



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

FELIPPE XAVIER LOPES DA COSTA

**PLANEJAMENTO FAMILIAR: ATUAÇÃO DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM
NA EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA**

**CAMPINA GRANDE – PB
2012**

FELIPPE XAVIER LOPES DA COSTA

PLANEJAMENTO FAMILIAR: ATUAÇÃO DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM NA
EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA

Relatório final das atividades desenvolvidas como aluno–bolsista do Programa de Bolsas de Extensão (PROBEX), Edital 01/2011, Pró-Reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários da Universidade Estadual da Paraíba (PROEAC/UEPB), apresentado como Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) à Coordenação do Curso de Bacharelado e Licenciatura Plena em Enfermagem, do Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS), sob a coordenação e orientação do Prof. Esp. Erijackson de Oliveira Damião.

Campina Grande – PB
Junho – 2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

C837p Costa, Felipe Xavier Lopes da.
Planejamento familiar [manuscrito] : atuação de acadêmicos de enfermagem na extensão universitária / Felipe Xavier Lopes da Costa. - 2012
40 f. : il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2012.

“Orientação: Prof. Esp. Eriackson de Oliveira Damião, Departamento de Enfermagem”.

1. Planejamento familiar. 2. Saúde da mulher
3. Promoção da saúde. I. Título.

21. ed. CDD 613.94

FELIPPE XAVIER LOPES DA COSTA

PLANEJAMENTO FAMILIAR: Atuação de Acadêmicos de Enfermagem na Extensão
Universitária

Aprovada em 28,06,12

Nota 9,5 (nov, cinco)

BANCA EXAMINADORA

Erijackson de Oliveira Damião
Prof. Especialista. Erijackson de Oliveira Damião

Jacqueline Santos da Fonseca Almeida Gama
Prof.^a MSc. Jacqueline Santos da Fônseca Almeida Gama

Jamille Maria Moreira da Silva
Prof.^a Especialista. Jamille Maria Moreira da Silva

Campina Grande- PB

Junho/2012

DEDICATÓRIA

*Dedicado este trabalho para todos da minha família, em especial, meus pais, minha
irmã e meu irmão.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a DEUS, por tudo que conquistei e por tudo que conquistarei. Agradeço a DEUS por ter me dado condições de concluir o curso em bacharel em ENFERMAGEM. Agradeço a DEUS pela FAMÍLIA tão especial que tenho. Agradeço a todos os professores do departamento do CCBS – UEPB – ENFERMAGEM. Agradeço a todos os meus amigos que conquistei ao longo da academia universitária. Agradeço ao professor coordenar do projeto e orientador do TCC Eriackson de Oliveira Damião e a todos que se fizeram presente na banca examinadora deste trabalho de conclusão de curso e à Universidade Estadual da Paraíba, por me fazer uma pessoa mais madura e mais crítica intelectualmente.

EPÍGREFE

*"E sem saber que era impossível, ele
foi lá e fez"*

(Jean Cocteau)

RESUMO

A Lei Nº 9.263 de 12 de Janeiro de 1996, assegura que o planejamento familiar é direito de todo cidadão e relata que o planejar a família é um conjunto de ações de regulação da fecundidade que garante direitos iguais perante a constituição no aumento ou limitação da prole pelo homem, pela mulher ou pelo casal e ainda faz ações de atenção à saúde da mulher, do homem ou do casal; visando o atendimento global à saúde. Com a disposição dos métodos de anticoncepção existente no mercado fica cada vez mais fácil fazer o planejamento, no tocante de concepção ou de anticoncepção. O presente estudo teve como objetivo sensibilizar quanto à importância do planejamento familiar. O método utilizado partiu da identificação da população alvo, para a realização de ações educativas. As atividades desenvolvidas foram palestras e exposição dos métodos contraceptivos existentes, adequando à realidade da população, além de estimular o uso de camisinha como um método contraceptivo e preventivo de IST/HIV; proporcionando orientações sobre o planejamento familiar, convidando os homens a participarem, na perspectiva de contribuir para a redução dos níveis de miséria e pobreza; contribuindo para promoção de uma concepção consciente. As ações foram realizadas através do LABIT, em diferentes locais, como (Associações de Moradores de bairros periféricos de Campina Grande, SEST/SENAT, Sítio Lucas e no Município de Montadas. Concluímos a pesar dos homens não participarem das Ações as mulheres sempre se faziam presente e interessada em saber mais sobre o que tratava a Política do Planejamento Familiar, procurando saber quais os métodos que existiam para a anticoncepção e como usá-los. A experiência vivida nas ações do projeto contribuiu para o nosso crescimento teórico e prático, fazendo valer o papel de cidadania, através da educação em saúde na Atenção Básica e da troca de experiência entre Acadêmicos e Usuárias do SUS, elementos de grande importância para a nossa vida profissional.

PALAVRAS-CHAVE: Planejamento familiar. Saúde da mulher. Prática acadêmica.

ABSTRACT

Law No. 9263 of January 12, 1996, ensures that family planning is the right of every citizen and reports that the family is planning a set of actions of fertility regulation that guarantees equal rights under the constitution to increase or limitation of young man, the woman or couple and still does actions of health care of women, man or couple; order to meet global health. With the provision of contraceptive methods on the market becomes increasingly easier to do the planning, design or in terms of contraception. The present study aimed to raise awareness about the importance of family planning. The method used came from identification of the target population, to conduct educational activities. The activities were lectures and exposure of existing contraceptive methods, adapting to the reality of the population, and encourage the use of condoms as a contraceptive method and prevention of STI / HIV, providing guidance on family planning, inviting men to participate in view to contributing to reducing the levels of misery and poverty and contributing to the promotion of a conscious design. The shares were held by Labit, in different locations, such as (Association of Residents of the suburbs of Campina Grande, SEST / SENAT, Site and Lucas County Mounted. Concluded in spite of men do not participate Shares women had long been present and interested in learning more about what was the policy of Planned Parenthood, asking about the methods that exist for contraception and how to use them. His experience in project actions contributed to our growth theory and practice, enforcing the role of citizenship, through health education in primary and exchange of experience between academics and users of SUS, elements of great importance for our life.

KEYWORDS: Family Planning. Women's health. Academic practice.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVOS E METAS	15
2.1	OBJETIVO GERAL	15
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
2.3	METAS.....	15
3	REFERENCIAL TEÓRICO – METODOLÓGICO	17
3.1	MÉTODOS CONTRACEPTIVOS	17
3.1.1	<i>Abstinência</i>	17
3.1.2	<i>Esterilização</i>	17
3.1.3	<i>Laqueadura Tubária</i>	17
3.1.4	<i>Vasectomia</i>	18
3.1.5	<i>Contracepção hormonal</i>	18
3.1.6	<i>Dispositivos Intra-uterinos (DIU)</i>	21
3.1.7	<i>Barreiras Mecânicas</i>	21
3.1.8	<i>Anticoncepção de emergência</i>	23
3.1.9	<i>Métodos Comportamentais</i>	24
4	METODOLOGIA OPERACIONAL	26
4.1	TIPO METODOLÓGICO	26
4.2	ETAPAS DO PROJETO.....	26
4.3	PÚBLICO ALVO	27
4.4	RECURSOS	27
4.4.1	<i>Humanos</i>	27
4.4.2	<i>Materiais</i>	27
4.5	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	28
5	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	29
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
	REFERÊNCIAS	35
	APÊNDICES	37
	APÊNDICE A – Folder distribuído durante as ações de planejamento familiar	38
	ANEXOS	39
	ANEXO A – Certificado de participação na 6ª Semana de Extensão da Universidade Estadual da Paraíba	40

1 INTRODUÇÃO

A Lei Nº 9.263 de 12 de Janeiro de 1996, assegura que o planejamento familiar é direito de todo cidadão, e define o planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais pela Constituição Federal Brasileira, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal, é ainda parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde.

