

O CONHECIMENTO DAS MULHERES SOBRE OS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS NO PLANEJAMENTO FAMILIAR

*THE KNOWLEDGE OF THE WOMEN ABOUT THE CONTRACEPTIVE METHODS IN THE
FAMILIAR PLANNING*

Elizandra Cristina Muller PAZ¹
Rafael Gomes DITTERICH²

Resumo: O planejamento familiar é um programa que contribui para a melhoria da saúde da mulher reduzindo o índice de mortalidade materna, abortos, na liberdade de opção e autonomia da mulher, diminuição da fertilidade feminina subsequente, além de ser um programa que visa informar as pessoas por meio de um conjunto de ações e atitudes (clínicas e práticas em saúde) para orientar quanto à anticoncepção. O objetivo desse trabalho foi analisar o conhecimento das mulheres sobre os métodos contraceptivos bem como descrever o perfil socioeconômico das participantes do planejamento familiar. Para isso utilizou-se de uma pesquisa de abordagem quali-quantitativa, descritiva e de campo, realizado em uma Unidade Saúde da Família (USF). Para atingir os objetivos propostos nesta pesquisa, realizou-se uma entrevista estruturada com doze mulheres nas quais estão cadastradas no planejamento familiar na respectiva unidade. Os aspectos éticos da pesquisa foram respeitados, pois foi fornecido aos sujeitos da pesquisa um termo de consentimento livre e esclarecido, assegurando o sigilo e anonimato dos participantes. Os resultados da pesquisa qualitativa foram categorizados pela análise de conteúdo e a parte quantitativa pela análise estatística descritiva. Concluiu-se que as mulheres possuem um nível sócio-econômico estável, causando uma melhoria na qualidade de vida com relação à independência financeira e que apesar da falta de entendimento sobre o seu método contraceptivo, elas estão planejando o nascimento de seus filhos, fazendo uso da anticoncepção.

Palavras-chave: Planejamento familiar; Anticoncepção; Saúde da mulher; Conhecimentos, atitudes e prática em saúde.

Abstract: The familiar planning is a program that contributes for the improvement of the health of the women reducing the number of the maternal mortality, abortions, helps in the liberty of option and autonomy of the woman, diminishing the female fertility subsequent, besides being a program that aims to inform the people through a set of actions and attitudes (clinical and health practices) to orientate about the anti-conception. The objective of this report was to analyze the knowledge of the women about the contraceptive methods as well as to describe the social-economical profile of the participants of the familiar planning of a Health Unity from Ponta Grossa-PR. To do so, it was used a qualitative-quantitative, descriptive and field approach research, conducted in a Family Health Unity. To reach the proposed objectives in this research, it was conducted a structured interview with twelve women which are registered in the familiar planning in the respective unity. The ethical aspects of the research were respected, because it was provided to the individuals of the research a free and clarified consent term, assuring the participants are kept anonymous and in sigil. The results of the qualitative research were registered by the analyses of content and the quantitative part by the descriptive statistical analyses. It was concluded that the women have a reasonable social-economical level, causing an improvement in the quality of life in relation to the financial independence and that besides the lack of understanding about the contraceptive method, they are planning their family.

Keywords: Family planning; Contraception; Women's health; Health knowledge, attitudes, practice.

¹ Graduada em Enfermagem pelo Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais (CESCAGE). e-mail: limuller6_12@yahoo.com.br

² Docente do curso de Nutrição, Farmácia e Enfermagem do Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais (CESCAGE). e-mail: rafaelditterich@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Estima-se que 10 milhões de brasileiras estejam expostas à gestação indesejada, em decorrência do uso inadequado ou do não uso de métodos anticoncepcionais (CURITIBA, 2002).

No Brasil, o Ministério da Saúde criou em 1983 o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que coloca o Estado como provedor de meio e informação para que todos os brasileiros pudessem planejar adequadamente suas famílias (COSTA, 2004 apud TAVARES; LEITE; TELLES, 2007). O PAISM teve o objetivo de normalizar ações voltadas para cada etapa do ciclo vital feminino, integrando os princípios da atenção preventiva e dos cuidados curativos. O programa incluiu, entre outras, atividades de planejamento familiar. Esse enfoque diferenciado na saúde reprodutiva baseado na atenção integral à saúde superou as suspeitas na época de intenções de controle da natalidade (OSIS, 1998).

Na Constituição Federal de 1988, o planejamento familiar é colocado como livre decisão do casal, cabendo ao Estado e ao sistema de saúde garantirem o acesso à informação e aos métodos contraceptivos, sendo os direitos sexuais e reprodutivos garantidos para que o casal decida livremente com orientação e acompanhamento dos serviços de saúde (CARRENO et al., 2006).

O planejamento familiar trata-se de um programa que fornece total liberdade de escolha sem distinção, para que seus usuários possam com informação e conhecimento, escolher qual o momento pertinente para a concepção. E para evitar a concepção a mulher e o homem passam a fazer o uso de métodos contraceptivos.

