



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
CURSO DE LICENCIATURA E BACHARELADO EM ENFERMAGEM

**MARISTELA TABOSA**

**RELATO DE EXPERIÊNCIA COM ENFOQUE EM  
PLANEJAMENTO FAMILIAR**

CAMPINA GRANDE – PB

2013

**MARISTELA TABOSA**

**RELATO DE EXPERIÊNCIA COM ENFOQUE EM  
PLANEJAMENTO FAMILIAR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Esp. Sueli Aparecida Albuquerque de Almeida

CAMPINA GRANDE – PB

2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

T114r      Tabosa, Maristela.  
              Relato de experiência com enfoque em Planejamento Familiar [manuscrito] / Maristela Tabosa. – 2013.  
              29 f.

              Digitado.  
              Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2013.  
              “Orientação: Profa. Esp. Sueli Aparecida Albuquerque de Almeida, Departamento de Enfermagem”.

              1. Planejamento familiar. 2. Atuação profissional.  
              3. Promoção da saúde. 4. Enfermagem. I. Título.


21. ed. CDD 610.73


MARISTELA TABOSA

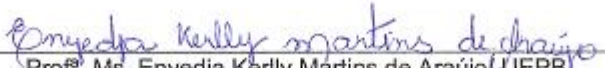
**RELATO DE EXPERIÊNCIA COM ENFOQUE EM  
PLANEJAMENTO FAMILIAR**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Departamento de  
Enfermagem da Universidade  
Estadual da Paraíba, em  
cumprimento à exigência para  
obtenção do grau de Bacharel em  
Enfermagem.

Aprovado em: 26 de agosto de 2013.

  
Profª Esp. Sueli Aparecida Albuquerque de Almeida/ UEPB  
Orientadora

  
Profª Ms. Eloide André Oliveira/ UEPB  
Examinadora

  
Profª Ms. Enyedja Kerly Martins de Araújo/ UEPB  
Examinadora

## RESUMO

TABOSA, Maristela. Relato de Experiência com Enfoque em Planejamento Familiar. Trabalho de Conclusão de Curso de Bacharelado em Enfermagem - Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande-PB, 2013.

O Laboratório Itinerante (LABIT) é um projeto multidisciplinar que tem por objetivo disseminar conhecimentos e promover a saúde e a qualidade de vida da população, apoiado pela Pró-reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários (PROEAC) da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). **OBJETIVOS:** Este trabalho tem por objetivo geral descrever as vivências de uma acadêmica concluinte do Curso de Enfermagem, nas ações promovidas pelo LABIT. Em adição a este, discorrer sobre o tema Planejamento Familiar, esclarecer a dinâmica das ações extensionistas e ressaltar o papel destas ações para os acadêmicos participantes e para a população alvo. **METODOLOGIA:** O presente estudo é um relato de experiência de abordagem qualitativa de cunho crítico-reflexivo e descritivo sobre a vivência nas ações extensionistas do LABIT, no município de Campina Grande e cidades circunvizinhas do Estado da Paraíba, no período compreendido entre agosto de 2011 a julho de 2013. Os instrumentos utilizados para coleta de dados foram a observação direta e o diário de campo, referendados pela pesquisa bibliográfica sobre a temática. **RESULTADOS:** Constatei que o profissional enfermeiro deve entender o seu papel de educador atuante na promoção da saúde integral do ser humano, destacando a importância da promoção do diálogo, da criação de vínculo com a comunidade e do reconhecimento do indivíduo como sujeito único. **CONCLUSÃO:** A cada pessoa atendida, principalmente a cada mulher, percebia a relevância de levar a informação e contribuir de alguma forma com sua autonomia. Mesmo sendo um lento processo, essa foi a forma que encontrei: de buscar a igualdade nas relações através do empoderamento feminino; e o aprendizado para trabalhar as particularidades dos indivíduos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Planejamento familiar; Direitos reprodutivos; Concepção e contracepção.

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	6
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	8
2.1	CONSIDERAÇÕES HISTÓRICAS SOBRE DIREITOS REPRODUTIVOS ....	8
2.2	CONSIDERAÇÕES SOBRE PLANEJAMENTO FAMILIAR .....	10
2.2.1	Concepção .....	11
2.2.2	Infertilidade .....	11
2.2.3	Métodos Contraceptivos .....	12
2.2.4	Infecções Sexualmente Transmissíveis – ISTs .....	15
2.2.5	Violência .....	17
2.2.6	Aborto .....	18
3	PERCURSO METODOLÓGICO .....	19
4	RELATO PESSOAL DA EXPERIÊNCIA NO LABORATÓRIO ITINERANTE .....	20
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	26

## 1 INTRODUÇÃO

O Programa Laboratório Itinerante (LABIT), tem o apoio da Pró-reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários (PROEAC) da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) e oferece aos discentes de diversos cursos, a possibilidade de conduzir projetos e de trabalhar junto às comunidades.

É um projeto amplo e multidisciplinar que tem por objetivo disseminar conhecimentos e promover a saúde e a qualidade de vida da população. Foi elaborado a partir da iniciativa de docentes e discentes preocupados em levar de maneira prática, rápida e eficaz as populações do município de Campina Grande e localidades circunvizinhas, noções de educação em saúde e cidadania.

As ações do LABIT ocorrem em escolas, clubes, igrejas, associações de bairro, entre outros. Para tal, é necessário o encaminhamento de um ofício a Pró-reitoria de Extensão, neste documento deverão constar quais serviços serão oferecidos e a carga horária necessária.

Diversos cursos participaram do LABIT nos últimos anos, entre eles: serviço social, educação física e farmácia. No presente ano fizeram parte os seguintes cursos: enfermagem, odontologia, fisioterapia, química industrial e direito.

Os projetos desenvolvidos pelo curso de enfermagem foram referentes: a prática do autoexame como estratégia complementar na prevenção do câncer de mama; prevenção e controle da hipertensão arterial; influência dos hábitos alimentares e do estado nutricional na prevenção e/ou tratamento das doenças crônicas; orientações de educação em saúde para a população masculina; enfermagem e educação infantil; planejamento familiar; consequências do tabagismo em usuários ativos e passivos; e, identificação de níveis glicêmicos da população assistida.

O curso de odontologia participa do LABIT com os projetos Sorrindo saúde e Amigos do sorriso, fisioterapia trabalha com o Cuidado ao cuidador: atenção à saúde comunitária dos cuidadores informais. Os discentes do curso de direito se detêm a informar que a Cidadania está ao alcance de todos e por fim, o curso de química industrial ensina a população a produzir materiais de limpeza.

Nas ações do LABIT, no início das atividades, os discentes são distribuídos de forma sequencial, permitindo que cada participante da comunidade visite todos

os projetos. As atividades são desenvolvidas através de rodas de conversa, aplicação de questionários, apresentação de slides (quando a estrutura do local permite o uso deste recurso), distribuição de folders explicativos, atendimento individual, palestras, entre outros.

