MARIA CRISTINA SZEZECH CERQUEIRA E SILVA

AVALIAÇÃO DO IMPACTO DE IMPLEMENTAR UM PROGRAMA DE ORIENTAÇÃO E ATENÇÃO EM PLANEJAMENTO FAMILIAR COM INTEGRAÇÃO NO PÓS-PARTO

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Clínica Cirúrgica do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná como requisito parcial à obtenção do grau de Doutor.

Orientador: Prof. Dr. Abraham Juan Diaz Moraguez

CURITIBA
1995

MARIA CRISTINA SZEZECH CERQUEIRA E SILVA

AVALIAÇÃO DO IMPACTO DE IMPLEMENTAR UM PROGRAMA DE ORIENTAÇÃO E ATENÇÃO EM PLANEJAMENTO FAMILIAR COM INTEGRAÇÃO NO PÓS-PARTO

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Clínica Cirúrgica do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná como requisito parcial à obtenção do grau de Doutor.

Orientador: Prof. Dr. Abraham Juan Diaz Moraguez

CURITIBA
1995

"Há inúmeros modos de realizar e difundir o bem. Cada pessoa, cada campo pode dar o melhor de si em pról de seus semelhantes, dentro do campo de influências e com os meios a seu dispor."

(BEMFAM, 1965)

Ao meu marido, Cerqueira, e aos meus filhos — Rafael e Gustavo — cujo amoroso apoio sempre me deu coragem, força interior e alegria de viver.
À minha mãe, Mariana, e aos muitos que lançaram luz em meu caminho.

AGRADECIMENTOS

Ao professor Juan Diaz, orientador e amigo, meu reconhecimento e profunda gratidão.

À enfermeira Margarita Diaz, pela orientação e análise gabaritadas de profissional da saúde e da educação

Ao professor Almir Antonio Urbanetz pelo incentivo e opiniões criteriosas.

Ao professor Osvaldo Malafaia, coordenador do Curso de Pós-Graduação em Clínica Cirúrgica da UFPR, mestre incentivador, empreendedor de grandes ideais.

Ao professor Hélcio Bertolozzi Soares, Chefe do Departamento de Tocoginecologia da UFPR, pelo apoio e oportunidade para poder realizar este trabalho.

Ao professor Candido Guilherme Doring, por sua ajuda e conselhos inestimáveis.

À Dra. Stella Rodacki, pela contribuição e amizade.

À Dra. Andreia, pela colaboração efetiva e amiga.

À Sra. Ivanir Pencal, pela contribuição e apoio

À equipe de enfermagem: Iracema Gutierrez, Julieta Ruthes, Maria Willig da Silva e Maria Gonçalves, pelo respeito e dedicação às pacientes, auxiliando na condução prática deste estudo.

À enfermeira Sonia Maria Cardoso, por compartilhar comigo suas idéias e recursos.

Às secretárias Joceli do Pilar Michak e Neuzeli da Cunha Holdorf, pelo auxílio aos retornos das pacientes, meus sinceros agradcimentos.

Ao CEMICAMP pelos inestimáveis préstimos que viabilizaram este trabalho, com especial gratidão à Lucia.

SUMÁRIO

	LISTA DE SIGLAS, ABREVIATURAS E SIMBOLOS	*v*
	LISTA DE TABELAS	*vii*
	RESUMO	ix
	ABSTRACT	*x*
1	**INTRODUÇÃO**	1
2	**OBJETIVOS**	7
2.1	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	7
3	**REVISÃO DA LITERATURA**	9
4	**METODOLOGIA**	41
4.1	DESENHO DO ESTUDO	42
4.2	MÉTODOS	42
5	**RESULTADOS**	59
5.1	ANÁLISE QUANTITATIVA	59
5.2	ANÁLISE QUALITATIVA	74
6	**DISCUSSÃO**	84
7	**CONCLUSÕES**	97
	ANEXO 1 - REGISTRO DE AVALIAÇÃO DE ANTICONCEPÇÃO NO PÓS-PARTO	98
	ANEXO 2 - PROGRAMA DE ORIENTAÇÃO EM PLANEJAMENTO FAMILIAR EXISTENTE AO PÓS-PARTO	99
	ANEXO 3 - PROGRAMA DE ORIENTAÇÃO EM PLANEJAMENTO FAMILIAR A PACIENTES PÓS-PARTO - IMPLEMENTAÇÃO	101
	ANEXO 4 - MATERIAL DE INFORMAÇÃO, EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM PLANEJAMENTO FAMILIAR ÀS PACIENTES PÓS-PARTO	115