Métodos contraceptivos "são maneiras, medicamentos, objetos e cirurgias usadas pelas pessoas para evitar a gravidez (...)" (BRASIL, 2006, p. 23).

O planejamento familiar é uma atividade que diz respeito não somente ao casal que o pratica, pois tem implicações sócio-demográficas. Dentro da área da saúde, é uma das mais importantes atividades preventivas, sendo seu objetivo principal proporcionar aos casais e, em particular, às mulheres as informações e os meios necessários para que possam decidir o número de filhos que desejam ou querem tê-los, de forma consciente e voluntária (DUARTE, 1998).

A escolha do método anticoncepcional deve levar em conta a idade, nível socioeconômico, paridade, contexto social e religioso. A decisão deve ser avaliada em conjunto: o profissional de saúde e o casal, incentivando-se a participação do parceiro nesta decisão, o que auxilia na maturidade e divide responsabilidades, melhorando a qualidade de informações sobre saúde reprodutiva (CURITIBA, 2006).

Ressalta-se que esse assunto é de extrema importância para mulheres, homens e casais com vida sexual ativa, pois somente com informação e conhecimento dos métodos contraceptivos é que se conseguirão identificar as vantagens e desvantagens de cada método, assim como saber qual deles é o mais apropriado para o seu caso.

O objetivo deste estudo foi analisar o conhecimento das mulheres sobre os métodos contraceptivos, bem como descrever o perfil socioeconômico das participantes do planejamento familiar de uma Unidade Saúde da Família de Ponta Grossa-PR.

REVISÃO DE LITERATURA

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi concebida pelo Ministério da Saúde em janeiro de 1994, com o objetivo de proceder à reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e para a atenção hospitalar (RONCALLI, 2003).

A ESF representa, pelo menos, duas novas formas de abordagem da questão da saúde da população: primeiro, busca ser uma estratégia para reverter à forma atual de prestação de assistência à saúde; segundo, é uma proposta de reorganização da atenção básica com o eixo de reorientação do modelo assistencial, respondendo a uma nova concepção de saúde. Esta concepção não é mais centrada somente na assistência à doença, mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco – pela incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e do desenvolvimento de ações intersetoriais (DITTERICH, 2005).

A abordagem na ESF está centrada na família, percebida e entendida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de saúde uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas (FRANCO; MEHRY, 1999).

Assim, a ESF é um reflexo de todos os pensamentos desenvolvidos sobre um novo conceito de promoção de saúde e pretende tornar-se um paradigma incluyente, de acolhimento responsável, de cuidado continuado e de

responsabilidade epidemiológica (MOYSÉS et al., 1999).

Para que isso ocorra, é necessário que a equipe de saúde da família desenvolva a capacidade de observação, relacionamento e comunicação para atuar nos princípios éticos, cidadania, responsabilidade, dignidade e honestidade e entender o cuidar de família (VELSCHAN; SOARES; CORVINO, 2002).

Segundo Szymanski (1994) o ponto de partida para o trabalho com família é a compreensão, por parte do profissional de saúde, do próprio modelo de organização familiar, com crenças, valores e procedimentos que efetivamente são adotados na sua vida em família.

Identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco aos quais a população está exposta e propor ações preventivas é uma das funções dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família. Dentre os diversos programas ofertados pela ESF encontra-se o planejamento familiar.

A ampliação do acesso de mulheres e homens à informação e aos métodos contraceptivos é uma das ações imprescindíveis para que se possa garantir o exercício dos direitos reprodutivos no país. Para que isto se efetive, é preciso manter a oferta de métodos anticoncepcionais na rede pública de saúde e contar com profissionais capacitados para auxiliar a mulher a fazer sua opção contraceptiva em cada momento da vida (BRASIL, 2002).

PLANEJAMENTO FAMILIAR

Para Pinotti (1996, p. 62), o planejamento familiar vem a ser "(...) o ato consciente de planejar o nascimento dos filhos, tanto em relação ao número desejado, quanto a ocasião mais apropriada de tê-los".

Em 1996, foi aprovado pelo Congresso Nacional e sancionado pela Presidência da República a lei que estabelece que as instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS), em todos os seus níveis, estão obrigadas a garantir à mulher, ao homem ou ao casal, em toda a sua rede de serviços, assistência à concepção e contracepção como parte das demais ações que compõem a assistência integral à saúde (BRASIL, 2002).

A atuação dos profissionais de saúde na assistência à anticoncepção envolve necessariamente três ações: atividades educativas, aconselhamento e atividades clínicas.

Essas atividades devem ser desenvolvidas de forma integrada, tendo-se sempre em vista que toda visita ao serviço de saúde constitui-se numa oportunidade para a prática de ações educativas. Deve-se, ainda, promover a interação dos membros da equipe de saúde, de forma a permitir a participação dos diversos elementos, nessas atividades, de acordo com o nível de responsabilidade requerido em cada situação (BRASIL, 2002).

