INSTITUTO SUPERIOR DE ANGOLA

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

ADESÃO AO PLANEAMENTO FAMILIAR DAS MULHERES DOS 18 A 35 ANOS ASSISTIDAS NA MATERNIDADE MUNICIPAL DO NÓQUI / PROVÍNCIA DE ZAIRE, NO II SEMESTRE DE 2023

Autora: Juliana Nsimba Nsakala

Orientador: Almeida Matias

Luanda/2024

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

ADESÃO AO PLANEAMENTO FAMILIAR DAS MULHERES DOS 18 A 35 ANOS ASSISTIDAS NA MATERNIDADE MUNICIPAL DO NÓQUI / PROVÍNCIA DE ZAIRE, NO II SEMESTRE DE 2023

Trabalho de Fim de Curso apresentada ao Instituto Superior de Angola (ISA), para obtenção do grau de Licenciatura, no Curso de Enfermagem, sob a orientação do professor, Almeida Matias, MSc.

Autora: Juliana Nsimba Nsakala

Orientador: Almeida Matias, MSc.

Luanda/2024

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

FOLHA DE APROVAÇÃO

ADESÃO AO PLANEAMENTO FAMILIAR DAS MULHERES DOS 18 A 35 ANOS ASSISTIDAS NA MATERNIDADE MUNICIPAL DO NÓQUI / PROVÍNCIA DE ZAIRE, NO II SEMESTRE DE 2023.

O JÚRI:

Presidente_____

1ºVogal_____

2ºVogal_____

Secretário_____

CLASSIFICAÇÃO_____VALORES

DATA DE DEFESA_____/_____/ 2024

DEDICATÓRIA

Ao meu marido, Makuala Nkosi Anselmo, aos meus pais, Alberto Nsakala e Neti Nzumba, que mesmo diante de numerosas dificuldades nunca deixaram de-me dar o seu apoio incondicional.

AGRADECIMENTOS

A Deus, nunca esquecerei agradecer, em qualquer que seja a circunstância vivencial, ao dom da vida, minha fonte de inspiração e erudição.

Aos meus pais, Alberto Nsakala e Neti Nzumba, ao meu marido, Makuala Nkosi Anselmo, aos meus irmãos, Demiter Seke Nsakala e Mamana Aniessi, que tudo fizeram para que nada faltasse desde a infância até a idade adulta.

Ao orientador Professor Almeida Matias, Lic., endereçar as minhas profundas palavras de apresso, por ter sido muito paciente e metódico e nunca poupou esforço para o êxito desta monografia.

Ao meu professor querido Miguel Pedro Mavunga, transmitiu-nos os seus conhecimentos e experiências para elaboração do trabalho de fim de curso. Sempre com espirito amigo e sincero com sorriso integro.

Ao Instituto Superior de Angola (ISA), que nos disponibilizou a possibilidade da formação no grau de licenciatura.

À Director geral da Maternidade Municipal do Nóqui / Província de Zaire**,** por ter permitido a realização da pesquisa no referido centro, bem-haja.

Aos meus colegas, amigos em geral que directas ou indirectamente contribuíram com apoios psicológicos e material, serei eternamente grata.

EPÍGRAFE

“O planeamento familiar é um conjunto de acções que auxiliam homens e mulheres a planejar a chegada dos filhos, e também a prevenir gravidez não planeada”.

(José, 2017)

RESUMO

A presente pesquisa esmiuça sobre Adesão ao Planeamento Familiar das Mulheres dos 18 a 35 anos Assistidas na Maternidade Municipal do Nóqui/ Província de Zaire**,** no II Semestre de 2023, tem como objectivo compreender sobre importância da adesão do planeamento familiar em mulheres em idade reprodutiva na Maternidade Municipal de Nóqui, Província de Zaire**.** Entretanto, tipo de pesquisa descritiva, porém, este permite fazer um estudo aprofundado dos fenómenos em estudo observado, tendo como modelo de pesquisa mista, permitindo um esforço para elaborar conhecimentos sobre aspecto da realidade na busca de soluções para os problemas expostos, nesta lógica, o estudo tem como pergunta de partida o seguinte: “adesão ao planeamento familiar das mulheres dos 18 a 35 anos assistidas na Maternidade Municipal do Nóqui / Província de Zaire, no ii semestre de 2023?” Tendo como resposta antecipada permitir ao casal decidir quantos filhos quer, promover comportamentos saudáveis face à sexualidade e preparar e promover uma maternidade e paternidade responsável, amostra é constituída por 1 (um) Director geral, 1 (um) Director clínico, 20 (vinte) enfermeiros e 25 (vinte e cinco) mulheres em idade fértil, totalizando absolutamente 47 elementos, concluiu e sugeriu-se as principais medidas estratégicas de adesão ao planeamento familiar.

Palavras-chave: Adesão, Planeamento familiar, Assistida e Maternidade.

ABSTRACT

This research details the Adherence to Family Planning of Women 18 a 35 years of ages Assisted at the Municipal Maternity Hospital of Nóqui/ Province of Zaire, in the 2rd Quarter of 2023, and aims to understand the importance of adherence to family planning in women of age reproduction at the Municipal Maternity of Nóqui, Province of Zaire. However, this type of descriptive research, however, allows for an in-depth study of the observed phenomena under study, having as a mixed research model, allowing an effort to elaborate knowledge about aspects of reality in the search for solutions to the exposed problems, in this logic, The starting question of the study is the following: “What is the importance of adherence to the Family Planning of Women 18 a 35 years of ages Assisted in the Municipal Maternity Hospital of Nóqui/ Province of Zaire?” Having as an early response to allow the couple to decide how many children they want, to promote healthy behaviors in relation to sexuality and to prepare and promote responsible motherhood and fatherhood, the sample consists of 1 (one) general director, 1 (one) clinical director, 20 (twenty) nurses and 25 (twenty-five) women of childbearing age, totaling absolutely 47 elements, concluded and suggested the main strategic measures of adherence to family planning.

Key - Words: Adherence, Family planning, Assisted and Maternity.

ÍNDICE

DEDICATÓRIA……I
AGRADECIMENTOS……II
EPÍGRAFE……III
RESUMO……IV
ABSTRACT……V
INTRODUÇÃO ……1
CAPÍTULO I : FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA……5
1.1. Definição dos termos e conceitos……5
1.2. Historicidade do surgimento do planeamento familiar.....7
1.3. O planeamento familiar e a educação reprodutiva ……9
1.4. O planeamento familiar e o desenvolvimento económico…….....13
1.5. Os métodos contraceptivos e os seus procedimentos……14
1.6. Escolha do método anticoncepcional……27
1.7. Os benefícios do planeamento familiar……29
1.8. Os objectivos do planeamento familia……30
1.9. Actuação do profissional de saúde na assistência de anticocepcional…32
1.10. Importância do planeamento familiar……34
1.11. Acções que envolvem o planeamento familiar……35
CAPITULO II. METODOLOGIA DE PESQUISA……36
2.1. Tipo de pesquisa……36
2.2. Modelo de abordagem……36
2.3. Níveis de estruturação de métodos……37
2.4. Técnica de recolha de dados……38

2.5. Instrumentos e procedimentos……..……..……38

2.6. População e amostra……..……..……39

2.7. Caracterização da Maternidade Municipal do Nóqui.....39

2.8. Dificuldades encontradas……...……...40

CAPÍTULO III: DISCUSSÃO E RESULTADOS……..……..41

3.1. Apresentação e interpretação dos resultados……...….41

CONCLUSÕES…….…….59

SUGESTÕES…….……...60

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS……..……...61

APÊNDICES

ANEXOS

INTRODUÇÃO

A presente pesquisa aborda sobre Adesão ao Planeamento Familiar das Mulheres dos 18 a 35 anos de idade Assistidas na Maternidade Municipal do Nóqui / Província de Zaire, no II Semestre de 2023.

Até o final dos anos 70, as lutas em prol da saúde reprodutiva encontraram fortes barreiras, destacando-se o Estado autoritário, que não atendia às necessidades básicas da maioria da população; a hegemonia biomédica na elaboração de representações sobre o corpo feminino; o limitado lugar social ocupado pela mulher; e os programas verticais de planeamento familiar, implementados por organismos internacionais desde a década de 60. Estas mesmas autoras enfatizam que, por inúmeras vezes, as feministas enfrentaram a ordem médica e os "planeadores familiares" numa relação conflituosa, quando das reivindicações de seus direitos sexuais e reprodutivos (Sousa 2021).

O planeamento familiar, conforme definido pelas Nações Unidas e pela Organização Mundial da Saúde abrange os serviços que antecederam a concepção. O planeamento familiar incluem educação sexual, prevenção e manejo de infecções sexualmente transmissíveis, aconselhamento e manejo pré-concepção e da infertilidade.

O planeamento familiar é usado como sinônimo para acesso e uso de contraceptivos. No entanto, muitas vezes envolve vários outros métodos e práticas, além da contracepção. Além disso, há muitos que podem querer usar métodos contraceptivos, mas não estão, necessariamente, planeando uma família (por exemplo, adolescentes solteiras, jovens casais atrasando a gravidez durante a construção de uma carreira); o planeamento familiar tornou-se uma expressão abrangente para grande parte do trabalho realizado nesse campo. Noções contemporâneas de planeamento familiar, no entanto, tendem a colocar a mulher e suas decisões de procriação no centro da discussão, já que as noções de empoderamento das mulheres e autonomia reprodutiva ganharam força em muitas partes do mundo. Geralmente é aplicado a um casal de mulheres e homens que desejam limitar o número de filhos que têm e/ou controlar o tempo da gravidez, também conhecido como espaçamento entre filhos, (Bastos 2011).

Nesta lógica, o estudo tem como pergunta de partida o seguinte:

Qual é a importância da adesão ao planeamento familiar das mulheres dos 18 a 35 anos de idade assistidas na Maternidade Municipal do Nóqui / Província de Zaire, no II Semestre de 2023?

- **Hipóteses**

No ângulo de Marconi e Lakatos (2014), as hipóteses são respostas antecipadas ou afirmações que antecedem a pergunta de partida ou fio condutor da pesquisa, no entanto, eis a seguir as hipóteses:

H_1: A adesão ao planeamento reduz a possibilidade das mulheres conceberem filhos sem estarem preparadas;

H_2: A adesão ao planeamento familiar permite que a família não tenha um número excessivo de filhos;

- **Objectivo Geral**
  - ✓ Compreender a importância do planeamento familiar em mulheres em idade reprodutiva na Maternidade Municipal de Nóqui, Província de Zaire.
- **Objectivos específicos**
  - ✓ Identificar as razões que levam as mulheres em idade fértil a assistência do planeamento familiar no Município do Nóqui;
  - ✓ Descrever os diferentes tipos de métodos anticoncepcional que facilitam na programação da procriação de filhos;
  - ✓ Estudar os métodos contraceptivos mais usado na Maternidade em estudo;
  - ✓ Sugerir sobre políticas de adesão as mulheres gestadas no planeamento familiar.
- **Delimitação e limitação**

a) Delimitação

O estudo delimita-se na Maternidade Municipal de Nóqui / Província de Zaire, no II Semestre de 2023.

b) Limitação

O estudo limita-se aos seguintes intervenientes: Director Geral, Director Clínico, Enfermeiros e Mulheres.

- **Justificativa**

O tema em questão, justifica-se pelo facto de ter um carácter profundo sobre a realidade da Maternidade Municipal de Nóqui, Província de Zaire, baseando-se a respeito sobre adesão do planeamento familiar em mulheres em idade reprodutiva, como também pode acontecer em outras unidades públicas ou privadas de Saúde.

Durante o período de estágio na referida Maternidade, percebeu-se que, para a realidade da Maternidade em estudo, constatou-se que ainda existem pouco hábito cultural sobre adesão do planeamento familiar, pois, alguns afirmaram opinando que o acto de reprodução é um meio de justificar a extensão e riqueza familiar e outros afirmaram que uso dos métodos contraceptivos pode causar infertilidade, por esta razão, não aderem ao planeamento familiar.

O tema em estudo contribuirá bastante na sociedade porque, diz respeito sobre Adesão do Planeamento Familiar, na Maternidade Municipal do Nóqui, Província de Zaire, visto que, hoje, alguns têm cultura de aderência sobre planeamento familiar e outros não têm, portanto, é de extrema importância porque permitirá os especialistas em Ciências de Saúde orientar as vantagens sobre adesão do planeamento familiar.

O estudo em abordagem é de extrema importância para a classe académica, numa tentativa de entender qual é o papel da adesão do planeamento familiar, pois, permitirá as mulheres e os homens em idade fértil decidir quantos filhos quer, se os quer e quando os quer, ou seja, planear a sua família, promover comportamentos saudáveis face à sexualidade, preparar e promover uma maternidade e paternidade responsável, porém, o tema em estudo será de extrema importância porque vai permitir disseminação de uma consciência de adesão do planeamento familiar , pois, muito delas são de classe baixa ou camponeses e com baixa renda e uma situação sócio-económica bastante delicado.

- **Estrutura do Trabalho**

Este trabalho foi estruturado em três capítulos:

- No capítulo I. Fundamentação teórica, onde abordou-se as definições de termos e conceitos que sustentarão a temática em estudo;
- No capítulo II. Metodologia de pesquisa, onde abordou-se os métodos e técnicas que serão usadas para a elaboração da pesquisa;
- No capítulo III. Discussão e resultados;
- Conclusões;
- Sugestões;
- Referências Bibliográficas.

CAPÍTULO I: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1. Definições dos termos e conceitos

Para melhor compreensão do tema apresentam-se as seguintes definições de termos e conceitos.

1.1.1. Adesão

Na visão de Miranda (2006), adesão designa a «qualidade do que é aderente», o «acto de aderir», a «ligação de superfícies», a «ligação de uma substância a outra», podendo ser utilizada em expressões deste género: a aderência dos pneus à estrada, a aderência da terra ao arado, a aderência da sujidade à pele, a aderência do pó aos móveis.

No ponto de vista de Alberto (2007), adesão utiliza-se, pois, quando se pretende designar alguma substância ou matéria que está aderente a algo, ou referir uma ligação concreta, material, normalmente de pouca solidez ou que se pode vir a separar.

Para Francisco (2010), adesão é a atracção das moléculas de um tipo por moléculas de outro tipo, e ela pode ser bem forte no caso da água, especialmente com moléculas que têm carga positiva ou negativa, ou seja, o conceito de adesão está presente o pensamento, a vontade, o sentimento de quem adere, de quem aprova, de quem escolhe.

1.1.2. Planeamento familiar

Na visão de José (2017), o planeamento familiar é um conjunto de acções que auxiliam homens e mulheres a planejar a chegada dos filhos, e também a prevenir gravidez não planeada.

Na perspectiva de Carvalho (2001), o planeamento familiar é um conjunto de acções de regulação da fecundidade, a fim de garantir direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da família por parte da mulher, do homem ou do casal, isso envolve o planeamento da chegada de filhos e a prevenção de gravidez não planeada.

Na óptica de Carreno (2006), o planeamento familiar consiste em um conjunto de acções criadas com o intuito de orientar mulheres e homens quanto a métodos contraceptivos, prevenção de gravidez não desejada e direito de escolha de ter filhos ou não.

O planeamento familiar é um conjunto de ações de regulação da fecundidade, a fim de garantir direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da família por parte da mulher, do homem ou do casal, isso envolve o planeamento da chegada de filhos e a prevenção de gravidez não planeada.

1.1.3. Assistida

Segundo Miranda (2006), diz que, o termo “assistido” tem significado de assistida adjectivo que se assistiu, esteve presente; observada, ou liberdade assistida;

No entender de Alberto (2007), o termo assistida é sinónimo de alguém que recebeu auxílio, assistência, socorrida que depende de ajuda para se sustentar sozinha ou seja, dependente.

Para José (2017), assistência se dá pela intervenção do terceiro interessado no processo em benefício de uma das partes, caso exista interesse jurídico válido para tanto. O terceiro interessado chama-se assistente e a parte assistida (autor ou réu), chama-se assistido.

1.1.4. Maternidade

Na ideia de Collins (2007), serviço de maternidade é a unidade hospitalar na qual presta-se serviços públicos no âmbito da saúde e, tendo como público-alvo as futuras mães (gestantes) e mães de crianças.

Na visão de Clark (2014), faz referência ao local de assistência de saúde por onde cuidam de mulheres em período de gestação.

Para Daniels (2010), conceitua como uma unidade hospitalar que se atende mulheres em processo de gestação.

Desta feita, aqui compreende-se que, é a unidade hospitalar na qual presta serviços públicos no âmbito da saúde e, tendo como público-alvo as futuras mães (gestantes) e mães de crianças.

1.2. Historicidade do surgimento do planeamento familiar

É de carácter importante relatar que, até o final dos anos 70, as lutas em prol da saúde reprodutiva encontraram fortes barreiras, destacando-se o Estado autoritário, que não atendia às necessidades básicas da maioria da população; a hegemonia biomédica na elaboração de representações sobre o corpo feminino; o limitado lugar social ocupado pela mulher; e os programas verticais de planejamento familiar, implementados por organismos internacionais desde a década de 1960.

Estas mesmas autoras enfatizam que, por inúmeras vezes, as feministas enfrentaram a ordem médica e os "planejadores familiares" numa relação conflituosa, quando das reivindicações de seus direitos sexuais e reprodutivos. Os conflitos se davam exactamente porque os organismos internacionais visavam ao controle de natalidade, com pouca ou nenhuma decisão feminina, conduzindo-se pelo pensamento de que quanto maior o número de nascimentos, maior a miséria.

Segundo Sousa (2021), afirma que, somente na década de 80, com a transição democrática vivida no Brasil caracterizada pela organização de movimentos sociais, as mulheres passaram a conquistar certos direitos relacionados às suas escolhas no campo do planeamento familiar. Tais conquistas deveram-se à democratização da educação para a saúde e a outras medidas que iam além da esfera biomédica, abrangendo a perspectiva da promoção da saúde e da participação dos indivíduos na corresponsabilidade pelo seu processo de saúde-doença

Informações sobre saúde reprodutiva foram amplamente disseminadas, particularmente a partir do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, lançado nacionalmente em 1983, adotando a política de ampliar o acesso da população aos meios de contracepção, todavia com informação e livre escolha.