A demanda é espontânea e o público atendido é heterogêneo: idosos, homens, mulheres e crianças. Por vezes, um público mais esclarecido, por outras um público mais carente de recursos e informações. A divulgação é realizada pelos organizadores de cada evento. As ações podem ocorrer nos turnos manhã e tarde, durante a semana, finais de semana e/ou feriados.

Enquanto acadêmica de enfermagem e integrante do projeto, tentei conduzir minhas experiências pela percepção do sujeito como um ser integral, complexo e singular. Busquei a promoção da saúde e prevenção das doenças, com o objetivo a reduzir danos e sofrimentos que possam vir a comprometer o indivíduo e dificultando uma vida saudável.

No momento de ingresso no LABIT optei por fazer parte do projeto sobre Planejamento Familiar, por reconhecer a importância de que cada mulher conheça seu corpo e seja responsável pela escolha da maternidade. Buscava além de orientá-las quanto ao uso de métodos contraceptivos, demonstrar a importância da prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e a necessidade de incluir seus parceiros nas decisões referentes ao planejamento familiar e prevenção de doenças.

De acordo com a atual Política Nacional de Extensão Universitária de 2012:

A Extensão Universitária, sob o princípio constitucional da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, é um processo interdisciplinar, educativo, cultural, científico e político que promove a interação transformadora entre universidade e outros setores da sociedade (POLÍTICA, 2012).

O pressuposto permite identificar a importância das atividades desenvolvidas no LABIT, uma vez que é oferecido ao discente a possibilidade de conhecer o dia-a-dia das práticas de saúde e de seus usuários, traduzindo-se numa importante oportunidade para o aprendizado e para a produção de saúde.

O presente relato tem por objetivo geral descrever as experiências vivenciadas por uma aluna concluinte do Curso de Enfermagem, nas ações promovidas pelo LABIT. Em adição a este; discorrer sobre o tema Planejamento Familiar; esclarecer a dinâmica das ações extensionistas; e ressaltar o papel destas ações para os acadêmicos participantes e para a população alvo.



## 2 REVISÃO DA LITERATURA

Com a pretensão de unir o entendimento de diversos autores sobre os principais conceitos que deram suporte as experiências vivenciadas no LABIT, faço considerações sobre a temática planejamento familiar.

### 2.1 CONSIDERAÇÕES HISTÓRICAS SOBRE DIREITOS REPRODUTIVOS

Sob o enfoque histórico, a construção dos direitos reprodutivos feminino foi marcada por inúmeros movimentos sociais, em especial o movimento feminista. A saúde era pensada exclusivamente no ciclo gravídico-puerperal, exemplificando a ideia vigente de mulher como reprodutora.

Na década de 1960, surgem os anticoncepcionais, em resposta aos estudos para redução da fertilidade e controle populacional. Ou seja, quando o controle da natalidade é pensado, a iniciativa não prevê o bem-estar ou desejo da mulher ou do casal. As discussões sobre o assunto se limitam a questão populacional e à necessidade de controle demográfico na visão malthusiana, que afirmava que se a população continuasse a aumentar, chegaria o momento em que a produção de alimentos não seria suficiente para abastecer todas as pessoas. Demonstrando que não havia nenhuma preocupação real com as mulheres (MATTAR, 2012).

A Convenção Internacional para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, realizada em 1979, fundamentou-se na obrigação dos Estados Membros em eliminar a discriminação e assegurar a igualdade entre homens e mulheres. Em seu artigo 16 afirma:

[...] com base na igualdade entre homens e mulheres [...] os mesmos direitos de decidir livre e responsabilmente sobre o número de filhos e o intervalo entre os nascimentos e de ter acesso à informação, à educação e aos meios necessários que lhe permitam exercer esses direitos [...]” (ONU, 1979).

O termo *direito reprodutivo* só foi lançado publicamente no I Encontro Internacional de Saúde da Mulher realizado em Amsterdã, Holanda, em 1984, substituindo o termo *saúde da mulher*, empregado até então nos debates sobre a temática. Vale salientar que, a desconstrução da maternidade como uma obrigação,

ocorreu por meio da luta pelo direito ao aborto e anticoncepção em países desenvolvidos, atribuindo ao poder público o dever de criar programas de planejamento familiar disponíveis para toda a população, tal medida foi definida na Conferência Mundial de População e Desenvolvimento que ocorreu na cidade do México, em 1984 (MATTAR, 2008).

A mesma autora refere que na evolução das discussões sobre direitos reprodutivos, foram realizadas pelas Nações Unidas diversas conferências internacionais, onde foram incorporados novos ideais e novos aspectos políticos e sociais, seguindo as reivindicações de alguns grupos femininos.

A ampliação do conceito de saúde reprodutiva foi apresentada na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, que aconteceu no Cairo em 1994, se traduzindo em um estado de completo bem-estar físico, mental e social considerando todos os aspectos relativos ao sistema reprodutivo e não apenas à falta de doença ou enfermidade. Desta forma, foi aplicada a visão integral do sistema reprodutivo e não da saúde da mulher (COSTA, 2009; NEGRÃO, 2012).

Em relação à Conferência do Cairo em 2004, igualmente foi estabelecido um programa de ação incluindo o direito à escolha livre e responsável do número de filhos e de seu espaçamento, dispondo da informação, educação e meios necessários para tanto. Os avanços são evidenciados quando: se institui que a saúde reprodutiva implica na capacidade de desfrutar de uma vida sexual satisfatória e sem riscos; orienta os países signatários a envolver os adolescentes na disseminação de informações e na identificação de suas necessidades; e, sinaliza para o reconhecimento de direitos sexuais, destacando o direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminações, coerções e violências (RIOS, 2006; COSTA, 2009; NEGRÃO, 2012; MORAES, 2012).

O controle demográfico dos países chamados de *terceiro mundo* era incentivado pelos países *desenvolvidos*, buscando dessa forma maior domínio dos territórios sob sua influência. Até a década de 80 do século passado, o Brasil não possuía nenhuma política de orientação reprodutiva ou de controle de natalidade. Essa falta de regulamentação abriu espaço para que organizações internacionais se infiltrassem no país. As entidades privadas, sem fins lucrativos, se espalharam pelo país distribuindo anticoncepcionais as populações carentes e realizando esterilizações cirúrgicas (COSTA, 2009).

Sob influência do movimento da reforma sanitária, em 1983, é criado o Programa de Atenção Integral de Saúde da Mulher – PAISM, marco nas políticas públicas dos direitos reprodutivos. Em 1988, é promulgada a Constituição Federal, instituindo o SUS (Sistema Único de Saúde) e determina que o planejamento familiar seja de livre escolha das pessoas. A regulamentação deste artigo ocorreu em 1996, com a criação da Lei de Planejamento Familiar – Lei n. 9283/96, a qual garante aos cidadãos brasileiros o direito de se tornarem sujeitos responsáveis pela regulação de sua fecundidade, sendo a prole arbitrária a cada indivíduo ou casal (COSTA, 2009; MATTAR, 2012).