O protocolo de planejamento familiar do município de Curitiba (2002) comenta que cabe à equipe de enfermagem realizar intercâmbio com mulheres/casais no tocante a conteúdos educativos, recomendações, esclarecimento de dúvidas e adaptação aos métodos contraceptivos.

Os serviços de planejamento familiar têm impacto positivo sobre o bem estar de uma família, em especial na vida das mulheres e crianças. Eles reduzem a probabilidade de gravidez de risco bem como a mortalidade materna, pré-natal sem acompanhamento de profissionais da saúde, e ajudam a diminuir a incidência de abortos (SILVETRI, 2004).

A decisão de fazer planejamento familiar deve ser completamente voluntária e para que o casal saiba qual o método de planejamento familiar é mais apropriado, é necessário que os mesmos tenham conhecimento de todos os métodos anticoncepcionais.

MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

Na decisão sobre o método anticoncepcional a ser usado devem ser levados em consideração os seguintes aspectos: escolha da mulher, do homem ou do casal; características dos métodos e fatores individuais e situacionais relacionados aos usuários do método (BRASIL, 2002).

A seguir serão apresentados os diferentes métodos contraceptivos:

Naturais

Os métodos naturais contraceptivos englobam todas as técnicas baseadas na auto-identificação dos diferentes momentos do ciclo menstrual feminino e conseqüente abstenção de relação sexual com contato genital no período fértil (CURITIBA, 2002).

O método de Ogino-Knaus, também conhecido como tabelinha, ajuda a mulher a descobrir seu período fértil através do controle dos dias do seu ciclo menstrual (ROUMIÉ, 1986). Este método baseia-se no fato de que a duração da segunda fase do ciclo menstrual (pós-ovulatório) é relativamente constante, com a ovulação ocorrendo entre 11 a 16 dias antes do início da próxima menstruação. O cálculo do período fértil da mulher é feito mediante a análise de seu padrão menstrual prévio, durante 6 (seis) a 12 (doze) meses. A mulher que quiser usar este método

deve ser orientada para registrar, durante pelo menos 6 meses, o primeiro dia de cada menstruação (BRASIL, 2002).

Segundo Abreu (1995, p. 20) descreve que é um método que “respeita o ciclo menstrual da mulher, mas também falha muito. A mulher deve abster-se de relações sexuais por seis ou sete dias ante do 14º dia do ciclo menstrual e por outros tantos depois dele; isso, se o ciclo for de 28 dias”.

O método da temperatura basal corporal baseia-se na avaliação das variações da temperatura basal corporal nas diferentes fases do ciclo menstrual, com o intuito de determinar o período fértil e orientar abstinência sexual, sem contato genital, durante este período (CURITIBA, 2002). A temperatura basal corporal é a temperatura do corpo em repouso. Antes da ovulação permanece em nível baixo e após a ovulação (segunda fase do ciclo) se eleva ligeiramente, em virtude da elevação dos níveis de progesterona, e se mantém assim até a próxima menstruação.

O método do muco cervical, também conhecido como método de Billings, baseia-se na auto-observação das modificações cíclicas do muco cervical durante todo o ciclo menstrual, o que permite à mulher/ao casal a identificação do período fértil. O muco cervical, produzido pelas criptas cervicais, apresenta-se pegajoso e grumoso no início do ciclo, dando sensação de secura na vulva. No período fértil torna-se transparente, abundante fluido, elástico, escorregadio, como clara de ovo, dando sensação de umidade e lubrificação (BRASIL, 2002; CURITIBA, 2002). O dia do ápice é o último dia com sensação de umidade lubrificante e pode ser reconhecido pela mudança posterior para secura ou muco pegajoso (CURITIBA, 2002).

O método sintotérmico combina a observação dos sinais e sintomas relacionados à temperatura basal corporal e ao muco-cervical, associada ainda a parâmetros subjetivos (físicos e ou psicológicos) indicadores de possível ovulação. Os parâmetros subjetivos relacionados com a ovulação podem ser, entre outros: dor abdominal; sensação de peso nas mamas, mamas inchadas ou doloridas; variações de humor e/ou da libido e outros sintomas e sinais (enxaqueca, náuseas, acne, aumento de apetite, ganho de peso, sensação de distensão abdominal, sangramento intermenstrual entre outros) (BRASIL, 2002).

O coito interrompido consiste na retirada do pênis da vagina antes da ejaculação. Segundo Bromwich e Parsons (1997 p. 140). “(...) significa retirar o pênis antes da ejaculação (coito interrompido ou reservado), certificando-se que a ejaculação não ocorreu na vagina (...)”. Apresenta alto risco, porque pode haver saída de espermatozoides antes da ejaculação, ou atraso na retirada do pênis ocasionando ejaculação na vagina.

Segundo Monzu (1992, p. 54), o coito interrompido ocorre “(...) quando o homem sente que o orgasmo está próximo ele retira o pênis, mas o grande problema é que antes da ejaculação pode haver pequena eliminação de espermatozoides que são suficientes para que, eventualmente, ocorra a fecundação.