Esse trabalho busca conhecer as condições de acesso das mulheres às actividades de atenção e aos métodos contraceptivos, evidenciando a importância

do cumprimento da prescrição como um dos maiores problemas que a contracepção apresenta. A tentativa é de conhecer as causas da não adesão aos métodos contraceptivos, os problemas originados desse comportamento e a maneira como enfrentá-los, de forma a contribuir para o debate sobre a adesão à contracepção. Para isso, traçou-se uma linha de pesquisa bibliográfica e investigativa, para evidenciar a contribuição de vários autores sobre o assunto abordado, e compreender que essa questão se origina da falta de informação, de educação e das dificuldades para se manter uma rotina que requeira o uso diário dos métodos contraceptivos na visão de Sousa (2021).

Na visão de Daniels (2010), refere à contracepção e planeamento familiar, buscou-se delinear os passos percorridos pelos serviços públicos a favor delas, de forma a entender porque a atenção ao planeamento familiar continua a ser marcada pela indisponibilidade de métodos contraceptivos nos serviços públicos de saúde e à não adesão das mulheres aos métodos ali oferecidos. Mais que compreender as causas da não adesão buscou-se conhecer a provisão de insumos contraceptivos para os serviços públicos de saúde e os motivos que levam à descontinuidade e baixa efectividade da contracepção.

Para Sousa (2021), define, o planeamento familiar são o conjunto de acções e serviços que têm, como finalidade, contribuir para a saúde da mulher, da família e da criança. O planeamento familiar pode envolver a consideração do número de filhos que uma mulher deseja ter, incluindo a opção de não ter filhos, bem como a idade em que ela deseja tê-los e o espaçamento entre o nascimento dos filhos. Esses assuntos são influenciados por factores externos, como a situação conjugal, considerações de carreira, posição financeira e quaisquer deficiências que possam afectar sua capacidade de ter filhos e criá-los. Se for sexualmente activo, o planeamento familiar pode envolver o uso de métodos contraceptivos e outras técnicas para controlar o tempo da reprodução.

Outros aspectos do planeamento familiar incluem educação sexual, prevenção e manejo de infecções sexualmente transmissíveis, aconselhamento e manejo pré-concepção e da infertilidade. O planeamento familiar, conforme definido pelas NU e OMS, (1994). Às vezes, o planeamento familiar é usado como sinônimo

ou eufemismo para acesso e uso de contraceptivos. No entanto, muitas vezes envolve vários outros métodos e práticas, além da contracepção.

Além disso, há muitos que podem querer usar métodos contraceptivos, mas não estão, necessariamente, planeando uma família (por exemplo, adolescentes solteiras, jovens casais atrasando a gravidez durante a construção de uma carreira); o planeamento familiar tornou-se uma expressão abrangente para grande parte do trabalho realizado nesse campo. Tavares (2015).

Noções contemporâneas de planeamento familiar, no entanto, tendem a colocar a mulher e suas decisões de procriação no centro da discussão, já que as noções de empoderamento das mulheres e autonomia reprodutiva ganharam força em muitas partes do mundo. Geralmente é aplicado a um casal de mulheres e homens que desejam limitar o número de filhos que têm e/ou controlar o tempo da gravidez e é também conhecido como espaçamento entre filhos, Tavares (2015).

1.3. O planeamento familiar e a educação reprodutiva

O planeamento familiar promove actividades que asseguram a saúde sexual e reprodutiva, garantindo informação promotora de uma vivência da sexualidade segura e saudável.

Para Tavares (2015), afirma que, o conceito de saúde sexual e de educação reprodutiva consolidou-se a partir da segunda metade dos anos 90 do século XX, contribuindo para o incremento da importância da abordagem da educação sexual em contexto escolar, nomeadamente os conteúdos, metodologias a adoptar e como implementar os projectos.

Na óptica de Tavares, (2015), realça que, uma vivência sexual segura e prazerosa resulta no bem- estar emocional dos jovens, aos quais a saúde sexual e reprodutiva também diz respeito. Neste sentido, as actividades de Planeamento Familiar assumem-se como uma componente indispensável da prestação integrada de cuidados em saúde sexual e reprodutiva.

A legislação Portuguesa contempla alguns factores imprescindíveis em matéria de saúde sexual e reprodutiva dos jovens, garantindo o acesso a consultas

de Planeamento Familiar a todos que a procuram, bem como a disponibilização dos métodos anticonceptivos, o acesso a consultas fora de área em qualquer serviço a qualquer jovem e o acesso livre à contracepção de emergência.

Segundo Andrews (2016), actualmente existem várias consultas gratuitas, às quais os jovens podem recorrer para receber apoio na área da contracepção, planeamento familiar e sexualidade, nomeadamente a consulta de Planeamento Familiar nos cuidados de saúde primários, nos gabinetes de Saúde Juvenil do Instituto Português da Juventude e nas consultas para adolescentes, disponíveis em várias associações não- governamentais, freguesias e/ou Câmaras Municipais. Assim, é importante que os jovens conheçam as ofertas para que possam fazer a vigilância da sua saúde sexual e reprodutiva, através do acesso à informação, métodos de contracepção e serviços de saúde adequados.

Num estudo desenvolvido por Reis e Matos (2007), que avalia os conhecimentos e atitudes de estudantes do ensino superior acerca dos métodos contraceptivos, numa amostra constituída por 436 participantes, com idade compreendida entre os 18 e os 24 anos, ficou demonstrado que a maioria possui poucos conhecimentos acerca dos métodos contraceptivos. Contudo, existe uma forte atitude preventiva face a uma gravidez indesejada. Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre estudantes, tendo em conta o género, ou seja, as raparigas apresentam mais conhecimentos e preocupação preventiva face à contracepção.

Para Reis e Matos (2007), referem que, se os jovens tiverem conhecimentos, informação e motivação acerca da contracepção, podem alterar as suas atitudes e, posteriormente, os seus comportamentos, compreendendo que a sexualidade pode ser vivida de forma saudável e feliz, necessitando simplesmente de ter uma atitude positiva, ou seja, utilizando a contracepção correta que os protejam de uma gravidez indesejada e de IST, as participantes do sexo feminino manifestam mais conhecimento e preocupação preventiva face aos risco e os participantes do sexo masculino mais aceitação do risco.

Os resultados também indicam que a maioria é sexualmente activo e utiliza simultaneamente preservativo e pílula. Os rapazes relatam mais frequentemente

parceiros ocasionais e maior frequência de actividade sexual sob efeito de álcool ou drogas.

Para Reis e Matos (2007). Apesar de os jovens terem fácil acesso à informação acerca da contracepção e comportamentos de risco, relacionadas à actividade sexual, esta informação nem sempre é a mais correta e nem se alicerça em fontes credíveis ou conhecimentos científicos. Neste sentido, a contracepção oral de emergência tem-se assumido como uma solução para evitar uma gravidez indesejável, mas sem se protegerem das IST's.

Tendo como ponto de partida estas premissas, a autora realizou uma investigação cujo objectivo era avaliar os conhecimentos e as atitudes dos jovens do ensino superior em relação à contracepção oral de emergência. Como resultados a maioria (96,6%) relatou já ter ouvido falar da contracepção de emergência e sabiam que deve ser tomada após a relação sexual. Os meios de comunicação social e as consultas de planeamento familiar foram as fontes mais apontadas para obter o conhecimento da contracepção de emergência na visão de Brestas (2010).

Segundo Brestas (2010), relativamente aos conhecimentos dos jovens face à sexualidade, alguns estudos mostram que estes ainda revelam parcos conhecimentos sobre IST e sobre questões práticas referentes aos métodos contraceptivos

Para Bitzer et. al. (2016), o estudo analisaram as barreiras associadas ao aconselhamento e atendimento eficazes de jovens relativas à contracepção e saúde sexual e reprodutiva. Foram identificadas barreiras como o preconceito sociocultural.

Segundo Ndayizigiye et. al. (2017), afirma que, o estudo cujo objectivo era explicar a adesão dos jovens a métodos anticoncepcionais através da identificação de barreiras à sua utilização, verificou que existia uma maior aceitação associada ao número de profissionais de saúde envolvidos na consulta do planeamento familiar e com o número de diferentes tipos de contraceptivos disponíveis. Foram identificadas as seguintes barreiras na adesão: falta de ajuste entre os métodos contraceptivos disponíveis e os preferidos pelos jovens, medo na utilização de métodos contraceptivos e falta de oferta de serviços de planeamento familiar.

Os autores concluíram que onde os recursos de informação são escassos, a disponibilidade de métodos contraceptivos por si só não garante a aceitação por parte dos jovens.

De acordo com Potter e Santelli (2015), para os jovens é fundamental integrar uma avaliação das necessidades de contracepção ao nível do planeamento familiar, já que a maioria tem relações sexuais pela primeira vez durante a adolescência. Os jovens não podem explicitamente solicitar aos profissionais de saúde os métodos contraceptivos, sem que estes lhes explicitem claramente qual o método mais indicado, é também fundamental ajuda-los a planear uma vida sexual saudável.

Na visão de Araújo et all. (2019), esclarece que, atenção à saúde sexual e reprodutiva caracteriza-se pela abordagem essencial da sexualidade, permitindo assim, uma vida saudável e sem impactos, considerando seus valores, desejos pessoais, expectativas e necessidades particulares O exemplo disso faz-se necessário, ressaltar a importância das actividades educativas e preventivas visando à qualidade de vida sexual para o indivíduo e colaborando para um vínculo entre profissional e cliente.

De acordo com ONU (1994), o Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), ocorrido na Cidade do Cairo, Egipto, em 1994, foi estabelecido o conceito de saúde reprodutiva como sendo o conjunto de serviços, técnicas e métodos que garantem ao indivíduo uma condição total de bem-estar físico, mental e social.

O mesmo também recomendou que, os indivíduos tivessem acesso aos serviços adequados de saúde e as informações necessárias para que cada pessoa tenha a possibilidade de escolher quantas vezes e quando se satisfazer de forma livre e segura, ONU (1994).

Esses serviços de saúde reprodutiva devem ser acessíveis aos adolescentes, com o intuito de auxiliar na compreensão de tal assunto, prevenir infecções sexualmente transmissíveis (IST) e gravidez não planejada. ONU (1994).

Na visão de Cook, at. al. (2004), realça que, a saúde sexual proporciona uma melhoria na qualidade de vida e relações interpessoais de indivíduos e grupos populacionais. O conceito de saúde sexual como bem estar é entendido como o

prazer unilateral das pessoas nas relações sexuais, a defesa do ser humano em relação ao abuso sexual, coerção, assédio, prevenção de IST e gravidez indesejada.

Nessa perspectiva, a saúde sexual do adolescente implica em toda esfera da saúde pública, uma vez que as transformações inerentes a esses sujeitos marcam uma vulnerabilidade que representam o ciclo do crescimento humano. Portanto, tratar esse assunto deveria ser uma causa de interesse público.

Segundo Lemos, (2014), a maioria dos serviços relacionados à saúde sexual e reprodutiva acontece na Atenção Primária em Saúde (APS), as demandas atendidas com mais frequência são relacionadas a aborto, método contraceptivo de emergência e gravidez.

Na perspectiva do Brasil (2013), o caderno de Saúde sexual e reprodutiva do Ministério da saúde retrata a relevância que a equipe multiprofissional de APS possui frente à promoção da saúde sexual e reprodutiva, entretanto os mesmos ficam desconfortáveis em abordar tal assunto, por serem considerados polêmicos, já que a sexualidade é ligada a muitos preconceitos e tabus sociais.

Conforme Pelloso at. all. (2004), nota-se, que os profissionais enfermeiros têm grande participação na melhoria do atendimento prestado ao paciente. A enfermagem vem aprimorando os recursos que podem ser utilizados para incentivos de educação em saúde, focando na autonomia, estimulando-os a assumir a liderança na tomada de decisões. Introduzindo novas tecnologias dinâmicas, oficinas e rodas de diálogo, que estimulam a conscientização e a participação activa do usuário.

1.4. O planeamento familiar e o desenvolvimento económico

Para Carvalho (1995), afirma que, nas últimas décadas, os países com taxa de fertilidade inferior é um crescimento populacional mais lento assistiram a uma maior produtividade, mais poupanças e investimentos mais eficazes. Em muitos países, a redução da fertilidade a nível familiar tornou-se num crescimento económico potencial ao nível macro num espaço de apenas uma geração. Isto atribuiu-se ao “dividendo demográfico”: uma fertilidade mais baixa traduz-se num

maior grupo de pessoas em idade laboral que sustentam, relativamente, menos dependentes mais velhos e mais novos.

Para Carvalho (1995), diz que, a redução da fertilidade não é por si só suficiente para melhorar o desenvolvimento económico, mas é uma componente necessária; países na Ásia Oriental, em particular, beneficiaram com o dividendo demográfico. Estima-se que 30 a 50% do crescimento económico da região de 1965 a 1990 se deve às mudanças na dinâmica populacional que são influenciadas pelo acesso a serviços de saúde reprodutiva e contraceptivos.

1.5. Os métodos contraceptivos e os seus procedimentos

Na perspectiva do Brasil (2022), explica que, actualmente, existem vários métodos contraceptivos, embora nenhum pode ser considerado “o ideal”, uma vez que todos têm vantagens e inconvenientes. Antes de se optar por um deles, deve-se procurar aconselhar-se sobre qual o mais adequado a cada caso, tendo em conta o grau de protecção proporcionado, a forma de utilização, as precauções, efeitos secundários, etc.

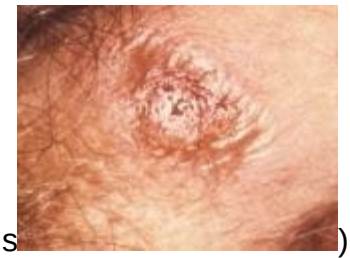
Segundo Brasil (2022), os métodos de planeamento familiar e contraceptivos incluem a laqueadura de trompas, vasectomia que são métodos irreversíveis, além do uso de anticoncepcionais, preservativos femininos e masculinos e Dispositivo Intra-Uterino (DIU).

1.5.1. Métodos físicos ou de barreira

Contraceptivos de barreira bloqueiam fisicamente o acesso dos espermatozóides ao útero. Eles incluem preservativos, diafragmas, capuzes cervicais, géis contraceptivos, esponjas contraceptivas e espermicidas (em espuma, creme e supositórios). Esses tipos de contraceptivo devem ser usados pela mulher ou pelo parceiro toda vez que tiverem relações sexuais.

a) Preservativos

Segundo Carvalho (2001), os preservativos são capas protectoras que cobrem o pênis. Os preservativos feitos de látex são os únicos contraceptivos que oferecem protecção contra todas as infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) comuns, tanto as causadas por bactérias (por exemplo, a gonorreia Gonorreia

e a sífilis Sífilis) quanto as causadas por vírus (por exemplo, o HPV [papilomavírus humano Infecção por papilomavírus humano (HPV)] e o HIV [vírus da imunodeficiência humana)].

Os preservativos feitos de um material sintético, como poliuretano, poli-isopreno ou borracha de silicone fornecem alguma protecção, mas eles são mais finos e têm mais propensão a se romper. Os preservativos feitos de pele de cordeiro não protegem contra infecções virais, como HIV.

Os preservativos devem ser usados correctamente para serem eficazes. Os preservativos devem ser colocados antes da penetração. O uso correto de um preservativo externo (colocado sobre o pênis) envolve:

- Use um novo preservativo para cada acto durante uma relação sexual.
- Use um preservativo de tamanho adequado.
- Manuseie cuidadosamente o preservativo para evitar danificá-lo com as unhas, os dentes ou outros objectos pontiagudos.
- Coloque o preservativo depois da erecção do pênis e antes de qualquer contacto genital com a parceira.
- Determine de que forma o preservativo está enrolado colocando-o no dedo indicador e tentando desenrolá-lo suavemente, mas somente um pouco. Se ele resistir, vire-o e tente do outro lado. Depois, enrole-o novamente.
- Coloque o preservativo enrolado na ponta do pênis erecto.
- Tente deixar 1,3 cm na ponta do preservativo para armazenar o sêmen.
- Com uma mão, aperte o ar preso da ponta do preservativo.

- Se não circuncidado, puxe o prepúcio para trás antes de desenrolar o preservativo.
- Com a outra mão, faça deslizar o preservativo sobre o pênis até a sua base e alise qualquer bolha de ar.
- Certifique-se de que a lubrificação durante o coito é apropriada.
- Com os preservativos de látex, use unicamente lubrificantes à base de água. Os lubrificantes à base de óleo (como a vaselina, a manteiga, o óleo mineral, os óleos de massagem, as loções corporais e o óleo de cozinha) podem enfraquecer o látex e causar a ruptura do preservativo.
- Segure o preservativo firmemente contra a base do pênis durante a remoção para evitar que o sêmen seja derramado do preservativo.

Segundo Brasil (2022), afirma que, os preservativos externos devem ser colocados de modo que aproximadamente 1 cm da ponta fique sobrando na ponta do pênis para oferecer espaço para colectar o sêmen. Alguns já possuem um reservatório na ponta para esse fim. O pênis deve ser retirado imediatamente após a ejaculação, segurando firmemente o aro do preservativo na base do pênis para evitar que o preservativo deslize e derrame o sêmen.

Para Brasil (2022), o preservativo interno é um tipo de bolsa com um anel interno e outro externo. O anel interno é inserido o máximo possível dentro da vagina (ou ânus), e o anel externo permanece de fora. Então, o pênis é cuidadosamente conduzido através do anel externo para a bolsa. Se o pênis deslizar para fora da bolsa ou se o anel interno for empurrado para dentro, o preservativo pode ser removido e recolocado sem risco de gravidez, desde que o sêmen não tenha sido liberado (ejaculado). Após a relação sexual e antes de remover o preservativo, o anel externo deve ser apertado e torcido para evitar o derramamento do sêmen. Depois disso, o preservativo deve ser removido da vagina com cuidado. Se o sêmen for derramado, os espermatozóides podem entrar na vagina e causar gravidez. O preservativo feminino deve ser colocado no máximo até oito horas antes da relação sexual.

Um novo preservativo deve ser usado a cada vez que a pessoa tiver relações sexuais, e deve ser descartado se a sua integridade for questionável.

Na visão de Clarck (2014), durante o primeiro ano de uso dos preservativos externos, a chance de gravidez é de aproximadamente 2% com uso perfeito (quando as instruções são seguidas à risca) e de aproximadamente 18% com o uso típico (a maneira pela qual ele é utilizado pela maioria das pessoas). A chance de gravidez com preservativos femininos durante o primeiro ano é de 5% com uso perfeito e de 21% com uso típico.