## 2.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE PLANEJAMENTO FAMILIAR

O planejamento familiar se configura como um conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal. É também direito de todo cidadão, de acordo com a Lei n° 9263/96.

Ainda de acordo com a citada lei:

O planejamento familiar está inserido em um conjunto de ações de atendimento global e integral à saúde, garantido pelo Sistema Único de Saúde - SUS, em todos os seus níveis, e para a população em todos os seus ciclos vitais, incluindo atividades básicas, dentre outras: a assistência à concepção e contracepção; o atendimento pré-natal; a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato; o controle das doenças sexualmente transmissíveis; o controle e prevenção do câncer cérvico-uterino, do câncer de mama e do câncer de pênis (BRASIL, 1996a).

Tendo em vista que a assistência ao pré-natal, parto, puerpério e neonato são temas usualmente abordados nas unidades básicas de saúde e que dentre os projetos participantes do LABIT existem projetos relacionados às temáticas saúde do homem e prevenção do câncer de mama e do câncer cérvico-uterino, no projeto Planejamento Familiar foram priorizadas as informações acerca da concepção e contracepção e do controle das doenças sexualmente transmissíveis. Porém, devido à importância, e por também se relacionar ao tema serão abordadas a infertilidade, o aborto e a violência.

### **2.2.1 Concepção**

Quando decidido, pela mulher ou casal, que é chegado o momento de ter filhos, cabe à equipe de saúde prestar informações e cuidados para que esta gravidez ocorra de forma tranquila e saudável.

As mulheres tabagistas devem ser estimuladas a parar de fumar, as diabéticas devem ter um maior controle glicêmico, as que fazem uso de medicamentos controlados ou teratogênicos devem consultar seus médicos e solicitar avaliações de sua medicação. Todas as mulheres devem iniciar suplementação de ácido fólico ao menos três meses antes da concepção, com vistas a evitar defeitos do tubo neural, devendo ser considerado a imunização, principalmente para rubéola (BRUNNER & SUDDARTH, 2009).

Com alguns cuidados é possível reduzir os riscos de problemas na gravidez, tanto para mulher como para o futuro concepto.

### **2.2.2 Infertilidade**

Pode ser definida como a incapacidade de um casal alcançar a concepção após 12 meses de relações sexuais regulares sem uso de métodos contraceptivos. De acordo com a Organização Mundial da Saúde – OMS (2011), em torno de 8% a 15% dos casais apresentam algum problema de infertilidade, podendo ser considerado problema de saúde pública. As causas podem estar relacionadas a problemas anatômicos, endocrinológicos, imunológicos, genéticos, doenças infecciosas e idade (DIAS et al., 2013).

A principal responsável pela infertilidade são as ISTs, quando não tratadas ou tardiamente tratadas, estas podem infectar as tubas uterinas, útero e/ou ovários. As cicatrizes que permanecem nas tubas impedem que os óvulos se desloquem para encontrar o espermatozoide. No que se refere à idade, tanto mulheres quanto homens reduzem a fertilidade com o envelhecimento, pois os homens, à medida que envelhecem, produzem um número menor de espermatozoides (OMS, 2011).

A Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida prevê o apoio do SUS para o tratamento da infertilidade, porém, o Estado da Paraíba não possui nenhuma instituição que ofereça este tratamento. No Nordeste, o Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIPE), em Recife, é uma instituição

filantrópica de caráter público sendo a referência para o tratamento da infertilidade na região (BRASIL, 2012).

### **2.2.3 Métodos Contraceptivos**

São maneiras, medicamentos, objetos e cirurgias, usados pelos indivíduos para evitar a gravidez. Podem ser reversíveis, aqueles em que a pessoa após parar de usá-los, volta a ter a capacidade de engravidar ou podem ser irreversíveis, onde dificilmente será recuperada a capacidade de engravidar. O Ministério da Saúde, disponibiliza a população oito tipos de métodos contraceptivos: dispositivo intra-uterino (DIU), preservativos masculino e feminino, pílula oral, injetável (mensal ou trimestral), diafragma, anéis medidores e pílula anticoncepcional de emergência (BRASIL, 2006).

Os Métodos contraceptivos são usualmente divididos em cinco categorias: comportamentais ou naturais; de barreira; hormonais; mecânico ou dispositivos intrauterinos; e definitivos - esterilizações (OMS, 2011).

Métodos Comportamentais consistem em técnicas baseadas na observação de sinais e sintomas que permitem identificar as diferentes fases do ciclo menstrual, possibilitando a mulher ou ao casal evitar ou obter uma gravidez. Entre eles estão: coito interrompido, muco, tabela e temperatura. (BEAUMORD e MATOS, 2007; RESENDE JÚNIOR, 2010).

Os Métodos de Barreira impedem que espermatozoides penetrem no útero. Podendo ser mecânicos (preservativos e diafragma) ou químicos (espermicidas), geralmente são utilizados associados, para se obter maior êxito contraceptivo (RESENDE JÚNIOR, 2010; OMS, 2011).

O Preservativo Masculino (camisinha) é um dos métodos mais seguros, além de proporcionar uma dupla proteção, evita a gravidez e também protege contra as doenças sexualmente transmissíveis quando usada em todas as relações sexuais, antes de qualquer contato do pênis com a vagina, com o ânus ou com a boca (STUBBLEFIELD, 2008).

O Preservativo Feminino é composto por um anel fixo na borda externa, que fica em contato com a vulva, e outro anel interno móvel, que se adapta ao fundo vaginal, recobrando o colo (MATOS, 2007).

O diafragma é um dispositivo produzido em látex e que recobre o colo do útero. Para ser eficiente, deve ser colocado duas horas antes da relação sexual e retirado entre quatro e seis horas após o sexo. Em seguida ao uso, deve ser lavado com água e sabão. Para uma maior segurança poderá ser usado gel espermicida (BRASIL, 2006).

Os espermicidas são substâncias químicas que inativam os espermatozoides, impedindo-os de penetrar no útero e podem ser usados em associação a outros métodos. (CONCEIÇÃO, 2005; RESENDE JÚNIOR, 2010).

Entre os métodos hormonais se encontram as pílula, os injetáveis, os implantes, anéis vaginais, adesivos combinados e DIU.

Os anticoncepcionais orais apresentam um percentual de 99,8% de eficácia. Podem ter uma composição combinada (estrógeno + progestógeno) ou simples (apenas progestógeno). Agem impedindo a ovulação, evitando assim a gravidez. A forma injetável é semelhante à pílula, com aplicação mensal ou trimestral, normalmente nas nádegas. Por ser uma solução oleosa, é liberada a mesma quantidade de hormônios da pílula diária e a menstruação ocorre normalmente (STUBBLEFIELD, 2008).

