os conhecimentos sobre o referencial teórico proposto e

a possibilidade de aplicá-lo nas palestras desenvolvidas no Programa de Planejamento Familiar.

Lançamos alguns questionamentos para verificar o nosso entendimento como também se teríamos que retomar algum ponto da teoria que não estivesse claro e a possibilidade da sua aplicação na prática. Para verificar esse entendimento, trouxe material para a realização de uma oficina proporcionando condições para demonstrarmos, através de figuras, desenhos ou palavras o entendimento da teoria apresentada. Consideramos a teoria de fácil entendimento, inclusive comentamos que muitas vezes aplicamos seus princípios, no nosso dia-a-dia, sem saber que se trata de uma teoria.

Refletimos sobre os três desafios lançados na reunião passada e os relacionamos com a teoria de David Ausubel, quando refere que, para que a aprendizagem aconteça, esta deve ser significativa, que o conhecimento deve partir do que o aprendiz já conhece e ao uso de organizadores prévios. Para estes foi sugerido o uso de fita de vídeo.

**4ª) Concretizando a base:** Iniciamos a construção de um modelo de ensino-aprendizagem para ser aplicado no Programa de Planejamento Familiar.

Refletimos sobre os três desafios e definimos que a partir destes nós poderíamos planejar o desenvolvimento das palestras. Discutimos como seria a seqüência e salientamos que para que a aprendizagem fosse significativa seria necessário montarmos material didático também significativo. Para isso, deveríamos marcar outros encontros. Começamos, então, a pensar no uso de desenhos, jogos, cartazes, álbuns seriados, TV, vídeo e outros materiais didáticos possíveis de serem usados.

Assistimos à fita de vídeo da FEBRASCO (Federação Brasileira da Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia) intitulada: "Planejamento Familiar", para verificarmos a possibilidade de utilizá-la como organizador prévio. A fita gerou algumas polêmicas como: o uso de termos científicos, a abordagem de

alguns assuntos que as clientes poderiam não entender pelo fato de apresentar uma ampla abrangência sobre o assunto, a ênfase que é dada à pílula anticoncepcional, a pouca relevância aos métodos naturais e a apresentação de danças que poderiam dispersar as clientes. Por outro lado, despertou interesse, porque é objetiva e rápida, além de mostrar claramente como usar alguns métodos anticoncepcionais, como o diafragma e a camisinha.

Resolvemos que seria fundamental a participação das clientes durante a palestra. Então, criamos momentos de quebra gelo, através da apresentação de cada uma, da elaboração de um desenho sobre: “Como gostaria que fosse minha família” e a seguir o comentário de cada uma que quisesse se manifestar.

Na abordagem do conteúdo resolvemos não usar o termo órgão genital feminino ou masculino e sim, “o corpo da mulher” e “o corpo do homem”. Decidimos montar um quebra-cabeça do órgão genital feminino e outro do masculino para cada uma das clientes, onde, a partir dos seus conhecimentos, elas iriam falando sobre as partes do corpo que conhecem. E para se tornar significativo apresentaríamos, ao final do quebra-cabeça montado, um quadro maior com a figura relativa ao mesmo. Dessa maneira, a palestrante iria acrescentando outros conceitos.

**5ª) Levantando alicerces:** Refletimos sobre a nossa proposta, os desafios e a possibilidade de chegarmos a uma definição em alguns assuntos que não foram decididos na reunião anterior.

Decidimos que quando abordássemos o “corpo da mulher”, já falaríamos do órgão como um todo, incluiríamos o funcionamento de cada parte, importância, ciclo ovulatório, nidação, fecundação e higiene. Nesta etapa já apresentaríamos a laqueadura como método anticoncepcional definitivo, uma vez que estaríamos mostrando figuras sobre o corpo da mulher.

Discutimos a maneira de abordar certos assuntos, por exemplo: ciclo

ovulatório, decidimos questionar: “quanto tempo menstruam?” Porque achamos que o termo menstruação é mais significativo, pois as informações referentes ao funcionamento do corpo da mulher e do homem e sua relação com os ciclos vitais a serem vividos no âmbito da sexualidade e reprodução são muitas vezes pouco conhecidas, ou com informações distorcidas.

Refletimos sobre os termos científicos *vérsus* termos populares, sendo que os últimos são, às vezes, mais significativos, por exemplo: útero - *mãe do corpo*; clitóris - *campainha, grelho*; pênis - *pinto, pau, bráulio*; bolsa escrotal - *saco* (ANEXO 05). Os nomes populares, algumas vezes, já estão estabelecidos na estrutura cognitiva de cada indivíduo. Porém, não podemos deixar de lado os conceitos novos, pois, conforme Ausubel (1980), para que os princípios da aprendizagem se consolidem é necessário explorar explicitamente relações de proposições e conceitos, chamar atenção para diferenças e similaridades importantes e reconciliar inconsistências reais ou aparentes. Desta maneira, vão se formando novos conceitos na estrutura cognitiva do aprendiz consolidando seu aprendizado.

Dando continuidade, distribuiríamos um quebra-cabeça para cada uma montar, sobre o corpo do homem. A partir dos seus conhecimentos complementaríamos novos conceitos, função, higiene e apresentariamos a vasectomia como método anticoncepcional definitivo.

Definimos como próximo passo entrarmos nos métodos anticoncepcionais, com exceção dos definitivos que já foram apresentados quando falamos do corpo da mulher e do corpo do homem. Para tornar-se significativo, combinamos espalhar os métodos sobre uma mesa e cada cliente pegaria um e iria comentando o que conhece, se já fizeram uso do mesmo, etc. Os métodos não apresentados, como Ausubel (1980) sugere, a palestrante apresentaria, sempre relacionando com o conhecimento do aprendiz, complementando com os tipos, vantagens, desvantagens, indicações, efeitos

colaterais, eficácia, uso correto, cuidados de higiene de cada método.

Para verificarmos se houve clareza a respeito deste assunto, combinamos que ao final da apresentação dos métodos anticoncepcionais, solicitaríamos às clientes que pegassem na mesa métodos diferentes dos que teriam pego durante a apresentação e comentariam o que entenderam.

Conversamos sobre a questão dos agendamentos das palestras, porque cada enfermeira usa a sua rotina própria e decidimos que só agendaríamos quinze clientes para cada palestra.

Discutimos a questão do tempo de duração das palestras e o fato de termos o cuidado com as divagações e extensão de certos assuntos.

Argumentamos sobre a importância da participação dos companheiros nas palestras. Por outro lado, comentamos que é muito difícil o seu comparecimento, pois alegam, geralmente, que estão trabalhando ou que isso é assunto de mulher.

**6ª) Fundando estruturas:** Continuamos as nossas reflexões e construções dentro do referencial proposto. Revisamos a estrutura elaborada na reunião passada. Persistia a preocupação quanto ao tempo da palestra, pois o assunto é extenso e a participação das clientes é imprescindível para que a aprendizagem seja significativa.

Assistimos à fita de vídeo intitulada: “Ficar por dentro...”, achamos que é bem direcionada para adolescentes e que o início da fita tem um enfoque machista, pois nas declarações dos adolescentes percebe-se a subjugação da mulher e que depende deles o uso ou não do anticoncepcional.

Ficamos de decidir se usaríamos as fitas, ou não, como organizadores prévios, pois surgiram alguns problemas nesta questão: quatro das enfermeiras não têm TV e nem vídeo no seu local de trabalho.

Tais constatações manifestaram conflitos entre as enfermeiras, pois o Programa não está fornecendo os métodos anticoncepcionais e não dá

condições para que continuem.

Sugerimos que montássemos cartazes com palavras do conteúdo do corpo da mulher e do corpo de homem, da classificação dos métodos anticoncepcionais, dos nomes populares, figuras que correspondessem a cada um desses assuntos e o álbum seriado. Essas palavras teriam uma cor conforme o assunto apresentado. Quando acabássemos de comentar sobre “o corpo da mulher” e “o corpo do homem” apresentaríamos um cartaz grande correspondendo a cada assunto.

Fizemos uma revisão da seqüência elaborada na reunião anterior com o respectivo tempo que havíamos previsto para cada assunto. Revimos a questão do quebra-cabeça, decidimos que criaríamos um “único” quebra-cabeça do órgão genital feminino e outro do órgão genital masculino, os quais colocaríamos sobre uma mesa e solicitaríamos para que todas as clientes viessem montar, pois dessa maneira consideramos que seria uma forma de aproximar as clientes nessa interação, havendo mais participação, além de evitarmos inibição, caso alguma não soubesse fazer essa montagem.

Comentamos que, ao finalizar, enfatizaríamos a questão das consultas, dos exames preventivos, da AIDS e do aleitamento materno. Solicitaríamos para que divulgassem este trabalho para as amigas, parentes, vizinhas e reforçaríamos que quem participa das palestras ganha anticoncepcional, exames e consultas gratuitas. Concluímos que a questão da divulgação era importante e ficamos de trazer algumas sugestões para divulgação na próxima semana.

**7ª) Solidificando estruturas:** Ao iniciarmos a reunião comentamos sobre a importância da nossa construção ser de acordo com o referencial teórico proposto para que realmente acontecesse a aprendizagem. Reforçamos que partiríamos do pressuposto de que todas as clientes que vem assistir às palestras já possuem algum conhecimento prévio sobre o assunto. Enfatizamos

a questão do trabalho ser participativo e da relação de troca que teríamos com as clientes.

Duas enfermeiras comentaram que, no momento, não estão realizando as palestras em grupo, estão dando orientações individuais, pois no dia-a-dia, está faltando material para a cultura do preventivo, além de não terem mais métodos anticoncepcionais para fornecer. Devido a isto são poucas as clientes que estão vindo para as palestras. Nas orientações individuais as clientes já são cadastradas e integradas ao Programa de Planejamento Familiar.

Achamos que os atendimentos individuais, em sua abrangência, se constituem, numa relação com a clientela, através da qual também se estabelece o processo educativo.

Definimos que usaríamos as fitas de vídeo como organizadores prévios, sugerimos alguns cortes referentes à ênfase dada à pílula anticoncepcional e à apresentação de danças. Faríamos, então, uma montagem com as fitas de “Planejamento Familiar” e “Ficar por dentro...” E que a fita iria ser usada antes do quebra-cabeça do corpo da mulher.

Decidimos que a atividade seria desenvolvida diretamente com as clientes, de preferência com aquelas da Policlínica São Vicente, pois a frequência é maior que as demais Policlínicas.

Conversamos sobre a importância da avaliação da exposição ao final de cada assunto e da reavaliação após a aplicação da nossa construção, ressaltando alguns pontos chaves como: conteúdo abrangente, material didático entre outros.

Demos continuidade à nossa construção, refletindo sobre os materiais didáticos a serem usados de forma que realmente fossem significativos. Discutimos sobre qual o tipo de material a ser usado, como faríamos os cartazes, as palavras, as figuras, a ampliação, o quebra-cabeça.

Surgiu a preocupação quanto às condições da palestrante ao ministrar a

palestra, pois esta deveria estar bem preparada, porque criamos várias situações que deveriam ser assimiladas para não ocorrer confusão. Sugerimos que o conteúdo deveria ser igual para todas, combinamos em montar um único conteúdo e que este deveria ser de acordo com a fita de vídeo que apresentariamos como organizador prévio. Decidimos que a duração da palestra seria de duas horas.

**8ª) *Decorando a casa:*** Iniciamos a criação e montagem de material didático significativo dentro dos princípios metodológicos propostos. Conversamos sobre o tipo de material que usaríamos, a disposição das figuras, o que seria necessário ampliar, colagens, palavras de destaque, cartazes, cores, entre outros. Decidimos nos reunir por mais dois encontros para finalizar esta criação.

Elaboramos um roteiro da palestra e uma lista de materiais necessários, para termos uma seqüência clara (ANEXO 06). Definimos como seria a palestra, revisamos o conteúdo e reunimos material para montarmos um conteúdo único baseado em Díaz e Goodson (1995) (ANEXO 07).

Preparamos a sua aplicação para a próxima reunião. Discutimos a necessidade de termos o material didático pronto, como providenciar a TV e o vídeo para o dia da palestra. Revisamos o problema de conseguirmos este material.

Definimos que quem desenvolveria a palestra seria a enfermeira do CRESCEM para as clientes da Policlínica São Vicente e que realizaríamos no Centro Social do São Vicente.

Reforçamos a necessidade de uma avaliação ao final das nossas atividades.

**9ª) *Experimentando a construção:*** Testamos a nossa criação na prática. Aplicamos o processo de educação em saúde sistematizado construído por nós, conforme o modelo teórico proposto. A aplicação aconteceu no

Centro Social do bairro São Vicente, como previsto. Contamos com a participação de onze pessoas da comunidade e as cinco enfermeiras que fazem parte desta investigação e eu.

Iniciamos a palestra às 14:20'h. A palestrante seguiu a seqüência conforme a nossa criação, procurou começar o conteúdo conforme o interesse e conhecimento das participantes. A palestra terminou às 17:05'h.

Para que a palestra fosse construtiva e fornecesse subsídios para o nosso crescimento e reavaliação do processo, nos reunimos ao final para refletirmos e dialogarmos sobre os pontos positivos e negativos que apareceram durante a apresentação. Para isto, foi importante que todas as enfermeiras participassem da palestra contribuindo assim para a nossa discussão e reflexão.

10ª) *Consolidando a criação*: Avaliamos a aplicação do processo de educação em saúde e o modelo de ensino-aprendizagem baseado na Teoria da “Aprendizagem Significativa” construído por nós.

### **3.6. A Análise e Discussão dos Resultados**

Os dados foram analisados durante o desenvolvimento do trabalho das reuniões com as enfermeiras e posteriormente quando selecionei as informações mais significativas para no decorrer da elaboração dessa discussão serem debatidas. Sobre essa questão Lüdke & André (1986, p.45), comentam que, *“a tarefa de análise implica, num primeiro momento, a organização de todo o material, dividindo-o em partes, relacionando essas partes e procurando identificar nele tendências e padrões relevantes. Num segundo momento essas tendências e padrões são reavaliados, buscando-se relações e interferências num nível de abstração mais elevado.”*

A análise do material coletado requer a construção de categorias que

permitam dar conta dos fenômenos em estudo. As categorias permitiram o desmembramento das temáticas discutidas nas reuniões e me possibilitou uma abordagem mais aprofundada de cada dado coletado, a fim de atingir os objetivos propostos para esta dissertação.

As categorias foram construídas a partir do próprio material, relacionando seus elementos principais de maneira a permitir a compreensão das experiências vitais enunciadas nos discursos das enfermeiras e as situações, condições e vivências que as levaram a participar na construção de um processo sistematizado no programa de planejamento familiar. Estabeleci cinco categorias, que apresento a seguir:

**1. "... 15 ANOS... GRÁVIDA... O CORAÇÃOZINHO A TODO VAPOR... 05 MESES..."**

**2. "ELAS VÃO FICAR OLHANDO... PENSANDO... AÍ, UMA DELAS PERGUNTA: O QUE É PLANEJAMENTO FAMILIAR?"**

**3. "EU ESTOU TOMANDO A PÍLULA ANTICONCEPCIONAL. O QUE EU FAÇO QUANDO DESCE A MENSTRUÇÃO? EU POSSO TER RELAÇÕES? EU NÃO VOU ENGRAVIDAR?"**

**4. "OS DESCAMINHOS DE UM PROGRAMA".**

**5. "AVISTANDO O ANCORADOURO DOS RESULTADOS".**

## **4. O ANCORADOURO DOS RESULTADOS**

O presente capítulo trata da descrição das categorias construídas durante as reuniões desenvolvidas com as enfermeiras que participaram deste estudo, fundamentando a análise. Possibilita uma compreensão mais clara de temas, idéias e valores implícitos e explícitos que auxiliaram na elaboração deste trabalho voltado para os seres humanos que procuram o Programa de Planejamento Familiar nos serviços de saúde do município de Itajaí e também de outros locais que desejem implementá-lo.

### **4.1 . “...15 ANOS... GRÁVIDA... O CORAÇÃOZINHO A TODO VAPOR...05 MESES...”**

O cotidiano das enfermeiras está repleto de situações polêmicas. Dentro do programa de Planejamento Familiar, em que estas atuam, existe todo tipo de clientela e uma delas específica e fundamental, pois é uma população jovem, cheia de vida, mas também abarrotada de dúvidas e muitas vezes marginalizadas, que é a dos adolescentes.

A discussão sobre os adolescentes em especial a adolescente grávida, fez parte desde a primeira reunião como uma preocupação das enfermeiras, esta temática permitiu-me construir a primeira categoria.

Conforme a classificação da Organização Mundial de Saúde adolescentes são indivíduos que pertencem ao grupo etário dos 10 aos 19 anos. Em termos gerais, pressupõe um período de mudanças, marcado por

dificuldades ligadas ao crescimento corporal, a sentimentos, transgressões e indefinições.

De acordo com Siqueira (1989, p.142) “os adolescentes, de modo geral, estão expostos a muitos agravos inusitados, considerando-se que no processo de desenvolvimento humano, esta é uma fase crítica na qual têm lugar mudanças biológicas, psicológicas e sociais na busca de uma noção coerente de identidade”.

As enfermeiras angustiam-se com a dificuldade de dialogar com as adolescentes acerca da sua gravidez e procuram fórmulas para discutir o problema evitando que a mesma se retraia e não volte ao serviço.

Pela colocação das enfermeiras percebe-se que em muitas situações as adolescentes vem ao serviço de saúde acompanhadas pelas mães. Isto faz com que as enfermeiras procurem alternativas para superar certos constrangimentos. Como neste diálogo em que se notá a necessidade da mãe em negar a gravidez precoce da filha, como algo que não pudesse acontecer.

**Estrela-do-Mar** - *“E também o pior é que elas não se abrem, né? Elas não chegam até aqui. Ontem veio um caso, que a mãe veio aqui. Já era a segunda vez que ela tinha vindo. Tinha vindo pedir para mim avaliar a filha dela, de 15 anos, que estava cinco meses sem menstruar, estava com um ‘corrimentozinho’. Olha! Já fiquei meio assim... Já no dia anterior eu perguntei para a mãe: \_ Olha! Não tem a possibilidade dela estar grávida?”*

*“A mãe: \_ Não de jeito nenhum, de jeito nenhum. Ela é moça.”*

*“E a filha junto”...*

*“Daí eu questioneei para a menina: \_ Não tem a possibilidade de você estar grávida?”*

*“Ela disse: \_ Não, não tenho a possibilidade de eu estar grávida. Não tenho.”*

*“Na frente da mãe”...*

*“E a mãe assim: \_ Não! Ela tem abertura comigo, ela conta as coisas para mim.”*

Nesta busca de identidade, percebo que a falta de diálogo entre mãe e filha é uma constante.

Conforme Maturana (1991), o social é constituído pela linguagem, o que implica que as possibilidades de pensar, fazer, sentir e relacionar-se, disponíveis para um sujeito em um lugar e tempo determinados, já estão dadas e são modeladas pela linguagem.

Para que a experiência de um sujeito possa ser comunicada a outros - descrita, compreendida, explicada - é preciso que tal experiência seja também parte da experiência dos demais, isto é, seja uma experiência compartilhada (Canales, Palma & Villela, 1991). Tanto as experiências individuais quanto as coletivas estão determinadas pela configuração social e cultural de uma sociedade.