Na perspectiva do Brasil (2022), um espermicida, que pode estar incluído no lubrificante do preservativo ou ser colocado separadamente na vagina, aumenta a eficácia dos preservativos. O espermicida deve ser reaplicado sempre que o preservativo for usado.

b) Diafragma

Na visão de Clarck (2014), realça que, o diafragma, fabricado em borracha e com a forma de uma cúpula com um aro flexível, é colocado na vagina e posicionado sobre o colo do útero. O diafragma impede que os espermatozóides entrem no útero.

Alguns diafragmas vêm em vários tamanhos e devem ser ajustados por um profissional da saúde, que também ensina a mulher como colocá-los. Se uma mulher tiver ganhado ou perdido mais de 4,5 kg, utilizado diafragma por mais de um ano, tido um filho ou sofrido um aborto, um novo ajuste precisa ser realizado, pois é possível que o tamanho e a forma da vagina tenham mudado. Clarck (2014).

Um novo tipo de diafragma está sendo considerado como tamanho único para a maioria das mulheres. Ele é feito de silicone. Os diafragmas antigos são feitos de látex. O diafragma de silicone é menos rígido e mais durável que os diafragmas antigos.

Para Clarck (2014), afirma ainda que, um diafragma deve cobrir todo o colo do útero sem causar desconforto. Nem a mulher nem seu parceiro deve notar sua presença. Um creme ou gel espermicida (que mata os espermatozóides) sempre deve ser usado com um diafragma. O creme ou gel é colocado na parte interna do

diafragma (o mais próximo do colo do útero) caso o diafragma seja deslocado durante a relação.

Segundo Brasil (2022), esclarece que, o diafragma é colocado antes da relação sexual e deve permanecer no lugar durante, pelo menos, seis horas e provavelmente oito horas, mas nunca mais de 24 horas. Se houver mais relações sexuais enquanto o diafragma está inserido, mais creme ou gel espermicida deve ser colocado na vagina para preservar a protecção. Diafragmas podem ser lavados e reutilizados. Uma mulher deve inspeccionar o diafragma regularmente quanto a rasgos.

Confere Brasil (2022), durante o primeiro ano de uso do diafragma de látex, a percentagem de mulheres que engravidam é de aproximadamente 6% com o uso perfeito e de aproximadamente 12% com o uso típico (a maneira pela qual a maioria das pessoas utiliza o método).

c) Capuz cervical

Para Collins (2007), o capuz cervical, um copo de silicone em formato de chapéu, é colocado na vagina e posicionado sobre o colo do útero. Um capuz cervical impede a entrada dos espermatozóides no colo do útero. O capuz cervical se parece com o diafragma, mas é menor e mais rígido.

De acordo com Collins (2007), somente um capuz cervical está disponível nos Estados Unidos. Ele vem em três tamanhos. Os profissionais da saúde determinam que tamanho a mulher deve usar com base em se ela já esteve grávida antes e se o bebê nasceu por parto normal ou por cesariana. O capuz cervical precisa ser receitado por um profissional de saúde, mas ele não precisa ser ajustado para a mulher.

Um creme ou gel espermicida sempre deve ser usado com um capuz cervical. O capuz é inserido antes da relação sexual e deve permanecer no lugar por, no mínimo, seis horas após a relação sexual, mas no máximo por 48 horas. Um cordão é anexado ao capuz cervical para fácil remoção. O capuz cervical pode ser lavado e reutilizado pelo período de um ano.

Afirma Correno (2006), durante o primeiro ano, a percentagem de mulheres que engravidam com o uso típico é de aproximadamente 8% em mulheres que ainda não tiveram filhos. Porém, mulheres que já tiveram filhos têm maior probabilidade de engravidar usando um capuz cervical do que as que nunca tiveram filhos. O parto altera o colo do útero, tornando o ajuste seguro com um capuz menos provável.

d) Gel contraceptivo

De acordo com Carvalho (2006), diz que, o gel contraceptivo altera a acidez (pH) do pH vaginal. Essa alteração incapacita os espermatozóides e, assim, impede a fertilização do óvulo.

No ponto de vista de Carvalho (2006), esclarece que, a percentagem de mulheres que engravidam é de 7% com uso perfeito e de 14% com uso típico. Uma vez que a eficácia do gel contraceptivo é limitada, recomenda-se que ele seja usado juntamente com outro método contraceptivo de barreira como, por exemplo, preservativo ou diafragma.

Para Correia (1999), o gel vaginal deve ser colocado na vagina no máximo uma hora antes da relação sexual e reaplicado antes de cada relação sexual.

Ainda Correia (1999), afirma que, o gel vaginal não protege de forma confiável contra infecções sexualmente transmissíveis.

e) Esponja contraceptiva

Uma esponja contraceptiva é uma esponja redonda em formato de travesseiro feita de poliuretano com aproximadamente 4 cm de diâmetro. A esponja é humedecida com água, dobrada e colocada profundamente na vagina, onde bloqueia a entrada dos espermatozóides no útero. A esponja também contém espermicida. Está disponível para venda livre e não precisa ser ajustada por um profissional de saúde.

A esponja pode ser colocada na vagina pela mulher até 24 horas antes da relação sexual e fornece protecção durante esse período, não importa a frequência de repetição do ato. A esponja deve ser deixada no lugar por pelo menos seis horas

após a última relação sexual. Ela não deve ser deixada no lugar por mais de 30 horas. Em geral, nenhum dos parceiros percebe a sua presença depois de colocada.

A eficácia da esponja é menor que a do diafragma. As taxas de gravidez com o uso típico são de 12% para mulheres que nunca tiveram filhos e de 24% para mulheres que já tiveram.

Problemas relacionados ao uso são incomuns. Eles incluem reacções alérgicas, secura ou irritação vaginal e dificuldade para remover a esponja.

f) Espermicidas

Os espermicidas são preparações que matam o espermatozóide ao contacto. Estão disponíveis sob a forma de espumas, cremes, géis e supositórios e são colocados na vagina antes da relação sexual. Esses contraceptivos formam uma barreira física contra os espermatozóides ao aprisioná-los e danificá-los. Dessa forma, eles impedem a fertilização do óvulo pelo espermatozóide.

A eficácia da maioria dos espermicidas é parecida. Mesmo que usem os espermicidas exactamente como indicado (uso perfeito), aproximadamente 19% das mulheres engravidam durante o primeiro ano de uso. Com o gel contraceptivo, aproximadamente 7% das mulheres engravidam se usarem o gel conforme indicado e aproximadamente 14% engravidam se o usarem da maneira que a maioria das pessoas o usa (uso típico).

Uma vez que a eficácia dos espermicidas é limitada, recomenda-se que eles sejam utilizados em conjunto com outro anticoncepcional de barreira, como um preservativo ou diafragma.

Os espermicidas devem ser colocados na vagina, no mínimo, 10 a 30 minutos e, geralmente, não mais de uma hora antes da relação sexual. Eles devem ser reaplicados toda vez que o casal tiver relações sexuais.

O uso de espermicidas várias vezes por dia pode irritar a vagina e danificar os tecidos que a revestem. Assim, os micro-organismos que causam infecções sexualmente transmissíveis (incluindo HIV) conseguem entrar mais facilmente no corpo e causar doença. Os espermicidas não protegem contra as infecções sexualmente transmissíveis.

1.5.2. Métodos hormonais

Segundo Correia (1999), os métodos hormonais, agem inibindo a ovulação e tornando o muco cervical espesso, o que impede a passagem dos espermatozóides, porém, são muito eficazes para evitar a gravidez. Trata-se de pílulas, implantes, adesivos ou injectáveis anticoncepcionais, porém destacam-se os seguintes: anel, vaginal, implante subcutâneo, injectáveis e orais.

a) A pílula

De acordo com Correia (1999), afirma que, a gravidez não intencional no primeiro ano de uso: 9% de uso típico, 0,3% de uso perfeito (1) Usada por cerca de 23% das pessoas entre 15 e 44 anos com risco de gravidez nos EUA (1)

Ainda Correia (1999), diz que, os anticoncepcionais orais também são conhecidos como "pílula". As pílulas anticoncepcionais estão em uso desde a década de 1960 (1) e são a forma mais comum de contracepção hormonal nos Estados Unidos (2).

Para Correia (1999), existem três tipos de pílulas com diferentes combinações de hormônios. O primeiro é o anticoncepcional oral de combinação cíclica (AOC). As pessoas que usam esta pílula conforme prescrito têm sangramento mensal que imita uma menstruação. O segundo tipo é a pílula AOC de uso uso prolongado. Quando tomada de acordo com as instruções, o sangramento parecido com a menstruação é reduzido. Há também a pílula à base somente de progestagênio, que não contém estrogênio (3).

Os benefícios da pílula incluem a rápida reversibilidade (os ciclos voltam ao normal em poucos meses), a regulação do fluxo menstrual, a redução da perda de sangue menstrual, da dor menstrual, da frequência da enxaqueca menstrual e dos

sintomas da endometriose (1). Como os hormônios na pílula suprimem a ovulação, seu uso também está associado à redução da síndrome pré-menstrual (TPM) e de cistos ovarianos, risco reduzido de câncer de ovário e de alterações e cistos fibrocísticos da mama (1).

As pílulas anticoncepcionais devem ser tomadas todos os dias para atingir o mais alto nível de eficácia (1). Algumas pessoas sentem que essa é uma das desvantagens desse método. Pesquisas mostram que mais da metade das pessoas que tomam a pílula esquecem de tomar uma ou mais a cada mês (4). Devido ao uso diário de embalagens de comprimidos, esse método pode não ser uma boa opção para pessoas que precisam ocultar seu uso de contraceptivos (1).

b) O adesivo e o anel

Para Marcolino, at al. (2001), explica que, o adesivo é semelhante à pílula por conter estrogênio e progesterona (1). Ao contrário da pílula, que deve ser tomada em doses diárias, o adesivo é feito de um plástico fino que é colocado na pele das nádegas, braço, abdômen ou parte superior do tronco e libera hormônios pela pele. O adesivo deve ser colocado sobre a pele limpa e seca e deve ser substituído semanalmente (5). Normalmente, o adesivo é usado por três semanas consecutivas, seguidas de uma semana sem adesivo (1). Os benefícios do adesivo incluem a conveniência de uma dose semanal e um rápido retorno à fertilidade para quem interrompe o método para engravidar (1). Alguns efeitos colaterais relatados do adesivo incluem reacções na pele, desconforto nas mamas, dor de cabeça e náusea (1).

Segundo Moura, at. al. (2004), explica que, o anel distribui estrogênio e progesterona através de um pedaço circular de plástico que é inserido na vagina (1). Geralmente, o anel é inserido e deixado dentro da vagina por três semanas, seguido de uma semana sem o uso do anel (1). Algumas vantagens do anel incluem o rápido retorno à fertilidade para pessoas que desejam engravidar, a conveniência da inserção semanal e a capacidade de removê-lo por um breve período de tempo (3 horas) sem comprometer sua eficácia (1). Algumas pessoas que usam o anel

relatam desconforto vaginal e outras experimentam náusea, sensibilidade mamária ou alterações na libido.

A injecção

Na perspectiva de Clarck (2014), realça que, a injecção também é chamada de contracepção injectável. Uma versão comumente usada desse contraceptivo contém apenas o acetato de medroxiprogesterona do depósito de progestina e é administrada a cada três meses. A injecção é reversível, mas o retorno à fertilidade pode demorar até que o efeito da última injecção passe.

Algumas pessoas gostam da injecção porque há uma opção sem estrogênio disponível, pode ser tomada apenas a cada um a três meses e não requer a cooperação de parceiros sexuais. Alguns outros benefícios incluem sangramento ausente ou leve, redução de cólicas e sintomas da TPM, redução da dor na endometriose e diminuição do risco de doença inflamatória pélvica (PID) e câncer de endométrio e ovário.

Segundo Brasil (2002), afirma que, a injecção tem algumas possíveis desvantagens. Algumas pessoas acham que a menstruação se torna imprevisível o suficiente para interromper o uso da injecção, outras podem não gostar que a menstruação pare completamente. A relação entre a injecção e alterações e no peso não é clara, e pode ser que algumas pessoas tenham maior probabilidade de ganhar peso do que outras. Mais pesquisas são necessárias para determinar se e como a injecção afecta o humor (as pessoas interessadas neste método, mas preocupadas com o papel da contracepção hormonal nos sintomas depressivos, podem mencionar isso ao seu médico(a). As pessoas que usam a injecção a longo prazo podem experimentar uma perda na densidade óssea, mas isso geralmente é reversível. Algumas pessoas acham difícil retornar a uma clínica ou farmácia a cada três meses para receber a próxima dose.

c) O implante

De acordo com Carvalho (2005), afirma que, o implante hormonal é a forma mais eficaz de controle da natalidade hormonal. O implante é uma haste fina que é

inserida sob a pele no braço. Ele tem duração de três anos e, findo este prazo, um novo implante pode ser inserido novamente em uma clínica ou consultório. O implante contém somente progesterona e não contém estrogênio.

As vantagens potenciais incluem a conveniência desse método, que permite às pessoas que o usam não precisarem pensar nele diariamente, sua aparência discreta, a redução da dor menstrual e a rápida reversibilidade. Por ser eficaz por três anos, o implante é econômico. Em pesquisas, menos de 20% das pessoas remove o implante precocemente devido a efeitos colaterais, Carvalho (2005).

Para Carvalho, (2005), a inserção do implante é um procedimento em consultório que causa algum inchaço, hematomas e dor em um pequeno grupo de pessoas. A remoção do implante também é um procedimento em consultório e geralmente leva em média menos de dois minutos. Algumas desvantagens do implante incluem a possibilidade de sangramento imprevisível, dor de cabeça, ganha de peso, acne e dor nas mamas. Algumas pesquisas mostram que seu uso está associado à redução do interesse pelo sexo, mas outro trabalho mostra que ele está relacionado à melhoria da função sexual.

c) Dispositivo intra-uterino hormonal

De acordo com Brasil (2022), o dispositivo intra-uterino hormonal é um pequeno implante em forma de T inserido no útero. Ele deve ser inserido por um profissional de saúde em um procedimento em consultório. O DIU é altamente eficaz, não contém estrogénio, é um método conveniente, discreto, rapidamente reversível, duradouro e com altos índices de satisfação entre as pessoas que o utilizam. Também reduz a dor e o sangramento menstrual e pode oferecer protecção contra a doença inflamatória pélvica (DIP). Os dispositivos intra-uterino hormonal vêm com doses diferentes de hormônios e a duração de seu uso vária de três a sete anos com base na dose.

Algumas desvantagens potenciais incluem alterações imprevisíveis na menstruação, cólicas no momento da inserção e algumas preocupações com o ganho de peso. Em casos raros, uma infecção pélvica pode ocorrer após a inserção

do DIU e há uma pequena chance de o DIU "cair", com uma chance ainda menor de perfurar (cutucar) a parede do útero, Brasil (2022).

1.5.3. Métodos intra-uterinos

Atualmente, existem diversos métodos contraceptivos disponíveis para evitar uma gravidez. Eles podem ser naturais, de barreira, hormonais, mecânicos ou ainda definitivos (irreversíveis). Os contraceptivos reversíveis de longa duração são métodos de elevada eficácia na proteção da mulher contra gravidez por um período de tempo prolongado. Trata-se dos métodos reversíveis de contracepção mais eficazes, pois não dependem de você se lembrar de tomá-los ou usá-los para fazerem efeito, Correno (2006).

Entre os principais, inclui o Dispositivo Intrauterino (hormonal ou não hormonal). O Dispositivo Intrauterino (DIU) é um método contraceptivo feito de plástico flexível moldado em forma de T que é introduzido no útero para impedir a gravidez. Pode ser utilizado desde a adolescência até a menopausa. Hoje, já se sabe que uma mulher que nunca passou por uma gestação, mesmo adolescente, e aquela que passou por uma cirurgia cesariana, podem ser candidatas ao uso do DIU.

Para Carvalho (2001), o DIU pode ser usado por mulheres que estão amamentando e não interfere na produção, quantidade e qualidade do leite materno. O DIU Hormonal é um dispositivo que contém o hormônio progesterona (levonorgestrel). O sistema atua por meio da liberação contínua de uma dose baixa de progesterona no útero. Ele previne a gravidez através do controle do desenvolvimento da camada de revestimento do útero (endométrio) de forma que esta não fique suficientemente espessa para possibilitar gravidez, além de promover o espessamento do muco normal no canal cervical (abertura para o útero), de forma que o espermatozoide encontre dificuldade para entrar no útero e fertilizar o óvulo.

Apresenta uma duração de até cinco anos e uma eficácia superior a 99%. Além do efeito contraceptivo, o DIU também pode ser usado como tratamento de sangramento menstrual idiopático excessivo (sem doença de base). Após três meses de uso, o dispositivo reduz o sangramento de forma significativa e, em alguns casos, a mulher não apresenta qualquer sangramento menstrual. Dessa forma,

promove também o alívio das cólicas menstruais. O DIU de cobre é um dispositivo envolto por fio e cilindros de cobre, não apresentando qualquer hormônio em sua composição, Pioversan, at al. (1998).

De acordo com Carvalho (2001), o sistema libera íons de cobre que imobilizam e dificultam sua motilidade dos espermatozoides, impedindo a fecundação (encontro do óvulo com espermatozoide), mas não impedem os ovários de liberarem um óvulo por mês. Por não alterar a mucosa do endométrio (parede interna do útero), a mulher continua apresentando ciclos menstruais regulares. O DIU de cobre apresenta uma alta eficácia (maior que 99%) e uma duração de até 10 anos. É considerado o método contraceptivo ideal para mulheres que não podem ou não querem usar hormônios. Ambos os métodos são seguros e eficazes. Entretanto, a avaliação da história clínica da mulher é essencial para determinar qual dispositivo é o mais adequado, de.

1.5.4. Métodos cirúrgicos

Na visão de Carvalho (2005), esclarece que, os métodos cirúrgicos são formas de contracepção permanentes e definitivas, pelo que devem ser escolhidas apenas quando se está seguro que não se quer ter mais filhos.