O anel vaginal trata-se de um método hormonal, o qual é colocado pela vagina e permanece alojado no colo uterino, com inserção no quinto dia da menstruação até as três semanas seguintes (BRASIL, 2006) .

Para mulheres em amamentação, o Ministério da Saúde oferece dois métodos contraceptivos, que podem ser introduzidos seis semanas após o parto: a minipílula, administrada via oral, e a injeção trimestral (OMS, 2011).

A Contracepção de emergência ou pílula do dia seguinte só deve ser usada em caso de emergência. Jamais deve ser adotado como método usual de proteção. Elas concentram alta dose hormonal, que vai retardar a ovulação e, assim, dificultar a gestação (OMS, 2011).

O dispositivo intrauterino (DIU) libera constantemente quantidades pequenas de levonorgestrel (amplamente utilizado em contraceptivos orais e implantes). Age provocando uma reação inflamatória no endométrio, suprimindo seu crescimento, causa alterações no muco cervical e alterações na motilidade tubária (BEAUMORD e MATOS, 2007; OMS, 2011).

O DIU de Cobre é exemplo de método mecânico. Sua presença no útero provoca uma reação inflamatória no endométrio, atenuando a sobrevivência do óvulo e a vitalidade e motilidade dos espermatozoides (PREPARATÓRIO..., 2009).

De acordo com o exposto na lei que regula o planejamento familiar, a esterilização cirúrgica, com fins de contracepção, só poderá ser realizada através da laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método aceito cientificamente, sendo proibida através da histerectomia e ooforectomia. Esclarece também que “na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento exposto de ambos os cônjuges” (BRASIL, 1996a).

Ainda de acordo a resolução presente na Lei nº 9.263/96, art. 10:

Somente é permitida a esterilização em: homens e mulheres com capacidade civil plena; maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos; prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce; situação de risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro conceito, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos (BRASIL, 1996a).

A esterilização por laqueadura tubária não afeta a ovulação e a menstruação. É um procedimento cirúrgico simples, realizado com anestesia geral ou local, ambulatorial ou com internação hospitalar de um ou dois dias. É comumente realizada através da laparoscopia, onde as tubas são coaguladas, suturadas ou ligadas com faixas de silicone ou grampos com mola, rompendo assim sua permeabilidade. Quanto à vasectomia, esta consiste em esterilização ou contracepção masculina de caráter permanente, através de punção ou pequena incisão cirúrgica, onde se dá a ligadura bilateral dos canais deferentes. Após o procedimento, o sêmen é ejaculado, mas não pode engravidar ((BRUNNER & SUDDARTH, 2009; BRASIL, 2006a).

Apesar de toda informação disponível, ainda há grandes mitos quanto ao procedimento, principalmente em relação à sexualidade. A vasectomia não diminui o desejo sexual, não interfere na função sexual, a ereção e ejaculação permanecem inalteradas (RESENDE JÚNIOR, 2010).

É necessário a utilização de preservativos ou outro método de planejamento familiar eficaz por três meses após o procedimento ou até a realização de exame que comprove a esterilidade. No entanto, o uso do preservativo deve continuar a ser

encorajado, visto que a vasectomia não previne as infecções sexualmente transmissíveis (OMS, 2011).

#### **2.2.4 Infecções Sexualmente Transmissíveis – ISTs<sup>1</sup>**

As ISTs se disseminam através do contato sexual e podem se manifestar através de: corrimentos, irritação, entre outros. Porém, às vezes, não há sintomas ou sinais externos. Entretanto, mesmo nessa situação, a doença pode ser passada para o parceiro ou parceira sexual.

Quando não tratadas, as ISTs podem apresentar complicações e provocar dor pélvica crônica, doença inflamatória pélvica, infertilidade e câncer cervical (OMS, 2011).

Dentre as infecções sexualmente transmissíveis discorrerei sobre as principais: herpes, sífilis, clamídia, gonorreia, tricomoníase, cancro mole, condiloma acuminado, linfogranuloma venéreo, hepatite B e AIDS.

O herpes é caracterizado pelo surgimento de pequenas bolhas que se rompem e causam dor e queimação nos órgãos genitais. Em homens e mulheres, os sintomas geralmente surgem na região genital. Após contato com o vírus, a doença aparece e desaparece espontaneamente e está ligada a fatores desencadeantes como febre, estresse emocional, fadiga, exposição ao sol, uso prolongado de antibióticos e menstruação (SILVA, 2002).

A sífilis é uma doença infecciosa que pode se apresentar em três estágios. Os primeiros sintomas da doença são pequenas lesões ulceradas com bordas endurecidas nos órgãos sexuais, são comuns o aparecimento de gânglios de consistência endurecida, móveis e indolores. No segundo estágio, quando ocorre a disseminação sistêmica da bactéria pode ocorrer o surgimento do cancro duro, mais comum são as erupções cutâneas, comumente confundidas com alergias. Ainda que não tratadas, essas lesões podem desaparecer sem deixar cicatriz. A doença pode não sinalizar nenhum sintoma por anos, até alcançar o terceiro estágio da doença quando começam a surgir graves complicações como cegueira, doença cerebral e problemas cardíacos, podendo, inclusive, levar à morte (CAETANO et al., 2005).

---

<sup>1</sup> IST é a atual nomenclatura para doenças sexualmente transmissíveis – DST, de acordo com recomendação da OMS.



A clamídia e a gonorreia são infecções causadas por bactérias. Os sintomas, nas mulheres, podem se apresentar como dor às micções ou no baixo ventre, corrimento vaginal amarelado e dor durante a relação sexual. Nos homens, normalmente há uma sensação de ardor e esquentamento durante as micções, além de dor nos testículos. Sendo comum estar doente e ser assintomático (RUOCCO 2005; CAETANO et al., 2005).

Nos homens, a tricomoníase é praticamente assintomática, tornando-o apenas vetor na transmissão. As mulheres apresentam corrimento vaginal abundante, com odor fétido, prurido e ardor vaginal (PIRES et al., 2005).

A IST cancro mole apresenta como primeiro sinal uma pequena pápula que se transforma em vesícula pustular e, por fim, em úlcera dolorosa com bordas elevadas e base amolecida, por vezes com exsudato necrótico (RUOCCO, 2005).

O condiloma acuminado é causado pelo Papilomavírus humano (HPV). Alguns tipos de HPV podem causar câncer, principalmente no colo do útero e do ânus. Caracteriza-se pelo surgimento de verrugas de tamanhos variáveis. No homem, a maioria dos casos é assintomático, na mulher, os locais mais comuns são vagina, vulva, região do ânus e colo do útero. (SILVA, 2002).

Linfogranuloma venéreo é uma infecção crônica que atinge os genitais e os gânglios inguinais. No início há uma pequena lesão rasa que surge na vagina, colo uterino, pênis ou ânus. Quando não tratadas podem-se desenvolver fístulas, abscessos e fibrose nos locais afetados. (AUGE, 2005).