Hormonais

Os métodos hormonais inibem a ovulação, através do bloqueio da liberação de gonadotrofinas pela hipófise, modificam o muco cervical tornando-o hostil à espermomigração, alteram o endométrio, modificam a contratilidade das tubas interferindo no transporte ovular e alteram a resposta ovariana às gonadotrofinas (CURITIBA, 2002).

A pílula é um dos métodos anticoncepcionais mais eficazes, porém sua eficácia depende da organização da mulher. Segundo Monzu (1992 p. 69) “(...) no caso das mulheres que tomam pílula, o amadurecimento do óvulo será interrompido, não ocorrendo a ovulação durante o ciclo, conseqüentemente não ocorrerá a fecundação e nem a gravidez.”

As pílulas constituem excelente medida anticoncepcional temporária, mas com efeitos colaterais bem conhecidos pelas usuárias: enjôo, náusea, vômitos, aumento do peso, cefaléia, cansaço, acne, embolia, enfarte, tromboflebite, varizes, etc (ABREU, 1995).

Em resumo o mecanismo de ação da pílula é o seguinte: após a menstruação normal, a hipófise, pequena glândula situada no crânio, através de um hormônio naturalmente elaborado por ela, chamado de foliculo estimulante (FSH) e também responsável pelo aumento do óvulo, estimula a ovulação ovariana (...). Nesta ocasião ocorre que o ovário também produz um hormônio chamado de estrogênio, cuja ação é transformar a mucosa, que reveste internamente o útero em ótimo ambiente para o ovo se aninhar. Este estrogênio quando atinge certo limar, vai atuar freando a hipófise na fabricação de FSH. As pílulas usando seus hormônios (estrogênio e progesterona) (...), introduzido no organismo. E o freio sobre a hipófise fica maior. (...) o FSH será diminuído ou até mesmo suprimido, fazendo com que não ocorra o amadurecimento ovular e, como conseqüência, não aconteça a ovulação. Assim teremos um ciclo menstrual anovulatório, impróprio à gravidez (ROUMIÉ, 1986, p.76)

Como citado acima ocorre um processo para que a pílula proteja a mulher da gravidez durante o período em que a ela administra corretamente. Deve ser tomada todos os dias e de preferência no mesmo horário e em caso de esquecimento ela deverá tomar a pílula o mais breve possível não deixando passar de doze horas.

Os anticoncepcionais hormonais injetáveis são anticoncepcionais para uso feminino, que contêm progesterônio isolado ou em associação com estrogênio natural, para administração parenteral intramuscular, com doses de longa duração (CURITIBA, 2002).

A injeção anticoncepcional injetável mensal segundo Monzu (1992) é a que apresenta, no grupo dos métodos reversíveis, o maior índice de eficácia, possui ação prolongada, podendo, a usuária, com a administração de uma única ampola mensal, estar protegida por todo o mês. A mulher deve receber a dose da ampola no mesmo dia de cada mês, pois o método é mensal para que fique protegida o mês inteiro. Mas se houver a interrupção da injeção mensal, a fertilidade da mulher, que é a capacidade de engravidar retorna.

O anticoncepcional injetável trimestral é realizado com acetato de medroxiprogesterona de depósito, com alta eficácia por três meses e menor número de efeitos colaterais pela inexistência do estrogênio. Pode ser utilizado no pós-parto e durante a lactação, na presença de amenorréia, e não apresenta interação medicamentosa. Os principais efeitos colaterais são: irregularidades do ciclo menstrual, amenorréia, alterações de humor, cefaléia, demora no retorno da fertilidade, diminuição da libido, depressão, acne, náuseas, distensão abdominal, desconforto mamário e aumento de peso. A primeira dose deve ser feita até o sétimo dia do ciclo menstrual, indicando-se o uso de outro método contraceptivo até o oitavo dia após a aplicação (CURITIBA, 2002).

As minipílulas são os únicos tipos de pílulas que podem ser usadas durante a amamentação. Nesse caso, devem ser iniciadas seis semanas após o parto, é um medicamento de uso contínuo e geralmente as cartelas são compostas por 35 comprimidos (BRASIL, 2006). Caso a mulher deixe de amamentar deve procurar outro método para evitar a gravidez. Ela é indicada para lactentes, pois como ela não apresenta estrógeno, não vai haver inibição da formação do leite. (MONZU, 1992, p. 69)

A pílula anticoncepcional de emergência, também conhecida como pílula do dia seguinte, deve ser usada no máximo até cinco dias após a relação sexual desprotegida, tomando-se os dois comprimidos de uma só vez ou em duas doses (a primeira dose até cinco dias após a relação sexual e a segunda doze horas após a primeira). Quanto mais rápido a pílula for usada, maior a sua eficácia para evitar uma gravidez indesejada (BRASIL, 2006).

Segundo Protocolo de atenção à saúde da mulher (BRASIL, 2005) esse método "consiste no uso de métodos com uma dose de estrogênio ou estrogênio + progestina após a relação sexual sem planejamento familiar(...) Podem evitar a gravidez ao inibir ou retardar a ovulação". Este método não deve ser utilizado como método de rotina, somente em casos emergenciais, pois a dose de hormônio é muito grande.