A legalidade da proteção dos direitos reprodutivos no nosso país é resultado de um longo processo de lutas, em que todo e qualquer ser humano é visto como um cidadão que tem livre arbítrio para decidir sua vida reprodutiva e sexual. O planejamento familiar, até então dependia de iniciativas de governantes e entidades privadas e passou a constituir dever do Estado, como se lê no artigo 226, parágrafo 7 da Constituição:

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 ou privadas (Dora, D. D., 1998).

O planejamento familiar consiste em uma série de ações de saúde de assistência à contracepção e à concepção, cuja finalidade principal é de promover a saúde reprodutiva e garantir os direitos sexuais e reprodutivos do ser humano. Com a promulgação da Constituição Federal, em 1988, o Estado brasileiro reconheceu o direito de todos os cidadãos e cidadãs a constituir livremente sua prole e incluiu entre suas obrigações prover recursos educacionais, científicos e de saúde para a efetivação desse direito. Com a aprovação da Lei de Planejamento Familiar, em 1996, o Ministério da Saúde e as secretarias de saúde tanto estaduais e municipais começaram a implantar uma série de ações na área da assistência do planejamento familiar (LOPES, 2006).

O planejamento familiar remete a descrever o ato consciente de se planejar o nascimento de filhos, números desejados e de se fazer a escolha do melhor método para qual o casal tende a escolher, para se evitar filhos, até que estes venham a se conscientizarem quando e quantos filhos irão ter.

Nos dias atuais a maioria das mulheres opta por adiar os planos da maternidade, outras fazem a escolha de não ter filhos. Para todas as mulheres que optam por adiar o nascimento de seus filhos e para as mulheres que optam por não ter filhos o Sistema Único de Saúde (SUS) oferece oito opções de métodos contraceptivos, para que estas mulheres possam escolher a melhor maneira e a mais confortável de se planejar quando e como vão ter filhos.

O Ministério da Saúde vem reforçando a política de planejamento familiar, aumentando o acesso a vasectomias e laqueaduras, além da ampliação da distribuição de preservativos e dos outros métodos contraceptivos. Com a grande oferta de todos os métodos anticoncepcionais oferecidos e de fácil acesso à população, os serviços de saúde vêm oferecendo informações necessárias para a escolha e uso efetivo dos métodos anticoncepcionais, que melhor se adaptem às condições de saúde de cada mulher e que seja mais bem aceito e adequado ao casal, para tanto o ideal é inserir tanto o homem quanto a mulher na busca de abranger o maior número possível de casais.

Atualmente o mercado vem se preocupando cada vez mais com os métodos de anticoncepção e de concepção de forma a contribuir positivamente para que as mulheres ou casal venham a decidir o meio/método de se evitar gravidez indesejada ou de se planejar a chegada de um/uma filho (a), favorecendo assim o planejamento familiar, portanto:

Os profissionais devem estar familiarizados com os mitos e percepções errôneas sobre os métodos anticoncepcionais (...) Deve-se combatê-los com sensibilidade, mas de maneira correta (Ministério da Saúde, 1996).

Os profissionais de saúde que lidam com a população de forma geral, necessitam primordialmente de conhecer todos os métodos de concepção e de anticoncepção, uma vez que estes vão orientar todos da população que procurarem o serviço para saber como usar, quanto usar, de que forma usar corretamente e como fazer a melhor escolha que se adequa para cada caso. Estes profissionais devem também ter capacidade para saber abordar o casal, tirar dúvidas corriqueiras, orientar sobre a tomada de decisão quanto aos anticoncepcionais, tentar de forma clara e objetiva explicar todos os métodos disponíveis que o SUS oferece e mostrar os métodos existentes.

Atualmente, a maioria das mulheres querem e buscam uma vida melhor para si, seus filhos e familiares; procuram dar o melhor de si, como mães, esposas e trabalhadoras. Muitas mulheres também querem ter novas oportunidades em sua vida, possibilidade de aprender mais, de tomar suas próprias decisões, de ter mais voz ativa ao longo da vida, de terem mais autonomia. O planejamento familiar é a melhor maneira que as mulheres têm para assumir o controle de suas vidas em relação à concepção planejada.

Nas últimas décadas, a população feminina conquistou e vem conquistando cada vez mais espaço no mercado de trabalho, ocupando cargos estratégicos e assumindo funções antes restritas aos homens. De um modo geral, as mulheres buscam cada vez mais, o desenvolvimento de sua carreira, o que pode adiar os planos de maternidade a curto ou médio prazo. Neste contexto, os métodos anticoncepcionais se tornam aliados das mulheres e de seus parceiros, ao permitir que o casal decida por ter ou não filhos.

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a faixa etária entre 20 e 24 anos ainda concentra o maior percentual de nascimentos, porém os índices tiveram um declínio de 30,8%, em 1999, para 28,3% em 2009. Já entre as mais jovens, com idades entre 15 e 19 anos, os registros de nascimento caíram de 20,8% para 18,2% no mesmo período. Estes resultados refletem o movimento de declínio da taxa de natalidade iniciado há 50 anos, período marcado pelo surgimento da pílula anticoncepcional (no início dos anos 60). A partir da década de 70, as mulheres passaram a investir em sua escolaridade e, com isso, começaram a traçar o desenvolvimento de sua carreira (IBGE, 2010).

Dados da Fundação Carlos Chagas demonstram que em 1970, 17,5% da População Economicamente Ativa (PEA) feminina tinham nove anos ou mais de escolaridade, contra 8,4% da PEA masculino. Já em 2007, havia 11,1% da PEA feminino com 15 anos ou mais de estudo, em comparação, ao PEA masculino que representava 7,2% (IBGE, 2010).

Levando em consideração a problemática, percebemos que o grande potencial das relações entre projetos de pesquisa e projetos de extensão não se efetiva diretamente e isso é devido aos muros invisíveis que existem dentro das próprias universidades (CARNEIRO; SOUZA; FRANÇA, 2009).

A extensão universitária é a possibilidade que o estudante/acadêmico tem de colaborar com o país como um todo, socializando os conhecimentos adquiridos,

restringindo as barreiras existentes entre a sociedade e a universidade. Trata-se do entrosamento entre a teoria e a prática, fazendo com que o conhecimento ultrapasse as salas de aula, permitindo o aprendizado também pela vivência praticada (SILVA, 1996).

Portanto, é de suma importância acreditamos ser fundamental que aconteça atividades de extensões relacionadas ao planejamento familiar fora dos centros acadêmicos das universidades e de centros de saúde e que na medida em que atuem de forma satisfatória, dando a devida orientação com base nas diretrizes do planejamento familiar e fazendo com que a comunidade se sinta assistida de forma que as ações do projeto venham a beneficiar como um todo que ali se façam presentes para um planejamento de assistência de concepção e anticoncepção.

No que podemos exemplificar a Universidade Estadual da Paraíba estar e sempre esteve dando apoio de acordo com o art. 207 da Constituição Federal de 1988, que beneficia o princípio do ensino, pesquisa e extensão. No entanto, “*A Extensão Universitária é o processo educativo, cultural e científico que articula o Ensino e a Pesquisa de forma indissociável e viabiliza a relação transformadora entre Universidade e Sociedade*” (CORRÊA, 2007, p 17).