Devido à presença do HBV (Hepatitis B Virus) no sangue, no esperma e no leite materno, a hepatite B é considerada uma infecção sexualmente transmissível e assim como as outras hepatites é de notificação compulsória. Os sintomas, mais frequentes são enjoo e/ou vômitos, febre baixa e dor abdominal. Porém, na maioria das vezes o quadro é assintomático (RUOCCO, 2005).

A AIDS é causada pelo vírus HIV, que infecta principalmente as células necessárias à defesa do organismo. A infecção é a primeira fase da doença e os sintomas iniciais são febre e mal-estar que podem passar despercebidos. A fase seguinte, chamada de assintomática, não enfraquece o organismo o suficiente para permitir novas doenças e pode perdurar por anos. Com o ataque constante, as células de defesa começam a se tornar menos eficientes, até serem destruídas, tendo início a fase sintomática com presença de febre, diarreia, sudorese noturna e

emagrecimento. Doenças oportunistas surgem devido à baixa imunidade, dando início ao estágio mais avançado, a AIDS (BRASIL, 20??).

### **2.2.5 Violência**

A violência contra a mulher é um problema de saúde pública. Por se tratar de uma situação crônica, a agressão infligida à mulher vai além dos traumas e agravos visíveis, levando a diversos problemas de saúde como: dores abdominais e cefaleia; distúrbios alimentares com perda ou aumento excessivo de peso; insônia; abuso de álcool e drogas; hipertensão arterial e doenças cardíacas; ansiedade, estresse, depressão e tentativa de suicídio (GOMES et al., 2012).

Com relação à saúde reprodutiva, especificamente a violência contra a mulher encontra-se associada a dores pélvicas crônicas, ISTs e doenças pélvicas inflamatórias, gravidez indesejada e aborto, inclusive o provocado. Quanto às injúrias sofridas na gestação, há uma maior chance de internação hospitalar por complicações como algum tipo de infecção, início mais tardio do pré-natal, trabalho de parto prematuro e trauma devido a queda ou golpe no abdome, ocasionando o parto cesárea (LETTIERE, 2012).

Nos serviços de saúde, o atendimento deve ser considerado como de possibilidade de amparo à mulher, de modo a recuperar sua saúde e também sua condição de vida. Entretanto, o despreparo para este acolhimento existe e é demonstrado quando este profissional, mesmo das unidades de emergência, não direciona sua escuta e seu olhar para identificar uma situação de violência (GOMES et al., 2012).

O protocolo de atendimento em caso de violência sexual preconiza que o atendimento ocorra nas primeiras 72 h. Deverá ser realizado: exame ginecológico completo, com descrição minuciosa; coleta de material de fundo de saco vaginal; e solicitação de beta -HCG plasmático, sorologias para hepatite B e C, sífilis, HIV e herpes. Também serão administradas medicações para profilaxia da gonorreia, clamídia, tricomoníase e sífilis, bem como, anticoncepcional de emergência. Em caso de mulheres não imunizadas, é realizada a profilaxia de hepatite B (DIRETRIZES..., 2012).

Sendo o espaço de saúde o local ideal para o reconhecimento de mulheres em situação de violência, deve-se buscar um cuidado que garanta o atendimento

integral à mulher, com investigação do agravo, prestação do cuidado e encaminhamentos para outros serviços da rede de atenção à mulher em situação de violência. É necessária a sensibilização da mulher em relação a seus direitos, orientação sobre as questões de saúde reprodutiva, bem como fortalecimento de estratégias de empoderamento para a ruptura dos ciclos de violência (GOMES et al., 2012; ALMEIDA, 2013).

### **2.2.6 Aborto**

A mulher que sofre um aborto, espontâneo ou induzido, necessita de apoio e respeito. Privacidade e confidencialidade são direitos de todos os clientes e os preconceitos e críticas por parte dos profissionais não devem ser tolerados (AQUINO et al., 2012).

Informações sobre o retorno da fertilidade precisam ser fornecidas, de acordo com a OMS (2011), em geral, retornam em duas semanas após um aborto ocorrido no primeiro trimestre e em quatro semanas após um aborto que aconteceu no segundo trimestre. Portanto, a mulher precisa de proteção contra gravidez quase que imediatamente.

Ela pode esperar antes de escolher um contraceptivo para uso regular, mas deve considerar a possibilidade de usar um método de apoio durante este tempo, caso ela tenha relações sexuais. Para retomada das atividades sexuais, no entanto, deve-se esperar o fim do sangramento, em caso de alguma infecção ou ferimento é recomendado aguardar até que o problema seja sanado.

É aconselhável que a mulher aguarde no mínimo seis meses por outra gravidez. Essa atitude poderá restringir a possibilidade de parto prematuro e recém-nascido com baixo peso, além de anemia materna.

Alguns métodos anticoncepcionais podem ser iniciados imediatamente após o aborto, outros só após a resolução de infecções ou cicatrização de lesões. O diafragma deve ser reajustado após um aborto espontâneo ou induzido. Em casos em que o aborto ocorra no segundo trimestre, o uso deve ser retardado por seis semanas para que o útero retorne ao tamanho normal (OMS, 2011).

### **3 PERCURSO METODOLÓGICO**

Trata-se de um relato de experiência de abordagem qualitativa de cunho crítico-reflexivo e descritivo sobre a vivência nas ações extensionistas do Laboratório Itinerante - LABIT, no município de Campina Grande e cidades circunvizinhas do Estado da Paraíba, no período compreendido entre agosto de 2011 a julho de 2013.

Por ser um trabalho metodologicamente desenvolvido como relato de experiência, os dados foram obtidos através da observação direta e do diário de campo, referendados pela pesquisa bibliográfica sobre a temática.

O ingresso no projeto de extensão Planejamento Familiar se deu por meio de seleção entre discentes do curso de enfermagem. Posteriormente, de acordo com afinidade e disponibilidade de vagas, estes participantes eram inseridos nos projetos participantes.

A vivência como integrante no LABIT se iniciou em agosto de 2011, na condição de voluntária (não bolsista). Decorrido um ano de participação e devido à experiência adquirida, fui selecionada como bolsista do projeto, permanecendo até julho de 2013. O afastamento do Programa Laboratório Itinerante ocorreu devido a conclusão do curso de graduação em enfermagem.

#### 4 RELATO PESSOAL DA EXPERIÊNCIA NO LABORATÓRIO ITINERANTE

A participação no LABIT – enquanto experiência pessoal como acadêmica de enfermagem - se concretizou através de atividades educativas, voltadas para a população sexualmente ativa, bem como, atendimento à população em geral. A relevância das atividades pode ser compreendida como um meio de tornar os usuários dos serviços de saúde cidadãos conscientes, singulares e dignos de respeito (SCHIMITH et al., 2011).