Segundo Monzu (1992, p. 74) "(...) o que acontece é que, normalmente, o óvulo fecundado se fixa na parede do útero, mas como a pílula do dia seguinte altera a composição da membrana interna do útero, o ovo não consegue se fixar e, assim, não se desenvolve".

Barreira

Os métodos de barreira são aqueles que evitam a gravidez por meio do impedimento da ascensão dos espermatozoides ao útero. Esse impedimento pode ser mecânico, químico ou misto (CURITIBA, 2002).

O preservativo masculino consiste em um envoltório de látex que recobre o pênis durante o ato sexual e retém o esperma por ocasião da ejaculação impedindo o contato com a vagina, assim como impede que os microorganismos da vagina entrem em contato com o pênis ou vice-versa. É um método que, além de evitar a gravidez, reduz o risco de transmissão do HIV e de outros agentes sexualmente transmissíveis (BRASIL, 2002).

O preservativo feminino é um tubo de poliuretano com uma extremidade fechada e a outra aberta, acoplado a dois anéis flexíveis também de poliuretano. O primeiro, que fica solto dentro do tubo, serve para ajudar na inserção e na fixação de preservativo no interior da vagina. O segundo anel constitui o reforço externo do preservativo que, quando corretamente colocado, cobre parte da vulva (BRASIL, 2002).

A camisinha feminina é eficaz para proteger da gravidez e de DST/HIV/AIDS, quando usada em todas as relações sexuais, antes de qualquer contato do pênis com a vagina ela dá maior autonomia à mulher sobre seu corpo e sua vida sexual a camisinha funciona como uma barreira, recebendo o esperma ejaculado pelo homem na relação sexual, impedindo a entrada dos espermatozoides no corpo da mulher, e evitando fecundação (BRASIL, 2006). É um método muito utilizado quando a mulher tem dificuldade em entrar em acordo com seu parceiro para decidir quem vai utilizar a camisinha. Ela é utilizada uma única vez, pode ser colocada imediatamente antes da penetração ou até oito horas antes da relação sexual.

O diafragma é um método anticoncepcional de uso feminino que consiste num anel flexível, coberto no centro com uma delgada membrana de látex ou silicone em forma de cúpula que se coloca na vagina cobrindo completamente o colo uterino e a parte superior da vagina, impedindo a penetração dos espermatozoides no útero e trompas (BRASIL, 2002). Segundo Monzu (1992) o diafragma deve ser colocado duas horas do ato sexual e só deve ser retirado no mínimo oito horas após, sendo que uma permanência prolongada pode causar irritação no colo do útero e na vagina.

Os espermaticidas são um conjunto de substâncias químicas que formam uma película que recobre a vagina e o colo do útero, impedindo a penetração dos espermatozóides, além de lesar a membrana celular dos espermatozóides e inativá-los. Por não apresentar proteção contraceptiva adequada quando utilizado isoladamente, deve ser usado de forma combinada com o diafragma ou preservativo, a fim de aumentar a eficácia isolada de cada um. O agente espermaticida recomendado pelo Ministério da Saúde é à base de nonoxinol-9. Espermaticidas que contenham acetato de fenil-mercúrio não devem ser usados, pois há possibilidade de absorção do mercúrio e teratogenicidade. As apresentações são: óvulos, supositórios, geléias, cremes, tabletes, espumas, aerossóis (CURITIBA, 2002).

Os dispositivos intra-uterinos são artefatos que exercem efeito anticoncepcional quando colocados na cavidade uterina. Provocam uma reação inflamatória uterina, desencadeando alterações bioquímicas que interferem no transporte dos espermatozóides no aparelho genital feminino e alteram os óvulos e espermatozóides, impedindo a fecundação (CURITIBA, 2002).

Definitivos

A esterilização cirúrgica tanto no homem quanto na mulher existe com meio anticoncepcional permanente. Para os casais em que a mulher está na faixa etária de 30 a 44 anos, a esterilização é o método anticoncepcional comum (BRASIL, 2005).

A vasectomia é uma cirurgia simples realizada no homem, segura e rápida, que se faz em homens que não desejam mais ter filhos. É um método anticoncepcional considerado permanente ou irreversível, porque, depois de feita a cirurgia, é muito difícil recuperar a capacidade de ter filhos.

Nessa cirurgia, os canais deferentes são cortados e amarrados, cauterizados, ou fechados com grampos. É uma cirurgia simples, que pode ser feita em ambulatório, com anestesia local e o homem não precisa ficar internado. A vasectomia, mesmo sendo uma operação simples, tem riscos e pode apresentar problemas como qualquer outra cirurgia. Para optar pela vasectomia como método anticoncepcional, o homem precisa estar seguro de que não quer mais ter filhos. O efeito da vasectomia não é imediato. Nas primeiras ejaculações depois da vasectomia, ainda existem espermatozóides no esperma ejaculado, ou seja, ainda existe o risco de o homem engravidar a mulher. A vasectomia só será considerada segura quando o exame realizado no esperma, o espermograma, mostrar que não existem mais espermatozóides no esperma ejaculado (BRASIL, 2006, p. 46). Os testículos não param de produzir espermatozóides, estes ficam retidos no epidídimo e coto inferior do deferente, logo após são dissolvidos e fagocitados.