A UEPB estar inserida no protocolo político e social, apresentando as experiências e ações extensionistas nas diversas áreas do conhecimento, seja ela ciências e tecnologias, biológicas e da saúde, ciências sociais e aplicadas, entre outros. O Fórum de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras – FORPROEX-2006 abordou as áreas temáticas para a classificação das Ações de Extensão Universitária, que são: Cultura, Direitos Humanos, Tecnologia e Produção, Trabalho, Comunicação, Educação, Saúde, Meio Ambiente. Assim todas e quaisquer atividades de extensão sejam classificadas em uma única linha, no sentido de poder facilitar a classificação sobre as produções de extensão (FORPROEX, 2006).

O projeto de Planejamento Familiar estar inserido na linha de extensão de Saúde Humana, onde se trabalha a promoção da saúde das pessoas no âmbito de planejar a concepção ou a anticoncepção mostrando todas as formas possíveis no momento para se planejar o número de filhos desejados ou não desejados no momento de forma clara e objetiva, tirando dúvidas frequentes do melhor método entre outros. O projeto contribui tanto para a comunidade como para os acadêmicos

e o foco principal no desenvolvimento deste projeto é sensibilizar as pessoas sobre a importância de se planejar uma família.

As atividades das ações de extensão deste projeto estar vinculada diretamente com o LABIT – que é o laboratório itinerante ligado a Pró-Reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários UEPB (PROEAC).

Para os acadêmicos de Enfermagem envolvidos no projeto a grande contribuição está na experiência do contato com as mais diversas comunidades que foram assistidas pelo projeto nas ações extensionistas, vivenciando a realidade das mesmas e aprendendo a lidar com as situações reais.

Portanto, diante de tudo que foi exposto é de suma importância a realizações dessas ações extencionistas em conjunto com as ações do Laboratório Itinerante da PROEAC-UEPB, que estimule a execução de um planejamento familiar, por parte da população em geral, que foi assistida nas ações decorrentes e o principal e grande impulso para a realização desse projeto é saber que uma população bem informada e conscientizada terá mais chance de viver mais e melhor, terá consciência e responsabilidade para planejar sua família e assim tomar suas decisões. O projeto estar registrado com o nº. de Cadastro/Registro do Projeto na PROEAC: 06.46.012.11/08.

2 OBJETIVOS E METAS

Neste tópico será explicitada a finalidade deste estudo.

2.1 OBJETIVOS GERAIS

- a) Realizar ações extensionistas em conjunto com as ações do Laboratório Itinerante da PROEAC da Universidade Estadual da Paraíba, que estimule a execução de um planejamento familiar, por parte da população; e
- b) Sensibilizar a população quanto à importância do planejamento familiar.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar a população alvo para a realização de ações educativas;
- b) Expor os métodos contraceptivos existentes, adequando à realidade da população;
- c) Estimular o uso de camisinha como um método contraceptivo e preventivo de IST/AIDS;
- d) Proporcionar as orientações devidas sobre o planejamento familiar permitindo a livre escolha da mulher e/ou do homem;
- e) Incentivar os homens a participarem do planejamento familiar, não responsabilizando apenas as mulheres;
- f) Oferecer a oportunidade da família se planejar, reduzindo os níveis de miséria e pobreza que estão diretamente ligados ao número de filhos; e
- g) Contribuir para promoção de uma concepção consciente.

2.3 METAS

As metas para a realização do projeto foram implementadas através de ações agendadas e proporcionadas pelo Programa Laboratório Itinerante (LABIT), da Pró-Reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários da UEPB (PROEAC), em consonância com as instituições solicitantes envolvidas, de forma a atender as solicitações e prestar assistência para a população sobre do planejamento familiar,

através da Educação em Saúde, estratégia de humanização da Atenção Básica, mostrando todos os métodos existentes e por sua vez esclarecendo dúvidas e orientando quanto ao uso.

Quanto à participação direta da população masculina, objetivo e meta deste projeto, não foi possível ainda sua efetivação, devido a “nós críticos” que precisam ser enfrentados pelos futuros alunos-bolsistas e voluntários nas instituições onde o mesmo continuará prestando sua assistência.

3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Aqui será feito uma abordagem acerca da definição dos métodos contraceptivos.

3.1 METODOS CONTRACEPTIVOS

3.1.1 *Abstinência*

A abstinência ou celibato é o único meio totalmente efetivo de evitar gravidez. A abstinência pode não ser uma opção desejada ou disponível para muitas mulheres por questões culturais e os valores e necessidades sexuais da própria pessoa e do seu parceiro (SMELTZER, 2009).

3.1.2 *Esterilização*

Depois da abstinência, a esterilização por oclusão tubária bilateral ou vasectomia é o meio mais efetivo de contracepção. Ambos os procedimentos devem ser considerados permanentes, porque nenhum deles é facilmente reversível. Mulheres e homens que optam por esses métodos devem certificar de que eles não queiram mais ter filhos (SMELTZER, 2009).

3.1.3 *Laqueadura Tubária*

A esterilização por laqueadura tubária é um dos procedimentos cirúrgicos mais comuns realizados nas mulheres. É usualmente realizada como um procedimento cirúrgico de um dia e é empreendida através de laparoscopia, com a paciente recebendo um anestésico geral ou local. As mulheres submetidas a esse procedimento devem abster-se da relação sexual desprotegida por 3 meses, evitando a gestação até que o tecido cicatricial se desenvolva e que a eficácia do procedimento seja verificada por histerossalpingografia – HSG (SMELTZER, 2009).

Apesar de uma alta taxa de eficácia, todas as mulheres submetidas a esse procedimento, que mostrarem ausência de um período menstrual, devem fazer teste para gravidez, embora raras, podem acontecer. A ovulação e a menstruação não

são afetadas pela esterilização, embora algumas mulheres relatem sangramento menstrual mais intenso e mais cólicas após a laqueadura tubária. Se a paciente estiver tomando contraceptivos orais, ela comumente continuará tomando até o momento do procedimento. A mesma deve evitar relação sexual, exercício extenuante e levantar peso por 2 semanas. Os riscos associados à laqueadura tubária são mínimos e estão mais comumente relacionados com a anestesia. O risco mostra-se aumentado nas mulheres com diabetes, cirurgia abdominal ou pélvica prévia, ou obesidade (SMELTZER, 2009).

3.1.4 Vasectomia

A vasectomia (esterilização masculina) tem como vantagens: ser altamente efetiva; alivia a mulher da carga contraceptiva; tem um custo acessível em longo prazo; permanente; procedimento altamente aceitável pela maioria dos homens; muito segura; realizada com rapidez. Assim como oferece várias vantagens, também oferece algumas desvantagens: cara no curto prazo; graves efeitos em longo prazo sugeridos; permanente; arrependimento em 5-10% dos casos; nenhuma proteção contra as DST; não é eficiente até que o esperma restante no sistema reprodutor seja ejaculado (ZIEGEL, 1985).

3.1.5 Contracepção hormonal

Estrogênios e progestinas são atualmente utilizados por muitas mulheres para evitar a gravidez. Os contraceptivos orais bloqueiam a estimulação ovariana evitando a liberação do FSH pela parte anterior da hipófise. Na ausência de FSH, um folículo não amadurece, não ocorrendo a ovulação. As progestinas suprimem a elevação do LH, evitam a ovulação e também tornam o muco cervical impenetrável ao esperma. Os estrogênios e progestinas sintéticos, encontrados em muitos agentes contraceptivos hormonais, diferem quanto à atividade androgênica (SMELTZER, 2009).