A importância da extensão universitária pode ser compreendida através dos ordenamentos jurídicos que a referenciam, onde a Constituição Brasileira em seu art. 207 instituiu a indissociabilidade de Ensino – Pesquisa – Extensão. Corroborando com tal fato, a Lei das Diretrizes e Bases da Educação Nacional em seu art. 43, estabelece que a Educação Superior tenha como finalidade: estimular o conhecimento dos problemas do mundo presente, em particular os nacionais e regionais; prestar serviços especializados à comunidade e estabelecer com esta uma relação de reciprocidade (BRASIL, 2011; 1996b).

A vivência em estágios em Unidades Básicas de Saúde sempre me inquietou sob alguns aspectos, um dos principais se refere à atenção à saúde da mulher. Observava que o atendimento pré-natal e os exames citológicos eram realizados, porém, o atendimento de planejamento familiar se resumia a entrega de preservativos e pílulas anticoncepcionais, não havendo questionamento, esclarecimento ou apresentação de outras opções, era como se todos os métodos fossem iguais.

É fundamental que o usuário não seja percebido como um corpo, e sim como um sujeito, com direitos a criação de vínculo e compartilhamento das decisões (SCHIMITH et al., 2011).

No LABIT, o projeto planejamento familiar apresenta os métodos contraceptivos existentes e presta orientações quanto à realização de um planejamento consciente, sendo utilizados ilustrações e folders para repassar as informações, possibilitando um diálogo individual ou em rodas de conversa. Observa-se que a recepção pela população é, em geral, acolhedora, onde buscávamos ouvir e orientar quanto à importância de planejar uma família dentro das possibilidades e realidade de cada um.

As ações são norteadas pela Lei nº 9.283 e procuram orientar a população por ações preventivas e educativas na tentativa de proporcionar o acesso mais igualitário possível as informações, meios, métodos e técnicas disponíveis de regulação da fecundidade oferecidos pelo governo (BRASIL, 1996a).

A educação em saúde se faz necessária para a difusão do conhecimento necessário a autonomia do cidadão. Para melhor compreensão do conceito de educação em saúde recorro a Brasil (2008, p.2), “(...) entende-se por educação em saúde quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde”.

Apesar de intrínseca a todas as práticas em saúde, a educação em saúde é atividade inerente ao enfermeiro, pois:

(...) pode ser considerado um profissional qualificado para propor e redefinir as práticas de saúde, por meio de ações educativas voltadas tanto para a organização do processo de trabalho em saúde, quanto para o fomento de práticas sociais empreendedoras, voltadas para a promoção e proteção da saúde dos indivíduos, famílias e comunidades (SANTOS apud COLOMÉ, 2012).

A resolutividade das questões apresentadas pelos usuários é mais facilmente alcançada quando o enfermeiro proporciona um atendimento integral, através da articulação da teoria e da prática (OLIVEIRA, 2012).

A integralidade é um dos princípios do SUS, sendo algumas vezes difícil de ser observada em alguns serviços públicos de saúde. O esclarecimento de Schimith et al. (2011, p. 480) expõem que para haver integralidade no atendimento, “o encontro com o usuário deve ser guiado pela capacidade do profissional de compreender o sofrimento que se manifesta e o significado mais imediato de suas ações e palavras”. Ainda de acordo com Roter et al. apud Schimith et al. (2011, p. 487). “É preciso ouvir mais e falar menos, pois assim será possível dar ênfase ao processo de diálogo e reduzir a tendência que os profissionais de saúde têm [...] de realizar monólogos”.

Ao iniciar as ações no LABIT imaginava que apenas a comunidade carente e sem acesso à informação seria beneficiada, este público sem dúvida, representa a maioria. No entanto, pessoas mais instruídas também possuem dúvidas e até certa resistência com a temática sexualidade. Através do diálogo sobre concepção, contracepção e meios de prevenir infecções sexualmente transmissíveis abrimos

espaço para o diálogo e esclarecimento de dúvidas, às vezes remotas, sobre sexo e saúde.

Muitas conversas eram iniciadas por risos dos usuários, demonstrando que o assunto ainda é tabu e que muitas pessoas não se sentem à vontade em falar sobre este tema, nem mesmo questionar os profissionais de saúde. Por se tratar de tema relacionado à privacidade das pessoas, uma das preocupações sempre foi acolher com respeito o usuário e levar a informação completa, imparcial e de qualidade, mantendo sua privacidade e o sigilo do que foi exposto no encontro.

Inicialmente me senti constrangida em entregar os preservativos para os homens, evidenciando certo despreparo por parte de nós graduandos em trabalhar temas que envolvam a sexualidade.

Sehnm et al. (2013) afirmam que há carência de estudos e discussões sobre sexualidade, não apenas no nível acadêmico, bem como, em nível profissional e afirma que os que conhecem e abordam a temática, se limitam a visão biologicista e patologizante.

Esse despreparo se configura em uma importante lacuna na formação do enfermeiro, visto a necessidade dos usuários em conversar sobre suas aflições, necessidades e carências afetivas, assuntos normalmente desconsiderados em seu cotidiano (DURAND, 2013).

Para que a Política de Planejamento Familiar, criada em 2007, obtenha resultados efetivos é necessário estender o conhecimento a toda à população. De nada adianta a variedade de métodos contraceptivos oferecidos e o seu fácil acesso, sem informações e esclarecimentos que possibilitem a escolha do método aceitável e viável para as particularidades dos indivíduos envolvidos.

Corroborando com essa ideia, Souza (2007) afirma que uma das principais estratégias para fortalecer as pessoas é a educação, através dela surge à autoconfiança necessária para a participação no processo de desenvolvimento.

Lima (2013) refere que o acadêmico terá maior probabilidade, em sua vida profissional, de perceber o outro de forma integral quando vivenciou práticas pautadas neste princípio, onde foi percebido como ser integral.

Durante minha permanência no LABIT pude ouvir relatos engraçados, curiosos, tristes e preocupantes. Em determinada momento me deparei com a história de uma mulher com idade em torno dos 40 anos, mãe de sete filhos, cuja única renda era proveniente de programas sociais do governo federal. Havia tido

mais de 10 parceiros, não fazia uso do preservativo com o atual namorado porque julgava não correr riscos de contrair doenças, visto que o mesmo possuía hábitos de higiene. Em momentos assim refletimos sobre as palavras de Souza (2007, p. 50):

(...) como as desigualdades, reforçadas por injustiças sociais, geram consequências que se engendram dinamicamente para a formação de um círculo vicioso. O resultado deste processo é a falta de autonomia e poder com maior ênfase para o gênero feminino”.

Muitas mulheres relataram fazer uso de pílula, no entanto, quando questionadas se estavam satisfeitas, falavam em cefaleia, náuseas e cólicas, mesmo após vários meses de uso. Falamos sobre outros métodos e informamos que o SUS oferece gratuitamente o DIU, orientamos para que buscassem um serviço que o fornecesse, esclarecendo suas vantagens e desvantagens. Parte das mulheres referiram medo por achar que era perigoso e outras desconheciam o fato do DIU ser oferecido no serviço público.