A laqueadura, também conhecida como ligadura de trompas é uma cirurgia realizada na mulher, no qual bloqueia o trajeto do espermatozóide percorrendo até o óvulo. O lugar para realizar este bloqueio são as tubas uterinas, no qual o óvulo é fecundado e posteriormente chega ao útero. A tuba uterina é presa na forma de alça e amarrada com um fio inabsorvível, no qual impede a passagem do óvulo (MONZU, 1992).

MATERIAIS E MÉTODOS

No que se refere aos aspectos metodológicos, essa pesquisa tem uma abordagem quali-quantitativa do tipo descritiva de campo.

De acordo com Minayo (1993, p. 102) "Numa busca qualitativa, preocupamo-nos menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão seja de um grupo social, de uma organização, de uma instituição. De uma política ou de uma representação."

Para Richardson (1999, p. 70) o método de abordagem quantitativa "representa, em princípio, a intenção de garantir a precisão dos resultados, evitar distorções de análise e interpretação, possibilitando, conseqüentemente, uma margem de segurança quanto às interferências".

Para Gil (2007, p. 42): "as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno...".

Essa pesquisa foi realizada na Unidade Saúde da Família Dr. Félix Vianna, localizada no bairro da Nova Rússia no município de Ponta Grossa-PR a qual foi enviada carta de solicitação, para a realização da pesquisa. Os sujeitos dessa pesquisa foram doze mulheres, escolhidas de maneira não-probabilista intencional, as quais são cadastradas no Programa de Planejamento Familiar da referida Unidade de Saúde. Os critérios de seleção da pesquisa foram: a participação no planejamento familiar, fazer uso de algum método contraceptivo e sexo feminino.

Para atingir o objetivo da pesquisa, optou-se em utilizar uma entrevista estruturada que, segundo Marconi e Lakatos (1991, p. 197) "é aquela em que o entrevistador segue um roteiro previamente estabelecido (...)". A coleta de dados foi realizada em dois dias, sendo que foi utilizado um formulário contendo perguntas abertas e fechadas

de fácil entendimento. Segundo Lakatos e Marconi (2007, p. 111) a técnica de formulário é aquela no qual se tem um "roteiro de perguntas enunciadas pelo entrevistador e preenchidas por ele com as respostas do pesquisado".

Esta pesquisa respeitou os termos e definições e aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde o qual descreve que a pesquisa somente seja realizada com a assinatura do participante no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados quantitativos foram analisados estatisticamente de forma descritiva por meio de frequência. As informações qualitativas foram avaliadas pela análise do conteúdo. Segundo Bardin (1977), tudo o que é dito ou escrito é suscetível de ser submetido a uma análise de conteúdo. A análise de conteúdo pode ser entendida como "um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens" (BARDIN, 1977).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Das participantes da pesquisa, observou-se que 83% delas eram de etnia branca, encontravam-se na faixa etária de 20 a 39 anos e 34% eram solteiras. Com relação à escolaridade, 33% possuíam ensino fundamental completo.

O estado civil das entrevistadas é importante para a pesquisa, já que as mulheres casadas são as que geralmente possuem parceiros fixos e apresentam maior preocupação com o uso dos métodos contraceptivos. Ainda revela-se assim um público com o nível de escolaridade baixo, o que exige avaliar o nível de conhecimento a respeito dos métodos contraceptivos. Considerando que o grau de escolaridade é um forte elemento para que as mulheres não conheçam os métodos anticoncepcionais.

Á partir do momento em que as mulheres percebem as mudanças no corpo, e iniciam a vida sexual, também iniciam a procura aos métodos contraceptivos e fazem uso dos mesmos quando não desejam a gravidez, ainda sendo raro à participação das adolescentes na procura dos mesmos.

Constatou-se que quanto a situação habitacional, 83% das mulheres tinham moradia própria, 50% em residências de madeira, 59% possuíam renda familiar entre 1 (um) e 2 (dois) salários mínimos. Quanto ao número de pessoas que residiam na casa, 50% tinham 1 a 3 pessoas e 50% apresentavam 4 a 6 pessoas na casa, e 42% relataram ter um filho.

O nível socioeconômico resulta na qualidade de vida das pessoas, no entanto, quanto maior a quantidade de filhos e o número de pessoas numa mesma família, conseqüentemente maiores serão os gastos. Adequar o salário ao número de filhos é essencial para a qualidade de vida das pessoas. As mulheres consideram que o número de filhos não lhes possibilita trabalhar para ajudar no orçamento familiar e que quanto maior a família mais difícil fica a sobrevivência com o salário tão escasso que vivem (ZAIKA, 2004).