Os benefícios do uso de contraceptivos hormonais incluem uma redução na incidência da doença mamária benigna, melhora da acne e risco reduzido dos cânceres uterino e ovariano, anemia e infecção pélvica. Em geral, o uso de contraceptivo hormonal prolongado não resultou em nenhum efeito indesejável

definido por longo prazo. Os riscos incluem a tromboembolia venosa, porque as concentrações de estrogênio atualmente utilizadas são inferiores às preparações iniciais. Algumas pacientes apresentam reações adversas quando utilizam contraceptivos hormonais. Essas incluem náuseas, depressão, cefaléia, câibras nas pernas e dolorimento da mama. Os estudos clínicos não demonstram evidência de ganho de peso com o uso de contraceptivo hormonal (SMELTZER, 2009).

As contra-indicações absolutas para os contraceptivos hormonais incluem o distúrbio tromboembólico atual ou pgresso; a doença vascular cerebral ou a doença arterial; as cefaléias migranosas com auras visuais; o câncer de mama conhecido ou suspeitado; a neoplasia estrógeno-dependente atual ou pgressa, conhecida ou suspeitada, o tumor hepático maligno ou benigno atual ou pgresso; gravidez; disfunção hepática; distúrbios da coagulação hiperlipidemia congênita e sangramento vaginal anormal.

As contra-indicações relativas incluem a hipertensão, icterícia induzida pela bile, fase aguda da mononucleose e doença falciforme. A hipertensão controlada em não-tabagistas jovens de outra forma saudáveis geralmente não é contra-indicação para o uso de agentes combinados, mas requer uma dose baixa e cuidadosa monitoração da PA. Quando ocorrem distúrbios visuais, os contraceptivos hormonais devem ser interrompidos (SMELTZER, 2009).

a) Contraceptivos Orais

Atualmente, muitas mulheres utilizam preparações de contraceptivos orais de estrogênios e progestinas sintéticos. As opções mais recentes incluem os regimes estendidos dos agentes contraceptivos orais. Os regimes estendidos constituem uma opção para as mulheres que têm sangramento intenso ou desconfortável e que desejam ter menos períodos menstruais (SMELTZER, 2009).

Os anticoncepcionais orais combinados, mais conhecidos como pílulas, é o método contraceptivo reversível mais utilizado no Brasil; sua eficácia dependerá da maneira como a mulher toma as pílulas. Por isso a orientação adequada é fundamental para que as mulheres usem o método corretamente (LOPES, 2006).

b) Contraceptivo Subdérmico

O implante subdérmico é um método anticonceptivo no formato de bastonete que deve ser inserido sob a pele na parte superior do braço da mulher. O bastonete é constituído de silicone polimerizado e contém um progestogênio que é muito parecido com o hormônio natural e é liberado lentamente, em doses constantes. A inserção e a retirada devem ser realizadas por profissional de saúde treinado, usando técnica asséptica. O implante deve ser inserido na face interna do antebraço esquerdo (ou direito, se a mulher for canhota) cerca de 6-8 cm da dobra do cotovelo no sulco entre o bíceps e o tríceps (LIMA, 2008).

c) Contraceptivos Injetáveis:

Os Mensais são os anticoncepcionais combinados, disponíveis no Brasil, que contêm um estrogênio e um progestogênio. É preferível iniciar o uso nos primeiros 5 dias do ciclo, porém, em mulheres com ciclo bem regular, o prazo pode ser estendido até o 7º dia, são aplicados por via intramuscular a cada 30 dias, de acordo com a data da primeira injeção. Não se deve massagear nem colocar bolsa de água quente no local da aplicação. As principais contra-indicações é a hipertensão arterial, doença tromboembólica, doença cardíaca valvular, antecedente de Acidente Vascular Cerebral (AVC), enxaqueca com sintomas neurológicos, idade acima de 35 anos para continuação de uso. Os efeitos colaterais são: mastalgia, cefaleia, vertigem e ganho de peso (PEREIRA, 2007).

Os Trimestrais constituem-se em uma injeção local de uma progestina de ação longa, a cada três meses, inibe a ovulação e proporciona um método contraceptivo confiável, privado e conveniente. Pode ser usada por mulheres lactantes e por aquelas com hipertensão, doença hepática, cefaléias migranas, cardiopatia e hemoglobinopatias. As mulheres que usam esse método devem ser preparadas para sangramento irregular ou ausência de sangramento. As vantagens incluem a redução de menorragia, dismenorreia e anemia decorrente do sangramento menstrual intenso. Ele pode reduzir o risco da infecção pélvica, foi associado à melhora no estado hematológico das mulheres com doença falciforme e não interfere com a eficácia dos agentes anticonvulsivantes. Os possíveis efeitos colaterais incluem sangramento menstrual, irregular distensão abdominal, cefaleias,

queda de cabelo, estímulo sexual deprimido, perda óssea e perda ou ganho de peso (PEREIRA, 2007).

3.1.6 Dispositivos Intra-uterinos (DIU)

O DIU é um pequeno dispositivo plástico, usualmente em formato de T, que é inserido dentro da cavidade uterina para evitar a gravidez. O filamento preso ao DIU fica visível e palpável no óstio cervical. O DIU impede a concepção ao provocar uma reação inflamatória local, a qual é tóxica para os espermatozoides e blastocistos, impedindo assim a fertilização. As vantagens incluem a eficácia durante um longo intervalo de tempo, poucos efeitos sistêmicos ou nenhum e a redução do erro da paciente. Esse método de controle da natalidade reversível é tão efetivo quanto a esterilização e mais efetivo que os outros métodos de barreira. As desvantagens incluem o possível sangramento excessivo, cólicas e dores nas costas; um discreto risco da gestação tubária; risco discreto de infecção pélvica à inserção; deslocamento do dispositivo; e, raramente, perfuração do colo e útero (PEREIRA, 2007).

3.1.7 Barreiras Mecânicas

a) Diafragma

O diafragma é um dispositivo contraceptivo efetivo que consiste em uma mola arredondada flexível coberta com uma capa de borracha de látex semelhante a uma cúpula. Uma geléia ou creme espermicida (contraceptivo) é usado para cobrir o lado côncavo do diafragma antes que ele seja inserido profundamente na vagina, cobrindo o colo. O diafragma é um mantenedor do espermicida; o espermicida impede que os espermatozoides entrem no canal cervical. O diafragma deve ser mantido por no mínimo seis horas depois do coito. O espermicida adicional é necessário quando mais de 6 horas transcorreram antes que ocorra a relação sexual e antes de cada ato de relação sexual repetida. As desvantagens incluem as reações alérgicas nas pessoas sensíveis ao látex e uma incidência aumentada de infecções do trato urinário (PEREIRA, 2007).

b) Capuz Cervical

É muito menor que o diafragma e cobre apenas o colo. Quando uma mulher pode palpar o colo, ela comumente pode aprender a usar o capuz cervical. A principal vantagem é que o capuz pode permanecer na posição por 2 dias depois do coito. Embora convenientemente para o uso, o capuz pode provocar irritação cervical (PEREIRA, 2007).

c) Esponja Contraceptiva

É outro método de contracepção de barreira. É feita de uma espuma de poliuretano macia, descartável, que é umedecida com água e inserida na vagina antes da relação sexual. Ela contém e libera um espermicida, que é continuamente liberado dentro da vagina em pequenas quantidades durante um período de 24 horas. A esponja permanece na posição na vagina por um mínimo de 6 horas depois da relação sexual, podendo ser mantida na posição por até 24 horas depois, sem a necessidade de substituição com os atos sexuais repetidos durante esse período (PEREIRA,2007).

d) Preservativo Feminino

O preservativo feminino foi desenvolvido para oferecer proteção por barreira para as mulheres, para proporcionar a elas proteção contra as DST e o HIV, bem como contra a gravidez. O preservativo feminino consiste em um cilindro de poliuretano delimitado, em uma das extremidades, por um anel aberto, que cobre o períneo. As vantagens incluem algum grau de proteção contra DST. As desvantagens incluem incapacidade de usar o preservativo feminino em algumas posições de coito (PEREIRA, 2007).