Palma Manriquez e Quilodrán Le-Bert (1994) analisam que as referências às relações sexuais precoces aparecem relacionadas a duas situações diferentes: a falta de comunicação com os pais, principalmente com a mãe, sobre a sexualidade em geral e as relações sexuais em particular; e à surpresa da gravidez. E acrescentam que a gravidez constitui uma experiência que modifica radicalmente a vida, instaurando um antes e um depois. A percepção básica é a de mudança drástica, que altera suas próprias percepções de si mesmas, de suas relações familiares, sociais, com o parceiro, definindo um novo modo de estar no mundo.

Percebe-se a dificuldade enfrentada pela enfermeira quanto à presença da mãe durante o atendimento, pois na maioria das vezes traz alguns constrangimentos, como a falta de liberdade e oportunidade, tanto para a enfermeira quanto para a adolescente para abordar questões importantes à consulta, dificultando não só a anamnese, mas o próprio estabelecimento de uma relação profissional-cliente mais integral e facilitadora.

***Estrela-do-Mar - “Tudo bem... Ontem ela veio para a consulta junto com a mãe.. Daí a mãe entrou, começou a dizer: \_ Pois é, ela tá inchando, já engordou, não sei quantos quilos. Tudo assim.... Eu disse assim: \_Mãe,***

*não entra no consultório, fica fora, porque eu acho que a tua menina está grávida.”*

*“Ela disse: \_ Não, não tá grávida.”*

*“Eu disse assim: \_ Deixa ela entrar sozinha, porque se a senhora entrar junto, ela não vai contar as coisas para o médico e vai ficar tudo a mesma coisa. Não entra, depois a gente vai, eu converso com o médico e a gente esclarece isso de uma vez. A senhora deixa ela lá.”*

*“Tá, ela deixou a filha entrar. Cinco meses. Grávida... o coraçãozinho, já ali a todo vapor... Se ela mentisse ali na frente da mãe, o médico não ia nem pôr a mão na guria. Não ia descobrir nunca.”*

Discutimos que pedir para a mãe sair, não é uma questão tão simples quanto possa parecer, pois uma sugestão como essa pode se tornar ameaçadora, tanto para a mãe, como para a adolescente, que podem vir a se sentir numa situação nova e diferente da até então vivida por elas, e implica, necessariamente, ser trabalhada pelo profissional. Esta percepção leva-me a compreender a grande preocupação das enfermeiras em tentar resolver um problema que pela sua vivência é plenamente perceptível, porém indizível para as pessoas envolvidas.

Palma Manriquez e Quilodrán Le Bert (1994) relatam que tanto para as adolescentes como para as pessoas que se relacionam, a gravidez apresenta-se como algo imprevisto e imprevisível. E isto requer mudanças significativas nas suas vidas, pois muitas vezes não se encontram “preparadas” para esta nova situação.

Os mesmos autores acrescentam que: *“a gravidez resulta de relações sexuais precoces cuja efetivação, nas prescrições dominantes da ordem social, na perspectiva da ordem formal, implica rupturas e transgressões. Tais relações aparentemente só se tornam visíveis e reais pelo surgimento da gravidez: só assim são perigosas para a ordem, temidas e finalmente visíveis; antes disso, operam no nível da suspeita, da prevenção genérica e ambígua, num aparente “laissez-faire”. É nesse contexto que ocorre a aparente inconsciência das adolescentes, de seus pais e parceiros, quanto à*

*possibilidade e realidade da gravidez” (ibid. p.19).*

Concordo com Patrício (1994, p.97) quando referencia que “*precisamos prestar atenção às dimensões culturais que envolvem a interação profissional-cliente*”, pois trabalhamos com seres humanos. E acrescenta: “*em razão das peculiaridades da criança-adolescente em seu processo de desenvolvimento, em especial em suas questões de sexualidade, esse aspecto torna-se mais que uma simples forma de interagir, mas uma questão de responsabilidade de nossa parte com a saúde integral dessa população. É importante percebermos como abordamos, como nos comportamos frente às situações que envolvem sexualidade, pois nessas oportunidades a criança-adolescente também está desenvolvendo referenciais de vida, e nós fazemos parte dessa construção*”.

É uma situação complexa que nós, enfermeiras, poderemos auxiliar, ou esclarecer através do processo de ensino-aprendizagem que condiciona a expressão sexual de cada indivíduo. Cada cultura, através de seus agentes públicos e privados, possibilita o processo. O governo, a religião, a escola, a família, os meios de comunicação e o grupo de pares são os encarregados de efetivá-lo.

A família destaca-se como o âmbito mais importante desse aprendizado, cuja dinâmica emocional é fundante da percepção de si da criança, a que organiza sua socialização e a percepção dos outros (Caldiz, Malosetti e Bayardo, 1994).

A questão da falta de comunicação é uma questão histórica e comum também nas nossas escolas, pois muitas vezes o próprio professor não proporciona condições para as crianças se abrirem.

Tradicionalmente, a formação dos educadores brasileiros não contempla as questões sociais, fazendo com que, muitas vezes, os profissionais não se desenvolvam como sujeitos críticos na realidade em que

estão. De acordo com a Secretaria de Educação Fundamental *“as escolas de formação inicial não incluem matérias voltadas para a formação política nem para o tratamento de questões sociais. Ao contrário, de acordo com as tendências predominantes em cada época essa formação voltou-se para a concepção de neutralidade do conhecimento e do trabalho educativo”* (Brasil, 1997, p.52).

A educação sexual, ou a orientação oferecida pela sociedade brasileira aos adolescentes em geral, reproduz o padrão da cultura machista dessa sociedade. Na maioria das vezes, o menino se livra da responsabilidade conseqüente de uma relação sexual e por outro lado, da menina é cobrado quanto ao uso de anticoncepcionais ou a decisão de ter ou não relações. Devemos lembrar que no jogo de relações afetivas, os meninos, nesta faixa etária, têm também, grandes dúvidas, anseios, sonhos e contradições. Portanto, o menino precisa ser incorporado neste trabalho educativo, pois eles também confundem as informações e, mais que as meninas, se iludem achando que são invulneráveis.

Cericatto et al (1994) afirmam que o parceiro é o fator mais significativo na determinação do comportamento sexual e contraceptivo das adolescentes. Uma relação monogâmica estável aumentaria a percepção do risco de engravidar, favorecendo o uso de algum método anticoncepcional. Da mesma forma, o comportamento contraceptivo depende em parte da atitude do parceiro em relação à anticoncepção. Em seu estudo observaram que o uso de contracepção foi maior entre as pacientes que tinham companheiro e que o uso de método anticoncepcional foi maior entre as puerperas que relatavam apoio do parceiro para tal, o que salienta a necessidade do envolvimento dos meninos e rapazes em programas de orientação sexual.

A proposta do nosso estudo é que o companheiro também participe das palestras, mas pela vivência das enfermeiras, percebe-se que a realidade é

outra, pois na maioria das vezes eles não comparecem. Para que isso aconteça temos que estimular a sua participação, repassamos ‘folders’ com informações importantes sobre o assunto, solicitamos que as companheiras discutam com seus parceiros e optem pela melhor forma que o casal acredita ser conveniente.

A falta de participação do companheiro pode estar relacionada à questão do machismo, pois, muitas vezes é o homem que decide se deve ou não usar algum método; ou por achar que pode sofrer constrangimento diante do grupo, já que predomina a presença de mulheres.

***Água-viva - “A maioria trabalha, né? Então, já é difícil para esse lado. E os que não trabalham, você já imagina, né? Acham que isso é pra mulher.”***

A saúde da mulher e do homem precisam ser revistas pela sociedade como um todo e principalmente pelos profissionais que lidam com estas questões.

Argumentamos que é importante considerar que estamos na cidade de Itajaí e que no nosso município existem crianças de 09 anos de idade que tem vida sexual ativa e isso, nós enfermeiras, educadoras, temos que refletir as nossas ações educativas. Nós temos que proporcionar acesso para essas crianças falarem, nós temos que ensinar qual a maneira de prevenir e promover a sua saúde. Porque o que percebemos é que os próprios professores estão se fechando, acham que é muito cedo para falar. Não estão falando. Ou, em outras situações, Lagôa (1991, p. 14) diz que os professores partem para a “*‘pedagogia do terror’ em relação à sexualidade, lançando mão de chavões negativos como ‘homossexualismo dá Aids’ ou ‘gravidez acaba em aborto’*”.

Em levantamento realizado em 1997 pela Secretaria de Saúde de Itajaí, verificou-se que 411 nascidos vivos foram de mães adolescentes,

prevalecendo uma proporção de 22% (Itajaí, 1997). No Brasil, mais de um milhão de meninas dão à luz todos os anos, enfrentando medos e preconceitos (Lagôa, 1991).

**Sereia-do-Mar** - \_ *“Porque é assim, Oh! Eles falam assim. Oh! Se tu vai lá e ensina como eles tem que fazer, tu estás estimulando eles a fazerem. Ai, se você não ensina. Eles fazem do mesmo jeito. Quem vai começar uma vida sexual ativa cedo, começa independente de saber ou não saber.”*

Argumentamos que o enfoque preventivo é fundamental na exposição das ações educativas, pois deve estar bem claro para o adolescente o que acontecerá se quiser adotar tal conduta, o que poderá faltar é a conscientização necessária. E para alcançar esta conscientização, nós profissionais e educadores precisamos encontrar caminhos que levem estes adolescentes à transformação de comportamentos.

Quando se fala em discutir sexualidade com adolescentes, pais e educadores, muitas vezes, estremece. Lagôa (1991, p.12) reforça que *“pior ainda quando se estabelece uma relação com a gravidez precoce. A primeira coisa que lhes vem à cabeça é que as meninas vão aprender a usar anticoncepcionais e, assim, liberadas da ameaça de gravidez, irão, como se diz, ‘cair na vida’”*.

Conforme Secretaria de Educação Fundamental *“a orientação sexual na escola deve ser entendida como um processo de intervenção pedagógica que tem como objetivo transmitir informações e problematizar questões relacionadas à sexualidade, incluindo posturas, crenças, tabus e valores a ela associados”* (Brasil, 1997, p.34). Esta intervenção diferencia-se de um trabalho individual, pois ocorre em âmbito coletivo. Por outro lado, a escola diferencia-se da educação da família, pois possibilita a discussão de diferentes pontos de vista associados à sexualidade, sem a imposição de determinados

valores sobre outros.

De acordo com Monteiro e Peres (1992) três em cada dez mulheres, aos dezanove anos, já haviam se casado ou viveram com um parceiro e 50% já tiveram experiências sexuais, sendo que 80% das adolescentes, por ocasião da sua primeira relação, não estavam usando nenhum método anticoncepcional. Quando foram questionadas pelas razões do não uso de métodos anticoncepcionais os autores consideram: *“quase dois quintos que não estavam esperando ter relações sexuais na ocasião e mais um terço que não conhecia nenhum método na época; as restantes disseram que ou não sabiam onde obter um método, ou não acreditavam que pudessem engravidar durante a primeira relação sexual, ou que queriam engravidar. E um terço das adolescentes que tiveram um filho declarou que não queria ter tido aquela criança. Entre as mães solteiras, cerca de seis em dez disseram que seu filho fora indesejado”* (ibid, p.130).

Em outra pesquisa, realizada com adolescentes, Lagôa (1991) chama à atenção ao resultado em que mostram que de 20 adolescentes, 19 não queriam engravidar, a reincidência de novas gravidez das jovens mães e o índice de mortalidade infantil para filhos de mães com menos de 15 anos na Grande São Paulo: de cada mil, 70 morrem devido ao caráter de alto risco da gravidez precoce.

***Sereia-do-Mar - “As adolescentes dificilmente vem perguntar sobre os métodos anticoncepcionais, elas vão direto na Farmácia e compram a pílula mais barata.”***

Discutimos que a falta de conhecimento da função sexual, o abandono do parceiro sexual, a gravidez indesejada ou o desinteresse familiar, são algumas das causas e conseqüências do desconhecimento dos métodos anticoncepcionais existentes.

Lagôa (1991, p.10) referencia que *“vivendo numa sociedade extremamente sexualizada, onde é possível encontrar informações sobre anticoncepcionais, as adolescentes continuam tão ignorantes quanto suas avós. E só o diálogo constante poderá conter o crescimento da gravidez precoce”*.

A propaganda de anticoncepcionais, sua livre venda em farmácias e a incapacidade de entender que o corpo feminino citado na bula da pílula é igual a seu corpo, mostra o grande distanciamento das aulas de Ciências, pois o adolescente não se identifica com esse corpo sobre o qual o professor de Biologia discorre (ibid).

São vários os fatores que podem levar uma adolescente a engravidar, entre eles a autora destaca: ausência dos pais, carência de afeto, falta de informações, incapacidade da menina se colocar como personagem dos ensinamentos da aula de Biologia, ou sequer entender sobre o que o professor está falando. Acrescenta ainda: as fantasias juvenis de engravidar para prender o rapaz, vida vazia e a fragilidade de uma mulher ainda em formação física e emocional, misturada aos apelos vindos de todos os lados para ingressar na vida adulta (ibid).

O grande número de gravidez indesejada, a falta de informações e de conhecimento levou-me a um questionamento: como estão essas meninas? Estão engravidando e estão procurando alguém para fazer aborto? Será isto?

No universo de 15 milhões de moças entre 10 e 19 anos de idade, que é a população adolescente feminina calculada pelo IBGE, no Brasil, tem-se ainda a assustadora cifra de 130 mil abortos espontâneos ou provocados pelas pacientes, atendidos em hospitais públicos ou conveniados do SUS. Segundo projeção do Ministério da Saúde, o número de abortos pode ir de 800 mil a 1,2 milhão para todas as faixas de idade. E, desse total, mesmo sem dispor de dados exatos, pelo menos 25 abortos em cada 100 são de adolescentes. Estes

números, sem dúvida alguma, assustam pais e educadores, pois a gravidez precoce tem um duplo efeito perverso: nem sempre a família está preparada e socialmente é um dos fatores de pobreza. Pois, muitas vezes a menina abandona os estudos por vergonha ou pressão de grupos sociais (Lagôa, 1991).

Apesar da inexistência de números precisos, pode-se afirmar que a maioria de abortos acontece em situações de ilegalidade. Somente as mulheres com alto poder aquisitivo têm acesso a abortos seguros, pois podem pagar por eles. Apesar disso, no Brasil e em todas as partes do mundo, mulheres pobres realizam abortos usando técnicas nada recomendáveis como: introdução no útero de substâncias cáusticas, sondas, agulhas de tricô ou ingestão de chás, ervas e coquetéis especiais (Barbosa e Arilha, 1993).

Desde 1986, foi introduzido no Brasil o Cytotec que é o nome comercial do misoprostol, análogo sintético da prostaglandina E1, desenvolvida pela Searle e aprovado para uso no Brasil para tratamento de úlceras gastroduodenais. Como todas as prostaglandinas, o misoprostol possui também uma ação estimulante sobre a musculatura uterina, promovendo sua contração, razão pela qual esse medicamento vem sendo utilizado na indução do parto e do aborto (ibid).

Em julho de 1991, o Ministério da Saúde mudou a regulamentação da comercialização dessa droga, na tentativa de restringir o seu uso como abortífero. No entanto, esta retenção só aconteceu em alguns estados. Percebe-se que no nosso município a sua venda não tem restrições e que é outra situação problema que as enfermeiras enfrentam no seu dia-a-dia.

***Água-viva - "O Cytotec compra na Farmácia, era para ser controlado, era para ser proibido e controlado."***

**Sereia-do-Mar** - \_ *“Teve duas, usou este Cytotec, uma abortou, com uma aborteira aqui de Itajaí, a outra nunca mais vi. Tentei tirar da cabeça dela, já que ela iria pagar que fizesse certinho, não vai numa açougueira dessas!”*

**Alga Marinha** - \_ *“Uma vez, na especialização, eu estava fazendo um trabalho e fui lá, nessa aborteira, dizendo que estava grávida e queria abortar. Ela me mostrou tudo, a sala, tudo. Ela tem a prática de um médico. E é tudo limpinho, o material esterilizado.”*

**Sereia-do-Mar** - \_ *“Como que ela faz?”*

**Alga Marinha** - \_ *“Ela injeta um negócio no útero. Daí ela faz o teste. Não lembro direito...”*

**Sereia-do-Mar** - \_ *“Ela anestesia, ou a pessoa vê tudo?”*

**Alga Marinha** - \_ *“Ela anestesia. A pessoa fica internada. Tem outras pessoas que atendem, atendentes, auxiliares.”*

Percebo uma realidade dura em que as adolescentes não estão preparadas para enfrentar. Precisamos refletir a nossa prática e promover uma verdadeira saúde pública que informe às mulheres e as auxilie com métodos contraceptivos adequados e que seja capaz de propor um planejamento familiar que não tira a liberdade de cada um quanto à procriação.

Para Chauí (1984) o aborto, para as meninas entre 13 e 20 anos possui uma face objetiva e uma face subjetiva. Na face objetiva, muitas vezes, elas não têm como arcar a maternidade, desde a gravidez, o pré-natal, o parto, até a criação de uma criança, a não ser que ocorra o casamento compulsório, que é muito comum, cujos desastres far-se-ão sentir logo depois, além da vergonha que essa obrigação acarreta no interior do casamento da virgem. Na face subjetiva, elas não toleram as pressões sociais, as sanções religiosas e morais da maternidade fora do casamento, nem desejam a humilhação do casamento compulsório. A gravidez, na qualidade de fato inesperado, possui um sentido muito preciso: revelar que as meninas não tomam anticoncepcionais, porque

não são como prostitutas, dispostas ao sexo sem amor. Paradoxalmente, portanto, a gravidez inesperada significa simultaneamente pecado e pureza.

Percebemos que a falta de diálogo, de abertura, de comunicação, de informações e conseqüentemente de conhecimento são alguns dos fatores que agravam este problema tão presente em nossa realidade, que é a gravidez de adolescentes. Pode-se citar, ainda, que a falta de divulgação ao Programa de Planejamento Familiar, que acontece semanalmente nas diversas Policlínicas e no CRESCEM é outro fator que temos que levar em conta, pois através das nossas atividades educativas e assistenciais temos oportunidade de oferecer prevenção, promoção e proteção contra situações que levam a grandes transtornos pessoais, familiares, psicológicos e sociais.

Para tentar amenizar estes transtornos, resolvemos utilizar organizadores prévios, pois através do conhecimento previamente adquirido, serão capazes de despertarem clareza e estímulo ao assunto abordado, proporcionando novos aprendizados.

Acredito que através da educação em saúde o seguimento de enfermagem a adolescentes e mães de adolescentes amplia o papel do enfermeiro, enquanto educador, além prestar assistência a esta população vulnerável. Desse modo, os meninos aos poucos tomam consciência da responsabilidade de um relacionamento e as meninas começam a perceber que têm direito à escolha e não são obrigadas a decidirem sozinhas sobre se deve ou não ter relações sexuais ou que apenas ela use método anticoncepcional.

Percebo que todas estas considerações presentes no cotidiano das enfermeiras requer reflexões e intervenções, como também maior integração entre as diversas áreas da saúde, como a psicologia e a medicina, para que os adolescentes, pais e familiares tenham um acompanhamento digno, visando a uma melhor qualidade de vida. Da mesma forma, há a necessidade da ampliação deste programa a todas as unidades de saúde, proporcionando ao

profissional envolvido condições para desenvolver palestras educativas nas escolas, visando à divulgação do programa e, talvez, estimulando também a participação do companheiro.