Em relação aos métodos contraceptivos utilizados, foram citados: pílula (58%), injetáveis e camisinha masculina (17% cada) e o DIU (8%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição do número (n) e do percentual (%) das entrevistadas segundo os métodos contraceptivos utilizados pelas entrevistadas.

Contraceptivos	n	%
Pílula	7	58
Injetáveis	2	17
Camisinha	2	17
DIU	1	8

A pílula é ainda o método mais utilizado pela população feminina, é de fácil acesso, pois a política governamental distribui este anticoncepcivo e a camisinha masculina. E para isso é preciso manter a oferta de métodos anticoncepcionais na rede pública de saúde e contar com profissionais capacitados para orientar a mulher e fazer opção contraceptiva em cada momento da vida (BRASIL, 2002).

Quanto ao tempo de uso, 33% utilizavam entre 0 a 6 meses, 25% de 7 a 12 meses e 25% de 5 anos ou mais (Tabela 2). Acredita-se que quanto menor o tempo de uso do método contraceptivo, conseqüentemente menor será o conhecimento a respeito dele, no entanto é do interesse da mulher procurar saber a respeito do método.

Tabela 2 - Distribuição do número (n) e do percentual (%) das entrevistadas tempo de uso do método contraceptivo.

Tempo de uso	n	%
0 – 6 meses	4	33
7 – 12 meses	3	25
2 – 4 anos	2	17
5 anos ou mais	3	25

Com referência a quem as entrevistadas recorreram para receber orientações sobre o seu método contraceptivo, observou-se médico, enfermeiro e assistente social (25% de cada um desses profissionais de saúde), informações de parentes e amigos (17%) e folhetos (8%), sendo que todas receberam algum tipo de informação (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição do número (n) e do percentual (%) das entrevistadas segundo as categorias de quem recebeu orientação sobre o método contraceptivo.

De quem recebeu orientação	n	%
Médico	3	25
Enfermeiro	3	25
Assistente social	3	25
Parentes e amigos	2	17
Folhetos	1	8

Na Unidade de Saúde Félix Vianna a enfermeira é que realiza a entrega dos métodos contraceptivos, bem como as orientações para os usuários. Mas na ausência da enfermeira na respectiva unidade estas ações estavam sendo desenvolvidas pela assistente social durante dois meses antes da pesquisa.

Com relação ao conhecimento das mulheres sobre outros métodos contraceptivos, verificou-se que 25% citaram a camisinha masculina, 24% o DIU, 21% os contraceptivos injetáveis, 17% os definitivos, 10% as pílulas e 3% outros (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição do número (n) e do percentual (%) das entrevistadas segundo as categorias de outros métodos contraceptivos que as mulheres citaram conhecer.

De quem recebeu orientação	n	%
Camisinha masculina	7	25
DIU	7	24
Injetáveis	6	21
Definitivos	5	17
Pílulas	3	10
Outros*	1	3

* outros - inclui os métodos naturais.

A camisinha masculina é muito antiga e é utilizada em todo o Brasil, sua venda é livre e também é fornecida pela rede pública de saúde. (BASTOS, 1998)

Os DIUs vêm conquistando parte da população feminina e é dos métodos mais modernos anticoncepcionais, sua eficácia é de 97%, mas ainda não sendo o mais utilizado.

Os injetáveis estão aumentando entre as mulheres que esquecem de tomar a pílula oral de rotina, no entanto sendo um bom método o qual sua eficiência está aproximadamente a 100% (MONZU, 1992).

ANÁLISE QUALITATIVA DAS ENTREVISTAS

Para caracterizar o conhecimento das participantes, foi estabelecida uma categoria para a qual foi definido o seguinte título: O conhecimento das mulheres quanto às indicações e contra-indicações do método em uso. Esta categoria foi formulada através da questão: "Qual o método contraceptivo você utiliza e você conhece as indicações e contra-indicações desse método?".

Para preservar a identidade das mulheres entrevistadas, foram utilizados números ordinais para identificá-las.

As falas das entrevistadas mostram o que elas sabem a respeito do seu método contraceptivo e qual o método elas utilizam. A seguir, algumas falas das entrevistadas, representadas por recortes de trechos:

"(...) pra não engravidar e quem não pode usar é quem fuma, tem câncer, epilepsia e diabético" (entrevistada 3 – pílula).

"(...) indicado pra evitar a gravidez, não sei porque é contra-indicado" (entrevistada 1 – pílula).

"(...) não conheço nada a respeito, só sei que tenho que tomar" (entrevistada 7 – pílula).

"(...) para evitar a gravidez e se a mulher estiver grávida ou com suspeita de gravidez, não pode tomar" (entrevistada 9 – injetável trimestral).

"(...) só sei que tenho que voltar se tiver sangramento, dor, essas coisas" (entrevistada 4 – DIU).

"(...) sei que tenho que tomar todos os dias no mesmo horário, mas as vezes eu esqueço" (entrevistada 10 – pílula).

"(...) sei que temos que colocar no momento sexual" (entrevistada 6 – camisinha masculina).