e) Espermicidas

Os espermicidas são feitos de nonoxinol-9 ou octoxinol e estão disponíveis por todo o país como espumas, géis, películas e supositórios, bem como preservativos. Demonstrou-se que o nonoxinol-9 está associado a diminutas

lacerações no tecido vaginal com uso frequente, aumentando a possibilidade de contrair o HIV a partir de um parceiro infectado. Os espermicidas são contraceptivos químicos efetivos, relativamente baratos, quando usados com os preservativos. Quando utilizados isoladamente, os espermicidas são melhores que a ausência de contracepção; podem ser usados sem a cooperação de um parceiro e fornecer alguma proteção contra gonorreia e clamídia (PEREIRA, 2007).

f) Preservativo Masculino

O preservativo masculino é uma cobertura impermeável, com adaptação firme, aplicada ao pênis ereto antes que ele penetre no canal vaginal. A extremidade do preservativo é pinçada, enquanto ele está sendo aplicado, para deixar espaço para o ejaculado. Quando nenhum espaço é deixado, a ejaculação pode provocar uma laceração ou orifício no preservativo e reduzir sua eficácia. Cria uma barreira contra a transmissão de DST, as quais são transmitidas por líquidos (gonorreia, infecção por clamídia e HIV), podendo reduzir o risco de transmissão por herpes. Os enfermeiros precisam tranquilizar as mulheres esclarecendo-lhes que elas têm o direito de exigir que seus parceiros masculinos usem um preservativo e o direito de se recusar a fazer sexo sem preservativos (PEREIRA, 2007).

3.1.8 Anticoncepção de emergência

A administração da anticoncepção de emergência foi inicialmente preconizada com duas doses iguais, em intervalos de 12 horas, com a primeira dose iniciada, no máximo, em 72 horas. Contudo, estudos recentes da OMS oferecem claras evidências de que a dose única de 1,5 mg é tão eficaz como duas doses de 0,75mg separadas em intervalos de 12 horas. Geralmente, as mulheres usam a anticoncepção de emergência logo após a relação sexual desprotegida a fim de evitar uma gravidez indesejada. Vale ressaltar que esse método deve ser usado de forma esporádica, pois representa uma alta concentração hormonal. As pacientes que usam contracepção de emergência podem ficar ansiosas, embaraçadas ou carentes de informação sobre o controle da natalidade. A (o) enfermeira (o) deve ser solidária e isenta e fornecer fatos, assim como o ensino apropriado do paciente (PEREIRA, 2007).

3.1.9 Métodos Comportamentais

a) Tabela

A mulher marca em um calendário os dias do mês que correspondem ao início e ao término do período fértil. O número de dias de abstinência sexual depende da duração dos ciclos menstruais anteriores que serão exatamente nesse período fértil (PEREIRA, 2007).

b) Temperatura basal

Após a ovulação, a mulher apresenta um aumento da temperatura basal entre 0,3 e 0,8 °C devido à ação da progesterona do centro termorregulador do hipotálamo. A temperatura deve ser verificada pela manhã assim que a mulher se levanta. Durante o período fértil ela irá perceber um aumento na temperatura (PEREIRA, 2007).

c) Muco cervical (método de Billings)

Baseia-se nas mudanças do muco cervical para a determinação do período fértil. Nesse período, a mulher sente também maior umidade vaginal.

O dia em que aparece o muco cervical marca o início do período úmido, que corresponde ao período em que a mulher deve abster-se de relações sexuais vaginais. Durante esse período, o muco cervical começa a apresentar-se escasso, turvo e pegajoso. Progressivamente, aumenta em quantidade e elasticidade e fica cada vez mais claro e transparente (como clara de ovo cru) e causa uma sensação lubrificante (PEREIRA, 2007).

d) Coito Interrompido ou Remoção

O coito interrompido (remover o pênis da vagina antes da ejaculação) requer o cuidadoso controle por parte do parceiro masculino. Embora ele seja um método

freqüentemente utilizado de prevenção da gravidez e melhor que nenhum outro, é considerado um método de contracepção não confiável (PEREIRA, 2007).

Diante do exposto sabemos que o planejamento familiar não é voltado apenas para contracepção, mas também para a concepção, de modo a trabalhar na educação em saúde dos casais que pretendem ter filhos e que de algum modo estão precisando de informações, ajudas, encaminhamentos/ encontram dificuldades para engravidar (PEREIRA, 2007).

4 METODOLOGIA OPERACIONAL

A seguir será explicitada a forma como este projeto foi desenvolvido, abordando todos os aspectos metodológicos que envolveram suas ações

4.1 TIPO METODOLÓGICO

A metodologia que foi utilizada para desenvolver o projeto foi através das ações do programa do Laboratório Itinerante da PROEAC, com atividades educativas, voltadas para a população sexualmente ativa, bem como atendimento à população em geral, com palestras, mostrando os métodos contraceptivos existentes, como realizar um planejamento familiar e distribuição de panfletos e preservativos.

Para o planejamento das ações, discussão e avaliação contínua foram realizadas reuniões quinzenais no departamento de enfermagem, localizado no Campus I da Universidade Estadual da Paraíba.

4.2 ETAPAS DO PROJETO

Foram feitas inscrições, seleção e classificação dos alunos do curso de Enfermagem e selecionados um bolsista e voluntários que cursaram os componentes; saúde da mulher e saúde coletiva.

No início do semestre 2011-2 Foi realizada uma reunião com coordenadores e alunos selecionados para o LABIT.

Houve a preparação de material de divulgação e educação em saúde como *folders* e *banners* (APÊNDICE A).

Foram realizadas ações com a população alvo, com palestras e distribuição de camisinhas masculinas e femininas.

Durante o decorrer dos semestres foi apresentado relatório parcial e no final do semestre 2012-1, será apresentado o relatório final, conforme exigência da PROEAC-UEPB.

4.3 PÚBLICO ALVO

O público alvo para o desenvolvimento do projeto foi composto de alunos que tinham interesse em participar das ações (alunos de graduação do curso de Enfermagem, que tivessem cursado os componente profissionalizantes e estivessem aptos a desenvolver atividades assistenciais nas ações extensionistas do projeto); e o público externo (pessoas sexualmente ativas, adultos em geral, que pretendessem se informar sobre a concepção consciente através das ações de extensões).

As ações foram desenvolvidas em bairros e instituições da cidade de Campina Grande e cidades circunvizinhas do Estado da Paraíba, onde eram solicitadas as ações do Laboratório Itinerante (PROAEC-UEPB).

As atividades foram conduzidas pelo professor coordenador do projeto juntamente com a coordenadora do LABIT-PROEAC e pelos discentes envolvidos no projeto.

4.4 RECURSOS

4.4.1 Humanos

Dos recursos humanos/equipe técnica o projeto tem um (01) coordenador e seis (06) alunos participantes, sendo 01 aluno bolsista Felipe Xavier Lopes da Costa e 05 alunos voluntários.

4.4.2 Materiais

Dos recursos materiais utilizados para desenvolver o projeto nas ações intensionistas utilizou-se de: Camisinhas Femininas; Camisinhas Masculinas; Folders (APENDICE A); Banners; DIU para amostra; Diafragma para amostra; e Caixa de comprimidos Anticoncepcionais.

4.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Por não se tratar de um trabalho que descreve sobre o atendimento a pessoas e sim atividades educativas desenvolvidas por acadêmicos em setores de assistência à saúde, não foi necessário submetê-lo à avaliação e aprovação do Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O perfil da população que participava das ações variava, uma vez que, cada local/lugar onde era realizado o projeto extensionista atendia populações variadas, de diferentes escolaridades e classes sociais. Todos os participantes (comunidades/bairros) das ações segundo relato destas, eram usuários do SUS e frequentavam as equipes de Saúde da Família do bairro.