#### **4.2 . “ELAS VÃO FICAR OLHANDO... PENSANDO...AÍ UMA DELAS PERGUNTA: \_ O QUE É PLANEJAMENTO FAMILIAR?”**

É preciso que conheçamos a necessidade e o nível de informações dos seres humanos com os quais estamos lidando. Muitas vezes, percebe-se o alto grau de confusão em que estão mergulhados, além de nos mostrar a forma errada que assimilam à informação sobre a sexualidade. Há todo momento, este tipo de informação está presente nos filmes, na televisão. Percebe-se que os meios de comunicação estão cientes dessa confusão, mas continuam estimulando padrões de comportamento como: erotismo, culto ao corpo, prazer físico, sexo como artigo de consumo e sem responsabilidade, apologia dos bens de consumo, entre outros.

Este assunto surgiu na terceira reunião, quando discutimos o referencial teórico proposto, o qual sugere que iniciemos a aprendizagem partindo do conhecimento do aprendiz. Pela vivência das enfermeiras, estas colocam que muitas das mulheres que procuram o programa muitas vezes desconhecem o termo “Planejamento Familiar”. Este desconhecimento reflete o distanciamento entre os meios de comunicação e a forma como essa informação chega até a população mais carente.

**Água-viva** - *“Porque se a gente coloca, numa reunião sobre Planejamento Familiar, elas vão ficar olhando...Elas vão ficar pensando...Aí uma delas vem e pergunta: \_ O que é Planejamento Familiar? Outras já nem se interessam, ou porque ficam com vergonha, ou porque...”*

**Medusa-do-Mar** - *“Elas tem uma vergonha que a gente olha para a cara delas, elas ficam vermelha, que nem um tomate maduro, vermelho!”*

Pela própria educação que tiveram, estes assuntos fazem com que algumas clientes sintam-se inibidas. Como estamos desenvolvendo um processo educativo é importante que a cliente participe a todo momento. Para isso, precisamos criar estratégias que proporcionem o bem estar da mesma.

O tema principal da nossa construção estava gerando polêmica: de que maneira poderíamos introduzi-lo de forma que todos entendessem do que se trata? Verifico que, para diminuir esta controvérsia, as enfermeiras divulgam o programa relacionando-o com os métodos anticoncepcionais, que de uma forma ou de outra, as clientes já ouviram falar ou já se utilizaram dele.

**Medusa-do-Mar** - *“Na unidade, tenho vários cartazes, que eu mesma fiz, diz mais ou menos assim: Você ainda usa pílula? Como você faz para evitar a gravidez? E a sua saúde como é que está? Venha, marque o seu nome. O Planejamento Familiar é de graça.”*

**Sereia-do-Mar** - *“Porque se partir só do Planejamento Familiar muita gente não sabe o que é. O que elas conhecem? Elas conhecem os métodos para evitar gravidez.”*

Todas concordaram que é importante fazer uma relação entre o tema: Planejamento Familiar e Métodos Anticoncepcionais para facilitar o entendimento das clientes, porém acham que são poucos os métodos anticoncepcionais que estas conhecem. Neste caso, tem-se que avaliar se é importante para as mulheres conhecerem tantas variedades de métodos ou apenas aqueles que podem ter acesso. Tem-se que considerar que estamos

num processo educativo. Sendo assim, todo o tipo de informação servirá para ampliar o conhecimento das participantes que, como tal são cidadãs que merecem uma atenção integral. As enfermeiras ressaltaram a importância de se colocar que o serviço é gratuito.

**Água-viva** - *“ Eu coloquei assim: você tem o direito de escolher o método para evitar a gravidez. Você tem que colocar outro tema, porque senão não vai ninguém.”*

**Sereia-do-Mar** - *“Então, eu acho que deveríamos partir em cima do nome, da palavra Planejamento Familiar junto com o “evitar gravidez”. E a palavra “gratuitamente” é super importante. Tem que ter. Porque senão”...*

O “gratuito” não deixa de ser uma forma de despertar o interesse da clientela para participar do programa. Vivemos num sistema capitalista em que tudo tem um preço e os problemas sociais são imensos. Esta população que nos procura muitas vezes passa pelo problema da reprodução da pobreza. Isto é, a mulher engravida todo ano, não consegue emprego. Na melhor das hipóteses trabalha até o sétimo mês. Muitas deixam os estudos, não voltam a estudar e são consideradas mão-de-obra desqualificada. Este problema acontece, muitas vezes, também com o pai da criança, principalmente se for adolescente.

Não se trabalha Planejamento Familiar de forma coercitiva em que todos tenham que fazer o controle da natalidade, a Vasectomia ou a Laqueadura.

O Planejamento Familiar é uma forma educativa, na qual a pessoa vai refletir e avaliar os seus direitos e como cidadã vai optar pelo que acha melhor para a sua vida. E nós estamos visando à qualidade de vida dessas pessoas, porque estamos proporcionando condições de pensar, de espaçar, quanto tempo precisaria para ter mais filhos. Sugerimos questionar durante a palestra:

Quantas pessoas querem ter mais filhos e quantos filhos desejariam ter?

As enfermeiras comentaram que a maioria das clientes que participa das palestras de planejamento familiar não estão interessadas nele, e sim, no exame preventivo. E isto atrai muitas clientes: uma das enfermeiras já ministrou palestra para oitenta mulheres.

**Alga Marinha** - \_ *“Eu nunca vi tanta gente! Porque para fazer a palestra eu tenho que ir ao centro comunitário. Então, é uma coisa séria. Porque, se eu agendar sem preventivo, elas não vão. Como é que vai ser? E se eu agendar com o preventivo elas vão.”*

Percebe-se que se deve limitar o número de participantes, pois para que o aprendizado seja significativo precisamos partir do conhecimento do cliente e que a prioridade desse é trocar informações, despertar o conhecimento do corpo da mulher e do homem e escolher qual a maneira mais adequada de evitar filhos, de acordo com seu momento de vida. O preventivo vai acontecer, mas para isso a cliente deve se cadastrar ao programa e à palestra. Esta exigência se dá pela razão de que muitas mulheres desconhecem seu próprio corpo.

**Medusa-do-Mar** - \_ *“A gente vê que falta o conhecimento, porque quando você faz a coleta do preventivo, elas perguntam, assim: \_ Você puxa o útero para fora? O que que vocês fazem?”*

**Água-viva** - \_ *“Eu entrego um papel com a explicação do preventivo. Porque é muita dúvida. Tem algumas que depois de colherem o preventivo vem dizer que começaram a ter dor na relação.”*

**Alga Marinha** - \_ *“Tem uma guria de 15 anos, que disse que o marido quer largar dela. Ela disse que o marido disse que depois do preventivo ela ficou com um buraco sem fundo.”*

O exame preventivo é uma parte do exame ginecológico. É importante

que toda a mulher que já iniciou suas relações sexuais façam este exame periodicamente, pelo menos uma vez ao ano, mesmo as grávidas, as que estão sem companheiro no momento, e as que não menstruam mais. Percebe-se que, na nossa realidade, as mulheres sabem a importância de realizar o preventivo, mas que a desinformação sobre o seu corpo está presente. Então planejamos o uso de organizadores prévios, pois como Ausubel (1980) sugere, deveremos apresentar o conteúdo de maneira geral, ampla, para através de pontes cognitivas ir ligando aos subsunçores com o conhecimento que os seres humanos já possuem. Devemos considerar também que este conteúdo possui muitos termos científicos, que algumas clientes podem não estar acostumadas a eles, nesse caso, os relacionamos aos termos populares.

**Água-viva** - *“É porque se falar de ciclo ovulatório elas não vão saber. Muita gente não sabe lidar com a sexualidade.”*

**Sereia-do-Mar** - *“Ainda mais ciclo ovulatório, elas confundem. Até uma pessoa, por exemplo, que está no começo de uma faculdade, ou que faz uma faculdade que não é direcionada à área da saúde, se tu perguntares: o que sabe da menstruação? Não sabem. Não é só quem não tem instrução, não, até quem tem não sabe.”*

**Água-viva** - *“Também não dá para fugir, né? Tem que ser abordado o aparelho reprodutivo, fecundação, ovulação... Isso tem que ter é básico. E a função, tem que ter. Para que serve o útero, a função do ovário, nós temos que abordar.”*

Como muitas das mulheres que vêm à palestra não conhecem o próprio corpo, lembramos a importância de se buscar o conhecimento das clientes e através dele proporcionarmos condições para ampliá-lo, numa relação de troca. Esta discussão favoreceu a compreensão do corpo de cada uma na sua individualidade e com isso, propiciou espaço para um melhor cuidado e conhecimento do próprio corpo.

**Água-viva** - \_ “... até os pequenos lábios, os grandes lábios... Se vocês olharem assim, num espelho, o que que vocês vêem? Uma delas citou o útero...”

A falta de esclarecimento dos pais em relação aos filhos por falta de diálogo, por constrangimento, ou mesmo por desinformação em falar nas mudanças que ocorrem com o corpo e a própria questão da sexualidade faz com que muitas vezes o jovem procure amigos, outras pessoas ou outros meios para se conhecerem. Muitos pais optam, também, pela educação reprimida, pensando que assim vão afastar os adolescentes da sexualidade e protegê-lo dos riscos. Muitas vezes, os pais agem como se, além deles, não houvesse nenhuma outra fonte de informação, como se pudessem manter a sexualidade em segredo. Portanto, em casa, não costumam falar sobre sexo.

**Sereia-do-Mar** - \_ “Se a gente analisar pela nossa educação, ninguém das nossas coleguinhas sabia. Nossos pais não falavam... Eu me lembro tão bem quando eu fiquei menstruada, era de noite, a mãe estava corrigindo provas dos alunos. Eu cheguei e falei: \_ Não sei se falei: mãe, chegou a menstruação, ou se falei: eu sangrei. Não lembro, porque a gente era pequenininha, tinha 10, 11 ou 12 anos. Ela disse: Ah! Tá... E me deu um paninho, porque naquela época era paninho. Depois, eu passei a comprar Modess. Eu me lembro, uma vez, que eu cheguei pro meu pai e pedi: \_ Me dá dinheiro pra comprar Modess. Daí ele disse: \_ Mas tudo que vocês vêem já querem comprar. Não podem ver nada que já querem comer!”

**Alga Marinha** - \_ “Nem sabia o que era Modess!”

Para Lagôa (1991) o que causa surpresa é que, pela lógica, a modernidade deveria ter acabado com isso. Pois, até bem recentemente, as meninas, assim que menstruavam, deixavam a casa paterna para um casamento arranjado, sem o seu consentimento ou acordo. E o que deveria ocorrer, hoje em dia, é a promessa implícita de que a mulher, em vez de servir precocemente a um marido, entraria para o mercado de trabalho e através dele

teria acesso ao estudo, informação, carreira, sucesso e liberdade.

Muitas mulheres chegam ao serviço de saúde buscando uma solução para os seus problemas que não pressupõe a sua participação em saber, subordinando-se ao profissional de saúde, detentor do saber dito oficial, reconhecido e respeitado. As queixas que traduzem determinantes não puramente biológicos, mas também econômicos, culturais, sociais são, muitas vezes, trazidas de forma pouco explícita não sendo percebidas e/ou valorizadas. Estabelece-se um círculo vicioso, onde só se traz e se ouve o que é esperado e conveniente para o serviço de saúde (Vargas e Romeiro, 1992).

Às vezes, as informações fornecidas nos postos de saúde também não são corretas. Lagôa (1991) descreve o caso de uma adolescente que procurou sozinha um posto de saúde, porque menstruou pela primeira vez e achou que estava doente. Ali foi lhe explicado o que era, mas não lhe explicaram o risco de gravidez. Até hoje ela não sabe explicar como a mulher engravida, nem como nascem os bebês ou o que venha a ser útero. Para outra adolescente, foi recomendado que evitasse filhos, porque era epilética, mas não lhe disseram como fazer isso.

Estes casos fazem-me reportar ao período em que era acadêmica de enfermagem, quando desenvolvia estágio na disciplina de Enfermagem Obstétrica, no Hospital das Clínicas em Curitiba-Pr. Ao prestar assistência a uma adolescente de 14 anos que havia parido na noite anterior, esta estava surpresa em saber como a criança saiu do seu corpo, porque até a hora do parto achava que este nascia através do “umbigo”. Em outra ocasião, agora como professora de enfermagem, junto com os acadêmicos do 7º período na disciplina de Enfermagem em Saúde Pública, ao desenvolvermos a consulta de enfermagem a uma adolescente de 15 anos, grávida de sete meses, esta relatou que achava que o nenem nasceria por “trás”.

Como vemos a questão da sexualidade gera, ainda, um grande tabu.

Com ela está relacionada à higiene, que é outro aspecto que deve ser salientado, pois, apesar de ser algo corriqueiro e comum, nos deparamos, muitas vezes, com certos costumes e culturas que devem ser revistos para a melhoria da sua saúde.

**Água-viva** - \_ “A maioria tem problema de corrimento, não tem condições. Eu alerto. Quando tem corrimento usar um forro.”

**Sereia-do-Mar** - \_ “Eu acho que a gente tem que alertar.”

**Alga Marinha** - \_ “Mas falar de higiene para o homem é difícil.”

O aprendizado significativo talvez deva abranger a adolescente e sua mãe, para que ambas aprendam a lidar com o conhecimento sobre o corpo e, conseqüentemente, sobre como levar adiante o planejamento familiar, com domínio deste corpo.

Frente a estas considerações percebo que a informação existe, o que falta é o entendimento da informação. Este problema está implícito quando citamos as questões familiares, os meios de comunicação, a escola e os nossos serviços de saúde. Precisamos rever a nossa prática, a nossa maneira de ensinar. Até que ponto o aprendizado está sendo significativo e proporciona condições dos seres humanos se conscientizarem que fazem parte de um sistema e que tem direitos e deveres?

Concordamos que não existe um conhecimento universal, único, pronto, mas que este está sendo sempre construído pela troca de saberes entre os seres humanos. Sendo assim, considero que muitos de nós têm sempre muito a ensinar e a aprender e é fundamental ouvir o outro, reconhecendo e considerando o conhecimento que ele traz consigo.

Entendo que o referencial teórico proposto vem contribuir para esta questão, uma vez que parte do conhecimento do cliente, presente na sua

estrutura cognitiva e que as enfermeiras, através dos recursos metodológicos e estratégias criadas proporcionarão condições para ampliar o conhecimento da população envolvida.

#### **4.3 . “EU ESTOU TOMANDO A PÍLULA ANTICONCEPCIONAL. O QUE EU FAÇO QUANDO DESCE A MENSTRUÇÃO? EU POSSO TER RELAÇÕES ? EU NÃO VOU ENGRAVIDAR?”**

Na quinta reunião, discutimos os métodos anticoncepcionais propriamente dito e percebemos que a informação, muitas vezes, é obtida dos amigos, os anticoncepcionais, direto da farmácia. O uso da pílula anticoncepcional não está diretamente relacionada ao conhecimento do método e é comum o hábito de usar a pílula sem acompanhamento médico. Os anticoncepcionais mais conhecidos, na nossa realidade, são a pílula e a camisinha e esta quando usada é para não engravidar ou para não pegar AIDS.

Caldiz, Malosetti e Bayardo (1994) em pesquisa realizada com adolescentes sobre maternidade adolescente em Bariloche (Argentina) perceberam que em muitas ocasiões o conhecimento de anticoncepção deve-se à interação com outras mulheres, ou com o parceiro. Mas o conhecimento é quase sempre escasso e superficial, confuso ou mesmo completamente errôneo. Nenhuma das adolescentes recebeu qualquer tipo de informação por parte do pessoal médico-sanitário, nem mesmo as que já haviam passado por

gravidez anterior. Foi constatado que a desinformação tem papel fundamental, já que, mesmo quando as adolescentes demonstraram firme intenção de evitar a gravidez, não sabiam como fazê-lo.

**Sereia-do-Mar** - \_ *“Nem todas as mulheres que participam do programa conhecem os métodos anticoncepcionais.”*

**Medusa-do-Mar** - \_ *“Elas conhecem principalmente a pílula e a camisinha, só.”*

**Sereia-do-Mar** - \_ *“A camisinha porque foi falado muito na televisão por causa da AIDS, a pílula porque é um método secular. A maioria das mulheres conhecem. A procura desse anticoncepcional é bem maior que qualquer outro tipo de método.”*

A rápida expansão dos meios de comunicação de massa, especialmente do rádio e da televisão, com ampla penetração entre as camadas mais pobres da população contribuiu enormemente para a difusão das novas idéias em âmbito nacional. Conforme Nunes (1994, p.177) estas idéias *“dizem respeito não só ao tamanho das famílias, à necessidade de limitar a prole e a comportamentos sexuais distintos dos até então aceitos, mas também ao estímulo ao consumo, incompatível com as grandes famílias”*.

A maneira de se expressar da enfermeira pode estar relacionada à ampla divulgação pelos meios de comunicação a respeito da pílula anticoncepcional, pois sabemos que esta surgiu na década de 60.

Por outro lado, percebe-se pelas colocações das enfermeiras que o método que mais se tem para fornecer para a população é pouco aceito.

**Estrela-do-Mar** - \_ *“Camisinha, ninguém quer.”*

**Água-viva** - \_ *“É difícil! Que querem, querem, mas é minoria.”*

**Estrela-do-Mar** - \_ *“É pouco, é pouco. Mas, tu sente que a camisinha não vai. Não adianta, assim sabe, porque tu também não vai falar de*

***‘ditadora’, porque ‘tem que ser a camisinha’.***”

Estas colocações nos levou a uma reflexão, pois convivemos com uma realidade em que o alto índice de AIDS está presente. Se as pessoas não aceitam o uso da camisinha, deveremos rever as nossas ações educativas de maneira que as pessoas envolvidas tomem consciência da importância do seu uso.

Para Berquó & Souza (1990), apesar da ênfase apresentada pelas campanhas oficiais e outras agências não governamentais, a camisinha como medida de prevenção da AIDS - os dados apurados em vários *surveys*, inclusive de escopo nacional - , atestam que seu uso continua extremamente discreto. Tanto homens como mulheres consideram a camisinha mais apropriada para relações casuais ou em fase inicial de conhecimento, sobretudo, como método anticoncepcional, sendo depois substituída por outros métodos quando o relacionamento se torna mais duradouro.

As mesmas autoras relatam extensa pesquisa junto a brasileiras com idades entre 15 e 54 anos em que, *“das 70% de usuárias de algum método, apenas 1,8% mencionam a presença do condom nas relações sexuais”* (ibid, p.471).

***Sereia-do-Mar*** - *“E tu sentes que as próprias mulheres casadas que tem marido, quando você pergunta se usam a camisinha, elas não usam. O marido não quer e elas aceitam e não sabem o risco que correm. Às vezes até sabem.”*

***Alga Marinha*** - *“Mas, se ele não quer, daí elas têm que aceitar.”*

Percebe-se que a submissão da mulher está presente também na escolha do método anticoncepcional. Ser mulher, em nossa sociedade, significa estar inserida, enquanto agente social, num sistema cujo conteúdo é pautado por

subordinações. Nascer mulher manifesta-se como um ato primeiro e involuntário de inscrição em relações marcadas pelo poder da dominação masculina. Implica ver-se inscrita num sistema de privilégios e hierarquias que a consolida como ausência, falta. O oposto do homem, este concebido e percebido como objeto positivo de valor e ideal social, ao qual é atribuída a distinção de herdeiro da cultura.