Dúvidas quanto ao uso da pílula do dia seguinte são bem presentes. Era dito que tais pílulas não devem ser usadas como método anticoncepcional, discutíamos sobre seus efeitos adversos e a importância de ser tomada no tempo certo.

Algumas usuárias buscavam informações, relatando sinais indicativos de ISTs como, prurido e corrimentos anormais. Eram fornecidas informações sobre as ISTs, transmissão, tipos de tratamento e a importância de buscar a unidade de saúde e realizar o tratamento, evitando assim complicações futuras. Com objetivo de proporcionar segurança e confiança no relacionamento entre profissional e paciente é necessário que o profissional busque uma comunicação efetiva (OLIVEIRA, 2012).

É muito difundida a ideia de que o uso do preservativo normalmente é abandonado após algum tempo de relacionamento estável, porém, relatos mostraram que várias mulheres com relacionamentos estáveis fazem uso deste como método contraceptivo há anos, em geral, por não se adaptarem à pílula anticoncepcional. É interessante perceber que mesmo aos poucos está havendo a desconstrução do pensamento machista onde a mulher deve ser a única responsável pelo uso da anticoncepção, porém, poucos valorizam a importância do uso do preservativo como método preventivo de ISTs.

A participação masculina vem crescendo nas discussões sobre o planejamento familiar, onde em várias situações os homens acompanharam suas



companheiras, ouviram as explicações dos participantes do projeto e esclareceram dúvidas relacionadas ao tema.

Nas conversas, o principal assunto foram os métodos contraceptivos, no entanto, houveram ocasiões em que homens que desejavam ser pais buscavam informações sobre concepção. Orientamos sobre os dias mais prováveis para concepção, de acordo com o calendário e as mudanças que ocorrem no corpo feminino, e a busca de profissionais que pudessem ajuda-los quanto a reprodução humana, no caso de mais de um ano de tentativas sem êxito.

Diferentemente haviam os que possuíam filhos e não mais os desejavam. Para estes, as orientações incluíam a vasectomia, como é realizado o procedimento e o local que oferece o serviço pelo SUS.

Ainda é considerável o número de mulheres convivem com o machismo dos companheiros, representados no desconhecimento e falta de interesse, quanto a métodos contraceptivos e satisfação da companheira.

Infelizmente há casos em que mulheres usam pílulas ou injeção, mas gostariam de usar o preservativo porque os parceiros mantem relações eventuais com outras mulheres, por várias vezes sugeri que estas mulheres conversassem com o parceiro, no sentido que ele passe a usar o dispositivo. A resposta era que o companheiro não usaria, diante da situação falávamos sobre o preservativo feminino, da importância de persistir no diálogo e nos riscos, dos dois, de adquirirem ISTs.

No atendimento aos idosos, quando falávamos sobre as ISTs, questionávamos sobre filhos e netos, se conversavam com eles sobre doenças e uso de preservativos, distribuíamos então folders e camisinhas para serem levados a estes familiares.

A experiência vivida nestes dois anos foi gratificante ao proporcionar acesso as mais diferentes faixas etárias, ouvir suas histórias, compartilhar confidencias e se emocionar com algumas narrativas ouvidas.

A extensão permite ver e vivenciar a realidade do outro, oportunizando a saída da sua zona de conforto, mostrando de forma muito clara o que ainda, e sempre, será necessário ao enfermeiro fazer: disseminar o conhecimento e promover a autonomia das pessoas, buscando a superação das desigualdades existentes.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio deste relato procurei descrever as atividades realizadas no projeto de Planejamento Familiar desenvolvido através do LABIT e realizar reflexões acerca das experiências e vivência enquanto acadêmica de enfermagem na extensão universitária.

O trabalho em contato direto com a comunidade permitiu uma experiência profissional que envolve realidades que serão encontradas no mercado de trabalho de egressos da graduação em enfermagem.

A atuação como acadêmica de enfermagem no cotidiano de diversos atores, trouxe um aprendizado que ultrapassa os conhecimentos adquiridos em textos e sala de aula. Tal fato pode ser verificado na condução de uma conversa, na construção do vínculo com o usuário, na percepção do ser humano como sujeito único, repleto de singularidades e também na constatação de realidades muito diferentes do ambiente universitário ou hospitalar.

O estudo permitiu o relato da trajetória na extensão universitária e a descrição das atividades como discente no LABIT, buscando interligar as atividades de ensino e pesquisa da academia as demandas da sociedade civil, possibilitando a formação do profissional cidadão. Este profissional de enfermagem deve entender o seu papel de educador atuante na promoção da saúde integral do ser humano, trabalhando em equipe e reconhecendo as diversidades existentes no meio social.

Com a inquietação provocada pelos cenários e atores visitados pelo LABIT, busquei realizar um trabalho de observação, de orientação e de participação. A cada pessoa atendida, principalmente a cada mulher, percebia a relevância de levar a informação e contribuir de alguma forma com sua autonomia. Mesmo sendo um lento processo, essa foi a forma que encontrei de buscar a igualdade nas relações através do empoderamento feminino e, o aprendizado para trabalhar as particularidades dos indivíduos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, L. R.; SILVA, A. T. M. C.; MACHADO, L. S. Jogos para capacitação de profissionais de saúde na atenção à violência de gênero. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 1, Mar. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022013000100016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022013000100016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 09 Jul. 2013.

AQUINO, E. M. L. et al. Qualidade da atenção ao aborto no Sistema Único de Saúde do Nordeste brasileiro: o que dizem as mulheres?. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, July 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000700015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000700015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 02 ago. 2013.

AUGE, A. P. F.; PIATO, S.; ZAITZ, C. Doenças Bacterianas Sexualmente Transmissíveis. In: PIATO, S. **Tratado de Ginecologia**. 2 ed. São Paulo: Artes Médicas, 2002. Cap. 23. p. 213- 224.

BEAUMORD, C. F.; MATOS, T. M. G. Planejamento Familiar. In: **Ginecologia & Obstetrícia. Manual para concursos/ TEGO**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2011.

\_\_\_\_\_. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 15 jan.1996a. p. 561. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9263.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm)>. Acesso em: 02 jun. 2013.

\_\_\_\_\_. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 23 dez.1996b. p. 27833. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9394.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm)>. Acesso em: 02 jun. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.149**, de 28 de dezembro de 2012. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3149\\_28\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3149_28_12_2012.html)>. Acesso em 02 ago. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais: **Portal sobre aids, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais**. 20???. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/>. Acesso em: 27 jul. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. cad. n. 2.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de gestão estratégica e participativa. **Bases para a Educação em Saúde nos Serviços**. Brasília-DF, 2008. Disponível em: < [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/texto\\_base\\_prat\\_educ\\_dagep.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/texto_base_prat_educ_dagep.pdf)>. Acesso em: 08 de ago. de 2013.