A atuação dos profissionais de saúde na assistência à anticoncepção envolve, necessariamente, três tipos de atividades: educativas; aconselhamento e clínicas. Essas atividades devem ser desenvolvidas de forma integrada, tendo-se sempre em vista que toda visita ao serviço de saúde constitui uma oportunidade para a prática de ações educativas, que não devem se restringir apenas às atividades referentes à anticoncepção, no enfoque da dupla proteção, mas sim abranger todos os aspectos da saúde integral da mulher (BRASIL, 2002).

Desenvolvemos atividades de educação em saúde, mostrando todos os tipos de contraceptivos existentes e disponíveis no momento. A educação no que diz respeito ao planejamento familiar consiste não só em demonstrar os métodos contraceptivos que existe no mercado e os que são disponíveis na rede do SUS, mas visa fazer uma educação planejada a longo, médio ou curto prazo, no que diz respeito ao que é abordado.

Desta forma, as ações de Educação em Saúde encontram-se vinculadas ao exercício da cidadania na busca por melhores condições de vida e saúde da população, principalmente quando perpassam todas as fases do atendimento, promovendo espaços de troca de informação, permitindo identificar as demandas de saúde dos usuários e usuárias e as escolhas mais adequadas, diminuindo a distância habitual entre profissionais de saúde e a população (ARAÚJO, 2004).

Em nenhum momento houve intervenção no sentido de direcionar a contracepção a um determinado contraceptivo; cada casal ou mulher esteve sempre à vontade para decidir sobre o número de filhos ou a o uso dos contraceptivos ao qual fazia uso, ou pretendia fazer, possibilitando a estes expor suas dúvidas corriqueiras.

Durante todas as ações, no momento em estávamos esclarecendo algo que fosse dúvida para a população ou até mesmo expondo o que se tratava o projeto, tentávamos de forma sutil, sem nenhuma interferência colocar nossa opinião em

tese. Vale salientar que muitas eram as dúvidas, principalmente quanto ao uso do melhor contraceptivo e da lei que rege o planejamento familiar.

O planejamento familiar se faz presente na Estratégia Saúde da Família (ESF), que foi criada pelo Ministério da Saúde em 1994 e o objetivo principal deste, foi de reverter à maneira de assistência à saúde por meio de ações coletivas, que venham a promover a prevenção e a promoção da mesma. Esta estratégia é bem significativa, uma vez que prioriza o atendimento coletivo, a prevenção e baixos custos, visando o individual como um todo (MOURA et al, 2007).

Todas as ações que participamos foram de grande proveito, uma vez que pudemos ter contato com diferentes comunidades, visto que isso é disponível e possível pela atuação extensionista desenvolvida pelo LABIT, ao qual o projeto é vinculado.

Durante as ações lidamos com pessoas que nunca tinham ouvido falar sobre o que era o planejamento familiar e o que o mesmo oferecia de melhor para elas. Neste momento fazíamos uso da comunicação oral e da comunicação não oral, no momento em que apresentávamos os materiais como banner, panfletos, entrega de preservativos e demonstração do material como um todo.

De acordo com Brasil (1987) a educação é tarefa de todos os profissionais da saúde, inserem-se em todas as atividades devendo ocorrer em todo e qualquer contato entre o profissional de saúde e a população dentro e fora dos serviços de saúde.

Essa falta de informações por parte da população reflete que o serviço que é prestado em certas comunidades apresenta-se falho, ou os usuários não procuram se informarem quanto à importância do planejamento familiar. No entanto, os profissionais de saúde devem fazer educação em saúde sempre que tiver oportunidade de atender o usuário. Todo e qualquer profissional da saúde antes de tudo é um educador em saúde, não esquecendo que o saber científico é tão importante quanto sua prática educativa.

A carência gerada pela falha do serviço gera uma população desprotegida em termos de conhecimento e o único prejudicado não é só a população mais todo o território brasileiro, que por sua falha vai gerar conflitos, disparidades e subdesenvolvimento na assistência à saúde prestada, devido à falta de um planejamento familiar efetivo. Quando descrevo que o serviço prestado é falho, digo que é um serviço mal gerenciado por parte dos profissionais e por falta de

compromisso destes. Segundo Dora (1998) uma população mal assistida, mal informada é reflexo do serviço prestado.

Com a experiência vivida e refletida criticamente podemos parar e pensar sucintamente que nós temos além do direito o dever de transformação ao longo do tempo, visando não só nos preparar para sermos profissionais bem capacitados mais sim sermos profissionais responsáveis pelo resultado da saúde de toda e qualquer população assistida.

Durante todas as ações desenvolvidas pelo projeto de planejamento familiar, podemos perceber que o casal nunca se fazia presente, ponto negativo das ações. Portanto, apenas as mulheres procuravam saber sobre o planejar em família.

A predominância das mulheres nos programas de saúde da família ainda é bastante alta, o que demonstra a falta da participação do homem, sendo assim, percebida participação deste como um ser coadjuvante (SIQUEIRA, 1999).

Conforme evidencia Silveira e Barbosa (2009) o homem em sua condição de família, ainda se encontra um pouco desligado da questão norteadora do planejamento familiar, pensando ainda que cabe a mulher o planejamento familiar e que essa responsabilidade é exclusivamente feminina.

De acordo com as autoras supracitadas a política do planejamento familiar se propõe em inserir o homem no planejamento familiar, mas não discute realmente qual a importância deste na formulação das estratégias familiares. Talvez este seja um dos motivos que justifique sua ausência.

Vale salientar que é de suma importância incentivar o outro para que este se sinta atraído/incentivado e assim ser um agente participativo. Uma das grandes dificuldades durante a execução do projeto era realmente ter o casal presente. Vários são os motivos alegados pela população masculina para a pouca participação nas atividades de planejamento familiar dentre os quais podemos elencar: falta de interesse por tais atividades, disponibilidade de tempo e horário, pois a grande maioria destes é o provedor de suas famílias, sendo o horário disponibilizado para as atividades incoerente com a sua disponibilidade.

Contudo, tais motivos refletem também o fato de que se espera dos homens a dedicação às atividades públicas, desvalorizando as questões relacionadas com o cuidado direto com a família, as tarefas domésticas e a vida conjugal.

No desenvolver da prática do projeto, procuramos identificar sempre o público alvo para desenvolver a atividade extensionista educativa. A população alvo sempre

deveria ser casais, mas infelizmente não foi possível atingir este objetivo. No entanto, todas as usuárias que procuravam saber mais sobre quais os métodos de anticoncepção existentes no mercado e qual o suporte que o SUS oferecia para elas não foram respondidas prontamente.

Nas comunidades que nunca tinham ouvido falar em anticoncepção, foi feita demonstração de todos os métodos possíveis existentes, dando ênfase que o casal era quem deveria escolher o melhor método de anticoncepção, pois é de suma importância a escolha do melhor método pelo próprio casal, uma vez que o método se baseia na necessidade do cônjuge, analisando as indicações; e principalmente as contra indicações para cada caso, sempre com orientação médica.

Com a demonstração dos métodos de anticoncepção, falávamos também do uso do preservativo, não só como método de se evitar filhos, mas da importância da prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e do vírus da imunodeficiência adquirida (HIV).

O planejamento familiar tem como um dos objetivos oferecer a oportunidade da família se planejar, reduzindo os níveis de miséria e pobreza que estão diretamente ligados ao número de filhos, e assim poder viver melhor, com condições realmente viáveis e saudáveis (BRASIL, 2010).