Guimarães (1994, p.262) referencia que *“a despeito do tom ‘unissex’ das campanhas de prevenção, há de se reconhecer que as possibilidades e dificuldades que as mulheres apresentam para adotar qualquer das medidas indicadas são nitidamente distintas daquelas dos homens - seja porque as medidas nem sempre ou quase nunca são reconhecidas como necessárias, ou porque, quando o são, dependem da vontade do parceiro para que sejam adotadas. A ênfase dada ao uso da camisinha para prevenir a infecção pelo HIV é muito ilustrativa desta diferença e desigualdade entre os gêneros”*.

A mesma autora constatou que quando a mulher insiste no uso da camisinha para fins preventivos, poderá, dessa maneira, indicar sua desconfiança, sugerindo que ele tem uma vida sexual “por fora”. E se ele concordar em usá-la, suas suspeitas serão confirmadas. Percebeu-se também que a dificuldade em reivindicar o uso da camisinha não ocorre só com as mulheres que têm união estável, mas também com mulheres solteiras, porque seria um indício de que ela teria uma vida sexual promíscua e exposta a doenças. No entanto, constatou-se que aquela mulher de vida promíscua, que tinha vários companheiros, com esses sim, ela exigia o uso da camisinha, com seu namorado ou marido não (ibid).

Refletimos que a segurança quanto ao uso da camisinha é outro fator importante a se questionar, porque não se pode afirmar que a camisinha seja 100% segura. Por outro lado, essa é uma questão perigosa para se informar numa reunião educativa. Porque, pelo menos, na maioria das vezes, a

camisinha está prevenindo. Se dissermos, numa palestra, que a camisinha não é 100% garantida, aquele que já não tem vontade de usá-la, não vai usar. De acordo com a BEMFAM (1996) quando bem colocada, a camisinha possui uma eficácia de 90%.

Essa é uma questão que abrange cultura, crenças, valores e está no nosso cotidiano. Se analisarmos a questão da AIDS, o nosso município encontra-se em primeiro lugar com maior incidência proporcional de casos no Brasil (Flores, 1998). No entanto, percebemos que estes dados não atingem o comportamento das pessoas, porque muitas delas acham que nunca irão pegar AIDS. Quem vai pegar AIDS é o outro. *“Na minha família ninguém vai ter AIDS. Então, não preciso usar a camisinha.”*

Esta constatação é reforçada por Guimarães (1994, p.261) em pesquisa realizada com mulheres que corriam o risco de adquirirem DSTs/AIDS. Nas suas respostas comprovou que *“nenhuma entrevistada se considera em risco, principalmente pela contaminação por via sexual. Isto porque ‘tem somente um parceiro’, ‘confio nele’, ‘sou fiel a ele’, e ‘o marido é conhecido até demais’.*”

Todas estas questões são comprovadas no cotidiano das enfermeiras e geraram novas discussões que nos leva a refletir sobre as nossas ações educativas, de modo que leve as pessoas a se conscientizarem que estão expostas a riscos e a única maneira de evitá-los é prevenindo.

O imaginário social da AIDS não se constrói isoladamente, mas em conjunto com os demais imaginários associados à saúde, à doença e aos riscos da vida cotidiana. Precisamos conhecer e vivenciar mais a nossa realidade. Vemos que o ritmo assustador de transmissão do HIV demanda mudanças rápidas e eficazes nas práticas sociais e sexuais para prevenir e controlar essa epidemia. Isto faz com que reflitamos nas ações educativas desenvolvidas e proporcionemos condições para que os seres humanos conheçam seus riscos e

medidas que permitam prevenir-se, bem como a necessidade de transformar certos hábitos sexuais arraigados em formas alternativas e prazerosas de relacionamento.

Vale ressaltar que a camisinha é um dos métodos que protege o casal contra todas as doenças sexualmente transmissíveis, inclusive a AIDS. Previne contra o Virus HPV, precursor do câncer de colo de útero e é de fácil acesso e não causa efeito colateral. Tem a desvantagem de romper se não for bem colocada. Somente 7,27% do brasileiro a usam (BEMFAM, 1996).

Outros métodos anticoncepcionais, tais como a pílula, o DIU e a esterilização, há muito se mostram mais eficazes, além de não causar incômodo ao parceiro (Guimarães, 1994).

A pílula possui uma eficácia de 99%, o dispositivo intra uterino de 98% e a esterilização 99,5%. No Brasil, 49% das mulheres optam pela esterilização, 29,09% pelo uso da pílula e 1,45% pelo DIU (BEMFAM, 1996).

O número crescente de mulheres que desejam “ligar as trompas” é um fator preocupante. Consideramos que essa possa vir a ser uma opção da mulher, desde que não seja decorrente da falta de conhecimento, acesso e acompanhamento no uso dos diversos métodos anticoncepcionais disponíveis atualmente. Além de que, essa opção, até o momento, só será permitida legalmente às mulheres em que a nova gravidez implique em risco de vida.

O uso da pílula é bastante comum na nossa realidade. Inclusive, aparece como o mais seguro e efetivo, além de ser, também, de fácil aplicação. Mas, ao mesmo tempo que se percebe o pouco conhecimento que se tem sobre o método, corre-se o risco de apresentar alguma reação severa, pois a pílula interfere no processo hormonal e pode provocar aumento de peso, náuseas, cefaléia ou problemas de pele. É contra-indicada para mulheres cardíacas, hipertensas ou fumantes.

**Sereia-do-Mar** - \_ *“Inclusive, num dia desses fui abordada por uma cliente que toma pílula. Ela me perguntou: -Como que eu faço quando desce a menstruação? Nesse período, eu posso ter relações? Eu não vou engravidar? E quando eu volto a tomar a pílula, eu posso, né?”*

As enfermeiras relatam que a procura do DIU, no nosso município, está aumentando, como também que as reações são bem menores se compararmos ao uso da pílula anticoncepcional. O DIU surge como um dos métodos que não precisa pensar toda vez que vai ter relação sexual. Porém, não poderemos esquecer de salientar, nas nossas reuniões educativas, quanto ao uso da camisinha, pois o DIU não previne as DSTs/AIDS.

**Estrela-do-Mar** - \_ *“É porque está mudando. O DIU era isso, era aquilo. A gente observa que a procura do DIU está se igualando com a pílula.”*

**Alga Marinha** - \_ *“A esposa de um pediatra engravidou com o DIU, evoluiu a gravidez e teve o nenem. Normal.”*

Por outro lado, o seu uso ainda causa controvérsia, dúvida e medo para algumas clientes, pois pela própria história do DIU, este já causou interrupção de muita gravidez. Outras, nem pensam no DIU por não quererem algo estranho dentro do próprio corpo.

**Água-viva** - \_ *“Tem uma amiga minha, de Florianópolis, que colocou o DIU, engravidou de gêmeos, o médico não deu mais de quatro meses de gestação. Quando deu os quatro meses, abortou.”*

Propomos que a discussão dos métodos deveria iniciar pelo conhecimento das participantes. Percebe-se que os métodos naturais não são muito comentados.

Os métodos como muco, temperatura, tabelinha e diafragma exige o conhecimento do próprio corpo, por isso algumas mulheres fazem confusão ao

usá-los. Apesar de já terem ouvido falar geralmente não lhe dão preferência para seu uso próprio.

**Sereia-do-Mar** - \_ “ *O método da tabelinha, do muco, é difícil alguém escolher. Porque não conhecem o próprio corpo. Eu faço anos o método da tabelinha, às vezes do muco, eu sei ver a consistência do muco, eu sei quando estou ovulando. Mas, normalmente a pessoa não escolhe porque tem medo.*”

O método de Billings ou do muco causa alguma ansiedade nas mulheres, porque, além de não saberem observar a consistência do muco, pensam que podem sofrer algum distúrbio hormonal naquele mês e perder o controle. Geralmente acham muito complicado.

**Medusa-do-Mar** - \_ “*Eles jogam alguma coisa da tabelinha mas não sabem fazer uso dela. Esse é o X do problema.*”

Para aprender a fazer a tabela precisa-se saber contar, calcular e sinalizar no calendário. Para algumas mulheres, isto traz constrangimento devido à dificuldade de ler e escrever. A maioria das mulheres não tem o hábito de anotar a data da menstruação regularmente, o que dificulta para aprender a calcular o período fértil. É um método que exige disciplina, não só da mulher, mas também do parceiro.

Sobre o método da temperatura, uma das enfermeiras argumentou que não apresenta mais este método nas suas palestras, pois é mais direcionado para quem quer engravidar. Discutimos, então, que como o aumento da temperatura coincide com o muco cervical, pode ser a referência para utilizarem “camisinha” ou evitarem o ato sexual no período.

Como métodos anticoncepcionais naturais que mais se destacam no cotidiano das enfermeiras, estas destacam o coito interrompido, que é uma forma antiga e pouco confiável de contracepção. Pois, conforme Burroughs

(1995) frequentemente, as secreções pré-ejaculatórias do homem contêm espermatozóides, além de ser difícil o controle masculino.

***Alga Marinha - \_ “O coito interrompido é um método natural muito usado. Pode ser que não seja eficiente, mas é um método muito usado. Geralmente elas falam que cuidam. Cuidam como? Ah! Meu marido tira fora.”***

As enfermeiras relatam que, além do coito interrompido, outros métodos bastante comuns que as mulheres costumam adotar, mas de pouca confiabilidade são: a ducha pós-coital e a amamentação.

Na ducha pós-coital os espermatozóides aparecem no muco cervical alguns minutos após a ejaculação e podem atingir a trompa uterina em curto período de tempo. Se assim acontecer, o espermatozóide chega ao óvulo podendo resultar em gravidez. Difícilmente a ducha poderá evitá-la. Na amamentação, pesquisas mostram que esta tem alguma influência no controle de natalidade, pois, enquanto 50% das mães que não amamentam não concebem durante 4 meses após o parto, 50% das que amamentam não concebem durante 12 à 18 meses após o parto (Burroughs, 1995).

Quanto ao uso do Diafragma, surge a questão da relação das mulheres com seu próprio corpo, sua educação desde menina, se tem ou não vergonha de colocar o próprio dedo na vagina para sentir o colo do útero e para verificar a colocação do diafragma. Para este método devem ser ressaltado os cuidados quanto à higiene, pois o dispositivo permanece guardado e deve ser colocado uma ou duas horas antes do sexo e retirado após seis ou oito horas. É ideal para as mulheres organizadas e que tenham intimidade com o próprio corpo.

***Água-viva - \_ “O método do Diafragma de colocar e tirar é difícil de demonstrar. Elas nem se olham imagina se tocar.”***

Percebe-se que algumas das enfermeiras, ao se referirem ao método do Diafragma, sentem dificuldade de serem informais nas suas colocações, pois se houver alguma cliente com aparência suja e sem condições de cuidar da sua higiene, de maneira alguma teriam a coragem de sugerir o uso do Diafragma.

Achamos que a abordagem das vantagens e desvantagens dos métodos anticoncepcionais é importante para que as clientes tenham a oportunidade de conhecer as indicações e contra-indicações, para que, no caso, de optarem por algum destes tenham consciência dos cuidados que deverão ter, bem como do risco que correm e das reações que poderão surgir.

Como são vários métodos anticoncepcionais a serem apresentados numa única palestra, percebe-se preocupação das enfermeiras quanto à duração das reuniões educativas que estamos construindo.

Para que tenhamos consistência quanto à duração das palestras, devemos lembrar que para ocorrer a aprendizagem significativa deveremos determinar a estrutura conceitual e proposicional da matéria de ensino, identificar quais os subsunçores relevantes à aprendizagem do conteúdo a ser ensinado, diagnosticar daquilo que o aluno já sabe e ensinar utilizando recursos e princípios que facilitem a passagem da estrutura conceitual da matéria de ensino para a estrutura cognitiva do aluno, de uma maneira significativa.

Partir do conhecimento do aprendiz faz com que fiquemos atentas quanto à duração da apresentação do nosso planejamento, o qual tem a participação imprescindível das clientes e que estimamos em torno de duas horas. Concordamos que essa estimativa pode ultrapassar um pouco este tempo. O importante é que as clientes participem da palestra, entendam o conteúdo, despertem para uma reflexão sobre o direito de escolha e que haja uma transformação para que o aprendizado se consolide.

Para aliviar esta situação conflitante, preparamos material teórico com a

seqüência da palestra e conteúdo único, conforme ANEXOS 06 e 07.

Todas essas questões faz com que nós enfermeiras e educadoras repensemos nossos conteúdos, pois desta forma poderemos confirmá-los, atualizá-los ou transformá-los, partindo da vivência dos próprios participantes, enquanto indivíduos e cidadãos, dentro de uma visão de educação que os perceba enquanto sujeitos no processo de aprendizagem. O importante é que as clientes, através das palestras, adquiram conhecimentos básicos e despertem para a possibilidade de continuarem refletindo, se conhecendo, usando o método que consideram mais apropriado para a sua saúde e seu momento de vida e repassassem para suas filhas e amigas, aumentando o número de pessoas que vivem a questão da sexualidade e da reprodução de uma maneira consciente.

#### **4.4. OS DESCAMINHOS DE UM PROGRAMA**

As enfermeiras mostraram-se interessadas e acharam importante este trabalho, uma vez que participam do programa já há algum tempo e até o momento nunca haviam se reunido antes. Algumas colocaram a dificuldade que sentiam de preparar as palestras, pois muitas vezes são muito teóricas e se tornam cansativas para as clientes. Outras reclamaram do tempo da palestra que é ou muito curto, ou muito extenso. Mas, percebe-se que tiveram oportunidade de discutirem problemas que são comuns no seu dia-a-dia e que estão dificultando o andamento do programa.

Dentre estes problemas comuns destacaram a falta de métodos anticoncepcionais, de lâminas para o preventivo, de espaço físico, de estrutura

adequada e de materiais imprescindíveis para o andamento adequado do programa, problemas estes que são fatores graves, apareceram em todas as reuniões e preocupam as enfermeiras, pois através das palestras serão criadas expectativas que não se sabe se serão alcançadas.

**Água-viva** - \_ “ *Até agora a preocupação nem é mais a clientela, já é o método. Esse pessoal tá vindo, depois não tem nada, como é que vai ser? (...) trabalhamos com dois tipos de anticoncepcionais e o DIU sem, né? Nem o Microdiol que a gente tinha, que causava pouco efeito colateral. Daqui a pouco acaba esses dois e daí? Vai dar o quê? Só camisinha?*”

**Alga Marinha** - \_ “*Camisinha é o que mais tem.*”

**Água-viva** - \_ “*É uma minoria que quer. Mas aí, além de ser pouco, a gente tem que ver o crédito.*”

Discutimos que a prioridade deste trabalho é a questão educativa. O processo educativo deve ser aberto, claro, pronto para trocas e de maneira alguma deve ser impositivo. Mas, caso essas questões e algumas limitações, venham a aparecer, é necessário que procuremos meios para a superação dos problemas.

As enfermeiras estão angustiadas, porque estão de mãos atadas diante de suas limitações para resolução dos problemas. Precisam ter uma postura mais determinada diante disso, devem mostrar que o seu trabalho é importante. Devem conjugar esforços com os segmentos da sociedade que desempenham papel importante no processo de desenvolvimento da comunidade.

Enquanto prática social a enfermagem precisa ser refletida. Conforme Rezende (1984, p.11) “*a enfermagem é, e sempre será, uma prática política, e como tal, profundamente carregada de valores*”. Se torna necessário uma reflexão crítica do papel do enfermeiro enquanto cidadão, membro de uma categoria profissional, voltada aos interesses de uma população da qual somos

parte integrante.

### **Estrela-do-Mar** - \_ “*Pra quê tudo isso?*”

As enfermeiras manifestam uma grande angústia com a política vigente do município, pois os dirigentes da saúde não estão demonstrando interesse com a saúde da população. O hospital infantil da cidade está descredenciado do SUS e comenta-se que vão transformar o prédio do CRESCEM para o pronto atendimento às crianças. Estes comentários geram conflitos, pois o CRESCEM é um setor de referência e se perderem este espaço, todo o seu envolvimento com o programa e atendimento à saúde da mulher e da criança vai deixar de existir.

É necessário uma postura mais política das enfermeiras no sentido de reverter o processo de descaso, para uma situação de sensibilização das autoridades para o problema.

Para Paim (1979, p.62) a *‘enfermagem é indefinida quanto ao que ela é, e o que não é’*, e que tudo isso gera uma grande ansiedade em todo o grupo profissional, principalmente quando *‘outros’* questionam quanto à utilidade desta profissão. E acrescenta *“quanto mais isso ocorre, mais devemos estar cientes de que o fato de estar sempre em busca de uma definição, significa para todos nós um continuum - por que indica que zelamos por questionar e revalidar as nossas concepções, e isso traduz que nosso perfil precisa estar ajustado ao que deseja de nós, a sociedade brasileira”*.

Para isto, precisamos desenvolver uma consciência crítica refletindo-se em uma ação participativa e transformadora na prática de saúde.

Em palestra apresentada em Joinville-SC, em 1996, no “I Seminário sobre Planejamento Familiar, uma nova visão”, foi mostrado o trabalho que o SESI (Serviço Social da Indústria) do Ceará desenvolve para a aquisição de

métodos anticoncepcionais junto às firmas e a importância da participação da “enfermeira” dentro deste programa. Foi relatado que tinham problemas com as clientes quanto à aceitação do Diafragma, depois que entrou uma enfermeira para o programa e esta desenvolveu ações educativas junto à clientela houve uma procura maior desse método, como também maior aceitação.

Sabemos que o Programa de Planejamento Familiar está vinculado ao Ministério da Saúde e foi aprovado para que funcione no Município de Itajaí. O Ministério da Saúde não envia verba para o seu funcionamento. Através da Secretaria do Estado de Santa Catarina deveria estar enviando material e entre estes estão os métodos anticoncepcionais, televisão, vídeo e material didático necessário para propiciar a aprendizagem. Pelo que nos foi informado no Seminário em Joinville-SC, por um membro do Ministério da Saúde, os métodos anticoncepcionais estão sendo remetidos para todo o Brasil. Parece que em Itajaí não estão chegando.

***Água-viva*** - *“Lá no curso a gente soube, que o Ministério da Saúde, tem uma verba exclusiva para o Programa de Planejamento Familiar.”*

Esta questão gera polêmica, as enfermeiras discutem que o Ministério da Saúde promove projetos, programas, abre uma expectativa para a população e, no entanto, não está enviando material necessário.

***Estrela-do-Mar*** - *“Se quiséssemos o DIU hoje, não encontraríamos.”*

Concordo que muitas vezes damos crédito às questões do Ministério da Saúde e muitas vezes não sabemos se realmente teremos respaldo diante de problemas criados pelo próprio Ministério. Algumas vezes passamos por situações constrangedoras, como ocorreu na Campanha da Meningite C, em

que foram envolvidos profissionais da saúde, acadêmicos, clientes e que provocou reações neurológicas severas em muitas crianças, como foi o caso de Campinas-SP, sendo posteriormente suspensa, e o anticoncepcional Ciclone e Ciclo 21 que foram retirados do mercado por serem abortivos.

O povo brasileiro passa por tantos problemas sociais, muitas vezes está excluído das questões relativas à saúde, quando acontecem estes “problemas epidêmicos” vindo de um órgão que deveria fornecer todo o crédito necessário, os clientes perdem a confiança e, conseqüentemente, fica prejudicado o trabalho de profissionais realmente compromissados.