Consiste na interrupção das trompas, impedindo, por isso, a fecundação do óvulo pelos espermatozóides e, portanto, a gravidez. Às vezes as trompas são cortadas, outras vezes é colocado um anel que bloqueia o seu trajecto. Continua a existir ejaculação, porque os espermatozóides são apenas uma pequena parte do esperma. Não é um método de eficácia imediata. São normalmente necessárias 12-20 ejaculações até deixarem de existir espermatozóides no esperma. A laqueadura de trompas e a vasectomia são métodos contraceptivos cirúrgicos que impedem definitivamente o contacto de espermatozóides e óvulo, Pioversan, at. al. (1998).

1.5.5. Métodos naturais / comportamentais

Para Daniels (2010), o método comportamental ou natural refere-se à abstinência sexual durante o período fértil das mulheres. Assim, evita-se que o

espermatozóide entre em contacto com o óvulo, o que diminui as chances de gravidez indesejada.

Os métodos comportamentais ou naturais baseiam-se em mudanças no comportamento sexual, como abstenção sexual no período fértil e relações em que o esperma não é colocado no interior da vagina. A tabelinha e o coito interrompido são exemplos de métodos comportamentais, Daniels (2010).

a) Calendário (tabelinha): a mulher marca em um calendário os dias que correspondem ao início e ao término do período fértil. O número de dias depende da duração dos ciclos menstruais anteriores. Hoje em dia essa prática é facilitada por meio de aplicativos de controle do ciclo menstrual.

b) Muco cervical (Billings): quando a mulher nota ou sente o muco cervical, ela pode estar no período fértil. Assim, é comum que mulher tenha a sensação de que a vagina está mais úmida.

c) Temperatura corporal basal: a temperatura do corpo da mulher em repouso sobe levemente no período após a ovulação, que é o momento no qual ela pode engravidar. Sendo assim, para identificar esse momento, é preciso que a mulher verifique e registre a sua temperatura diariamente, sempre no mesmo horário, de preferência antes de se levantar da cama, e a temperatura a ser medida é a temperatura retal, quando esta aumenta em 0.5 grau é o dia da ovulação, ou seja, deve-se evitar as relações por 3 dias.

1.5.6. Contracepção de emergência

Para Pioversan, at al. (1998), a contracepção de emergência refere-se aos métodos que podem ser utilizados depois de uma relação sexual não protegida ou nos casos em que há falha do método contraceptivo utilizado. A contracepção de emergência não é abortiva. Pode actuar de várias formas para prevenir a gravidez, consoante a altura do ciclo menstrual em que é tomada, mas nunca interrompe uma gravidez em curso.

É um método anticonceptivo que pode evitar a gravidez após a relação sexual. O método, também conhecido por “pílula do dia seguinte”, utiliza compostos hormonais concentrados e por curto período de tempo, nos dias seguintes da relação sexual.

Porém, de uma forma mais suscinta entende-se que, os métodos anticoncepcionais são injectáveis mensais; anticoncepcional injectável trimestral; minipílula; pílula combinada; diafragma; pílula anticoncepcional de emergência (ou pílula do dia seguinte); Dispositivo Intrauterino (DIU); preservativo feminino e preservativo masculino.

Portanto, resume-se que, os métodos hormonais de contracepção contêm progestina ou uma combinação de progestina e estrogênio. As opções hormonais incluem o implante, o dispositivo intrauterino (DIU), a injecção, a pílula, o anel e o adesivo.

1.6. Escolha do método anticoncepcional

Segundo Brasil (2022), afirma que, assistência em anticoncepção pressupõe a oferta de todas as alternativas de métodos anticoncepcionais aprovados pelo Ministério da Saúde, bem como o conhecimento de suas indicações, contraindicações e implicações de uso, garantindo à mulher, ao homem ou ao casal os elementos necessários para a opção livre e consciente do método que a eles melhor se adapte.

Pressupõe, ainda, o devido acompanhamento clínico-ginecológico à usuária, independentemente do método escolhido.

Na decisão sobre o método anticoncepcional a ser usado devem ser levados em consideração os seguintes aspectos:

- A escolha da mulher, do homem ou do casal;
- Características dos métodos;
- Factores individuais e situacionais relacionados aos usuários do método

1.6.1. Características dos métodos:

- Eficácia;
- Efeitos secundários;
- Aceitabilidade;
- Disponibilidade;
- Facilidade de uso;
- Reversibilidade;
- Proteção à Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e infecção pelo HIV.

a) Eficácia

Todos os métodos anticoncepcionais apresentam uma taxa de falha que é calculada com o número de gestações não desejadas entre os usuários de um determinado método anticoncepcional nos primeiros 12 meses de uso.

Dessa forma, duas taxas podem ser encontradas para cada método: uma mostra a taxa de falha entre os usuários de uma forma geral de uso, isto é, sem considerar todas as dificuldades que possam ter sido encontradas durante o uso (uso habitual). Outra taxa é aquela que leva em conta apenas os usuários que fizeram o uso correto e consistente do método escolhido (uso correcto). Pioversan, at al. (1998).

b) Efeitos secundários

A inocuidade, ou seja, a ausência de quaisquer efeitos secundários adversos, seria condição ideal, ainda não conseguida nos anticoncepcionais até os dias atuais. Por outro lado, é também verdade que determinados métodos ocasionam mais efeitos secundários adversos que outros, sendo direito da/o usuária/o ser corretamente informada/o a respeito dessas diferenças.

Além disso, o profissional de saúde deve estar capacitado para prevenir e tratar tais efeitos, assim como avaliar os riscos que os usos de determinados métodos possam acarretar à saúde.

c) Aceitabilidade

A aceitação do método, o grau de confiança que nele se tem, a motivação para seu uso e uma correta orientação do profissional de saúde são importantes fatores para o sucesso do método escolhido. Por outro lado, a inadaptação psicológica e cultural a determinado método pode ser a maior causa de seu fracasso ou de mudança para outro método.

d) Disponibilidade

O acesso gratuito aos métodos anticoncepcionais é condição fundamental para que a escolha do método se realize livremente, sem restrições. Isso é particularmente importante considerando-se que grande parte da população não tem condição de pagar pelo método. Assim, nas situações em que a oferta de determinado método não seja possível, é da maior importância considerar o seu custo, avaliando a possibilidade da/o usuária/o arcar com ele. Obviamente, isso só é válido para os métodos não existentes nos serviços de saúde da rede pública, pois

nenhum profissional ou serviço pode cobrar da/o usuária/o qualquer tipo de honorário ou taxa por métodos ou procedimentos visando a sua colocação ou realização.

e) Facilidade de uso

De nada adiantará a indicação de um método que tenha todas as qualidades anteriormente descritas se sua utilização for difícil, complexa ou não assimilada por grande parte da população. No entanto, é igualmente verdade que a maior parte das dificuldades relacionadas ao uso do método podem ser resolvidas com o adequado suporte do profissional de saúde.

f) Reversibilidade

O ideal é que os métodos anticoncepcionais sejam completa e imediatamente reversíveis, e que uma vez interrompido seu uso, haja recuperação total da fertilidade correspondente à faixa etária do/a usuário/a.

1.7. Os benefícios do planeamento familiar

Na perspectiva de Coelho, (2006), o planeamento familiar permite o espaçamento de tempo entre as gravidezes e pode atrasar a gravidez em mulheres jovens com maior risco de problemas de saúde e morte por gravidez precoce. Ela impede gravidezes não desejadas, incluindo as de mulheres mais velhas que têm riscos maiores relacionados à gravidez.

- Prevenir riscos e problemas de saúde para mães muito jovens.
- Reduzir a mortalidade infantil e a ocorrência de abortos.
- Permitir aos pais concretizar, mais facilmente, planos de carreira e estudo, o que pode garantir melhores condições de vida aos filhos.
- Garantir mais autonomia – especialmente às mães – quanto à quantidade de filhos que pretende ter.
- Minimizar a quantidade de crianças órfãs, vítimas de gestações indesejadas.
- Colaborar para a organização social, permitindo ao Estado desenvolver melhores políticas públicas.

Essas são somente algumas das razões que revelam a importância de se fazer um bom planejamento familiar, mas essa lista poderia ser ainda maior.

1.8. Os objectivos do planeamento familiar

Em 2006, os Centros de Controle de Doenças dos Estados Unidos emitiram uma recomendação, encorajando homens e mulheres a formular um plano de vida reprodutiva, para ajudá-los a evitar gravidezes indesejadas, melhorar a saúde das mulheres e reduzir os resultados adversos da gravidez.

Criar uma criança requer uma quantidade significativa de recursos: tempo, social, financeiro e ambiental. O planeamento pode ajudar a garantir que os recursos estejam disponíveis. O objectivo do planeamento familiar é garantir que qualquer casal, homem ou mulher que tenha um filho e que tenha os recursos necessários para cumprir essa meta. Com esses recursos, um casal, homem ou mulher pode explorar as opções de parto natural, barriga de aluguel, inseminação artificial ou adopção. No outro caso, se a pessoa não deseja ter um filho no horário específico, ela pode investigar os recursos necessários para prevenir a gravidez, como controle de natalidade, anticoncepcionais ou protecção e prevenção física.

Não há nenhum caso claro de impacto social a favor ou contra a concepção de uma criança. Individualmente, para a maioria das pessoas, ter um filho ou não tem impacto mensurável no bem-estar da pessoa. Uma revisão da literatura econômica sobre satisfação com a vida mostra que certos grupos de pessoas são muito mais felizes sem filhos:

- Pais solteiros;
- Pais que trabalham e criam os filhos igualmente;
- Músicas;
- O divorciado;
- Os pobres;
- Aqueles cujos filhos têm mais de 3 anos;
- Aqueles cujos filhos estão doentes.

No entanto, tanto os adoptados quanto os adoptantes relatam que ficam mais felizes após a adopção. Adopção também pode garantir os custos de deficiência pré-natal ou infantil, que podem ser previstos com a triagem pré-natal ou com referência a factores de risco dos pais. Por exemplo, pais mais velhos e / ou idade materna

avançada aumentam o risco de vários problemas de saúde em seus filhos, incluindo autismo e esquizofrenia.

Segundo Coelho (2006), os objectivos do planeamento são: promover comportamentos saudáveis face à sexualidade, informar e aconselhar sobre a saúde sexual e reprodutiva, reduzir a incidência das infecções de transmissão sexual as suas consequências, nomeadamente a infertilidade, reduzir a mortalidade e a morbilidade materna, perinatal e infantil, permitir ao casal decidir quantos filhos quer, se os quer e quando os quer, ou seja, planear a sua família, preparar e promover uma maternidade e paternidade responsável e melhorar a saúde e o bem-estar da família e da pessoa em causa.

1.9. Actuação do profissional de saúde na assistência de anticocepcional

Segundo Nelas, at. al. (2010), a actuação dos profissionais de saúde na assistência à anticoncepção envolve, necessariamente, três tipos de actividades, que são: actividades educativas, aconselhamento e actividades clínicas.

Essas actividades devem ser desenvolvidas de forma integrada, tendo-se sempre em vista que toda visita ao serviço de saúde constitui-se numa oportunidade para a prática de acções educativas que não devem se restringir apenas às actividades referentes à anticoncepção, no enfoque da dupla protecção, mas sim abranger todos os aspectos da saúde integral da mulher.

Deve-se, ainda, promover a interacção dos membros da equipe de saúde, de forma a permitir a participação dos diversos elementos, nessas actividades, de acordo com o nível de responsabilidade requerido em cada situação de acordo com Nelas, at. al. (2010).

a) Actividades educativas

As actividades educativas devem ser desenvolvidas com o objectivo de oferecer as mulheres em idade férteis os conhecimentos necessários para a escolha e posterior utilização do método anticoncepcional mais adequado, assim como propiciar o questionamento e reflexão sobre os temas relacionados com a prática da anticoncepção, inclusive a sexualidade.

As acções educativas devem ser preferencialmente realizadas em grupo, precedendo a primeira consulta, e devem ser sempre reforçadas pela acção educativa individual.

Existem diferentes metodologias de trabalho de grupo. Cada serviço deve utilizar a que melhor se adapte às suas disponibilidades de pessoal, de tempo e de espaço, bem como às características e necessidades do grupo em questão.

Seja qual for a metodologia utilizada, é de fundamental importância que as práticas educativas tenham um carácter participativo, permitindo a troca de informações e experiências baseadas na vivência de cada indivíduo do grupo. A linguagem utilizada pelo profissional de saúde deve ser sempre acessível, simples e precisa.

b) Aconselhamento

Para Ministério Saúde, (1997), o aconselhamento é entendido como um "processo de escuta activa individualizado e centrado no indivíduo. Pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores visando o resgate dos recursos internos do indivíduo para que ele tenha possibilidade de reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde e transformação" CN DST/AIDS.

Para Osis (2006), esta prática pressupõe: (1) a identificação e acolhimento da demanda do indivíduo ou casal, entendida como suas necessidades, dúvidas, preocupações, medos e angústias entre outras, relacionadas às questões de planeamento familiar e prevenção das DST/AIDS; (2) avaliação de risco individual ou do casal, para a infecção pelo HIV e outras DSTs; e (3) o reconhecimento pelo profissional de que o sucesso a ser alcançado depende da acção conjunta dos interlocutores (profissional e indivíduo ou casal).

Implica, portanto, na promoção de um diálogo no qual a mensagem é contextualizada às características e vivência da(s) pessoa(s) e na necessidade de participação activa nesse processo. A idéia demarcada no aconselhamento é a troca. Dessa forma torna-se possível o desenvolvimento de uma relação de confiança, condição básica para a realização dos procedimentos presentes no processo de aconselhamento, segundo Osis (2006).

c) Actividades clínicas

Para José (2017), afirma que, as actividades clínicas devem ser realizadas levando-se em conta que todo e qualquer contato que a mulher venha a ter com os serviços de saúde deve ser utilizado em benefício da promoção, proteção e recuperação da sua saúde. De tal forma que a primeira consulta deve ser feita após as actividades educativas incluindo: a anamnese; exame físico geral e ginecológico, com especial atenção para a orientação do autoexame das mamas e levantamento de data da última colpocitologia oncótica para avaliar a necessidade de realização da coleta ou encaminhamento para tal; análise da escolha e prescrição do método anticoncepcional.

As consultas subsequentes ou consultas de retorno visam um atendimento periódico e contínuo para reavaliar a adequação do método em uso, bem como prevenir, identificar e tratar possíveis intercorrências.

1.10. Importância do planeamento familiar

Na visão de Moura, at. al. (2007), o planeamento familiar é muito importante para garantir uma protecção financeira familiar, mesmo com todos os gastos e imprevistos que podem acontecer envolvendo a família. Embora muitas pessoas conheçam a necessidade de pensar nessa ideia e colocá-la em prática, grande parte não sabe ao certo como fazer isso.

Planeamento familiar diz respeito ao que um casal almeja para a sua família, incluindo diferentes esferas como: número de filhos, reserva financeira, investimento, segurança com relação à saúde, aposentadoria, entre outros aspectos.

Segundo José (2017), explica que, o planejamento é fundamental que a pessoa ou o casal tenha acesso às melhores alternativas para que os seus planos se realizem. Aqui, o ponto fundamental é destacar que isso não se aplica somente

aos momentos em que há o desejo de aumentar a família, mas também, quando não existe a vontade de ter filhos.

Se a mulher quer engravidar, as acções são relacionadas ao planeamento, os exames de rotina e a indicação de algumas práticas que auxiliam a concepção. Diante de dificuldades, actua na busca das causas e dos tratamentos possíveis (para mulheres e homens) para viabilizar a gravidez.

Em complemento, fazem parte as acções de pré-natal, acompanhamento de parto e do puerpério e atendimento neonatal. Por outro lado, quando a intenção é não ter filhos, as medidas de contracepção se tornam essenciais para evitar uma gravidez não planejada ou indesejada. Nesses casos, existem diversas opções de tratamento, como:

- Uso de contraceptivos (anticoncepcional, DIU, preservativo etc.);
- Esterilização (vasectomia ou laqueadura).

Dessa forma, o planeamento familiar atua auxiliando no direito de escolha dos pacientes, indicando as alternativas viáveis para concretização de seus planos. Lembrando sempre que o foco é a manutenção de sua saúde física e mental. Porém, além de desenhar essas perspectivas, planear os passos da família também envolve pensar nas estratégias para colocar as acções em prática de forma eficiente.

Para José (2017), realça que, a importância disso, é poder ter uma previsão melhor dos factos que acontecerão na vida. Ter claro o que se deseja e os caminhos a serem percorridos para conseguir conquistar é fundamental para ter sucesso e viver com mais segurança. Cada família é única, por isso, algumas acções que funcionam para uma podem não ser eficientes para outra. Entretanto, existem estratégias em comum que tendem a ser eficazes para grande parte dos grupos familiares.

1.11. Acções que envolvem o planeamento familiar

Na perspectiva de Marchi (2001), define o planeamento familiar como meio de proporcionar informação às pessoas que lhes permita decidir o número de filhos que

querem ter e quando os querem ter. Isto implica o acesso a informação sobre métodos de contracepção e serviços de saúde apropriados que permitam a vivência da sexualidade de uma forma saudável, feliz e segura, bem como o planeamento de uma gravidez e parto nas condições mais adequadas.

As áreas englobadas por acções preventivas e educativas, com garantia de acesso às informações, meios, métodos e técnicas disponíveis incluem o auxílio à concepção e contracepção, o atendimento pré-natal, a assistência ao parto, puérpero e ao neonato, o controle das doenças sexualmente transmissíveis e controle, de acordo com Marchi (2001).

CAPÍTULO II: METODOLOGIA DE PESQUISA

2.1. Tipos de Pesquisa

Para chegar-se ao objectivo do trabalho usou-se o tipo de pesquisa descritiva.

Trata-se de uma investigação descritiva, porque, como sublinham Cervo e Bervian (2002), baseou-se na “observação, registo, análise e correlação de factos”, neste caso sobre Adesão do Planeamento Familiar das Mulheres dos 18 a 35 anos de idade Assistidas na Maternidade Municipal do Nóqui/ Província de Zaire**,** no III Trimestre de 2023**.**

A natureza exploratória reside no facto de se ter privilegiado, conforme explica Vianna (2001), “a análise de cada situação a partir de dados descritivos, procurando estabelecer relações, causas e efeitos para a compreensão da realidade estudada”.

Muitas são as pesquisas com esta denominação e a utilização de técnicas padronizadas de colecta de dados, tais como a entrevista, o questionário e a observação sistemática. Nesse caso, o pesquisador regista, analisa e interpreta os dados.