Através do discurso pôde-se perceber que as mulheres confundiram as reações adversas com as indicações e contra-indicações do método contraceptivo em uso, então assim é possível perceber que as mulheres sabem que existem os métodos, porém desconhecem-nos. À medida que as mulheres exercem maior controle sobre suas opções de cuidados da saúde, o profissional enfermeiro torna-se mais capacitado nos cuidados preventivos para as mulheres, principalmente no que se diz respeito às necessidades ímpares (BRUNNER; SUDDARTH, 2002 apud SILVETRIN, 2004).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observa-se que, de modo geral, as mulheres são orientadas e sabem quais são os métodos contraceptivos, pois se obteve vários métodos anticoncepcionais citados pelas entrevistadas. No entanto, as participantes têm muitas informações que elas desconhecem, e confundem indicações e contra-indicações com as reações adversas.

As participantes possuem uma qualidade de vida regular, e que independente do estado civil e idade elas estão cuidando de si, conquistando suas próprias decisões e planejando o nascimento dos seus filhos.

Este trabalho demonstra a necessidade de se aprofundar o conhecimento das mulheres sobre os métodos contraceptivos, através de reuniões, que na maioria das unidades de saúde acontecem somente para hipertensos, diabéticos e adolescentes, mas para o planejamento familiar é realizado somente a entrega do método anticoncepcional e orientações superficiais, o que demonstra a necessidade da equipe de saúde realizar atividades preventivas contínuas, para oferecer à clientela os conhecimentos necessários a respeito dos métodos contraceptivos (SILVETRIN, 2004).

REFERÊNCIAS

ABREU, F. **Vasectomia**: a opção masculina. Rio de Janeiro: Mauad, 1995.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BASTOS, A. C. **Ginecologia**. 10 ed. São Paulo: Atheneu, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Assistência em planejamento familiar**: manual técnico. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Protocolo de atenção à saúde da mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BROMWICH, P. PARSONS, T. **Tudo o que você precisa saber sobre métodos anticoncepcionais**. São Paulo: Experimento, 1997.

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

PAZ, E. C. M.; DITTERICH, R. G. O conhecimento das mulheres sobre os métodos contraceptivos no planejamento familiar. **Revista Gestão & Saúde**, Curitiba, v. 1, n. 1, p. 1-10. 2009.

- CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. **Planejamento familiar**. 2. ed. Curitiba: SMS, 2002.
- CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de atenção à saúde do adolescente**. Curitiba: SMS, 2006.
- DITTERICH, R. G. **O trabalho com famílias realizado pelo cirurgião-dentista do programa saúde da família (PSF) de Curitiba-PR**. 2005. 79f. Monografia (Especialização em Odontologia em Saúde Coletiva) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Curitiba, 2005.
- DUARTE, G. A. Perspectiva masculina quanto a métodos contraceptivos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 125-130, 1998.
- FRANCO, T. B.; MEHRY, E. **PSF: contradições e novos desafios**. Disponível em: www.datasus.gov.br/csn. 1999. Acesso em: 10 nov. 2001.
- GIL, A. C. **Como elaborar projeto de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.
- MARQUES, C. C. **Dispositivo intra-uterino: aspectos éticos, médicos e jurídicos**. Porto Alegre: Edipucrs, 1995.
- MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Metodologia do Trabalho Científico**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2007.
- MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1993.
- MONZU, M. **Sexualidade e anticoncepção**. São Paulo: Editora STS, 1992.
- MOYSÉS, S. J. et al. A equipe de saúde multiprofissional nos programas de saúde da família. **Revista Médica do Paraná**, v. 57, n. 1/2, p. 1-7, jan./dez. 1999.
- OSIS, M. J. M. D.. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, supl. 1, p. S25-S32. 1998.
- PINOTTI, J. A. **A mulher conhecendo sua saúde**. São Paulo: o autor, 1996.
- RICHARDSON, R. J. et al. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.
- RONCALLI, A. G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA, C.A. **Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: ArtMed Editora, 2003. p.28-49.
- ROUMIÉ, P. **Controle de natalidade a quem interessa?** São Paulo: Paulinas, 1986.
- SILVETRIN, E. **Planejamento Familiar**. Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem 62 f. Centro de Ensino superior dos Campos Gerais - CESCAGE. Ponta Grossa, 2004.
- SZYMANSKI, H. G. Educação para família: uma proposta de trabalho preventivo. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 4, n. 1, 1994.
- TAVARES, L. S.; LEITE, I. C.; TELLES, F. S. P. Necessidade insatisfeita por métodos anticoncepcionais no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 10, n. 2, p. 139-48. 2007.
- VELSCHAN, B. C. G.; SOARES, E. L.; CORVINO, M. Perfil do profissional de saúde da família. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 59, n. 5, p. 314-316, set./out. 2002.
- ZAICA, E. A. **Planejamento Familiar e anticoncepção – conhecimento e uso de métodos**. Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem 85 f. Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais - CESCAGE. Ponta Grossa, 2004.