Conforme Berquó (1993, p.367) *“as freqüentes mudanças ocorridas no Ministério da Saúde, fruto de trocas contínuas de ministros sempre determinadas por decisões políticas, alteraram substancialmente a operacionalização do PAISM. A articulação com a Comissão de Estudos sobre Direitos da Reprodução Humana, no início muito intensa e fecunda, foi sendo gradualmente desativada pelo Ministério da Saúde. Também o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher teve seu papel bastante reduzido no cenário nacional.”*

Percebe-se que se estas “decisões políticas” influenciam o declínio de um programa, por outro lado acho necessário a retomada do impulso na defesa da saúde dos clientes.

A falta de métodos anticoncepcionais gera conflitos entre as enfermeiras, pois prejudica a continuidade de seu trabalho. As enfermeiras reclamaram que os dirigentes só sabem cobrar relatório e não proporcionam estruturas necessárias para desenvolverem o seu trabalho. Percebe-se que estão bastante desestimuladas, pois com a mudança dos administradores da prefeitura, devido às eleições, não sabem como ficará a situação de cada uma, não receberam ainda por plantões prestados, é final de ano e estão sem dinheiro.

***Alga marinha - \_ “Pois é, só ficam cobrando relatório, cobrando relatório. Que Planejamento Familiar é esse que a gente faz?”***

Na coleta preliminar de dados que ocorreu como parte das disciplinas do mestrado, que tive a oportunidade de desenvolver em 1995, observei que as enfermeiras, no seu cotidiano, desempenham muitas atividades, funções, durante a sua prática-assistencial, que poderiam ser delegadas para seus funcionários, pois muitas dessas atividades não são funções específicas da enfermeiras. Constatei que muitas delas eram de cunho meramente burocrático (Santos , 1995).

Para Campedelli (1989, p.12 e 13) *“a enfermagem por muito tempo foi analisada em função do número de procedimentos executados. Esse tipo de prática tinha como consequência um rendimento até considerado bom, uma vez que as tarefas tidas como ‘necessárias’ aos pacientes eram distribuídas aos funcionários, e cada um deles cumpria a sua função(...) e a enfermeira ficava com a parte administrativa”*;

Quando se adota este tipo de abordagem em que o importante é o volume de trabalho executado não se tem condições de verificar a eficácia dos procedimentos e não se consegue prestar uma assistência de enfermagem efetiva que prioriza a individualidade do ser humano ( Santos, 1995).

Estas constatações angustiam as enfermeiras, pois ao mesmo tempo que se esforçam para que o programa dê continuidade se vêm às voltas com atividades administrativas que também têm que dar conta. Esta questão foi também percebida no estudo preliminar, pois observei que a instituição pela qual trabalham exige das enfermeiras funções direcionadas para as atividades administrativas, ficando dessa forma, a assistência num segundo plano (ibid).

Devemos lembrar que a saúde não é exclusivamente possibilitar acesso aos serviços de saúde, mas sim, um processo mais amplo que inclui condições

de vida, como trabalho, moradia, transporte, educação, renda, lazer, e que a função do enfermeiro não é só assistência, mas tem um componente de ação transformadora da realidade em que atua.

***Água-viva*** - \_ *“E o nosso trabalho acaba ficando escondido naquela montoeira de funções que a gente faz e não escreve.”*

Esta percepção é bastante comum em nossa profissão, pois muitas vezes nos envolvemos nas diversas atividades e não as registramos. A coordenadora médica sugere que deixemos meia hora todos os dias para escrevermos o que aconteceu naquele dia, anotando os dados importantes.

A falta de folders para ampliar a divulgação do programa e a dificuldade de conseguir lápis e papel para aplicarmos o desenho sobre: como você gostaria que fosse a sua família?, é outra dificuldade sentida pelas enfermeiras, pois a Secretaria de Saúde não fornece este material. Salieta-se também a necessidade de usarmos a improvisação. Só uma das Policlínicas possui TV e vídeo e quando solicitados para a Secretaria de Saúde, são vários os problemas que surgem: são poucos os televisores e vídeos da Secretaria; em certos dias há motorista, em outros, não há; aparelhos estragados; carros estragados; comprometem-se de levar o material solicitado e não levam, e assim sucessivamente.

Estes são alguns materiais básicos necessários, a sua falta compromete o desenvolvimento das palestras, pois causa transtornos principalmente quando já se tem programado uma seqüência visando ao aprendizado.

A falta de estrutura física para ministrar as palestras é outro problema sentido por algumas das enfermeiras, pois a deficiência de espaço físico cria transtornos para as outras atividades assistenciais, além de que, quando a demanda é grande, tem-se que reservar outros locais fora da área específica

para desenvolver as atividades educativas.

***Alga Marinha*** - \_ *“Eu dou minhas palestras na sala de curativo, porque não tem sala de reunião. Então, tem que ser rápido, tem que desocupar logo.”*

Esta questão leva-me a questionar se realmente há entendimento, clareza e conseqüentemente aprendizado para as clientes, já que a preocupação da enfermeira é que acabe logo, por que tem que ceder a sala para outros atendimentos.

As enfermeiras sugerem que para resolver o problema seja elaborado um documento com o aval da coordenadora médica, justificando o nosso pedido pela falta de materiais.

Antes do início das nossas reuniões, três das enfermeiras que participam desse estudo já compartilhavam do Programa de Planejamento Familiar há mais de um ano. Todas elas possuem experiências positivas e negativas em relação ao Programa, pois foram elas que iniciaram este trabalho. Desde então já mudaram muita coisa. Porém, percebe-se a falta de trabalho em equipe, de trocas de idéias e experiências que poderia consolidar o aprendizado de cada uma. Mediante a nossa proposta de sistematizar a prática educativa das palestras de planejamento familiar dentro de um referencial teórico, estamos indo em busca de uma sustentação do aprendizado. Não podemos esquecer que a educação é um processo dinâmico e contínuo, em que estamos, continuamente, nos educando, sendo educados e educando os outros.

As enfermeiras são percebidas como muito importantes para que esse programa tenha a sua continuidade e a Secretaria de Saúde deveria dar maior relevância a este trabalho em termos de divulgação e fornecimento de materiais imprescindíveis para o seu funcionamento. Assim, as enfermeiras

poderão ficar mais direcionadas para este trabalho, pois realmente é importante para a população.

Schiavo (1990, p.11) apresenta as bases éticas do Planejamento Familiar: *“uma ação preventiva no campo da saúde, sobretudo da saúde materno-infantil, que contribui para a melhoria da qualidade de vida da população. E, além disso, é o exercício de um direito humano fundamental, que propicia ao indivíduo ter responsabilidade sobre a administração de suas atividades sexuais e/ou reprodutivas.”*

A Educação em Saúde, neste caso, fará com que a população interessada no assunto se conscientize quanto a sua real necessidade de participar do programa e conseqüentemente melhore a sua qualidade de vida. Dessa maneira conseguiremos uma transformação microestrutural com os indivíduos, com as famílias e os grupos envolvidos. E, pensando mais além, conseguiremos uma transformação macroestrutural, pois através da importância que este programa traz para a comunidade poderemos fazer com que os dirigentes da saúde revejam as questões políticas que o estão limitando. As enfermeiras poderão ser multiplicadoras, abrangendo também a área rural que se encontra muito carente a esse respeito.

#### **4.5 . “AVISTANDO O ANCORADOURO DOS RESULTADOS”**

Tivemos a oportunidade de aplicar o processo sistematizado de educação em saúde criado por nós. Nesta ocasião contamos com a participação de onze clientes da Policlínica São Vicente e das enfermeiras que fizeram parte deste estudo.

O momento da apresentação das participantes proporcionou condições para que todas dissessem seus nomes, idade, número de filhos, métodos anticoncepcionais que usa, ou usou, ou que conhece.

O momento da criação do desenho - *Como gostaria que fosse minha família* - fez com que todas se descontraíssem e tivessem a oportunidade de comentar sobre o desenho que criaram. Neste momento, a palestrante aproveitou o ensejo para buscar o conhecimento das clientes sobre o que entendem por Planejamento Familiar.

Percebemos que o uso da fita de vídeo sobre Planejamento Familiar foi uma estratégia válida como organizador prévio, cuja função principal é a de servir de ponte entre o que o aprendiz já conhece e aquilo que ele precisa conhecer, antes de aprender a tarefa sucessiva. A fita parece ter colaborado para a compreensão do assunto a ser exposto. Por outro lado, achamos que ainda não é a ideal. A nossa sugestão é que criemos um vídeo específico para as palestras.

O momento do quebra-cabeça do corpo da mulher e do corpo do homem respectivamente fez com que as clientes fossem se sentindo mais à vontade. Tiveram a oportunidade de trocar informações e nesse instante percebemos que surgiram vários questionamentos, que eram complementados pela palestrante, contribuindo, assim para a ampliação dos seus conhecimentos.

O conteúdo sobre o corpo da mulher e do homem abrange anatomia e funções dos órgãos é, portanto, muito amplo. Para clarificá-lo, devemos atingir as hierarquias conceituais e os princípios programáticos referidos por Ausubel (1980) como a Diferenciação Progressiva, em que as idéias mais gerais e inclusivas do conteúdo devem ser apresentadas no início da instrução e, progressivamente, diferenciadas em termos de detalhe de especificidade. O princípio da Reconciliação Integrativa destaca o fato de que a programação do

conteúdo deve não só proporcionar a Diferenciação Progressiva, mas também explorar, explicitamente, relações entre conceitos e proposições, chamando atenção para diferenças reais ou aparentes.

Verificamos, assim, que a Diferenciação Progressiva e a Reconciliação Integrativa podem ser atingidas de forma mais eficaz se o ensino for organizado, alcançando outro princípio que é a Organização Sequencial, de tal forma que “desça e suba” nas estruturas conceituais hierárquicas à medida que novos conteúdos forem introduzidos. Isto é, de maneira que se comece com os conceitos e idéias mais gerais, porém logo se ilustre de que modo os conceitos e proposições subordinados estão a eles relacionados e, então, se volte, através de exemplos, a novos significados para os conceitos de ordem mais alta na hierarquia conceitual.

Ao término de cada conteúdo realizamos a revisão da exposição para verificarmos se o mesmo ficou claro e observarmos o crescimento cognitivo, afetivo e relacional das participantes atingindo, assim, a Consolidação.

Na apresentação dos métodos anticoncepcionais colocamos vários deles sobre uma mesa e solicitamos que as participantes pegassem um dos métodos que já conheciam, ou que faziam uso e, posteriormente fizessem um comentário sobre o que conhecia dele. Após as complementações da palestrante solicitamos às clientes que pegassem métodos diferentes dos quais haviam pego inicialmente e comentassem o que aprenderam. Consideramos que deveríamos repensar a nossa proposta, pois seria melhor, no momento que colocássemos os métodos sobre a mesa, aí solicitaríamos à cliente pegar o método que pretendia usar. Posteriormente, faria um comentário sobre o que conhecesse daquele método, sendo complementado pela palestrante. No momento da revisão, a cliente diria o que aprendeu sobre ele.

Percebemos que deveremos criar condições para que surjam novos

termos populares, como ocorreu nesta palestra, tais como: “perseguida”, “xoxotinha”. Pois, através destes conceitos já existentes na sua estrutura cognitiva temos a possibilidade de chamar a atenção aos novos conceitos, permitindo que estes se formem na estrutura cognitiva consolidando o aprendizado.

Quanto ao material didático, achamos que a nossa criação foi bastante significativa, pois em todos os momentos as clientes tiveram a oportunidade de falar, observar, desenhar, criar, sentir, tomar nas mãos, proporcionando, assim, condições para assimilação de novos conhecimentos. Surgiu a sugestão de incluirmos slides e, juntamente com estes, usarmos cartazes grandes com os respectivos aparelhos genitais. O uso do modelo da pelve feminina que foi emprestada pela Faculdade de Enfermagem da UNIVALI, é bastante significativa.

Ultrapassamos 45’ do tempo previsto, mas reforçamos que o importante é o aprendizado e a compreensão do assunto alcançado. Como tivemos a oportunidade de observar, ao final da palestra, em que conversamos com duas clientes que já haviam assistido à palestra anteriormente, estas enfatizaram que o entendimento foi bem maior, pois, neste encontro, elas tiveram a oportunidade de participar, de perguntar, de ver e pegar os métodos anticoncepcionais.

Achamos que a presença de crianças durante a palestra dificulta a atenção das clientes. Sabemos que esta questão, muitas vezes, é difícil de ser resolvida, ou impossível para as mulheres dividirem com alguém o cuidado dos filhos principalmente para participarem dessas palestras. Em algumas situações, conforme a idade das crianças, teremos que criar um cantinho na sala para as crianças para possibilitar que a mãe fique mais participativa.

Utilizamos o roteiro que elaboramos com a seqüência das palestras, lembrando que este deve ser flexível, pois conforme o referencial teórico

proposto deveremos iniciar as reuniões educativas pelo conhecimento das participantes, pois consideramos o conhecimento individual variável já que o significado varia também conforme a história pessoal.

Para superar a falta de material para o ensino-aprendizagem dos métodos anticoncepcionais, cada enfermeira montou um kit com todo o material didático criado.

A falta de métodos anticoncepcionais e material para a realização das cultura nos exames preventivos é outra dificuldade, pois o que está sendo encaminhado ainda não é o suficiente para atender à demanda que procura o Programa de Planejamento Familiar.

Conversamos sobre a importância de continuarmos este trabalho e de sermos multiplicadores para as outras enfermeiras que atuam nas outras unidades de saúde. Sentimos esta necessidade, principalmente na área rural, em que as pessoas não têm condições de vir às Policlínicas e se nós proporcionarmos esta troca, a partir da nossa criação, teremos a oportunidade de compartilhar com outras colegas da profissão, de aperfeiçoarmos o nosso trabalho, visando a uma conscientização maior da população.

Deduzimos que foi válida a nossa construção, as enfermeiras comentaram que até o surgimento da nossa proposta não tinham material didático tão rico que tornasse o seu trabalho tão significativo, além da oportunidade que tiveram de se reunir para conversar e trocar idéias.

O referencial teórico proposto proporcionou oportunidade para as enfermeiras reverem suas abordagens de prática educativa, além de sistematizar as palestras sobre Planejamento Familiar usando uma metodologia voltada para o aprendizado da comunidade.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da minha trajetória de vida e do desenvolvimento deste trabalho, percebi que a educação permeia todas as ações da prática-assistencial de enfermagem. Por esta razão, foi de fundamental importância a construção, implementação e avaliação do processo sistematizado de educação em saúde aplicando o modelo de ensino-aprendizagem, baseado na “Teoria da Aprendizagem Significativa”, de David Paul Ausubel pelas enfermeiras que atuam no Programa de Planejamento Familiar, no Município de Itajaí-SC.

A Teoria de David Ausubel, apesar de ser ainda pouco conhecida e pouco usada como sistema de referência para o ensino e a pesquisa, traz implicações profundas e relevantes no processo ensino-aprendizagem, como tive a oportunidade de constatar através do presente trabalho, em que a aprendizagem significativa em saúde proporciona condições para que os seres humanos participem ativamente deste processo, além de remeter a opções mais lúcidas e conscientes.

Constatamos que o referencial teórico de David Ausubel nos fornece uma interpretação muito clara do problema dos conceitos intuitivos. Esses conceitos, segundo Ausubel (1980) serão os fatores isolados mais importantes a influenciar a aprendizagem subsequente, pois atribui aos conceitos preexistentes na estrutura cognitiva do aprendiz um papel crucial na aprendizagem seguinte.

Consideramos importante trabalhar com um referencial teórico, pois proporcionou-nos condições para ampliar nossos conhecimentos, ao mesmo tempo em que possibilitou um processo de mudança que favoreceu à clientela. Saliente-se que, além de sistematizar o trabalho das enfermeiras dentro de uma metodologia que permite aos seres humanos um entendimento real a partir do

seu conhecimento, também houve um enriquecimento maior no tocante à aprendizagem desses profissionais e dos usuários dos serviços de saúde.

Em todos os momentos, procurei interrelacionar os conceitos de Enfermagem, Seres Humanos, Educação em Saúde, Planejamento Familiar, Família, Cultura, Cidadania e Viver Saudável, de forma que se concretizasse a interação destes com o processo sistematizado de educação em saúde, que construímos.

A enfermagem como prática social, através da educação em saúde amplia as dimensões da assistência buscando a conscientização e emancipação dos seres humanos, respeitando suas crenças, valores, cultura com o objetivo de desenvolver uma consciência acerca dos processos que proporcionarão uma condição de viver saudável.

A utilização do método qualitativo de pesquisa e a técnica da observação participante favoreceu um grande crescimento para mim enquanto agente e para as enfermeiras enquanto sujeitos nesta interrelação de aprender e ensinar saúde, pois proporcionou-nos uma compreensão global do fenômeno estudado além do compartilhamento dos conhecimentos contribuindo para o desenvolvimento de um processo educativo.

São várias as temáticas de ensino-aprendizagem que as enfermeiras enfrentam no seu cotidiano. Dentre estas gostaria de especificar o Planejamento Familiar que, conforme Constituição Federal de 1988, vem proteger o direito à saúde da mulher em seu Artigo 226, parágrafo 7º: *“Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de Instituições oficiais e privadas”* (Brasil, 1988).

O Planejamento Familiar envolve questões de ordem econômica,

política, religiosa e social, dentro desta temática são vários os desafios presentes no cotidiano das enfermeiras, dentre estes destacamos: a problemática da gravidez das adolescentes, a falta de diálogo entre pais e educadores e a busca ao aborto; desconhecimento sobre o corpo da mulher e do homem e a questão da sexualidade; desconhecimento ao programa de planejamento familiar e aos métodos anticoncepcionais; resistência da população ao uso da camisinha entre outros preservativos.

Todas estas questões necessitam da nossa reflexão e possível intervenção como a ampliação deste programa as demais unidades de saúde, bem como a área rural; às instituições de ensino e estímulo a participação do companheiro despertando para uma consciência crítica da situação.

É importante que os enfermeiros reavaliem os seus programas de educação em saúde, tendo como referencial maior o conhecimento dos educandos; reflitam sobre a eficiência da metodologia que utilizam para desenvolver estes programas e que tenham um marco teórico claro e bem fundamentado, que norteie a prática educativa em saúde.

Os serviços de saúde nem sempre conseguem atender à comunidade, seja por falta de materiais, de recursos humanos ou por uma política de saúde voltada para os interesses da classe hegemonicamente dominante. Mas entendo que quando o profissional de enfermagem está vinculado à prática de educação, pode contribuir para que a população conheça os seus direitos fazendo valer suas reivindicações em busca da sua qualidade de vida.

Analisando a aplicação da nossa construção, percebo que esta proporcionou condições para que as enfermeiras compreendessem que possuem problemas em comum e que através das nossas reuniões tiveram oportunidade de trocarem idéias, de refletir, de tomar decisões e amenizar os problemas sentidos. O enriquecimento de material didático e estratégias diversas construídos possibilitou para que as clientes se entrosassem mais,

bem como trocassem informações e esclarecessem dúvidas em um clima mais aberto em que se percebeu o aprendizado significativo, proporcionando condições para uma opção mais consciente.