2.2. Modelos de abordagem

Optou-se pela abordagem mista (qualitativo-quantitativa), pois, segundo Mezquita e Rodriguez (2004), na investigação sociológica não existe um esquema que aceite de modo geral uma única abordagem, já que em toda pesquisa integram-se os aspectos quantitativos e qualitativos.

Para Creswel (2007), a abordagem mista preocupa-se em colectar, analisar e interpretar tanto os dados qualitativos como quantitativos em um único estudo. A qualitativa, caracterizam-se as descrições detalhadas das manifestações de conduta das pessoas, das suas interacções, das situações e do ambiente, levando em conta o padrão cultural. Já a quantitativa caracterizar-se por medir as variáveis em estudo com maior precisão possível, e os resultados apresentar-se em gráficos estatísticos.

2.3. Níveis de estruturação de métodos

a) Nível teórico

Histórico-lógico: permitiu realizar uma abordagem teórica sobre o campo de acção, no sentido de estabelecer as suas regularidades ao longo da história, ou seja, o estudo do fenómeno ao longo da sua evolução, Marconi e Lakatos (2003).

Análise-síntese: estas operações não existem independentemente uma da outra: análise de um objecto realiza-se a partir da relação que existe entre os elementos que conformam o referido objecto como um todo e por sua vez a síntese produz-se com base nos resultados anteriores da análise, Creswell (2007). Possibilita a valorização teoria e prática das informações que são obtidas tanto no estudo teórico como empírico que permitiu chegar à conclusão dos resultados a ser alcançados.

Utilizou-se este método, porque ajudou na orientação do diagnóstico e estudo sobre as técnicas e procedimentos de maximizar sobre adesão do planeamento familiar dentro do contexto da maternidade em estudo, assim para descobrir os constrangimentos deste fenómeno e elaborar propostas através desta pesquisa para compreender este processo.

Indutivo-Dedutivo: na actividade científica contemplam-se entre si, do estudo de numerosos casos particulares através da indução, conseguem determinar-se generalizações e leis empíricas que consta desta formulação,

deduzem-se novas conclusões lógicas que são sujeitas a comprovação experimentais, Ramos e Naranjo, (2014).

b) Nível empírico

O método do nível empírico estuda as características fundamentais e as relações essenciais dos objectivos que são acessíveis à percepção sensorial.

Observação: é uma técnica de colecta de dados para conseguir informações e utiliza os sentidos na obtenção de determinados aspectos da realidade. Não consiste apenas em ver e ouvir, mas também em examinar factos ou fenómenos que se deseja estudar, Marconi e Lakatos, (2014).

Esta técnica foi aplicada sobre a forma de grelha de observação dirigida as mulheres em idade fértil da Maternidade em pesquisa.

Inquérito: é uma técnica de compilação de informação mediante uma conversa profissional, para adquirir informação acerca do que se investiga. Ramos e Naranjo (2014). Esta técnica foi aplicada sobre forma de guião de inquérito dirigidas aos membros de direcção, enfermeiros e mulheres em idades fértil da Maternidade Municipal do Nóqui, Província de Zaire.

Pesquisa bibliográfica: é quando um investigador desenvolve a sua investigação a partir de material já elaborado por outros investigadores, constituído principalmente de livros e artigos científicos, Gil (2010).

c) Nível estatístico

Usou-se de forma complementar, para revelação das tendências e relações dos fenómenos. Podem ser descritivamente e inferencial para o processamento das informações, que permitiram sintetizar, interpretar e apresentar dados percentuais através de tabelas.

2.4. Técnicas de recolha de dados

Para Gil (2011), refere que, as técnicas de obtenção de dados que se podem utilizar numa pesquisa são normalmente dois tipos:

Inquérito por entrevistas

Segundo Gil (2011), o inquérito por entrevista é a técnica em que o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formula perguntas, com o objectivo de obtenção dos dados que interessam à investigação. Esta técnica foi aplicada sobre a forma de guião de inquérito dirigidas aos membros de Direcção, enfermeiros e mulheres em idade fértil da maternidade em pesquisa.

2.5. Instrumentos e procedimentos

Guião de entrevista por inquérito

De acordo com Gandim (2006), refere que, as entrevistas qualitativas podem ser relativamente abertas, centrando-se em determinados tópicos, ou podem ser guiadas por questões gerais.

O inquérito foi feito com pergunta fechada conforme é recomendado pelos especialistas dentro da abordagem quantitativa com objectivo de recolher informações sobre aderência do planeamento familiar das mulheres em idade fértil da Maternidade Municipal de Nóqui, Província de Zaire.

2.6. População e amostra

A população do estudo é constituí por (1) Director geral, (1) Director clinico, (60) enfermeiros e (76) mulheres. O critério de amostragem considerado no estudo probabilístico do modelo representativo, pois, este regula que amostra deve ser de 30%, assim estima-se (138) da população alvo.

A presente pesquisa é formada por 1 (um) Director geral, 1 (um) Director clínico, vinte (20) enfermeiros e vinte e cinco (25) mulheres em idade fértil, totalizando absolutamente de (47) elementos, o que se conclui, a referida amostra é de carácter representativo.

2.6.1. Quadro da população e amostra

Função	População	Amostra	
	Freq. Absoluta	Freq. Relativa	Perc. %
Director Geral	1	1	2,2%
Director Clínico	1	1	2,2%
Enfermeiros	60	20	42,5%
Mulheres em idades fértil	76	25	53,1%
Total	**138**	**47**	**100%**

Fonte: Elaboração própria (2023)

2.7. Caracterização da Maternidade do Municipal do Nóqui/Zaire

A Maternidade Municipal do Nóqui, é uma instituição de saúde do Primeiro Nível, que funciona numa estrutura do tipo colonial construído em 1952, que foi inaugurado em 2005 e reabilitado em 2004. E esta sob tutela da Administração Municipal, como unidade orçamental.

Localização geográfica

A Maternidade está localizado a Norte pela rotunda Dr. António Agostinho Neto, a Leste pela captação da água, Oeste pelo rio Zaire e ao Sul pelo palácio municipal do Zaire no bairro 1º de Maio no município do Nóqui, e está formado por 45 bairros, 3 comunas e uma população estimada de 28.000 habitantes.

Estrutura Hospitalar

A Maternidade funciona em regime de urgência, internamento e consultas externas, tem uma capacidade de 58 camas distribuídas em: Medicina: 5 salas, pediatria: 2 salas, cirurgia: 5 salas, maternidade: 3 salas, conta com efectividade de 122 funcionários distribuídos em: 1 Director geral, 1 Director clinico, 1 Director de enfermagem, 1 Administrativo do Hospital, 1 Chefe cada serviços, 10 Médicos, 69 Técnicos, 15 Técnicos de diagnósticos terapêuticos e 23 Pessoal de apoio hospitalar.

A Maternidade proporciona atendimento nas seguintes áreas: Medicina, círurgia, Pediatria, Maternidade, Ginecologia e obstetrícia, Banco de urgência, Puericultura e outros serviços de apoio ao diagnóstico e terapêutica: Rx, Ecografia, Laboratório de análises clinica, Hemoterapia, Farmácia, Armazém de medicamentos, Áreas de geral, Formação dos internos da especialidade de medicina geral e familiar.

Maternidade Municipal do Nóqui

A Maternidade brinda no atendimento Infantil em: Atenção pré-natal, planeamento familiar, vacinação, atendimento ao parto e puerpério, em sistema de turno, permanente. Com 18 camas repartidas em duas salas de internamentos, salas de pré-partos com 3 camas e uma sala de 2 marquesas, 1 marquesa na

consulta externa. Constitui um cenário para as actividades práticas nos cuidados primárias de Saúde do primeiro ano da especialidade de medicina geral e familiar.

A Maternidade têm a missão de prestar cuidados hospitalares humanizados e de excelências, dinamizar acções na área de saúde reprodutiva, participar na formação da nova geração na área de saúde, construindo desta forma na melhoria da qualidade de vida da população.

2.8. Dificuldades encontradas

Ao longo da pesquisa encontrou-se as seguintes dificuldades: Escassez de referências bibliográficas, financeiras, falta de transporte, falta de equipamentos electrónicos e pouca experiência na elaboração do TFC, etc.

CAPÍTULO III: DISCUSSÃO E RESULTADOS

3.1. Apresentação e interpretação dos resultados

Neste capítulo, apresenta-se as análises e discussões dos resultados da pesquisa em questão, ou seja, aqui neste capítulo apresenta-se as respostas e as análises dos resultados das entrevistas por inquérito que foram submetidas ao grupo-alvo que fizeram parte directa do processo de pesquisa.

3.1.1. Apresentação e interpretação dos resultados da entrevista por inquérito dirigido aos membros de direcção da Maternidade Municipal de Nóqui/ Província de Zaire

Pergunta 1: Já ouviu falar sobre Planeamento familiar?

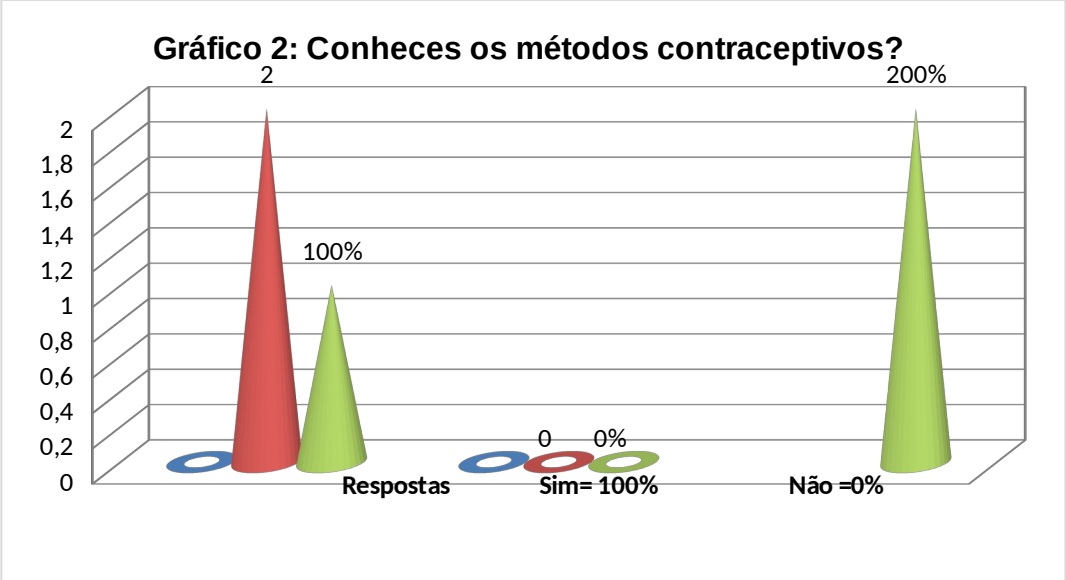
Membros de Direcção da Maternidade	Respostas		Total
	Sim	Não	
Freq. Absoluta	2	0	2
Valor Percentual	100%	0%	100%

Fonte: Elaboração própria (2023).

Quanto a primeira questão, em função do grau de instrução de conhecimento dos membros de direcção do hospital em questão, todos foram unânimes em responder que sim, já ouviram falar sobre o planeamento familiar que é um conjunto de acções de regulação da fecundidade.

Pergunta 2: Conhece os métodos contraceptivos?

Membros de Direcção da Maternidade	Respostas		Total
	Sim	Não	
Freq. Absoluta	2	0	2
Valor Percentual	100%	0%	100%

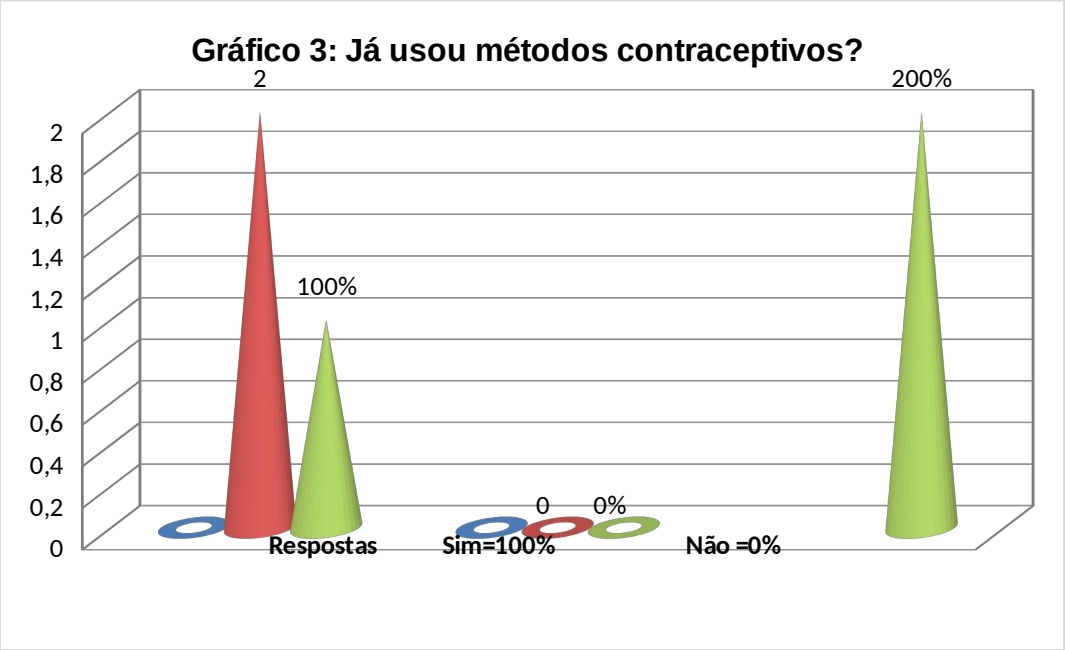


Fonte: Elaboração própria (2023).

Quanto a segunda questão, a resposta reflete-se de acordo a questão anterior, pois, de acordo o nível de instrução de conhecimento dos membros de direcção do hospital em questão, todos 100% respondera que sim, conhecem os métodos contraceptivos utilizadas no planeamento familiar. Os métodos de planeamento familiar e contraceptivos incluem a laqueadura de trompas, vasectomia que são métodos irreversíveis, além do uso de anticoncepcionais, preservativos femininos e masculinos e Dispositivo Intra-Uterino.

Pergunta 3: Já usou métodos contraceptivos?

Membros de Direcção da Maternidade	Respostas		Total
	Sim	Não	
Freq. Absoluta	2	0	2
Valor Percentual	100%	0%	100%

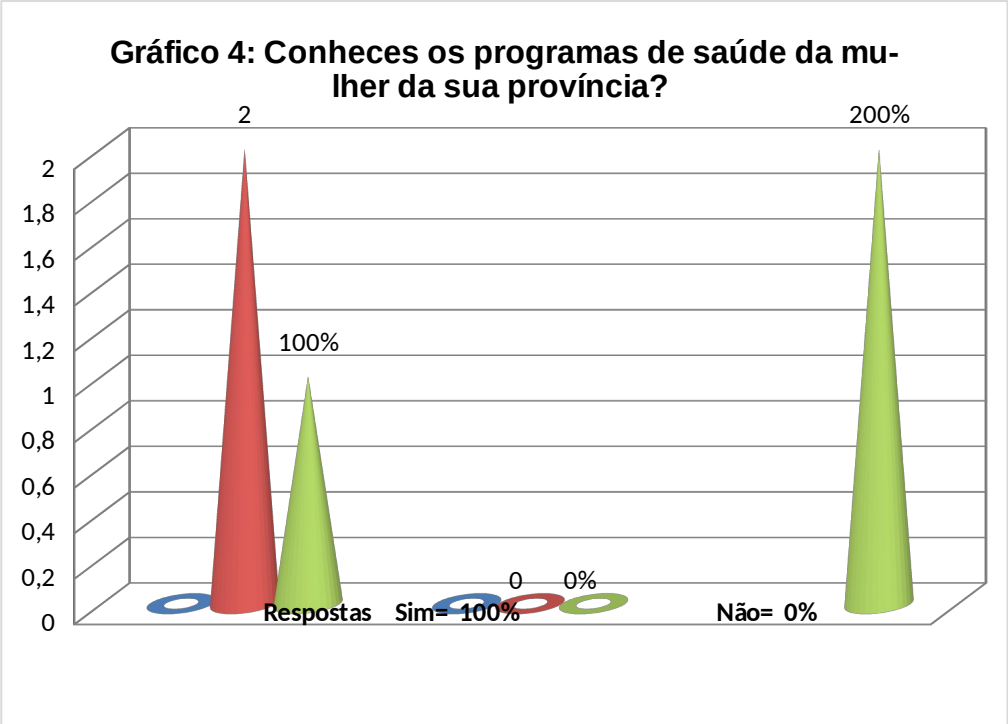


Fonte: Elaboração própria (2023).

Relactivamente a questão três, a resposta reflete-se de acordo a questão anterior, pois, de acordo o grau de conhecimento dos membros de Direcção da Maternidade em questão, todos 100% respondera que sim, conhecem, afirmando que já usaram método contraceptivo utilizado no planeamento familiar, todavia, os mesmos destacam o procedimento do uso de preservativo, a laqueadura de trompas, vasectomia que são métodos irreversíveis, além do uso de anticoncepcionais, preservativos femininos e masculinos e Dispositivo Intra-Uterino.

Pergunta 4: Conheces alguns programas de saúde da mulher da sua província?