A temática ao qual o projeto trabalhava visava contribuir para uma promoção de concepção consciente, fazendo de forma direta uma educação que contribuía significativamente para que os casais tivessem uma melhor percepção de sua própria condição.

Os resultados ao qual o projeto objetivava, foi alcançado em 80%, devido a não termos conseguido contar com a presença do casal (homem e mulher) nas ações extensionistas.

Ressaltamos ainda que a política do Ministério da Saúde sobre planejamento familiar deve ser revista, no sentido de tentar atrair mais o homem para tal. Deve mostrar que o homem é de suma importância na temática e que ele é fundamental para o desenvolvimento desta política em saúde, implementação assim também a política de atenção integral à saúde do homem.

No nosso entendimento, a falha pela ausência masculina gira em torno, além da abordagem não tão atrativa do Ministério da Saúde, do machismo e da falta de companheirismo para com suas parceiras e até mesmo pela ignorância que assola os menos desfavorecidos.

Tivemos a oportunidade de apresentar o projeto para todos os acadêmicos da UEPB, que estiveram presente na 6^o Semana de Extensão da mesma, intitulado de Extensão: *Caminhos Possíveis Para o Enfrentamento das Diversas Formas de Pobreza*, que se realizou no Campus I, no período de 18 a 21 de outubro de 2011. Durante a apresentação do projeto tivemos uma grande satisfação e realização, pois houve o reconhecimento da nossa atitude e da importância do projeto sobre planejamento familiar, uma vez que, além de proporcionar para a população conhecimento, foi enfatizado o trabalho educativo, sobre a importância do *planejamento familiar*. O trabalho foi apresentado em forma de banner e em forma de apresentação oral.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O planejamento familiar é um olhar para o futuro, no que diz respeito a como, quantos e quando se vão ter filhos; é fazer plano baseando-se em possibilidades do casal, levando em consideração as condições biológica, social e econômica. São imprescindíveis as atividades extensionistas e de pesquisa da UEPB ligada ao LABIT, uma vez que, por meio das ações de extensão realizadas extramuros da universidade se vê a possibilidade de concretizar atividades de extensão tão importantes e de interferir socialmente na vida de uma comunidade/grupo/pessoa.

Durante toda a realização das atividades extensionistas em diversos lugares como bairros, sítios, associações de bairros, igrejas, cidades circunvizinhas entre outras, as atividades realizadas durante todo o projeto, proporcionaram vasto conhecimento para todos os participantes que faziam parte do projeto.

O planejamento familiar é uma forma de promoção de saúde, o que vem a contribuir socialmente em todos os sentidos. No espaço universitário este projeto gerou grandes possibilidades de aprendizagem, contribuindo de forma positiva para o enriquecimento intelectual de todos os acadêmicos envolvidos.

Para nós, acadêmicos de enfermagem que participamos diretamente do projeto presenciar/vivenciar a possibilidade da ligação entre a teoria e prática, ensino e serviço, e da interação com a comunidade, resultou em uma aprendizagem bastante significativa e de grande relevância cidadã.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, F. M. **Ações de Educação em Saúde no Planejamento Familiar nas Unidades de Saúde da Família do município de Campina Grande-PB.** Monografia (curso de especialização em Saúde da Família para Profissionais do Programa Saúde da Família de Campina Grande-PB). UEPB; NESC-UFPB; SMS de Campina Grande, 2004, 71p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Assistência em Planejamento Familiar: **Manual Técnico/Secretaria de Políticas de Saúde.** 4a edição – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei_planejamentofamiliar.pdf> Acesso em 20 de maio de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Educação em Saúde. **Encontro de Experiências de Educação e Saúde da Região Centro- Oeste e Minas Gerais, Belo Horizonte,** 1982. Ação Participativa: avaliação de experiências. Anais... Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 21 - 24. [Série F: Educação e Saúde, 5].

_____. IBGE. Censo Demográfico. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <www.ibge.gov.br/catálogos/indicadores>. Acesso 10 abr 2011.

CORRÊA, E. J. (Org.). Extensão Universitária: organização e sistematização. **Fórum de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras.** Coordenação Nacional do FORPROEX. -- Belo Horizonte: Coopmed, . p. 17. 2007.
Correa, S. **Anticoncepcionais injetáveis na perspectiva feminista: o debate histórico e os novos desafios.** Em M. Arrilha & M. T. Citeli (Orgs.), Políticas, mercado, ética: demandas e desafios no campo da saúde reprodutiva (pp.25-41). São Paulo: Editora 34.1989.

CARNEIRO, M.A.B. ; SOUZA, M.L.G.; FRANÇA, I.S.X. **Extensão Universitária : espaço de inclusão, formação e socialização do conhecimento.** João Pessoa : Editora Universitária da UFPB, 2009.

DORA, D. D. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e direitos humanos: conceitos em movimento.** Em M. Arrilha & M. T. Citeli (Orgs.), Políticas, mercado, ética: demandas e desafios no campo da saúde reprodutiva (pp.69-80). São Paulo: Editora 34. 1998

SILVA, E. T. "A Integração Universidade-Comunidade". **Palestra proferida no II Simpósio Multidisciplinar em 10 de outubro de 1996.**

SIQUEIRA, J. T. **Novas formas de paternidade: repensando a função paterna à luz das práticas sociais.** In: A. Silva, M. C. Lago & T. R. A. Ramos. (Orgs.), Falas de gênero – teorias, análises, leituras. Florianópolis: Editora Mulheres, 1999.

LOPES, M. H. B. M. **Enfermagem na saúde da mulher.** Goiânia: AB, 2006. 280p.

LIMA, M. Aparecida R. O; LIMA, L. O. Planejamento Familiar: Conflitos e Soluções. **Fazendo Gênero - Corpo, Violência e Poder.** 2008.

Ministério da Saúde. (1996). **Assistência ao Planejamento Familiar.** Brasília: Secretaria executiva de Coordenação de Saúde da Mulher.

MOURA, E. R. F. SILVA, R. M. GIMENIZ, M. T. G. Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no Programa Saúde da Família no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(4): 961-970, abr, 2007.

PEREIRA, Q. L. Castro et al. Processo de (re) construção de um grupo de planejamento familiar: uma proposta de educação popular em saúde. **Texto contexto - enferm.** [online]. 2007, vol.16, n.2, pp. 320-325

SMELTZER, C. et al. **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica.** 11a ed. Rio de Janeiro: Guanabara, V. 3. 2009.

SILVEIRA, Sandra Amélia Sampaio; Barbosa, Rafaela Farias. **A participação masculina no planejamento familiar no programa de saúde da família em Campina Grande PB.** 2009. Disponível em: <<http://www.itaporanga.net/genero/1/GT06/14.pdf>>. Acesso em 16 de jun de 2012.

ZIEGEL, E. E.; CRANLEY, M. S. **Enfermagem Obstétrica.** 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1985.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Folder distribuído durante as ações de planejamento familiar

A lei nº 9.263 de 12 de Janeiro de 1996, diz que o planejamento familiar é direito de todo cidadão, e define ainda o planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garante direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal, é ainda parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde.

Há métodos contraceptivos para evitar uma gravidez indesejada:

Pílula anticoncepcional:



A pílula é o método anticoncepcional mais seguro de todos. Sua margem de segurança é de 99%, só que a eficácia dela depende de você. Tem que tomar direitinho. Se você falhar, a pílula falha. As pílulas contêm dois hormônios - o estrogênio e a progesterona - que inibem o amadurecimento dos óvulos. Sem óvulos não há ovulação, sem ovulação não há fecundação e sem fecundação não há gravidez. Esqueça a ideia de usar a mesma pílula que a sua amiga. Vá ao ginecologista para decidir com ele se esse é o método anticoncepcional adequado para você.