Apesar das limitações encontradas pelas enfermeiras que participaram desta pesquisa percebe-se o grande esforço para dar continuidade a este programa imprescindível para a nossa realidade. As enfermeiras estão dando prosseguimento à nossa construção, como também elaboraram um manual sobre o Programa de Planejamento Familiar com a normatização das ações educativas de saúde, no sentido de universalizar os procedimentos em todos os níveis de atuação, permitindo um real impacto sobre a efetividade dos sistemas e indicadores de saúde, bem como ampliando as formas de divulgação do programa.

Considero que através deste trabalho as enfermeiras continuarão a traçar suas redes de conhecimento que navegaram em meio a todas as escunas encontradas na sua trajetória, embalando as situações de aprendizagem no contexto da saúde.

Acredito que a construção de um modelo teórico para o mecanismo de aprendizagem desenvolvido foi de grande relevância tanto para a prática assistencial da enfermagem como um todo e a educação em particular. Por esta razão, uso a presente oportunidade para divulgá-la e expô-la à discussão ampliada entre docentes, enfermeiros e pesquisadores que atuam nesse campo.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGOSTINI, Sonia Maria Motink; LUZ, Anna Maria Hecker; SANTOS, Emília da Silva e MENDES, Sandra Maria de Abreu. Adolescência: Informação sobre Anticoncepção. **R. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, 9(1): 23-28, jan.1988.
- ALLEN, D. G. The health dimension in nursing practice: notes on nursing in primary health care. **Journal of Advanced Nursing**, v.6.p.153-154, 1981.
- ALVAREZ, Sonia. **Contradictions of a 'women's space' in a male dominant state: the political role of the Commissions on the Status of Women in post-authoritarian Brazil.** Santa Cruz (Cal,EUA): University of California, 1987 (Working Graft).
- AUSUBEL, David P.; NOVAK, Joseph D. e HANESIAN, Helen. **Psicologia educacional.** 2.ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980.
- ÁVILA, Maria Betânia. Direitos reprodutivos: uma invenção das mulheres reconhecendo a cidadania. Recife: SOS Corpo, 1992. mimeo.
- AZEREDO, Sandra. Apresentação. In: COSTA, Albertina de Oliveira; AMADO, Tina (Org.): **Alternativas Escassas: saúde, sexualidade e reprodução na América Latina.** São Paulo: PRODIR/FCC - Rio de Janeiro: Ed. 34, p.7-9, 1994.
- BARBOSA, Regina Maria & ARILHA, Margareth. A experiência brasileira com o Cytotec. **Estudos Feministas.** Rio de Janeiro. 1. (2): 408- 417, 1993.
- BEMFAM - SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR DO BRASIL. **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde.** Rio de Janeiro: Departamento de Educação e Comunicação Social/BEMFAM, 1996. (mimeo).
- \_\_\_\_\_. **Pesquisa nacional sobre saúde materno-infantil e planejamento familiar.** Rio de Janeiro: Departamento de Educação e Comunicação Social/BEMFAM, 1986.

- BERQUÓ, Elza. Brasil, um caso exemplar - anticoncepção e parto cirúrgicos - à espera de uma ação exemplar. **Estudos Feministas**. Rio de Janeiro, 1 (2): 366-381, 2º Sem./1993.
- BERQUÓ, Elza e SOUZA, Marta R. O *condom*, a anticoncepção e a AIDS. In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 7 **Anais**. Água de São Pedro: ABEP, 1990. v.3, p.469-484.
- BLAY, Eva. Projeto de Lei sobre o Aborto. **Estudos Feministas**. Rio de Janeiro, 1(2):430-434, 2º Sem./1993.
- BRASIL. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros Curriculares Nacionais: apresentação dos temas transversais, ética**. Secretaria de Educação Fundamental. Brasília: MEC/SEF, 1997.
- BRASIL. CONSTITUIÇÃO. REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, 1988.
- BURROUGHS, Arlene. **Uma introdução à enfermagem materna**. Tradução: Ana Thorell. 6. Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- CALDIZ, Laura S.; MALOSETTI, Laura e BAYARDO, Rubens. Maternidade Adolescente em Bariloche ( Argentina). Tradução de Tina Amado. In: COSTA, Albertina de Oliveira; AMADO, Tina (orgs.). **Alternativas Escassas: saúde, sexualidade e reprodução na América Latina**. São Paulo: PRODIR/FCC - Rio de Janeiro: Ed. 34, 1994.
- CALIFANO, Julia. Não é hora de mudar o seu método anticoncepcional? In: **Reader's Digest Seleções**. Rio de Janeiro, Jan. 1998, p. 71-75.
- CAMPEDELLI, Maria Coeli. **Processo de enfermagem na prática**. São Paulo: Ática, 1989.
- CANALES, Manuel; PALMA, Samuel & VILLELA, Hugo. **En tierra extraña II: para una sociología de la religiosidad popular protestante**. Santiago: Amerinda, 1991.
- CARRAHER, T. et al. **Na vida dez, na escola zero**. São Paulo: Cortez, 1988.
- CARRAHER, T. N. (org.). **Aprender pensando - Contribuições da psicologia cognitiva para a educação**. Petrópolis: Vozes, 1988.

CERICATTO, Rodrigo; ZATTI, Helen; GAZZANA, Marcelo Basso et al. Anticoncepção e gravidez na adolescência: fatores associados. **Revista AMRIGS**, Porto Alegre, 38 (4): 294-298, out./nov./dez. 1994.

CHAUÍ, Marilena. **Repressão Sexual. Essa nossa (des)conhecida**. 6 ed. São Paulo: Brasiliense, 1984.

COOK-GUMPERZ, J. (org.). **A construção social da alfabetização**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

CORREA, Sonia & ÁVILA, Maria Betânia. **Os direitos reprodutivos e a condição feminina**. Recife: SOS Corpo, 1989.

DEMO, Pedro. **Educação e Qualidade**. 2 ed. Campinas, SP: Papirus, 1995.

DIÁRIO CATARINENSE. Aborto poderá ser legal em mais duas situações. Geral-Polêmica. Florianópolis. 05 de Janeiro de 1998, p.26.

DÍAZ, Maria Margarita e GOODSON, Patrícia. Gravidez e anticoncepção: Nós orientamos você decide. Centro de Pesquisas e Controle das Doenças Materno-Infantis de Campinas (CEMICAMP) e CEMICAMP/Setor de Reprodução Humana- CAISM/UNICAMP. Campinas, 1995.

FARIA, Eliana Marília. Comunicação e Informação - "Instrumentos para a transformação da prática dos serviços de saúde". **Texto e Contexto Enf.**, Florianópolis, 4(1): 47-59, jan./jun. 1995.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. 2 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FLORES, Lourenço. Região Sul é rota preferencial no avanço dos casos de Aids. **Jornal Diário Catarinense**, Florianópolis, 31 jan. 1998.

GROSSI, E. P. & BORDIN, J. (org.). **Construtivismo pós-piagetiano - Um novo paradigma sobre aprendizagem**. Petrópolis: Vozes, 1993.

\_\_\_\_\_. **Paixão de aprender**. Petrópolis: Vozes, 1993.

GROSSI, E. P. **Didática do nível alfabético**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1990.

\_\_\_\_\_. **Didática do nível pré-silábico**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1990.

\_\_\_\_\_. **Didática do nível silábico**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1990.

GUIMARÃES, Carmen Dora. Mulheres, Sexualidade e AIDS: Um Projeto de Prevenção. In: COSTA, Albertina de Oliveira e AMADO, Tina (Org.). **Alternativas Escassas: Saúde, Sexualidade e Reprodução na América Latina**. São Paulo: PRODIR/FCC - Rio de Janeiro: ED34, p.249-279, 1994.

HABERMAS, J. **Consciência moral e agir comunicativo**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.

HENCKEMAIER, Luizita; BENEDIX, Marlise e CARDOSO, Monich Melo. Avaliação da Situação de Saúde de Crianças na Creche: A Descrição de um Instrumento. **Texto e Contexto Enf.**, Florianópolis, 4(1): 19-32, jan./jun.1995.

HURTADO, C. N. **Educar para transformar - Transformar para educar**. Petrópolis: Vozes, 1993.

IBGE - Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Secretaria de Planejamento, Orçamento e Coordenação. **Contagem da população**. 1996, p.3-4,7-8,10-11 e 13.

ITAJAÍ. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde do Município de Itajaí (SC). **Plano Municipal de Saúde**. 1992-1996, julho, 1992.

ITAJAÍ. Secretaria de Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Levantamento do número e proporção de nascidos vivos no ano de 1997 em Itajaí-SC, 1997. (mimeo).

JAPIASSU, Hilton e MARCONDES, Danilo. **Dicionário Básico de Filosofia**. 2ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1991.

JOÃO PAULO II, Papa. **Veritatis Splendor**. Petrópolis: Vozes, 1993. (Série Documentos Pontifícios, 255).

KYRIAKOS, Norma. Aborto e Direitos Reprodutivos na nova ordem social. In: FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da (Org.). **Mulher e Cidadania na Nova Ordem Social**. São Paulo: Núcleo de Estudos da Mulher e Relações de Gênero (NEMGE/USP), 1996.

- KOIZUMI, Maria Sumie. Fundamentos metodológicos da pesquisa em enfermagem. **Rev. Esc. Enf. USP**. 26 (nº especial):33-47, out. 1992.
- LAGÔA, Ana. Meninas & Grávidas. **NovaEscola**. RiodeJaneiro, 6 (52): 10-25, Out. 1991.
- LEININGER, Madeleine. Teoria do Cuidado Transcultural: Diversidade e Universalidade. Tradução: Sônia Corina Hess. UFSC, **Anais 1º SIBRATEN**, Fpolis-SC, 20-24, maio 1985.
- LIBÂNEO, José Carlos. **Democratização da escola pública: pedagogia crítico-social dos conteúdos**. São Paulo: Loyola, 1985.
- LUCKESI, Cipriano Carlos. **Filosofia da educação**. São Paulo: Cortez, 1994.
- LÜDKE, Menga & ANDRÉ, Marli E.D. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: E.P.U., 1986.
- MANDÚ, Edir Nei T. Significado Político-Pedagógico da Avaliação do Ensino-Aprendizagem. **Texto e Contexto Enf.**, Florianópolis, 3 (2): 157-170, jul./dez. 1994.
- MARCON, Sônia Silva. **Vivenciando a Gravidez**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina, 1989.
- MATURANA, Humberto. **Emociones y lenguaje en educación y política**. Santiago: Hachette, 1991.
- MINAYO, Maria Cecília de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 2.ed. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1993.
- MONTEIRO, Denise Rodrigues e PERES, Simone Gomes Ouwinha. Espaço do Adolescente. In: VARGAS, Eliane Portes e ROMEIRO, Elizabeth de Andrade Romeiro (Coord.). **Práticas de Educação em Saúde. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher**. Fundação Osvaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. Centro de Saúde- Escola Germano Sinval Faria. Rio de Janeiro: ENSP, 1992.

MONTICELLI, Marisa. As ações educativas em enfermagem: do senso comum ao bom senso. **Texto e Contexto Enf.**, Florianópolis, 3 (2): 07-16, jul./dez. 1994.

MOREIRA, Marco Antonio. **Atividade Docente na Universidade: alternativas instrucionais**. D. C. Luzzato Ed. Editora da FURG. Rio Grande-RS, 1985.

\_\_\_\_\_. **Ensino e aprendizagem - Enfoques Teóricos**. 3.ed. São Paulo: Moraes, 1983.

MOREIRA, Marco Antonio & MASINI, Elcie F. Salzano. **Aprendizagem significativa**. A teoria de David Ausubel. São Paulo: Moraes, 1982.

NUNES, Maria José Fontelas Rosado. De Mulheres, Sexo e Igreja: Uma Pesquisa e Muitas Interrogações. In: COSTA, Albertina de Oliveira; AMADO, Tina (Org.). **Alternativas Escassas: saúde, sexualidade e reprodução na América Latina**. São Paulo: PRODIR/ FCC - Rio de Janeiro: Ed. 34, 1994.

OLIVEIRA, Mara Rosângela de; CARVALHO, Patrícia Hoffmann, FRÜSTOCKI, Lilian e LUZ, Anna Maria Hecker. Análise das Condições Sócio-Econômicas e Reprodutivas de Mulheres de uma Comunidade Periférica de Porto Alegre, RS. **Rev. Gaúcha de Enferm.**, Porto Alegre, 13(1): 5-11, Jan. 1992.

OLIVEIRA, João Batista Araújo e CHADWICK, Clifton B. **Tecnologia Educacional**. Teorias da Instrução. 8 ed. Petrópolis: Vozes, 1984.

PAIM, Lygia. Questões e Mitos Acerca de Modelos de Assistência de Enfermagem. ABEn - Ceará - **Anais**. Fortaleza/Ceará, 05 a 11 de agosto de 1979, pp.61-69.

PALMA MANRIQUEZ, Irma e QUILODRÁN LE-BERT, Cecilia. Respostas à Gravidez entre Adolescentes Chilenas de Estratos Populares. Tradução de Tina Amado. In: COSTA, Albertina de Oliveira e AMADO, Tina (orgs.). **Alternativas escassas: saúde, sexualidade e reprodução na América Latina**. São Paulo: PRODIR/FCC - Rio de Janeiro: Ed.34, 1994.

PATERSON, J. & ZDERAD, L. **Humanistic Nursing**. New York: Wiley, 1976.

PATRÍCIO, Zuleica Maria. **NEM TALCO NEM DIAMANTE: A riqueza de um processo de ensino-aprendizagem participante na área da sexualidade-adolescência.** *Texto Contexto Enf.*, Florianópolis, 3 (2): 93-109, jul./dez. 1994.

\_\_\_\_\_. **A prática do cuidar/cuidado à família da adolescente grávida solteira e seu recém-nascido através de um marco conceitual de enfoque sócio-cultural.** Florianópolis: UFSC. 1990, 232p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1990.

PAULO VI, Papa. **Humanae vitae.** 3.ed. Petrópolis: Vozes, 1969. (Série Documentos Pontifícios, 176).

PRADO, Danda. **O que é Família.** Coleção Primeiros Passos. São Paulo: Brasiliense, 1985.

REZENDE, Ana Lúcia Magela de. **Saúde: dialética do pensar e do fazer.** São Paulo: Cortez, 1986.

\_\_\_\_\_. **A Enfermagem no Contexto da Saúde.** FUMAR/PUC-MG. *Anais.* Belo Horizonte-MG, 28 de julho a 03 de ag., 1984.

REZENDE, Ana Lúcia Magela de & NASCIMENTO, Estelina. **Criando histórias, aprendendo saúde.** São Paulo: Cortez, 1988.

RIBEIRO, Lúcia. **Anticoncepção e Comunidades Eclesiais de Base.** In: COSTA, Albertina de Oliveira; AMADO, Tina. (Org.). **Alternativas Escassas: saúde, sexualidade e reprodução na América Latina.** São Paulo: PRODIR/FCC - Rio de Janeiro: Ed. 34, 1994.

RONCA, Antonio Carlos Caruso. **O modelo de ensino de David Ausubel.** In: PENTEADO, Wilma Millan Alves. **Psicologia e ensino.** São Paulo: Papelivros, 1980.

SANTOS, Maria Eurídice Padilha dos. **Construindo um Processo de Ensino-aprendizagem em parceria com enfermeiras de uma Policlínica do Município de Itajaí-SC.** Novembro, 1995. (mimeo).

SANTOS, Bernadete Maria e COLARES, Deborah. **PROJETO SIRI -Saúde da Infância na Rede de Itajaí-SC.** Julho, 1995. (mimeo)

- SAVIANI, Demerval. Educação, cidadania e transição democrática. In: COVRE, Maria de Lourdes M. (Org.) **A cidadania que não temos**. São Paulo: Brasiliense, 1986, p. 73-83.
- SCHIAVO, Márcio Ruiz. Paradigmas do Planejamento Familiar para os anos 90: os novos desafios. **Planejamento Familiar - Saúde & Direitos Humanos**. Rio de Janeiro: DECS, Jan. 1990, p.47-55.
- \_\_\_\_\_. Introdução. **Planejamento Familiar - Saúde & Direitos Humanos**. Rio de Janeiro: DECS, Jan. 1990, p.11-13.
- SCHMARCZEK, Marilene. Reflexões sobre o Pesquisar para Educar. **Rev. Esc. Enf. USP**. 26 (nº Especial): 95-100, Out., 1992.
- SERBINO, R. V. & BERNARDO, M. V. C. (org.). **Educadores para o século XXI - Uma visão multidisciplinar**. São Paulo: Unesp, 1992.
- SILVA, Jacqueline Oliveira. Educação em Saúde: notas para a discussão de um campo temático. **Saúde em Debate**. n.42/ Março 1994, p. 36-39.
- SILVA, Maria Elizabeth Kleba da; GONZAGA, Flávia Regina S. Ramos e PENNA, Cláudia Maria de Mattos. Enfermagem e Cidadania: Reflexões acerca das Políticas Sociais. **Texto e Contexto Enf.**, Florianópolis, 1(1): 74-88, jan./jun. 1992.
- SIQUEIRA, Marluce Miguel de. Seguimento de enfermagem a adolescentes e mães de adolescentes. **R. Bras. Enferm.** Brasília, 42(1, 2, ¾): 141-145, jan/dez, 1989.
- TRENTINI, Mercedes. Relação entre Teoria, Pesquisa e Prática. **Rev. Esc. Enf. USP**. São Paulo, 21(2): 135-143, Ago., 1987.
- TRIVIÑOS, Augusto Nivalto Silva. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.
- VARGAS, Eliane Portes e ROMEIRO, Elizabeth de Andrade Romeiro. Documento de Atividades de Ensino: Uma Reflexão sobre Metodologia de Práticas Educativas na Preparação de Profissionais de Saúde. In: VARGAS, Eliane Portes e ROMEIRO, Elizabeth de Andrade. **Práticas de Educação em Saúde. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher**. Fundação Osvaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. Centro de Saúde-Escola Germano Sinval Faria. Rio de Janeiro: ENSP, 1992.

## **7. ANEXOS**

**ANEXO 01**



**ANEXO 02**



**ANEXO 03**

Itajaí(SC), 26 de setembro de 1996.

Ilma Sra.

DD. Diretora do Departamento de Atenção Integral à Saúde

Nesta

Prezada Senhora:

Venho por meio deste, solicitar permissão para o desenvolvimento do Projeto intitulado: "Educação em Saúde - A construção de um Processo Sistematizado no Programa de Planejamento Familiar, do Município de Itajaí-SC".

Pretendo executar o projeto em questão, no CRESCEM e nas Policlínicas: São Vicente, São João, Costa Cavalcante e Nanci Patiño Reiser, com a participação das enfermeiras, que atuam no Programa de Planejamento Familiar dessas unidades de saúde, no seus horários de trabalho.

Os objetivos propostos são:

. Construir o processo de educação em saúde sistematizado aplicando o modelo de ensino-aprendizagem, baseado na Teoria da "Aprendizagem Significativa" de David P. Ausubel, com enfermeiras que atuam no Programa de Planejamento Familiar, do CRESCEM e das Policlínicas, do Município de Itajaí-SC.

. Implementar o processo de educação em saúde sistematizado, no Programa de Planejamento Familiar, utilizando o modelo de ensino-aprendizagem construído.

. Avaliar o processo de educação em saúde sistematizado e o modelo de ensino-aprendizagem aplicado pelas enfermeiras que atuam no Programa de Planejamento Familiar, do CRESCEM e das Policlínicas do Município de Itajaí-SC.