Membros de Direcção da Maternidade	Respostas		Total
	Sim	Não	
Freq. Absoluta	2	0	2
Valor Percentual	100%	0%	100%

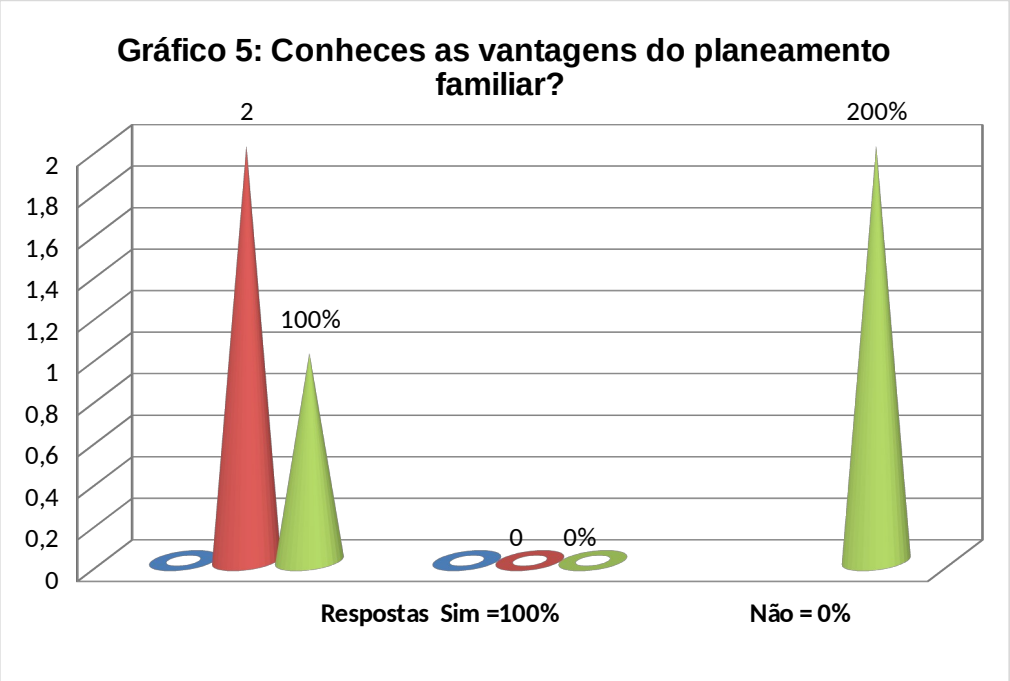


Fonte: Elaboração própria (2023).

Questão 4, foram respondida na mesma visão de respostas, ou seja, de forma única afirmando que sim, conhecem alguns programas de saúde, nomeadamente, “Nascer livre para Brilhar e Planeamento familiar saudável”, portanto, percebe-se que, a nível do membro de Direcção da Maternidade em causa, existem grande domínio sobre a situação em pesquisa.

Pergunta 5: Conheces as vantagens do planeamento familiar?

Membros de Direcção da Maternidade	Respostas		Total
	Sim	Não	
Freq. Absoluta	2	0	2
Valor Percentual	100%	0%	100%

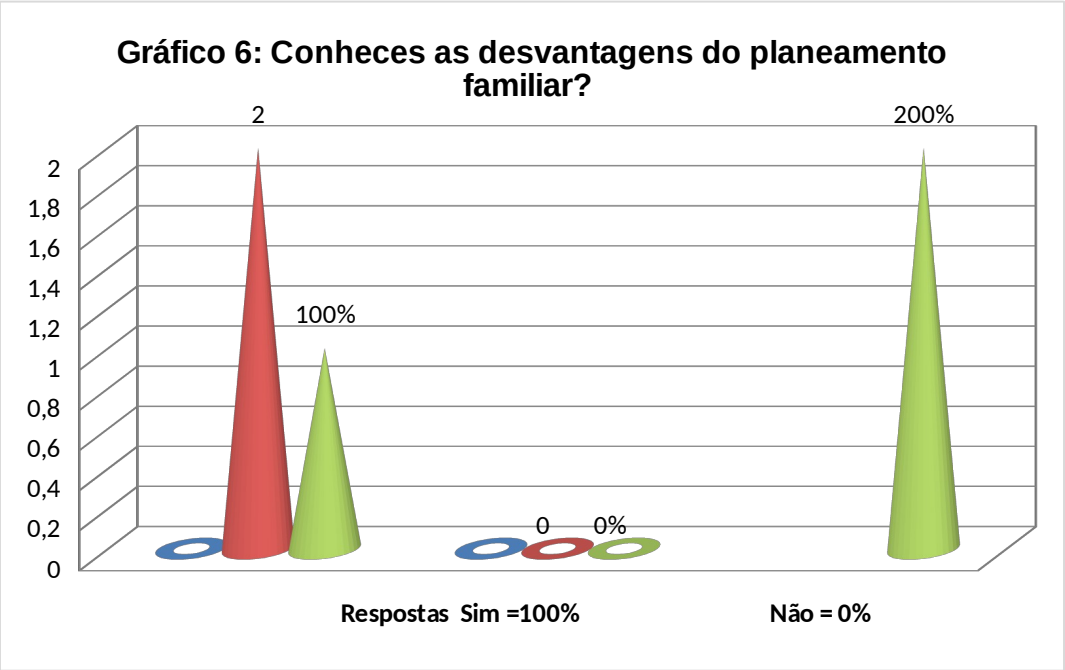


Fonte: Elaboração própria (2023)

Pergunta 5, os dois membros da Direcção da maternidade responderam que sim, conhece a vantagem do planeameneto familiar, afirmando que, uma delas é reduzir o número de filhos elevados, permite também promover comportamentos saudáveis face à sexualidade.

Pergunta 6: Conheces as desvantagens do planeamento familiar?

Membros de Direcção da Maternidade	Respostas		Total
	Sim	Não	
Freq. Absoluta	2	0	2
Valor Percentual	100%	0%	100%



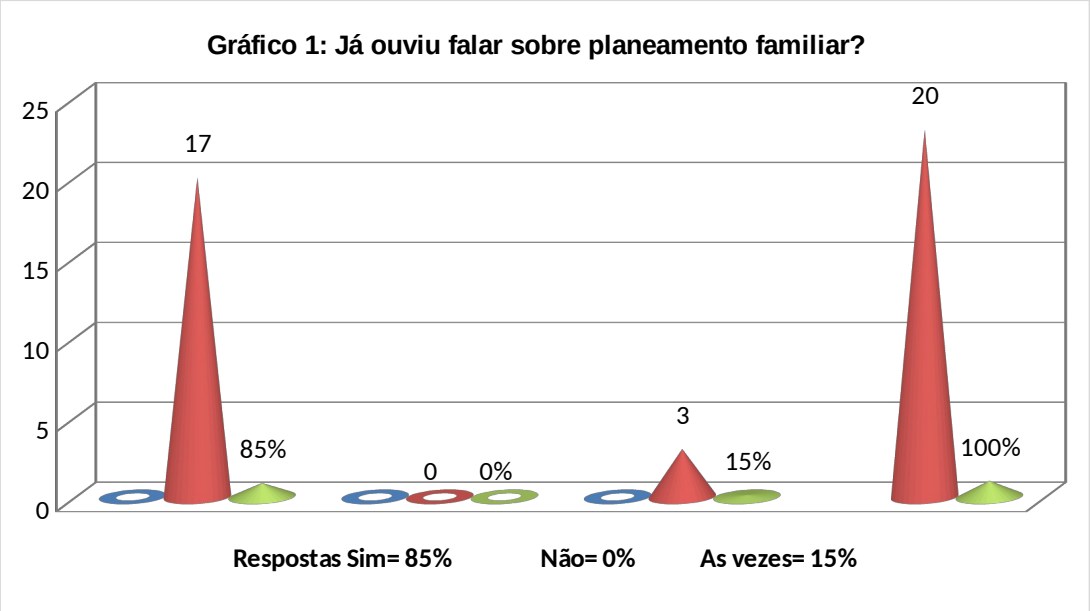
Fonte: Elaboração própria (2023)

Quanto ao inquérito aplicado aos membros de direcção da Maternidade Municipal de Nóqui / Província de Zaire, 100% responderam dando as mesmas perspectivas de respostas afirmando que sim, conhecem as desvantagens do planeamento, pois, retarda a reprodução familiar e como também causar infertilidade.

3.1.2. Apresentação e interpretação dos resultados da entrevista por inquérito dirigido aos Enfermeiros da Maternidade Municipal de Nóqui/ Província de Zaire

Pergunta 1: Já ouviu falar sobre Planeamento familiar?

Enfermeiros	Respostas			Total
	Sim	Não	As vezes	
Freq. Absoluta	17	0	3	20
Valor Percentual	85%	0%	15%	100%

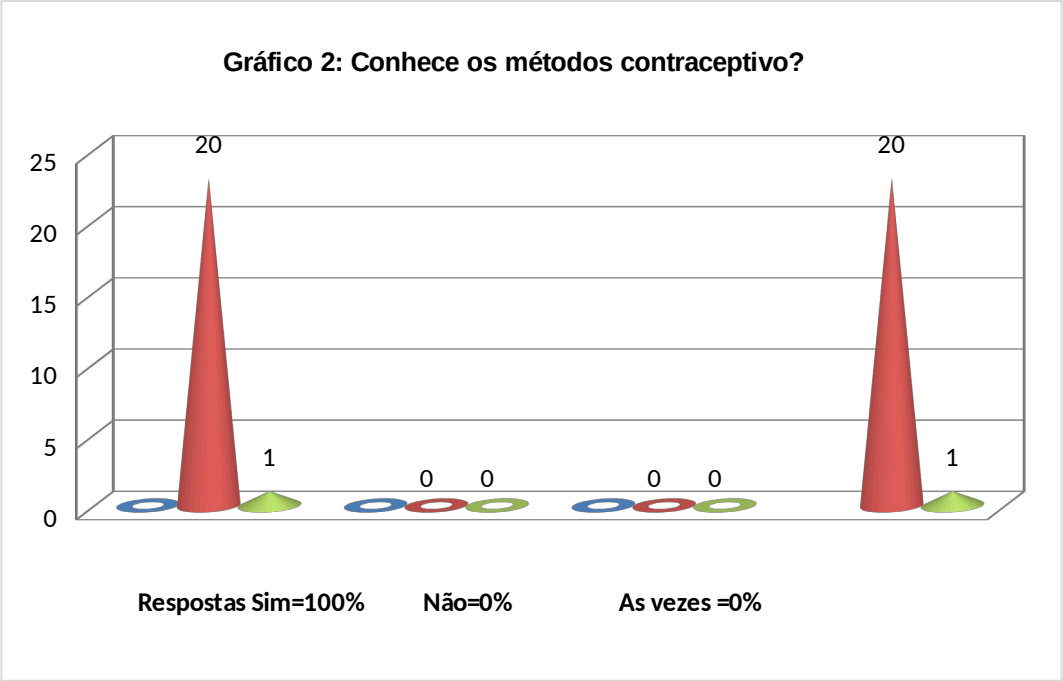


Fonte: Elaboração propria (2023).

Quanto a pergunta um, do inquérito aplicado aos enfermeiros da Maternidade Municipal de Nóqui/Província de Zaire, responderam dando as mesmas perspectivas de respostas afirmando sim 85% e 15% dos enfermeiros responderam as vezes já ouviram falar sobre planeamento familiar.

Pergunta 2: Conhece os métodos contraceptivos?

Enfermeiros	**Respostas**			**Total**
	Sim	**Não**	**As Vezes**	
Freq. Absoluta	20	0	0	20
Valor Percentual	100%	0	0	100%

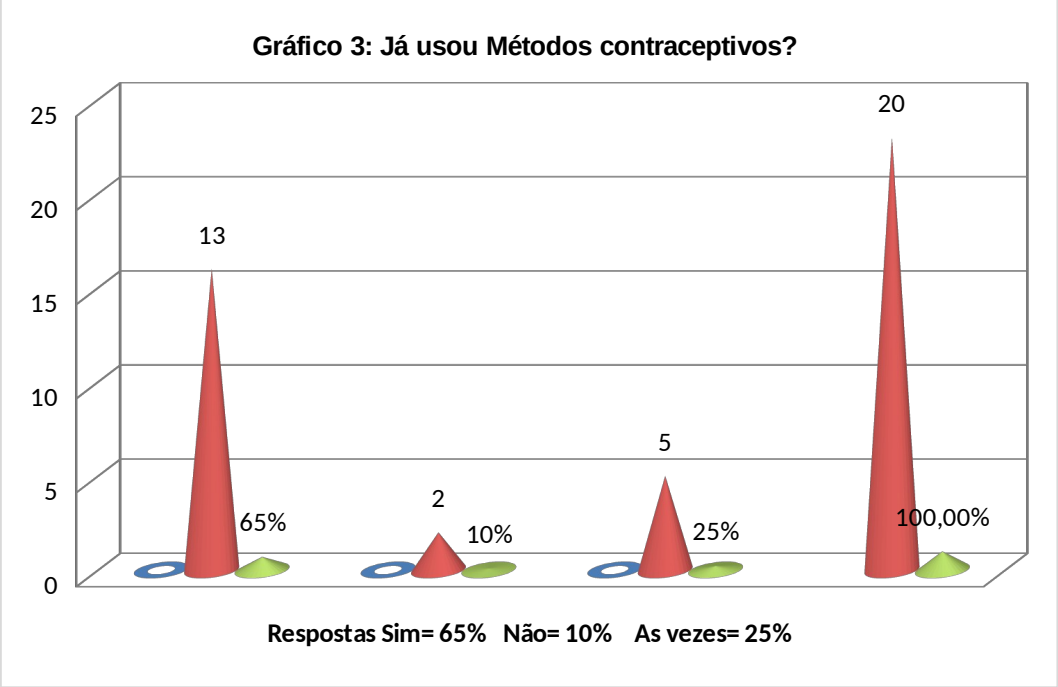


Fonte: Elaboração própria (2023)

Quanto a questão 2, os enfermeiros correspondente 100% dos participantes da pesquisa, tiveram uma única resposta afirmando que sim, conhecem os métodos contraceptivos.

Pergunta 3: Já usou métodos contraceptivos?

Enfermeiros	**Respostas**			**Total**
	Sim	**Não**	**As vezes**	
Freq. Absoluta	13	2	5	20
Valor Percentual	65%	10%	25%	100%

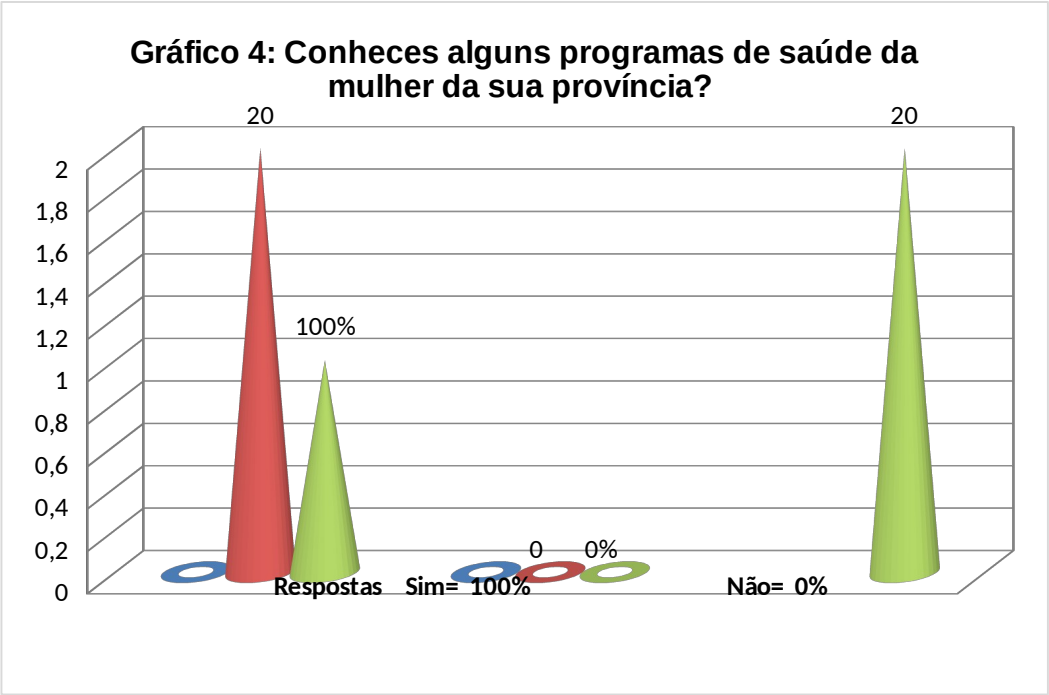


Fonte: Elaboração própria (2023).

Pergunta três, 65% dos enfermeiros responderam que sim, 10% responderam não fazem o uso e, 25% responderam que as vezes usam os métodos contraceptivos para planeamento familiar.

Pergunta 4: Conheces alguns programas de saúde da mulher da sua província?

Enfermeiros	**Respostas**			**Total**
	Sim	**Não**	**Talvez**	
Freq. Absoluta	20	0	0	20
Valor Percentual	100%	0%	0%	100%

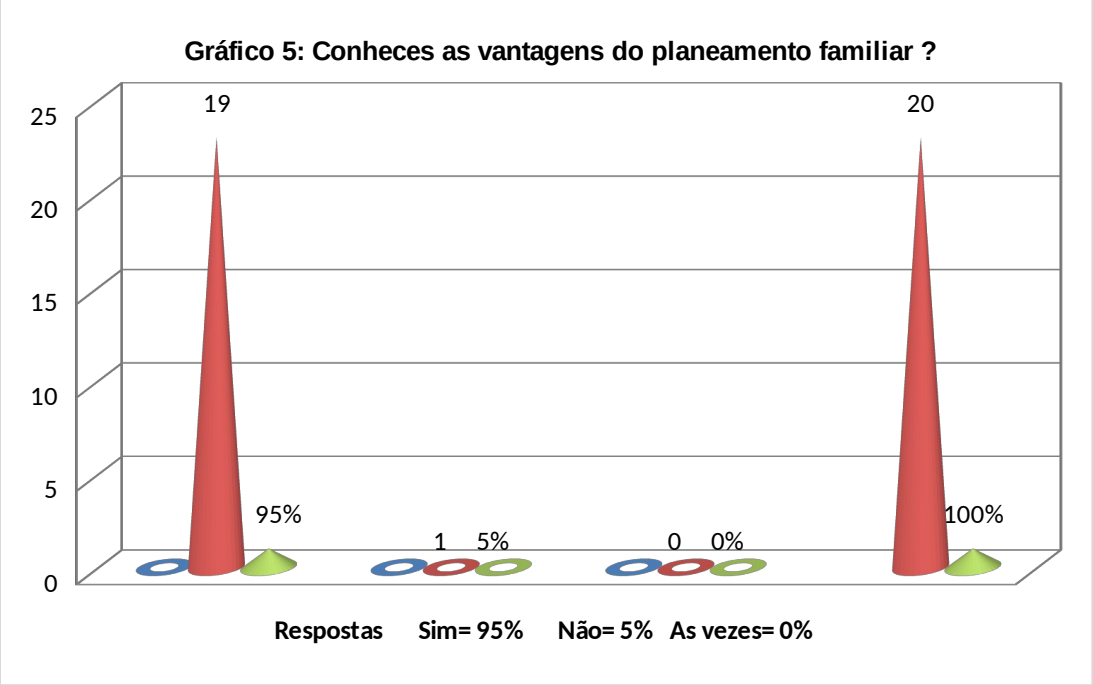


Fonte: Elaboração própria (2023).