**BRUNNER & SUDDARTH**. SMELTZER, C. S. [ed.] et al. Histórico e Tratamento dos Processos Fisiológicos Femininos. In: **Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica**. 11. ed. cap. 46. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. vol.3. p. 1363- 1404.

CAETANO, M. E. et al. Sífilis. In: PINOTTI, J. A. **Tratado de Ginecologia: Conduta e Rotinas da Disciplina de Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – USP**. Rio de Janeiro: Revinter, 2005. cap. 99. p. 617-622.

\_\_\_\_\_, M. E.; VERGOLINO, R. D.; LINHARES, I. M. Infecções por Chlamydia trachomatis. In: PINOTTI, J. A. **Tratado de Ginecologia: Conduta e Rotinas da Disciplina de Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – USP**. Rio de Janeiro: Revinter, 2005. cap. 97. p. 607- 612.

COLOME, J. S.; OLIVEIRA, D. L. L. C. Educação em saúde: por quem e para quem? A visão de estudantes de graduação em enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 1, Mar. 2012 . Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072012000100020](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000100020)>. Acesso em: 26 jul. 2012.

CONCEIÇÃO, J. C. J.(ed). **Ginecologia Fundamental**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2005.

COSTA, A. M.. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, Ago. 2009.

DIAS, A. A. et al . Estratégia educativa voltada para enfermeiros sobre atenção básica à infertilidade: estudo de intervenção. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 33, n. 2, June 2012 . Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472012000200011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000200011&lng=en&nrm=iso) >. Acesso em: 02 ago. 2013.

DIRETRIZES Assistenciais. **Protocolo de Atendimento à Vítima de Violência Sexual em Pronto Socorro**. Versão eletrônica atualizada em mar. 2012. Albert Einstein Hospital Israelita. Disponível em: < [http://medsv1.einstein.br/diretrizes/ginecologia/Protocolo-AVS\\_PS.pdf](http://medsv1.einstein.br/diretrizes/ginecologia/Protocolo-AVS_PS.pdf) >. Acesso em: 01 ago. 2013.

DURAND, M. K.; HEIDEMANN, I. T. S. B. Promoção da autonomia da mulher na consulta de enfermagem em saúde da família. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 2, Abr. 2013.

GOMES, N. P. et al. Violência conjugal: elementos que favorecem o reconhecimento do agravo. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, Dec. 2012. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042012000400003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042012000400003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 09 Jul. 2013.

LETTIERE, A.; NAKANO, A. M. S.; BITTAR, D. B. Violência contra a mulher e suas implicações na saúde materno-infantil. **Acta paul. Enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 4, 2012. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002012000400007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000400007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 09 Jul. 2013.

LIMA, M. M. et al. Comprehensiveness as a pedagogical principle in nursing education. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 1, Mar. 2013. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072013000100013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000100013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 04 jul. 2013.

MATTAR, L. D.; DINIZ, C. S. G.. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 16, n. 40, Mar. 2012.

\_\_\_\_\_, L. D. Reconhecimento jurídico dos direitos sexuais: uma análise comparativa com os direitos reprodutivos. **Sur, Rev. int. direitos human.**, São Paulo, v. 5, n. 8, Jun. 2008.

MORAES, S. P.; VITALE, M. S. S. Direitos sexuais e reprodutivos na adolescência. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 58, n. 1, Fev. 2012.

NEGRAO, T. Uma ação sinérgica por direitos reprodutivos: uma história sem fim. **Saúde soc.**, São Paulo, 2012.

OLIVEIRA, S. K. P. et al. Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 65, n. 1, Fev. 2012.

OMS. Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa (SRP) da Organização Mundial da Saúde (OMS) e Escola Bloomberg de Saúde Pública/Centro de Programas de Comunicação (CPC) da Universidade Johns Hopkins, Projeto Conhecimento para a Saúde. **Planejamento Familiar: Um Manual Global para Prestadores de Serviços de Saúde**. Atualização 2011. Baltimore e Genebra: CPC e OMS, 2011.

ONU, Assembleia Geral da. Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra as mulheres (1979). Adotada pela **Resolução nº 34/180 da Assembleia das Nações Unidas**, em 18 de dezembro de 1979. Promulgada pelo Decreto nº 89.406, de 20.03.1984). Disponível em: < <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/ConvElimDiscContraMulher.pdf>>. Acesso em: 29 jul. de 2013.

PIRES, F. M. et al. Tricomoníase vaginal. In: PINOTTI, J. A. **Tratado de Ginecologia: Conduta e Rotinas da Disciplina de Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – USP**. Rio de Janeiro: Revinter, 2005. cap. 95. p. 599- 602.

**PREPARATÓRIO para Residência Médica: ginecologia**. São Paulo: SJT, 2009.

RESENDE JÚNIOR, J. A. D; CRUZ, D. S. L. C.; DAMIÃO, R. Planejamento Familiar. **Revista Universitária Pedro Ernesto**. 48º Congresso do HUPE. Saúde do Homem 2010; 9 (Supl. 1): 60-68.

RIOS, R. R. Para um direito democrático da sexualidade. **Horiz. antropol.**, Porto Alegre, v. 12, n. 26, Dec. 2006 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-71832006000200004&lng=en&nrm=isso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832006000200004&lng=en&nrm=isso). Acesso em 05 ago. 2013.

RUOCCO, R. M. S. A.; REZZAGHI, A. Doenças Sexualmente Transmissíveis e Gestação. In: PINOTTI, J. A. **Tratado de Ginecologia: Conduta e Rotinas da Disciplina de Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – USP**. Rio de Janeiro: Revinter, 2005. cap. 103. p. 642-655.

SCHIMITH, M. D. et al. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. **Trab. educ. saúde (Online)**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, Nov. 2011.

SEHNEM, G D. et al. A sexualidade na formação acadêmica do enfermeiro. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, Mar. 2013.

SILVA, I. D. C. G.; FOCCHI, J. Viroses do Trato Genital Inferior. In: PIATO, S. **Tratado de Ginecologia**. 2 ed. São Paulo: Artes Médicas, 2002. Cap. 24. p. 225-237.

SOUZA, K. V; TYRRELL, M. A. R. Os fatos & atos relacionados ao (difícil) exercício dos direitos sexuais e reprodutivos: em recortes, o processo de viver de um grupo de mulheres de classes populares. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 1, Mar. 2007.

STUBBLEFIELD, P. G.; CARR-ELLIS, S.; KAPP, N. Planejamento Familiar. In: Berek, J. S. **Berek & Novak: tratado de ginecologia**. 14 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. cap. 10. p. 189- 237.

VERGOLINO, R. D.; CAETANO, M. E.; LINHARES, I. M. Gonorreia. In: PINOTTI, J. A. **Tratado de Ginecologia: Conduta e Rotinas da Disciplina de Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – USP**. Rio de Janeiro: Revinter, 2005. cap. 100. p. 623- 625.