Acredito na relevância deste estudo, pois através dele construiremos o processo de educação em saúde sistematizado, permitindo que as enfermeiras organizem a sua prática educativa e auxiliem no crescimento do indivíduo, família, comunidade e outros, na prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde.

Entendo que a reflexão e possível mudança sobre a prática educativa e assistencial das enfermeiras, repercutirá numa melhor qualidade do cuidado e das condições de vida do cliente, família, comunidade e equipe de serviço.

Estando certa de seu apreço e consideração, agradeço antecipadamente, votos de estima e no aguardo de sua resposta, subscrevo-me, atenciosamente.

*Maria Eurídice Padilha dos Santos.*

**ANEXO 04**

Itajaí (SC), 26 de setembro de 1996.

Ilma Sra.  
DD. Enfermeira  
Nesta

Prezada Senhora:

Venho por meio deste, apresentar o Projeto intitulado: "Educação em Saúde - A construção de um Processo Sistematizado no Programa de Planejamento Familiar, do Município de Itajaí-SC."

Pretendo executá-lo com a sua participação, no seu horário de trabalho. Após o seu consentimento, pretendo marcar as reuniões, para juntas construirmos um processo de educação em saúde sistematizado.

Os objetivos propostos são:

. Construir o processo de educação em saúde sistematizado aplicando o modelo de ensino-aprendizagem, baseado na Teoria da "Aprendizagem Significativa" de David P. Ausubel, com as enfermeiras que atuam no Programa de Planejamento Familiar, do CRECEM e das Policlínicas, do Município de Itajaí-SC.

. Implementar o processo de educação em saúde sistematizado, no Programa de Planejamento Familiar, utilizando o modelo de ensino-aprendizagem construído.

. Avaliar o processo de educação em saúde sistematizado e o modelo de ensino-aprendizagem aplicado pelas enfermeiras que atuam no Programa de Planejamento Familiar, do CRECEM e das Policlínicas do Município de Itajaí-SC.

Acredito na relevância deste estudo, pois através dele, nós enfermeiras, poderemos organizar a nossa prática educativa e auxiliar no crescimento do conhecimento do indivíduo, família, comunidade e outros, na prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde.

Entendo que a reflexão e possível mudança sobre a nossa prática educativa assistencial repercutirá numa melhor qualidade do cuidado e das condições de vida do cliente, família, comunidade e equipe de serviço.

Estando certa de seu apreço e consideração, agradeço antecipadamente, votos de estima e no aguardo de sua resposta, subscrevo-me, atenciosamente.

*Maria Eurídice Padilha dos Santos.*

**ANEXO 05**

**GLOSSÁRIO*****TERMOS CIENTÍFICOS X TERMOS POPULARES***

<b>Bolsa escrotal</b>	> <i>saco</i>
<b>Clitóris</b>	> <i>campainha, grelho</i>
<b>Pênis</b>	> <i>pinto, pau, bráulio</i>
<b>Útero</b>	> <i>mãe do corpo</i>
<b>Vulva</b>	> <i>perseguida, xoxotinha</i>

**ANEXO 06**

## **PALESTRA - PLANEJAMENTO FAMILIAR**

### **ROTEIRO**

**1º MOMENTO - APRESENTAÇÃO DA PALESTRANTE.**

**2º MOMENTO - APRESENTAÇÃO DAS PARTICIPANTES** - Solicitar que as participantes se apresentem, dizendo seu nome, idade, número de filhos, métodos anticoncepcionais que usa, ou usou, ou conhece.

**3º MOMENTO - DESENHO** - Solicitar que as participantes desenhem numa folha de papel "COMO GOSTARIA QUE FOSSE A MINHA FAMÍLIA", após solicitar que cada uma faça um COMENTÁRIO sobre o desenho. Neste momento já reforçar sobre "PLANEJAMENTO FAMILIAR".

**4º MOMENTO - VÍDEO** - Passar o vídeo sobre Planejamento Familiar.

**5º MOMENTO - QUEBRA-CABEÇA** - Solicitar que as palestrantes venham ao redor da mesa e montem o "quebra-cabeça" do CORPO DA MULHER. Após a montagem pedir para comentarem sobre as partes do corpo da mulher que conhecem.

. A palestrante vai acrescentando os conteúdos correspondentes conforme o conhecimento da participante (atentar aos termos populares). E acrescentar os órgãos que não foram citados com suas referidas funções.

. Incluir: Ciclo ovulatório, Menstruação, Fecundação e Nidação.

. Incluir: Higiene da mulher.

. Incluir : Método Anticoncepcional Definitivo ou Cirúrgico: Laqueadura.

**6º MOMENTO - REVISÃO DO CONTEÚDO**

**7º MOMENTO - QUEBRA-CABEÇA** - Solicitar que as palestrantes venham ao redor da mesa e montem o "quebra-cabeça" do CORPO DO HOMEM. Após a montagem pedir para comentarem sobre as partes do corpo do homem que conhecem.

. A palestrante vai acrescentando os conteúdos correspondentes conforme o conhecimento da participante (atentar aos termos populares). E acrescentar os órgãos que não foram citados com suas referidas funções.

. Incluir: Higiene do homem.

. Incluir: Método Anticoncepcional Definitivo ou Cirúrgico: Vasectomia.

. Incluir: Falar da importância da participação do homem (companheiro, marido) na escolha do método bem como na importância dele comparecer nas palestras.

**8º MOMENTO - REVISÃO DO CONTEÚDO**

**9º MOMENTO - MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS** - Espalhar todos os métodos anticoncepcionais disponíveis sobre a mesa e solicitar para que as participantes peguem um ou mais métodos anticoncepcionais que conhecem, ou que já usaram, ou que usam, ou que já ouviram falar.

. Solicitar que voltem aos seus lugares e digam o que conhecem sobre o método que pegou. Utilize as informações para desfazer conceitos errados e acrescentar conceitos novos aos que as mulheres já conhecem.

. Após a apresentação de cada método, questionar se mais alguém quer falar alguma coisa e complementar o conteúdo: **O QUE É, COMO FUNCIONA, COMO SE USA, QUAL A EFICÁCIA, QUEM NÃO DEVE USAR, CARACTERÍSTICAS DO MÉTODO, QUAIS SÃO OS EFEITOS COLATERAIS, RECOMENDAÇÕES, IMPORTÂNCIA.**

**10º MOMENTO - REVISÃO DO CONTEÚDO** - Para verificar se realmente houve o aprendizado, solicitar que cada uma pegue um método anticoncepcional, de preferência diferente do que pegou anteriormente e comente o que aprendeu sobre ele.

**11º MOMENTO - CONSULTAS E PREVENTIVOS** - Falar sobre os procedimentos para a marcação das consultas, ressaltar sobre a importância do preventivo, sobre a importância da sua participação na palestra e que divulgue este trabalho para a sua família, conhecidos, etc. E reforçar sobre os locais em que este trabalho está sendo desenvolvido.

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

SALA DE REUNIÕES COM CADEIRAS, MESA, QUADRO DE GIZ, FLANELÓGRAFO, TELEVISÃO, VÍDEO, FITA DE VÍDEO E ÁLBUM SERIADO SOBRE PLANEJAMENTO FAMILIAR, FOLHAS DE PAPEL, LÁPIS OU CANETAS, QUEBRA-CABEÇA DO CORPO DA MULHER E DO CORPO DO HOMEM, CARTAZES COM FIGURAS DO CORPO DA MULHER E DO HOMEM, CARTAZ SOBRE A FECUNDAÇÃO, PALAVRAS CITANDO OS DIVERSOS MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS, COM CORES CORRESPONDENTES A SUA CLASSIFICAÇÃO E OS DIVERSOS MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS.

**ANEXO 07**

## PALESTRA - PLANEJAMENTO FAMILIAR

### CONTEÚDO:

Elaboramos este conteúdo baseado na referência de Maria Margarita Diaz e Patricia Goodson com o título - **Gravidez e anticoncepção: Nós orientamos você decide** - do Centro de Pesquisas e Controle das Doenças Maternos-Infantis de Campinas (CEMICAMP) e CEMICAMP/SETOR DE REPRODUÇÃO HUMANA - CAISM/UNICAMP. Campinas, 1995.

#### **ÓRGÃOS GENITAIS FEMININOS (O CORPO DA MULHER)**

Lembre-se que a mulher é um todo. Os órgãos genitais são apenas uma parte deste todo. Procure abordar aqui, além dos órgãos, outros elementos importantes que fazem parte desta totalidade. Por exemplo:

- O que é ser mulher? (Sexualidade X Reprodução)
- Por que é importante conhecer o corpo da mulher?
- Como que os outros (a sociedade) vêem a mulher?  
(higiene da mulher, conceitos de beleza, participação social, etc.)

#### **ÓRGÃOS GENITAIS MASCULINOS (O CORPO DO HOMEM)**

Lembre-se que o homem também é um todo, não apenas um conjunto de órgãos genitais. Procure abordar aqui, além dos órgãos, outros elementos importantes que fazem parte desta totalidade. Por exemplo:

- O que é ser homem? (Sexualidade X Reprodução)
- Porque é importante conhecer o corpo do homem?
- Como que os outros (a sociedade) vêem o homem?  
(higiene do homem, conceitos de beleza, participação social, etc)

### MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS

#### **O QUE SÃO?**

- É uma maneira de evitar uma gravidez.
- Existem vários tipos de anticoncepcionais.

#### **QUAL É O MELHOR?**

- Não existe anticoncepcional melhor ou ideal.
- Todos tem aspectos negativos e aspectos positivos.
- O melhor é aquele em que a mulher e seu parceiro confiam e se sentem confortáveis a utilizá-lo, desde que não exista contra-indicação ao seu uso.

#### **COMO ESCOLHER UM MÉTODO?**

A mulher tem que saber:

- Quais são os métodos.
- Como funcionam.
- Como se usam.
- Quem não deve usar.
- Suas características.
- Seus efeitos colaterais.
- Sua eficácia.

## **QUAIS OS MÉTODOS USADOS NO BRASIL?**

### **1- COMPORTAMENTAIS OU DE ABSTINÊNCIA PERIÓDICA:**

São aqueles que identificam o período fértil, para se abster de relações neste período, evitando assim a gravidez.

Eles são:

- Tabela OU Método do Calendário.
- Método de Billings ou da Ovulação - Muco cervical.
- Temperatura.

### **2- DE BARREIRA:**

Impedem a subida dos espermatozoides através do colo do útero. Eles são:

- Camisinha, condom, preservativo.
- Diafragma.
- Espermicidas.

### **3- HORMONAIS:**

Contém substâncias que produzem algumas alterações no aparelho genital da mulher, com o fim de evitar a gravidez. Atuam principalmente no nível de ovário, trompas, endométrio e muco cervical. Eles são:

- Pílulas.
- Injetáveis.
- Implantes.

### **4- MECÂNICO OU INTRAUTERINOS:**

DIU - Dispositivo Intrauterino - aparelho que fica dentro do útero impedindo a gravidez. Existem vários modelos. O mais usado é o T de cobre.

### **5- CIRÚRGICOS:**

É a operação que é feita tanto no homem quanto na mulher com o fim de interromper definitivamente a capacidade reprodutiva. Eles são:

- Vasectomia.
- Ligadura de trompas.

## **O QUE SIGNIFICA EFICÁCIA?**

É a capacidade que um método anticoncepcional tem de proteger contra uma gravidez. A eficácia é medida pela taxa de fracasso do método. Por exemplo: Um método que tem 2% de fracasso significa que de cada 100 mulheres usando o método durante um ano, 2 mulheres engravidam.

## **MÉTODO COMPORTAMENTAL OU DE ABSTINÊNCIA PERIÓDICA**

### **TABELINHA OU MÉTODO DO CALENDÁRIO**

#### **O QUE É?**

É a identificação do período fértil no calendário, tendo como base a história das menstruações da mulher.

#### **COMO FUNCIONA?**

A identificação do período fértil permite ao casal saber qual o período em que não deverão ter relações sexuais, se quiserem evitar uma gravidez.

## COMO SE USA?

A mulher deve anotar em um calendário:

- A data em que se inicia e termina a menstruação, durante 6 ciclos pelo menos.
- Contar o primeiro dia da menstruação (1º dia do ciclo) até o dia em que antecede a menstruação seguinte (último dia do ciclo), isto é que chamamos de "Ciclo Menstrual".

Para determinar o período fértil:

- Subtraindo-se 18 do ciclo mais curto - obtém-se o início do período fértil.
- Subtraindo-se 11 do ciclo mais longo - obtém-se o dia do fim do período fértil.

### EXEMPLO:

Ciclo mais curto:  $26 - 18 = 8$

Ciclo mais longo:  $35 - 11 = 24$

Neste caso, o período fértil da mulher é a partir do 8º ao 24º dia de cada ciclo. **Ela não deve ter relações sexuais neste período, se quiser evitar a gravidez.**

**QUAL É A EFICÁCIA?** 53%

### QUEM NÃO DEVE USAR?

- Quem tem ciclos irregulares ( por exemplo: depois do parto, adolescentes).
- Quem está amamentando.
- Quem precisa de alta eficácia anticoncepcional por motivos de saúde.
- Se a diferença entre o ciclo mais curto e o mais longo for de 10 dias ou mais.
- A mulher que não conta com a colaboração do parceiro.

### CARACTERÍSTICAS DO MÉTODO:

- É de graça.
- Dá ao casal a oportunidade de buscar outras formas de prazer sexual.
- Requer períodos de abstinência sexual ( onde não pode ter relações).
- Precisa de muita disciplina ( usar constantemente).
- Precisa de seis meses de registro das menstruações antes de usar.

### QUAIS SÃO OS EFEITOS COLATERAIS?

- Nenhum.

### PERIODICIDADE:

- . Retorno depois de um mês.
- . Retornos subseqüentes de 06 em 06 meses.

### OBSERVAÇÕES:

- . Orientar a mulher ou o casal para abster-se de relações sexuais com contato genital no período fértil.
- . Orientar que a tabela de uma mulher não serve para outra.
- . Recomendar especial atenção a fatores que podem alterar o ciclo menstrual.

## **MÉTODO COMPORTAMENTAL OU DE ABSTINÊNCIA PERIÓDICA**

### **MÉTODO DO MUCO CERVICAL OU BILLINGS (MÉTODO DA OVULAÇÃO)**

#### **O QUE É?**

É a identificação do período fértil (quando pode ficar grávida) e do período infértil (quando não pode ficar grávida), através do muco cervical.

#### **QUE É O MUCO CERVICAL?**

É uma secreção parecida com a clara do ovo, produzida no colo do útero que, dependendo das suas características, permite à mulher conhecer seu período fértil/infértil.

#### **COMO FUNCIONA?**

A identificação do período fértil permite ao casal saber qual o período em que não deverão ter relações sexuais, se quiserem evitar uma gravidez.

#### **COMO SE USA?**

Através da observação da presença e características do muco cervical. Em geral, após o término da menstruação começa um período seco de 2 ou 3 dias. Depois, aparece um muco inicialmente esbranquiçado, turvo e pegajoso que vai se tornando cada dia mais elástico e lubrificante (ao se esticar entre os dedos parece um fio). O dia em que o muco está mais elástico e finlante, chama-se dia ápice do muco. Isto significa que a ovulação já ocorreu, está ocorrendo ou vai ocorrer dentro de mais ou menos 48 horas. No 4º dia após o dia ápice começa um período infértil, que dura até a menstruação seguinte. Então, se o casal quiser evitar uma gravidez, deve abster-se de ter relações sexuais a partir do dia em que aparece o muco, até o 4º dia após o dia do ápice do muco.

#### **QUAL A EFICÁCIA? 75%**

#### **QUEM NÃO DEVE USAR?**

- Quem tem dificuldade em identificar seu muco.
- A mulher que não conta com a colaboração do parceiro.

#### **CARACTERÍSTICAS DO MÉTODO:**

- É de graça.
- Ajuda a mulher a conhecer melhor como funciona seu corpo.
- Dá ao casal a oportunidade de buscar outras formas de prazer sexual.
- Requer longos períodos de abstinência sexual (onde não se pode ter relações).
- Precisa de vários meses de observação até que a mulher conheça bem a técnica.
- Precisa de muita disciplina.

#### **QUAIS SÃO OS EFEITOS COLATERAIS?**

- Nenhum.

**PERIODICIDADE:**

- . Retornos semanais durante o primeiro ciclo.
- . Retornos mensais do segundo ao sexto ciclo.
- . Retornos semestrais após o sexto ciclo.

**OBSERVAÇÃO:**

Existem, também, outros métodos de abstinência, como o da temperatura, por exemplo.

**LAM - LACTÂNCIA/AMENORRÉIA COMO MÉTODO  
ANTICONCEPCIONAL**

**O QUE É?**

É um método temporário de planejamento familiar, usado nos primeiros 6 meses pós-parto, por mulheres que estão com lactância completa e em amenorréia.

**L - LACTÂNCIA, AMAMENTAÇÃO**

**A - AMENORRÉIA, FALTA DE MENSTRUAÇÃO**

**M - MÉTODO**

**COMO FUNCIONA?**

A amamentação estimula a liberação de hormônios, os quais impedem a ovulação. Este efeito é maior durante os primeiros 6 meses pós-parto, quando a mulher não está menstruando e a amamentação é completa ou quase completa.

**O QUE É AMAMENTAÇÃO COMPLETA OU QUASE COMPLETA?**

É quando o bebê é alimentado só no peito, ou quando recebe além do peito, suco chá ou água, mas estes não substituem uma mamada.

**COMO SE USA?**

Para usar LAM, a mulher deve cumprir três condições:

- **AMAMENTAR COMPLETA OU QUASE COMPLETAMENTE. (QUANDO O SUPLEMENTO FOR SUCO, CHÁ OU ÁGUA E NÃO SUBSTITUIR NENHUMA MAMADA).**
- **ESTAR EM AMENORRÉIA (NÃO TER TIDO NENHUM SANGRAMENTO VAGINAL DEPOIS DE 56 DIAS PÓS-PARTO).**
- **O BEBÊ TER ATÉ 6 MESES.**

**QUAL A EFICÁCIA?**

Quando se cumprem as três condições básicas, o índice de fracasso é 1,8% ou seja, de cada 100 que usam o LAM durante 1 ano, 1 a 2 podem engravidar.

**QUEM NÃO DEVE USAR?**

Uma mulher que:

- Não está amamentando completamente, ou
- Está menstruando, ou
- O bebê já completou 6 meses.

**CARACTERÍSTICAS DO MÉTODO:**

- É bastante eficaz.
- Não interfere nas relações sexuais...
- É um método natural.
- Estimula/possibilita um período maior de lactação exclusiva...
- Reduz a morbi-mortalidade materno-infantil.
- Ajuda a estreitar a relação mãe-filho.
- A mulher mesma controla o método.
- A mulher não pode prever com certeza o retorno da fertilidade.

**QUAIS SÃO OS EFEITOS COLATERAIS?**

Nenhum.

**IMPORTANTE:**

**- SE A MENSTRUACÃO RETORNAR, OU  
- SE O BEBÊ RECEBER ALGUM SUPLEMENTO ALIMENTAR QUE SUBSTITUA UMA MAMADA, OU  
- SE O BEBÊ COMPLETAR 6 MESES DE VIDA,  
DEVE-SE PROCURAR O SERVIÇO DE PLANEJAMENTO FAMILIAR PARA ESCOLHER OUTRO  
MÉTODO ANTICONCEPCIONAL, PORQUE NESTES CASOS O RISCO DE GRAVIDEZ AUMENTA, MAS  
A MÃE DEVE CONTINUAR AMAMENTANDO PARA A SAÚDE DE SEU FILHO.**

**MÉTODO DE BARREIRA****CAMISINHA, CONDOM OU PRESERVATIVO****O QUE É?**

Capa de borracha finíssima, usada pelo homem.