Questão 4, todos 100% dos enfermeiros foram únicos nas suas respostas, responderam que sim, conhecem programas de saúde da mulher tais como Nascer livre para brilhar, Programas de planeamento familiar para todos e, entre outros programas.

Pergunta 5: Conheces as vantagens do planeamento familiar?

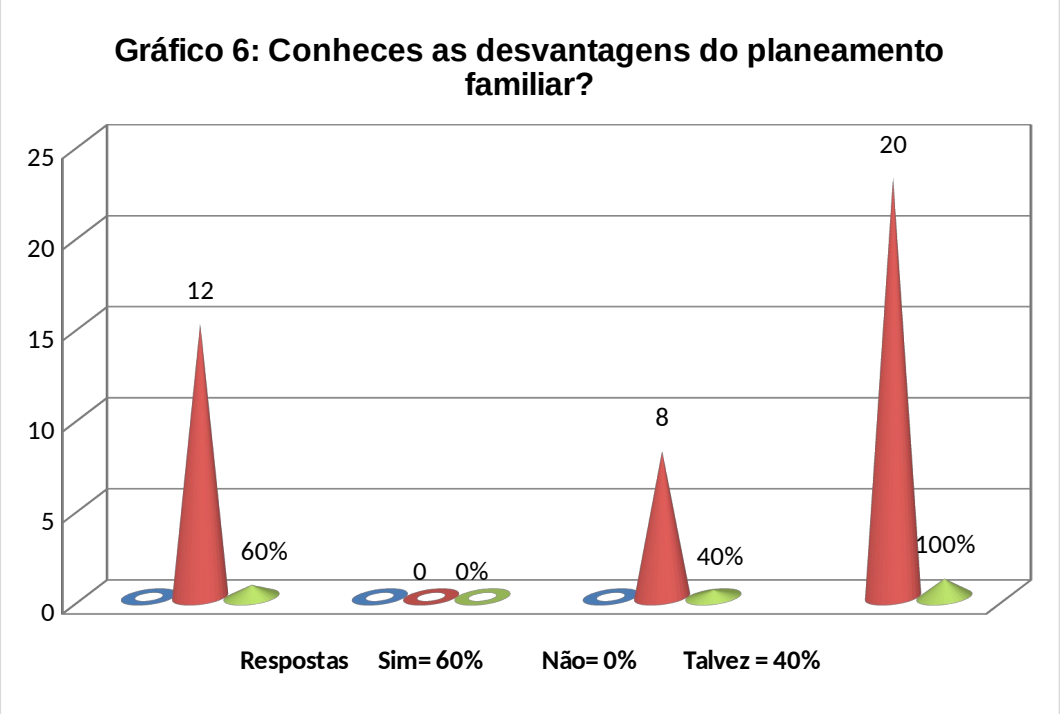
Enfermeiros	**Respostas**			**Total**
	Sim	**Não**	**As vezes**	
Freq. Absoluta	19	1	0	20
Valor Percentual	95%	5%	0%	100%



Quanto a pergunta cinco, aplicado aos enfermeiros do hospital referenciado, 95% dos enfermeiros responderam que sim, conhecem as vantagens do planeamento familiar, 5% responderam que não, pois, alegam que os mesmos são recéns enquadrados na saúde, perfazendo 100% dos enfermeiros que participaram da pesquisa em processo. É de carácter importante que se conheça as vantagens do planeamento familiar.

Pergunta 6: Conheces as desvantagens do planeamento familiar?

Enfermeiros	**Respostas**			**Total**
	Sim	**Não**	**Talvez**	
Freq. Absoluta	12	0	8	20
Valor Percentual	60%	0%	40%	100%



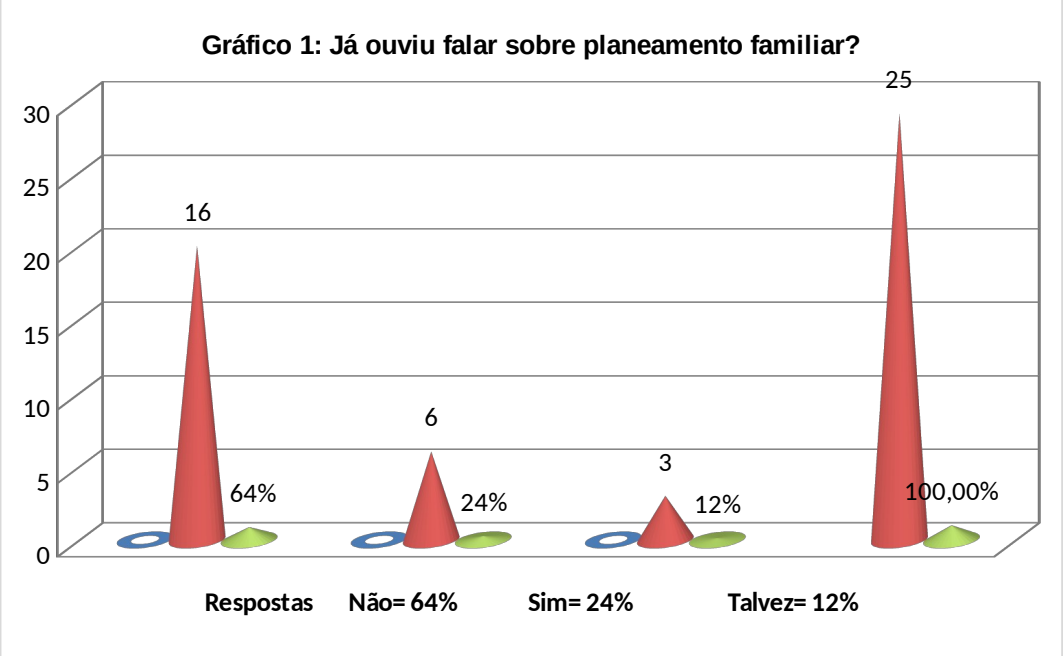
Fonte: Elaboração própria (2023).

Pergunta 6, aplicados aos enfermeiros a maioria dos enfermeiros correspondentes 60% responderam de forma única que sim, conhecem as desvantagens do planeamento familiar, 40% responderam que conhecem algumas desvantagens do planeamento familiar, totalizando 100% dos enfermeiros participantes na pesquisa.

3.1.3. Apresentação e interpretação dos resultados da entrevista por inquérito dirigida as mulheres em idade fértil na Maternidade Municipal de Nóqui/ Província de Zaire

Pergunta 1: Já ouviu falar sobre Planeamento familiar?

Mulher em idade fértil	Respostas			Total
	Não	Sim	Talvez	
Freq. Absoluta	16	6	3	25
Valor Percentual	64%	24%	12%	100%

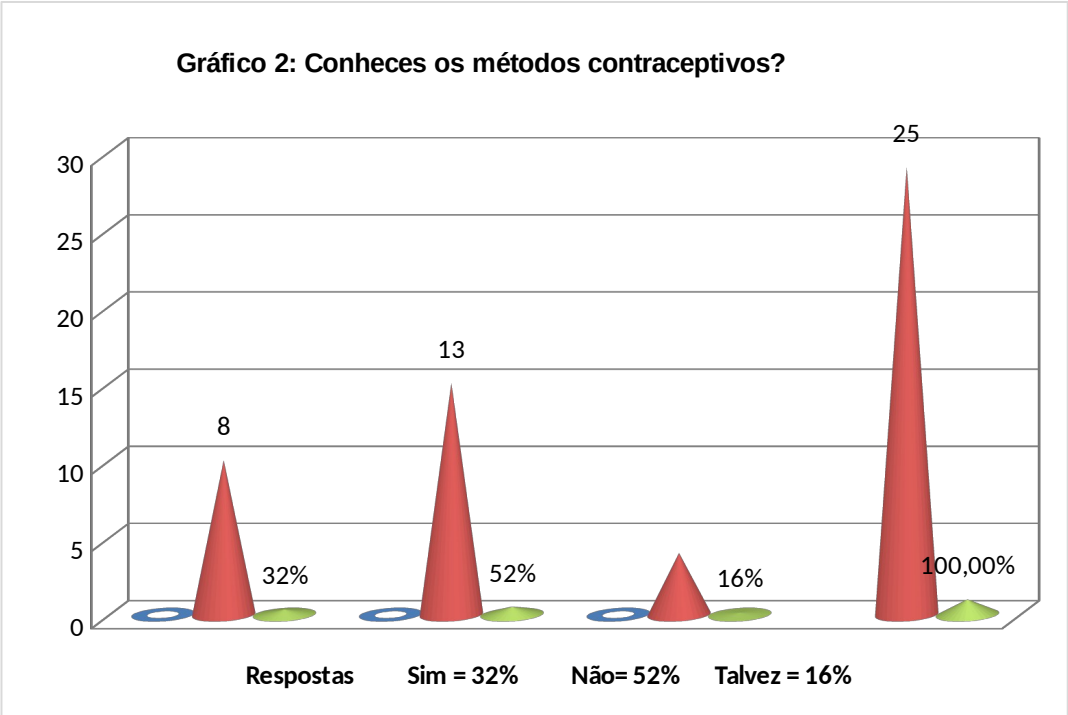


Fonte: Elaboração própria (2023)

No que tange a pergunta um, sobre planeamento familiar, 55% das mulheres em idades férteis, responderam que nunca ouviram falar sobre a referida temática, 30% responderam que sim, já ouviram falar sobre assunto em questão, ao passo que, 15% das mulheres gestadas responderam que talvez já ouviram falar relactivamente do assunto em questão.

Pergunta 2: Conhece os métodos contraceptivos?

Mulheres em idade fértil	**Respostas**			**Total**
	Sim	**Não**	**Talvez**	
Freq. Absoluta	8	13	4	25
Valor Percentual	32%	52%	16%	100%



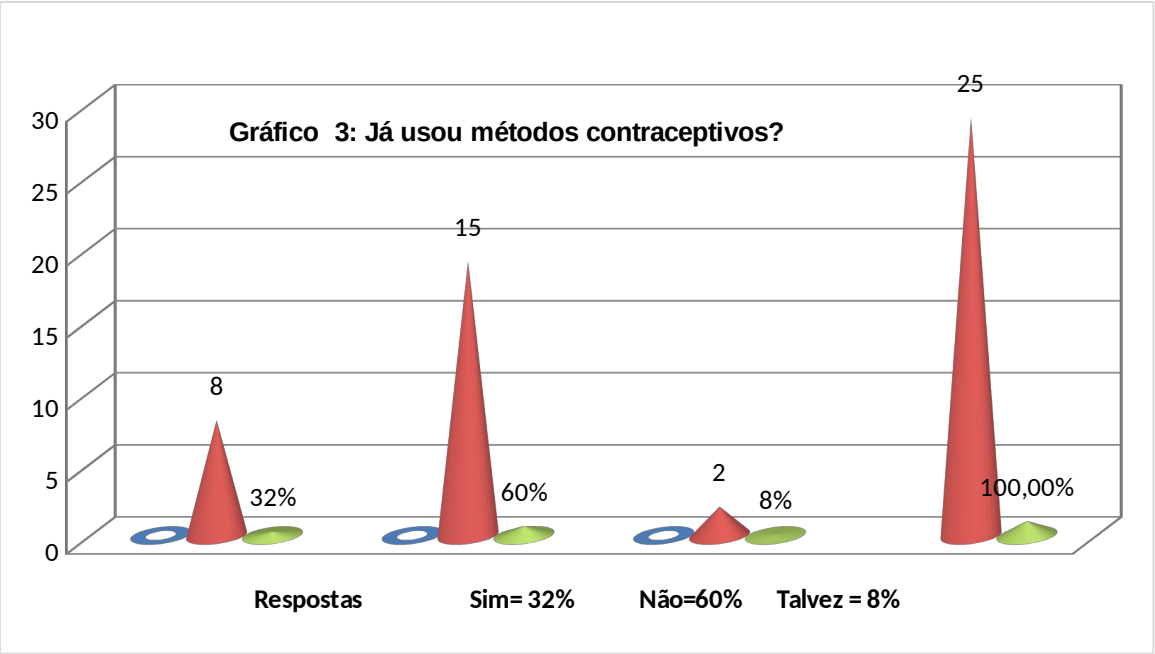
Fonte: Elaboração própria (2023).

Quanto a questão dois, feitos pelas mulheres em idade fértil, 30% responderam que sim, conhecem sobre os métodos contraceptivos, ao passo que, 50% das mulheres em idade fértil responderam que não conhecem sobre métodos contraceptivos e, 20% das mulheres responderam que talvez conhecem sobre as medidas contraceptivas.

Nesta ordem diagnóstica, pressupõe que, 50% que corresponde a metade das mulheres em idades fértil não sabem sobre métodos contraceptivos, daí alerta-se o governo local de Zaire.

Pergunta 3: Já usou métodos contraceptivos?

Mulheres em idade fértil	**Respostas**			**Total**
	Sim	**Não**	**Talvez**	
Freq. Absoluta	8	15	2	25
Valor Percentual	32%	60%	8%	100%



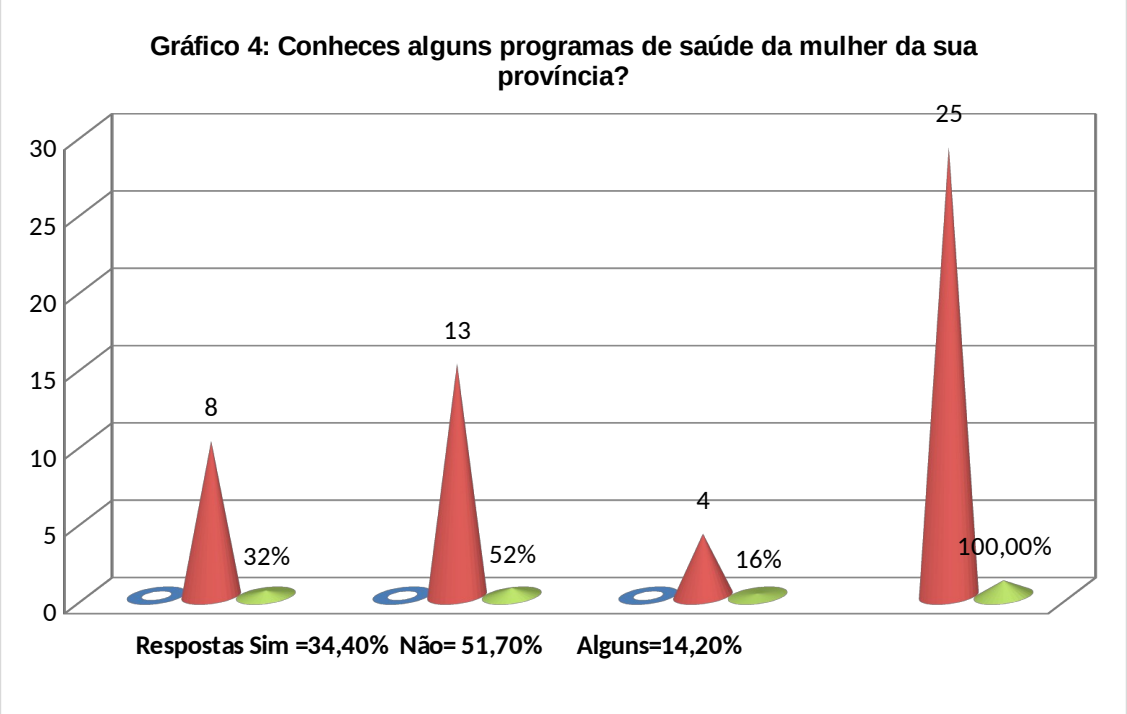
Fonte: Elaboração própria (2023).

Quanto a questão três, feitos pelas mulheres em idade fértil, 32% responderam que sim, conhecem sobre os métodos contraceptivos, ao passo que, 60% das mulheres em idade fértil responderam que não conhecem sobre métodos contraceptivos e, 8% das mulheres responderam que talvez conhecem sobre as medidas contraceptivas.

Depois do conhecimento profundo chega-se a ilação que, 68% que corresponde a maioria das mulheres em idades fértil não sabem, ou seja, nunca ouviram falar sobre métodos contraceptivos.

Pergunta 4: Conheces alguns programas de saúde da mulher da sua província?

Mulheres em idade fértil	**Respostas**			**Total**
	Sim	**Não**	**Alguns**	
Freq. Absoluta	8	13	4	25
Valor Percentual	32%	52%	16%	100%

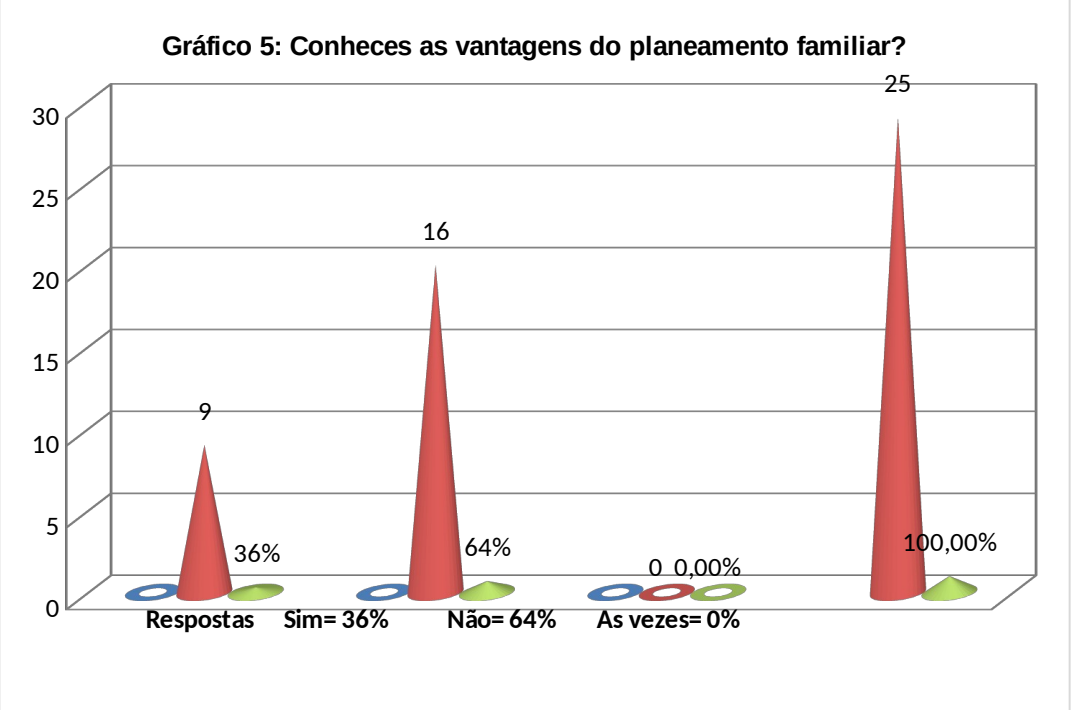


programas de saúde da mulher a nível provincial de Zaire, 52% afirmaram respondendo que não conhecem, ao passo que 16% responderam que talvez conhecem programas relacionados a saúde da mulher.