Preservativo masculino:



O preservativo é um método de barreira contraceptivo usado por homens. Existe um lugar na ponta do preservativo para reter o sêmen ejaculado impedindo que o mesmo atinja o útero da mulher. Alguns são cobertos com um lubrificante especial que mata os espermatozoides.

Preservativo feminino:

O preservativo feminino é um método contraceptivo de barreira que pode também proteger contra várias doenças sexualmente transmissíveis (DSTs). Existe um anel flexível na extremidade fechada da bolsa. Um anel ligeiramente maior está na extremidade aberta. O anel na extremidade fechada mantém o preservativo na posição correta na vagina. O anel de extremidade aberta fica fora da vagina. Quando o preservativo estiver em posição durante a relação sexual, não há nenhum contato da vagina e da córvix com a pele do pênis ou suas secreções. O preservativo feminino pode ser inserido até 8 horas antes do sexo.

DIU- Dispositivo Intra-Uterino:



É um artefato colocado dentro da cavidade uterina para impedir a gestação. Existem vários tipos. É um método seguro e eficaz de contraceção, associado a poucos efeitos colaterais.

O dispositivo intrauterino (DIU) é um dispositivo de controle da natalidade que é colocado no útero de uma mulher por um médico. Pode ficar no útero por 1 a 10 anos. O DIU previne a gravidez mudando o ambiente físico da área da reprodução.

Agente Espermicidas:



O objetivo dos agentes espermicidas é imobilizar e destruir os espermatozoides, dificultando ou impedindo a penetração desses no canal cervical. Geralmente as geléias, pomadas e cremes espermicidas são utilizados em associação ao diafragma ou ao capuz cervical.

Esponja Vaginal:



A esponja vaginal é um sistema que libera o espermicida nonoxonyl-9. A esponja deve absorver o sêmen e bloquear a entrada dos espermatozoides no canal cervical. Cerca de 20% do espermicida é liberado em 24hs. Deve ser colocada imediatamente antes do ato sexual, devendo ser umedecida antes da inserção para ativar o espermicida.

Vasectomia:



A vasectomia ou deferentectomia é um método contraceptivo através da ligadura dos canais deferentes no homem. É uma pequena cirurgia feita com anestesia local em cima do escroto. Não precisa de internação. É uma cirurgia de esterilização voluntária.

Laqueadura Tubária:



Laqueadura consiste no método de esterilização feminina caracterizado pelo corte e/ou ligamento cirúrgico das tubas uterinas, que fazem o caminho dos ovários até o útero. Assim, as tubas uterinas impedem a passagem do óvulo e os espermatozoides não o encontram, não havendo fecundação.

Capuz Cervical:



O capuz cervical é um dispositivo de controle da natalidade para mulheres. É feita de borracha de látex rígido e tem o formato de uma xícara pequena. Antes de manter relações sexuais, preencha um tempo do capuz com uma geléia ou creme que mate o esperma (espermicida) e então coloque o capuz acima da córvix. O capuz impede o espermatozoide de entrar no útero e este é então destruído, prevenindo deste modo, a gravidez.

Contraceptivo Subdérmico:



O contraceptivo subdérmico é um método anticoncepcional que pode ser inserido sob a pele na parte superior do braço da mulher. É muito parecido com o hormônio natural e é liberado lentamente em doses constantes.

Contraceptivos Injetáveis:



O implante subdérmico é um método anticoncepcional no formato de bastonete que deve ser inserido sob a pele na parte superior do braço da mulher. O bastonete contém um progestogênio que é muito parecido com o hormônio natural e é liberado lentamente em doses constantes. O método foi recentemente aprovado para uso pelo Ministério da Saúde no Brasil.

Abstinência Sexual:



Não fazer sexo é a maneira mais garantida de evitar a gravidez. De quebra se evitam também as doenças sexualmente transmissíveis (DSTs).

Anticoncepção de Emergência:



Conhecido como pílula do dia seguinte, este método se baseia em usar altas doses de hormônio para evitar uma gestação indesejada após uma relação sexual desprotegida, quando houver falha potencial do método anticoncepcional (ruptura da caminha, deslocamento do diafragma, falha da tabelinha, esquecimento da pílula por 2 ou mais dias seguidos) ou em caso de violência e abuso sexual (estupro). Deverá ser tomada no máximo até 72h

após a relação sexual desprotegida, sempre iniciado até no máximo 72 horas após a relação sexual desprotegida, pois sua eficácia é maior quanto mais precocemente for tomada.

Tabelinha:



A tabelinha é o método de utilizar a data da menstruação para avaliar os períodos férteis da mulher. Mesmo para aquelas mulheres com ciclo menstrual não é um método garantido.

Temperatura Basal:



Tem como fundamento o aumento da temperatura que a progesterona provoca na mulher. Esse hormônio começa a circular na segunda fase do ciclo menstrual. Quando a temperatura da mulher sobe é sinal de que ovulou. Para adiar uma gravidez pelo Método da Temperatura Basal, deve-se guardar abstinência sexual desde a menstruação até três dias após o aumento da temperatura (2gC ou 4gF) além dos seis dias anteriores. É a conhecida regra de 3/6. Este método tem uma segurança de 99% mas exige uma abstinência muito prolongada.

Muco Cervical (Método de Billings):



É um sistema natural de regulação da fertilidade baseado na determinação, por parte da própria mulher, das fases férteis ou inférteis de seu ciclo menstrual, reconhecidas pela observação diária do muco cervical recolhido à entrada da vagina. Este método consiste em anotar diariamente em um gráfico as mudanças que observa no muco cervical. Com este método a mulher deve passar um papel higiênico na abertura da vagina antes e depois de realizar suas necessidades e observar se aparece ou não o muco, bem como suas características. É um método muito seguro mas deve ser ensinado por pessoal qualificado pelo menos durante três ciclos.

uepb
Universidade
ESTADUAL DA PARAÍBA



PLANEJAMENTO FAMILIAR – ATUAÇÃO DE ALUNOS DE ENFERMAGEM NA EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA DA UEPB

Coordenador: Enrijackson de Oliveira Damião
Colaboradores: Felipe Xavier, Laricya Pessoa, Larissa Karolyne, Larissa Camila, Layze Amanda, Maristela Tabosa, Thais Vidal

ANEXOS

ANEXO A – Certificado de participação na 6ª Semana de Extensão da Universidade
Estadual da Paraíba

uepb
Universidade
ESTADUAL DA PARAÍBA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
Pró-Reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários

**PRÓ-RI
DE EXT
E ASSU
E COMUN**

6ª SEMANA DE EXTENSÃO

EXTENSÃO: CAMINHOS POSSÍVEIS PARA O ENFRENTAMENTO DAS
DIVERSAS FORMAS DE POBREZA.

CERTIFICADO

Certificamos que FELIPPE XAVIER LOPES DA COSTA, LARRYCYA MAHAYANA OLIVEIRA PESSOA, THAIS VIDAL DE NEGREIROS ARRUDA, RILVA MARIA DA SILVA apresentaram o trabalho PLANEJAMENTO FAMILIAR - ATUAÇÃO DE ALUNOS DE ENFERMAGEM NA EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA DA UEPB na modalidade de Comunicação Oral na 6ª Semana de Extensão da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, realizada no Campus I, no período de 18 a 21 de Outubro de 2011, com carga horária de 04 horas.

Maria Aparecida B. Barbosa
Maria Aparecida Barbosa
Pró-Reitora de Extensão e Assuntos Comunitários

Rochane Villarim de Almeida
Rochane Villarim de Almeida
Pró-Reitora Adjunta

Campina Grande, 21 de Outubro de 2011