**COMO FUNCIONA?**

Recebe os espermatozoides, impedindo que estes subam através do colo do útero.

**COMO SE USA?**

- Desenrolar a camisinha no pênis ereto antes de qualquer contato com a vagina.
- Retirar o pênis imediatamente após a ejaculação, segurando as bordas para impedir que os espermatozoides entrem em contato com a vagina.
- A cada relação tem que ser usada uma nova camisinha.
- A camisinha deve ser usada em todas as relações sexuais.
- Guardar as camisinhas em lugar fresco e de fácil acesso ao casal.

**QUAL A EFICÁCIA?** 90%, quando bem colocada.

**QUEM NÃO DEVE USAR?**

Homem que tem problemas na uretra (epispádia e hipospádia)

**CARACTERÍSTICAS DO MÉTODO:**

- Protege contra as doenças sexualmente transmissíveis, inclusive a AIDS.
- Pode ser usada por adolescentes/jovens.
- Protege contra doenças do colo do útero.
- Pode ser comprada nas farmácias.
- Não faz mal à saúde.
- É preciso usar uma camisinha nova a cada relação.

**QUAIS SÃO OS EFEITOS COLATERAIS?**

. Alergia, irritação vaginal.

**PERIODICIDADE:** Retorno de um mês.

. Retornos anuais.

**MÉTODO DE BARREIRA****DIAFRAGMA****O QUE É?**

É um anel flexível coberto no centro com uma membrana de borracha fina.

**COMO FUNCIONA?**

A mulher deve colocar na vagina, cobrindo o colo do útero. Ele funciona como uma barreira impedindo a entrada dos espermatozoides.

**COMO SE USA?**

- Tem que ser medido por um profissional de saúde capacitado.
- Antes da colocação deve ser examinado para observar se não existe perfurações ou rachaduras.
- De preferência, deve ser usado com espermicida.
- Quando utilizado com espermicida recomenda-se colocá-lo dentro do diafragma na hora em que o mesmo for colocado.
- Colocar o diafragma em qualquer momento, antes de qualquer contato do pênis com a vagina.
- Retirar o diafragma de 6 a 8 horas após a relação sexual.
- Não realizar ducha vaginal após a relação sexual.
- Após a remoção, lavar com água e sabão neutro, enxaguar, secar e guardar no estojo.
- O diafragma deve ser usado em todas as relações.

**QUAL É A EFICÁCIA?** 97%

**QUEM NÃO DEVE USAR?**

Uma mulher que:

- É virgem.
- Tem um bebê recém-nascido ( com menos de 8 semanas).
- Tem alergia a borracha ou espermicidas, neste último caso, recomenda-se seu uso sem o espermicida.

**CARACTERÍSTICAS DO MÉTODO:**

- Não interfere com o ciclo menstrual, não causando danos à saúde.
- Ajuda a conhecer melhor o corpo.
- É relativamente fácil de usar.
- Protege contra doenças do colo uterino.
- Requer disciplina no uso.

**QUAIS OS EFEITOS COLATERAIS?**

- Irritação vaginal.
- Reação alérgica.
- Infecção urinária.

#### **PERIODICIDADE:**

- . Retorno em 30 dias.
- . Retornos após 03, 06, 12 meses de uso.
- . Retornos anuais.

### **MÉTODO DE BARREIRA**

#### **ESPERMICIDAS**

#### **O QUE SÃO?**

São produtos químicos em forma de geléia, cremes, espumas e óvulos que se colocam na vagina.

#### **COMO FUNCIONAM?**

Os espermicidas matam ou imobilizam os espermatozoides, impedindo a entrada deles no colo do útero, evitando assim a gravidez.

#### **COMO SE USAM?**

- Os comprimidos e óvulos devem ser colocados na vagina 15 minutos antes de iniciar as relações.
- Os outros (geléia, creme, espuma) precisam de menos ou nenhum tempo de espera.
- Devem ser colocados antes de cada relação sexual.

#### **QUAL É A EFICÁCIA?**

70% se combinado com outros contraceptivos como a camisinha ou o Diafragma.

#### **QUEM NÃO DEVE USAR?**

Uma mulher que:

- Tenha alergia ao espermicida.
- Não quer ter mais filho.
- Não deve ficar grávida por razões de saúde.

#### **CARACTERÍSTICAS DO MÉTODO:**

- Seu uso é simples.
- Protege contra algumas doenças ginecológicas, como infecções vaginais.
- Devem ser colocadas antes de qualquer relação sexual; requer disciplina no seu uso.

#### **QUAIS SÃO OS EFEITOS COLATERAIS?**

- Podem causar irritação na vagina ou no pênis.

## MÉTODOS HORMONAIIS

### PÍLULAS

#### O QUE É?

É um hormônio ( substância química) parecido com os hormônios que a mulher tem em seu corpo e que provocam alterações no funcionamento do aparelho genital.

#### COMO FUNCIONA?

Impede a ovulação, ou seja, a saída do óvulo. Produz também alteração no muco cervical, no endométrio e na movimentação das trompas.

#### TIPOS DE PÍLULAS:

**COMBINADA:** 2 tipos de hormônio, Estrógeno e Progesterona.  
Dependendo da qualidade podem ser de baixa ou média dosagem.

**MINIPÍLULA:** Só um tipo de hormônio, Progesterona em micro doses.

#### COMO SE USA?

*Pílulas combinadas* \* O primeiro comprimido toma-se do 1º ao 5º dia da menstruação, dependendo do tipo de pílula.  
\* Toma-se um comprimido todos os dias e no mesmo horário até terminar a cartela.  
\* Após o término fica-se sete dias sem tomar e no 8º dia a cartela seguinte.  
\* A menstruação virá no intervalo dos 7 dias de descanso.

*Minipílula* Tomar todos os dias a pílula sem intervalos. É indicada especialmente para o período de lactância.

#### QUAL É A EFICÁCIA?

. Pílula combinada - 99%.  
. Minipílula - 96%.

#### QUEM NÃO DEVE USAR?

Uma mulher que:

- Tem mais de 40 anos ( dependendo do tipo de pílula e da saúde da mulher).
- É fumante, e tem mais de 35 anos de idade.
- Está grávida ou suspeita que está.
- Está amamentando ( exceção para a minipílula).
- Tem menos de 40 dias pós-parto.
- Apresenta qualquer anormalidade no exame ginecológico.
- Tem sangramento vaginal entre as menstruações.
- Tem ou já teve hipertensão, diabetes, hepatite, cardiopatia, câncer, varizes, derrame cerebral, enfarto, angina, glaucoma, pneumonia crônica, doenças do fígado, obesidade, enxaqueca.

## **CARACTERÍSTICAS DO MÉTODO:**

- Não interfere nas relações sexuais.
- Reduz os problemas menstruais como as cólicas e as menstruações irregulares.
- Protege contra algumas doenças ginecológicas incluindo alguns tipos de câncer.
- É reversível.
- Precisa de disciplina e constância.
- Pode produzir efeitos colaterais, porque é um produto químico que interfere com as reações do organismo.

## **QUAIS SÃO OS EFEITOS COLATERAIS?**

**Algumas mulheres podem apresentar:**

- Náuseas, mal-estar gástrico e mudança de peso.

**Outros efeitos menos comuns, mas que devemos estar atentos são:**

- Aumento de varizes(flebite), aumento de pressão arterial, agravamento de certas doenças como as diabetes, enxaqueca, asma, doença cardíaca e doenças renais.

## **RECOMENDAÇÕES:**

- No caso de haver falta de menstruação no período de descanso, reiniciar a cartela e consultar no posto.
- Se notar que esqueceu de tomar a pílula do dia anterior, deve-se tomar a pílula esquecida nesse momento e continuar normalmente o uso ( ou seja, nesse dia a mulher vai tomar duas pílulas).
- Se esquecer de tomar a pílula 2 dias ou mais, deve-se jogar fora a cartela e esperar a menstruação utilizando um método de barreira. Recomeçar novamente no 5º dia de menstruação.
- Se houver sangramento entre as menstruações deve-se continuar o uso da pílula e consultar se o sangramento durar mais de 10 dias. Isto é freqüente nos primeiros meses de uso com as pílulas de baixa dosagem.
- Lembrar que a ação da pílula diminui se a mulher tem diarreia, ou se usa conjuntamente alguns remédios como calmantes, anticonvulsivantes, etc.

## **PERIODICIDADE:**

- . Retorno em 30 dias.
- . Retorno de 03 em 03 meses.
- . Avaliar pressão arterial e peso a cada retorno.

## **MÉTODOS HORMONAIIS**

### **OS ANTICONCEPCIONAIS INJETÁVEIS**

#### **O QUE SÃO?**

São hormônios em forma de injeção.

#### **TIPOS DE INJETÁVEIS:**

.MENSAL : Tem 2 hormônios - Estrógeno e Progesterona. Vale para este tipo tudo o que se refere à pílula.

TRIMESTRAL: Tem só um hormônio - Progesterona.

**COMO FUNCIONAM?**

Provocam anovulação, alterações no muco cervical e alterações no endométrio.

**QUAL E COMO USAR?**

A Depo-Provera que consiste em aplicar 150mg (3 frascos) através de uma injeção intramuscular a cada 3 meses.

**QUAL A EFICÁCIA?** 99,5%

**QUEM NÃO DEVE USAR?**

- Quem tem câncer no seio ou ginecológico.
- Quem tem sangramento vaginal anormal.
- Quem tem problemas de coração.
- Quem tem doença de fígado.
- Quem não teve filho, ou que deseja ter em período próximo.
- Quem não pode tolerar a falta de menstruação.
- Quem está grávida ou suspeita estar grávida.

**CARACTERÍSTICAS DO MÉTODO:**

- São muito eficazes.
- Não interferem na relações sexuais.
- Só requerem lembrar da próxima injeção.
- A mulher recebe uma dose alta de hormônio, de uma só vez.
- Se houver efeitos colaterais, será necessário esperar a eliminação completa da dose, do organismo.

**QUAIS SÃO OS EFEITOS COLATERAIS?**

**Os mais freqüentes são:**

- Falta de menstruação.
- Menstruações mais longas, ou sangramento entre as menstruações.
- Aumento de peso.
- Dores de cabeça.
- Demora vários meses para poder ficar grávida depois de suspender o uso (entre 4 a 24 meses).

**PERIODICIDADE:**

- . Retorno em 30 dias.
- . Retornos de 03 em 03 meses.

**\*CURIOSIDADE : HOMEM TERÁ INJEÇÃO ANTICONCEPCIONAL:**

A organização Mundial de Saúde (OMS) anunciou que pesquisas feitas por uma equipe médica inglesa com 401 casais voluntários de diversos países, para o desenvolvimento de um tratamento contraceptivo masculino, alcançaram eficácia de 98%, índice comparável com os métodos hormonais de anticoncepção feminina, como a pílula. Os pesquisadores calculam precisar de cinco a oito anos para melhor desenvolver o novo método, que consiste em injetar hormônios que reduzem a concentração de espermatozoides a níveis muito baixos.

## **MÉTODOS HORMONAIS**

### **IMPLANTES SUBDÉRMICOS NORPLANT**

#### **O QUE SÃO?**

São tubinhos ou cápsulas de um plástico especial (silastic) que contêm hormônio anticoncepcional, que são colocados na parte interna do braço ou antebraço.

#### **COMO FUNCIONAM?**

- Esses tubinhos vão liberando o hormônio lentamente.
- Provocam alterações no muco cervical impedindo que os espermatozoides cheguem ao óvulo. Também impedem a saída do óvulo em muitos ciclos, e alteram a movimentação com que a trompa transporta o óvulo.

#### **COMO SE USAM?**

- A colocação é feita durante a menstruação.
- São colocados em baixo da pele do braço ou antebraço, utilizando uma agulha especial e anestesia local.
- O NORPLANT dura 5 anos.

**QUAL É A EFICÁCIA?** 99,3%

#### **QUEM NÃO DEVE USAR?**

Uma mulher que:

- Está grávida ou suspeita que está.
- Está amamentando.
- Tem ou já teve doença no fígado (icterícia).
- Tem anemia falciforme.
- Tem ou já teve câncer de mama.
- Tem ou já teve herpes gestacional.

Recomenda-se que a mulher que opta pelos implantes, se abstenha de fumar.

#### **CARACTERÍSTICAS DO MÉTODO:**

- É muito eficaz.
- Não interfere nas relações sexuais.
- É reversível.
- Podem ser usados sem substituição por um período de 5 anos. Se a mulher quiser continuar usando os implantes, poderá colocar outros ao retirar os antigos.
- Não exige preocupação diária ou disciplinar da mulher.
- Precisa de intervenção médica para colocar e retirar.
- O principal efeito colateral é a alteração no ciclo menstrual.

#### **QUAIS SÃO OS EFEITOS COLATERAIS?**

- Alterações no ciclo menstrual, como: aumento do sangramento durante o primeiro mês de uso, irregularidade menstrual e falta de menstruação.

## MÉTODO MECÂNICO OU INTRAUTERINO

### DIU OU DISPOSITIVO INTRAUTERINO

#### O QUE É?

É um aparelho que é colocado dentro do útero para evitar a gravidez.

DIU significa: DISPOSITIVO = APARELHO

INTRA = DENTRO

UTERINO = ÚTERO

Existem diversos tipos de DIUs. O mais usado é o T de cobre.

#### COMO FUNCIONA?

O cobre afeta os espermatozoides, matando-os ou diminuindo sua movimentação. Altera também o muco cervical, a cavidade uterina e a motilidade ( movimentação) das trompas.

#### COMO SE USA?

Deve ser colocado durante a menstruação e dura de 6 a 10 anos, dependendo do tipo do DIU.

#### QUAL É A EFICÁCIA? 98%

O índice de fracasso varia segundo o tipo. Para o T Cu 200 varia de 1-5%. Para o T Cu 380A varia de 0.5-1%.

#### QUEM NÃO DEVE USAR?

- Quem está grávida ou suspeita que está.
- Quem tem ou já teve infecção nas trompas.
- Quem tem anomalias no útero.
- Quem tem menstruação muito abundantes.
- Quem já teve uma gravidez nas trompas.
- Quem tem anemia.
- Quem câncer ginecológico.
- Quem tem sangramento vaginal de origem desconhecida.
- Quem nunca teve filhos.
- Quem tem alergia ao cobre.
- Quem tem risco de contrair uma doença sexualmente transmissível.
- Quem tem cardiopatia valvular.

#### CARACTERÍSTICAS DO MÉTODO:

- É bastante eficaz.
- Pode ser usado durante a amamentação.
- Não interfere nas relações sexuais.
- Não exige preocupação diária ou disciplina da mulher.
- Pode ser usado sem substituição por um período de pelo menos 6 ANOS.
- Se a mulher quiser continuar com o DIU, pode colocar outro ao retirar o antigo.
- É um método reversível. A mulher pode voltar a ficar grávida depois de retirar o DIU.
- Deve ser colocado por um profissional treinado.

## QUAIS SÃO OS EFEITOS COLATERAIS?

- Pode aumentar a quantidade e a duração do sangramento menstrual.
- Pode ocasionar cólicas.

### PERIODICIDADE:

- . Retorno na primeira semana.
- . Retorno no primeiro mês.
- . Retorno no terceiro mês.
- . Retorno no sexto mês.
- . Retorno aos 12 meses após inserção, a partir daí o seguimento será anual, aproveitando a ocasião para fazer exame de rotina.

\* Esclarecer a importância dos retornos.

## MÉTODO CIRÚRGICO

### ESTERILIZAÇÃO FEMININA OU LAQUEADURA DAS TROMPAS OU LIGADURA DAS TROMPAS

#### O QUE É?

É uma cirurgia através da qual são amarradas e cortadas as trompas impedindo que o óvulo se encontre com o espermatozóide.

#### COMO FUNCIONA?

O corte e a amarração das trompas evitam que os espermatozoides se unam com o óvulo.

#### QUAL É A EFICÁCIA? 99,5%

#### QUEM NÃO DEVE FAZER?

Uma mulher que:

- Tem menos de 35 anos, a não ser que tenha problemas graves de saúde.
- É solteira.
- Não tem filhos.
- Não tem certeza absoluta que não quer mais filhos.
- Não entende as conseqüências da ligadura.

#### CARACTERÍSTICAS DO MÉTODO:

- É muito eficaz.
- Não interfere nas relações sexuais.
- É irreversível e permanente.

#### COMO SE FAZ?

- A ligadura de trompas pode ser feita por via vaginal ou abdominal e, dependendo da técnica utilizada, a anestesia pode ser local ou de bloqueio (peri-dural ou raquídea).
- Em geral exige internação.

#### IMPORTANTE:

- A decisão deve ser do casal.
- O casal deve conhecer outras opções anticoncepcionais.

- O casal deve ser informado da irreversibilidade do processo.
- O casal deve ser informado que o arrependimento é a complicação mais importante.
- Deve ser uma decisão bem pensada, não deve ser decidida no momento do parto ou aborto.

## **MÉTODO CIRÚRGICO ESTERILIZAÇÃO MASCULINA OU VASECTOMIA**

### **O QUE É?**

É uma operação através da qual o homem fica definitivamente incapaz de engravidar uma mulher.

### **COMO FUNCIONA?**

Consiste em cortar os canais deferentes para evitar que os espermatozóides possam se unir com o óvulo.

**QUAL É A EFICÁCIA?** 99,8%

### **QUEM NÃO DEVE FAZER?**

Um homem que:

- Tem menos de 35 anos, a não ser que a sua mulher tenha graves problemas de saúde, que representam um risco a sua saúde se engravidar.
- É solteiro.
- Não tem filhos.
- Não tem certeza absoluta que não quer mais filhos.
- Não entende as consequências da vasectomia.

### **CARACTERÍSTICAS DO MÉTODO:**

- É muito eficaz.
- É uma operação simples e segura.
- Não interfere nas relações sexuais.
- É irreversível e permanente.
- A vasectomia não oferece proteção contraceptiva imediata. Outro método precisa ser usado durante um tempo até os espermatozóides armazenados sejam expelidos (30 ejaculações).
- O homem pode sentir um pouco de desconforto durante e depois da operação.
- Pode haver infecções depois da vasectomia. Estas podem ser tratadas pelo médico.

### **COMO SE FAZ?**

- O médico faz um pequeno corte nos testículos, no ambulatório, usando anestesia local.
- Dura cerca de 20 minutos.

### **IMPORTANTE:**

- A vasectomia não é castração.
- Não interfere com o desejo sexual ou potência do homem.
- O homem não deixa de ejacular, só que o sêmem não contém espermatozóides.
- A decisão da vasectomia é muito séria, precisa ser bem pensada.
- O casal deve refletir bastante, para evitar arrependimento mais tarde.

### **OBSERVAÇÕES:**

- . Deverá ser referenciado médicos para garantir a opção pelos definitivos, observando o item "quem não deve fazer".
- . Os médicos deverão preencher a contra-referência para que tenhamos controle do encaminhamentos para os métodos definitivos. No final do mês este documento será recolhido pela Secretaria de Saúde.
- . Os clientes que optarem pelo método definitivo deverão preencher e assinar (o casal) um termo de responsabilidade, pela decisão que tomou.