Quanto a situação referenciada toma-se conhecimento que, a maioria das mulheres não conhecem programas relacionados a saúde da mulher, todavia, é preocupante este diagnóstico inicial, portanto, alerta-se o governo local de Zaire e toda sua estrutura aplicarem políticas de redução sobre falta dos programa diversos do planeamento familiar.

Pergunta 5: Conheces as vantagens do planeamento familiar?

Mulheres em idade fértil	**Respostas**			**Total**
	Sim	**Não**	**As vezes**	
Freq. Absoluta	9	16	0	25
Valor Percentual	36%	64%	0%	100%

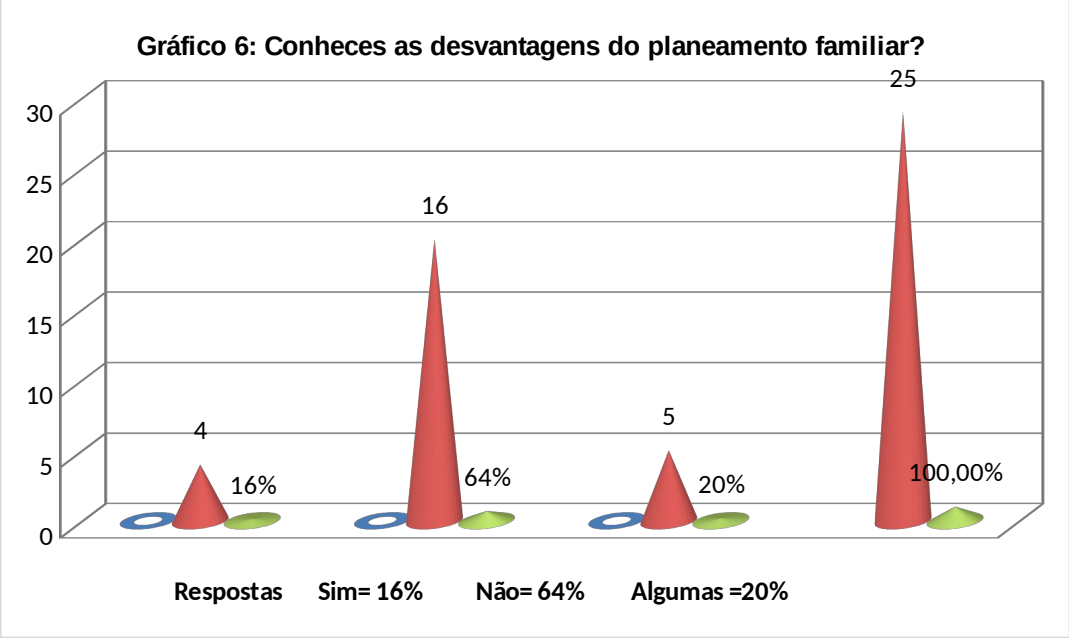


Fonte: Elaboração própria (2023).

Quanto a questão cinco, 36% das mulheres em idades férteis responderam que sim, conhecem as vantagens do planeamento familiar, afirmando que o planeamento familiar permite o casal decidir ter o número de filhos desejados e não só, como também permite avaliar melhor a situação da disponibilidade financeira com o número de filhos, 64% responderam que não sabem as vantagens do planeamento familiar, totalizando 100% das mulheres participante do processo de pesquisa.

Pergunta 6: Conheces as desvantagens do planeamento familiar?

Mulheres em idade fértil	**Respostas**			**Total**
	Sim	**Não**	**Algumas**	
Freq. Absoluta	4	16	5	25
Valor Percentual	16%	64%	20%	100%



Fonte: Elaboração própria (2023).

Pergunta 6, aplicados as mulheres em idades férteis do hospital em questão, 16% das mulheres em idade fértil responderam que sim, conhecem as desvantagens do planeamento familiar, pois, as mesmas responderam que existem tantas desvantagens, mas uma das desvantagens é a redução significativa de filhos, 64% responderam que não conhecem, 20% disseram que só conhecem algumas, porque a sua aplicação não é constante.

É possível compreender que, os métodos contraceptivos mais usado no hospital em pesquisa, são em primeiro lugar os métodos de implantes (chips) correspondente a 48% e, o segundo procedimento contraceptivo mais solicitado é o método contraceptivo injectável com 40%, uso de pílulas, equivalendo a 12%, totalizando 100% das mulheres que fizeram parte directa do processo de pesquisa.

CONCLUSÕES

Depois, da pesquisa efectuada tando pelas fontes bibliográficas como as documentais que foram complementadas com o estudo de campo conclui-se da seguinte forma:

Compreende-se que a uma enorme importância da adesão ao planeamento familiar em mulheres em idade reprodutiva na Maternidade Municipal de Nóqui, Província do Zaire, pois, permite ao casal decidir quantos filhos quer, se os quer e

quando os quer, ou seja, planear a sua família, promover comportamentos saudáveis face à sexualidade, preparar e promover uma maternidade e paternidade mais responsável.

Os especialistas em ciências da saúde explicaram os diferentes tipos de métodos anticoncepcional, que facilitam na programação da procriação de filhos e, depois disso foram citados vários procedimentos contraceptivos que permite o planeamento familiar, depois da explicação dos métodos várias são as mulheres que participaram de forma activa na adesão do planeamento.

Com base aos dados recolhidos junto aos profissionais da maternidade em pesquisa, identificaram o entendimento e interesse das mulheres em idade fértil sobre adesão do planeamento familiar, porque muitas das mulheres que fizeram parte da pesquisa desconheciam sobre o valor do planeamento familiar.

Os métodos contraceptivos mais usados na Maternidade Municipal do Nóqui/ Província de Zaire, são em primeiro lugar os métodos de implantes (chips) correspondente a 48% e, o segundo procedimento contraceptivo mais solicitado é o método contraceptivo injectável com 40%, uso de pílulas, equivalendo a 12%, totalizando 100% das mulheres que fizeram parte directa do processo de pesquisa.

SUGESTÕES

Membros de direcção da Maternidade Municipal do Nóqui / Província de Zaire:

Que o Maternidade adoptem políticas incentivadoras sobre adesão do planeamento familiar;

Enfermeiros:

Que os profissionais de saúde localmente criem mecanismos de aconselhamento para fornecerem maior explicação no uso e propagação dos métodos contraceptivos;

Mulheres em idades fértil:

Que as mulheres em idade fértil e, com números elevados de filhos, sejam incentivadas com palestras, *workhops* ou seminarios a aderirem ao planeamento familiar de modo a evitar filhos não desejados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alberto, F.L., (2007). *Dicionário de Enfermagem*. 2ª Edição, Brasil: Curitiba.

Andrews P. R. (2016). *Public funding for family planning, sterilization and abortion services, FY 1980–2006 (PDF). Guttmacher Institute.* Col: Occasional Report. New York.

Araújo Y. E. at al (2019). *Planejamento familiar: importância do conhecimento das características da clientela para implementação de acções de saúde.* O Mundo da Saúde, São Paulo; 32(4):412-419

Bastos A. M. (2011). *Planejamento familiar como medidas de promoção da saúde*. São Paulo, Brasil.

Bitzer at al (2016). *Saúde da mulher: um desafio em construção.* Florianópolis: UFSC.

Brasil, (2013). *Planejamento familiar*. *Sociedade Civil Bem-Estar Familiar. Pesquisa nacional sobre demografia e saúde.* Rio de Janeiro

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. (2000). *Normas para pesquisa envolvendo seres humanos.* Brasília: Ministério da Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.

Brasil. Ministério da Saúde. (1990). *Modelos assistenciais no SUS Brasília:* Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2002). *Assistência em planeamento familiar: Manual Técnico*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2004). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Plano de Acção*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brestas, Ohara, Jardim & Muroya, 2009; Vilar & Ferreira, 2010). *Controle e escolha do método anticoncepcional.* Rev Bras Enferm, 30 (3): 273-8.

Carreno M.F., (2006). *Uso de métodos contraceptivos entre mulheres com vida sexual ativa,* São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil.

Carvalho M.L.O. (2001). *Participação masculina na contracepção pela ótica feminina. Rev Saude Publica.*

Carvalho M.L.O. (2005). *Motivos de rejeição aos métodos contraceptivos reversíveis em mulheres esterilizadas.* Rev Saude Publica.

Carvalho, V. (1995). *Programas nacionais de saúde materno-infantil: impacto político social e inserção de enfermagem.* Rio de Janeiro: Editora da UFRJ.

Clark M.L.C. (2014). *Saúde Pública*. 3ª Edição, Brasília.

Coelho, E. B. S; Calvo, C.; Coelho, C.C. (2006). *Saúde da mulher: um desafio em construção.* Florianópolis: UFSC.

Collins F.L. (2007). *Serviço de Maternidade em Acção*. 2ª Edição, Brasil.

Cook at. al. (2004). *Características reprodutivas de mulheres de 15 a 49 anos: estudos comparativos e planejamento de ações*. Rev Saúde Pública; 33 (1):64-72.

Correia, S. (1999). *Movimento de Saúde e direitos reprodutivos no Brasil*: r*evisitando percursos – saúde sexual reprodutiva no Brasil*. São Paulo.

Daniels V.K. (2010). *O comportamento materno dos pais*. Edição plural, Brasil: Guaianas.

Francisco, G.M., (2010). *Dicionário Químico*. Edição Plural, Brasília.

José G. F. (2017). *O Planeamento Familiar.* 1ª Edição, Brasília.

Lakato e Marconi, (2003). *Fundamentação Metodológica*. 1ª Edição, Brasil.

Lakatos, E. M. e Marconi. M. de A. (2014). *Fundamentos da Metodologia Científica*. 6ª Edição; São Paulo

Lemos D. M. (2014). *Características do uso de métodos anticoncepcionais no Estado de São Paulo.* Rev Saúde Pública; 36(3):26370

Marchi N. M. (2001). *Vasectomia: Razões da opção de casais pelo método*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo;

Marcolino C, Galastro E. P. (2001). *As visões feminina e masculina acerca da participação de mulheres e homens no planejamento familiar*. Rev Lat-Am Enfermagem; 9(3):77-82.

Ministério da Saúde, (2022). *Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico/Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher*. 4ª edição – Brasília: Ministério da Saúde.

Miranda, H. F. (2006). *Dicionário de Língua Portuguesa*. 1ª Edição, Portugal: Odivelas.

Moura E. R. F, Silva R. M, Galvão M.T.G. (2007). *Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no Programa Saúde da Família no Brasil*.

Moura E.R.F., Silva R.M. (2004). *Informação e planejamento familiar como medidas de promoção da saúde*. Brasil: Brasília.

Ndayizigiye H. F. at al (2017) *Population, Fertility and Family Planning in Pakistan: A Program in Stagnation.* Population Action International.

Nelas, P., Fernandes, C., Ferreira, M., Duarte, J., & Chaves, C. (2010). *Construção e validação da escala de conhecimentos sobre planeamento familiar. Sexualidade e educação sexual.* Braga: Edições C.I.Ed – Centro de investigação em Educação, Universidade do Minho.

OMS, (2007). *Planejamento Familiar: Um Manual Global para Profissionais e Serviços de Saúde Planejamento Familiar:* Um Manual Global para Profissionais e Serviços de Saúde, Projeto INFO.

Osis M.J.D., Faúndes A, Makuch M.Y., Mello M. B., Sousa M. H. S., Araújo M.J.O. (2006). *Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa.* Cad Saúde Pública.

Pelloso S. M, Carvalho M.D.B. (2004). *Planejamento familiar: perfil das usuárias de um programa.* Arq Apadec;8(Supl).

Piovesan F., Pirotta W.R.B. (1998). *A proteção dos direitos reprodutivos no direito internacional e no direito interno*. *In: Piovesan F. Temas de direitos humanos*. São Paulo: Max Limonad.

Portugal, Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde (2015*). Plano Nacional de Saúde Escolar*. Lisboa: DGS.

Potter F. R. e Santelli Q. N. (2015). *O planeamento familiar e saúde sexual reprodutiva no Brasil*. São Paulo.

Reis e Matos (2007). *Importância do conhecimento do planeamento familiar.* O Mundo da Saúde, São Paulo; 32(4):412-419

Sousa S. (2021). *Planejamento familiar: perfil das usuárias de um programa.* Arq Apadec;8 (Supl). Rio de Janeiro, Brasil.

Tavares L.S, Leite I.C.L, Telles F.S.P. (2015). *Necessidade insatisfeita por métodos anticoncepcionais no Brasil.* Rev Bras Epidemiol; 10 (2): 13948.

APÊNDICES

Entrevista por inquérito dirigido aos membros de direção da Maternidade Municipal de Nóqui/ Província de Zaire

Estimado membro de direção, estou a fazer uma pesquisa do Trabalho de Fim de Curso para obtenção do título de Licenciada em Ciências de Saúde, com o tema: Adesão do Planeamento Familiar das mulheres dos 18 a 35 anos de idade assistidas na Maternidade Municipal do Nóqui/Província de Zaire, no II Semestre de 2023. Desde já, agradeço a vossa máxima atenção e sobretudo a colaboração para responder as questões abaixo.

Assinala, com um X a opção que expressa a sua opinião

Dados pessoais: Nível académico_____ Idade:____ Tempo de serviço:_____ Função que exerce:_____

1. Já ouviu falar sobre Planeamento familiar? Sim ( ) Não ( )
2. Conhece os métodos contraceptivos? Sim ( ) Não ( ) se for sim, assinalá-os:

- Pílula ( ) **b)** Preservativo femenino( ) **c)** Preservativo masculino ( ) **d)** Injecção ( ) **e)** Diafragma ( ) **f)** DIU ( ) **g)** Anel vaginal ( ) **h)** Adesivo ( ) **i)** Coito ( ) **j)** Interrompido **i)** Tabelinha ( ) **m)** Vasectomia ( ) **n)** Laqueadora ( )

3. Já usou métodos contraceptivos?

_____

_____

4. Conheces alguns programas de saúde da mulher da sua província? Sim ( ) Não ( )

5. Conheces as vantagens do planeamento familiar? Sim ( ) Não ( )

_____

6. Conheces as desvantagens do planeamento familiar? Sim ( ) Não ( )

_____

Muito obrigada!

Entrevista por inquérito dirigido aos enfermeiros da Maternidade Municipal de Nóqui/ Província de Zaire

Estimado enfermeiro, estou a fazer uma pesquisa do Trabalho de Fim de Curso para obtenção do título de Licenciada em Ciências de Saúde, com o tema: Adesão do Planeamento Familiar das mulheres dos 18 a 35 anos de idade Assistidas na Maternidade Municipal do Nóqui/Província de Zaire, no II Semestre de 2023. Desde já, agradeço a vossa máxima atenção e sobretudo a colaboração para responder as questões abaixo.

Assinala, com um X a opção que expressa a sua opinião

Dados pessoais: Nível académico_____ Idade:____ Tempo de serviço:_____ Função que exerce:_____

1. Já ouviu falar sobre Planeamento familiar? Sim ( ) Não ( )
2. Conhece os métodos contraceptivos? Sim ( ) Não ( ) se for sim, assinalá-os:

- Pílula ( ) **b)** Preservativo femenino( ) **c)** Preservativo masculino ( ) **d)** Injecção ( ) **e)** Diafragma ( ) **f)** DIU ( ) **g)** Anel vaginal ( ) **h)** Adesivo ( ) **i)** Coito ( ) **j)** Interrompido **i)** Tabelinha ( ) **m)** Vasectomia ( ) **n)** Laqueadora ( )

3. Já usou métodos contraceptivos?

_____

_____

4. Conheces alguns programas de saúde da mulher da sua província? Sim ( ) Não ( )

5. Conheces as vantagens do planeamento familiar? Sim ( ) Não ( )

_____

6. Conheces as desvantagens do planeamento familiar? Sim ( ) Não ( )

_____

Muito obrigada!

Entrevista por inquérito dirigido as mulheres em idade fértil na Maternidade Municipal de Nóqui/ Província de Zaire

Estimada mulher, estou a fazer uma pesquisa do Trabalho de Fim de Curso para obtenção do título de Licenciada em Ciências de Saúde, com o tema: Adesão do Planeamento Familiar das mulheres dos 18 a 35 anos de idades Assistidas na Maternidade Municipal do Nóqui/Província de Zaire, no II Semestre de 2023. Desde já, agradeço a vossa máxima atenção e sobretudo a colaboração para responder as questões abaixo.

Assinala, com um X a opção que expressa a sua opinião

Dados pessoais: Nível académico_____ Idade:____ Tempo de serviço:_____ Função que exerce:_____

1. Já ouviu falar sobre Planeamento familiar? Sim ( ) Não ( )
2. Conhece os métodos contraceptivos? Sim ( ) Não ( ) se for sim, assinalá-os:

- Pílula ( ) **b)** Preservativo femenino( ) **c)** Preservativo masculino ( ) **d)** Injecção ( ) **e)** Diafragma ( ) **f)** DIU ( ) **g)** Anel vaginal ( ) **h)** Adesivo ( ) **i)** Coito ( ) **j)** Interrompido **i)** Tabelinha ( ) **m)** Vasectomia ( ) **n)** Laqueadora ( )

3. Já usou métodos contraceptivos?

_____

_____

4. Conheces alguns programas de saúde da mulher da sua província? Sim ( ) Não ( )

5. Conheces as vantagens do planeamento familiar? Sim ( ) Não ( )

_____

6. Conheces as desvantagens do planeamento familiar? Sim ( ) Não ( )

_____

Muito obrigada!

ANEXOS