ANEXO 5 - GUIA PARA INVESTIGAÇÃO MEDIANTE SESSÕES DE GRUPOS FOCAIS 117
ANEXO 6 - RECURSOS EDUCACIONAIS 123
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 135

LISTA DE SIGLAS, ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

ABEPF	Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar
AHLACMA	Associação de Lactação Materna de Honduras
AVSC	Association for Voluntary Surgical Contraception
BEMFAM	Sociedade de Bem-Estar Familiar no Brasil
CEMICAMP	Centro de Pesquisas e Controle das Doenças Materno-Infantis de Campinas
C.I.D.E.	Centro de Investigación y Desarollo de la Educación
DHS	Demographic and Health Survey
DIU	Dispositivo Intra-Uterino
DIU TCu-200B	Dispositivo Intra-Uterino T de Cobre 200B
DIU TCu-380A	Dispositivo Intra-Uterino T de Cobre 380A
et al.	e outros
e cols.	e colaboradores
IHSS	Instituto de Seguridade Social de Honduras
INOPAL	Investigación Operacional en America Latina
IMIP	Instituto Materno-Infantil de Pernambuco
IMSS	Instituto Mexicano de Seguridade Social
IPPF	International Parenthood Federation

IPPS	Instituto de Seguridade Social do Peru
JHPIEGO	Johns Hopkins Program for International Education in Gynaecology and Obstetrics
LAM	Lactational Amenorrhea
MAC	Método Anticoncepcional
OMS	Organização Mundial da Saúde
p.	página
PC-XT 640 K	Personal Computer - Expanded com 640.000 bytes de memória
UFPR	Universidade Federal do Paraná
UNFPA	United Nations Population Fund
WHO	World Health Organization
χ^2	Qui-quadrado
%	Porcentagem
=	Igual
>	Maior
<	Menor
≥	Maior ou igual
≤	Menor ou igual

LISTA DE TABELAS

1 PORCENTAGEM DE PARTOS E DE RETORNOS PARA REVISÃO PUERPERAL NOS DOIS PERÍODOS 60

2 DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES DOS DOIS GRUPOS SEGUNDO A IDADE 61

3 DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES DOS DOIS GRUPOS SEGUNDO A PARIDADE (excluindo último parto) 61

4 DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES DOS DOIS GRUPOS SEGUNDO O NÚMERO DE FILHOS VIVOS NO MOMENTO DA REVISÃO PUEPERAL 62

5 DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES DOS DOIS GRUPOS SEGUNDO O ESTADO CIVIL 63

6 DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES DOS DOIS GRUPOS SEGUNDO OS ANOS DE ESTUDO CURSADOS 63

7 DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES DOS DOIS GRUPOS SEGUNDO O TIPO DE OCUPAÇÃO 64

8 DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES DOS DOIS GRUPOS SEGUNDO O TIPO DE RELIGIÃO 65

9 DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES DOS DOIS GRUPOS SEGUNDO O TIPO DE TÉRMINO DA ÚLTIMA GESTAÇÃO 65

10 DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES DOS DOIS GRUPOS SEGUNDO O TEMPO DE AMAMENTAÇÃO APÓS O ÚLTIMO PARTO 66

11 DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES DOS DOIS GRUPOS SEGUNDO O MÉTODO ANTICONCEPCIONAL USADO ANTES DA REVISÃO PUERPERAL 67

12 DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES DOS DOIS GRUPOS SEGUNDO O MÉTODO ANTICONCEPCIONAL ADOTADO APÓS A REVISÃO PUERPERAL 68

13 DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES DOS DOIS GRUPOS SEGUNDO O RECEBIMENTO DE ORIENTAÇÃO SOBRE ANTICONCEPÇÃO NA CONSULTA DE REVISÃO PUERPERAL 69

14 DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES DOS DOIS GRUPOS SEGUNDO A PRIMEIRA ESCOLHA DE MÉTODO ANTICONCEPCIONAL ADOTADO APÓS A REVISÃO PUERPERAL 69

15 DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES DOS DOIS GRUPOS SEGUNDO O MÉTODO ANTICONCEPCIONAL USADO AOS SEIS MESES APÓS O PARTO 70

16 DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES DOS DOIS GRUPOS SEGUNDO A CONTINUAÇÃO DE USO DO MESMO MÉTODO ANTICONCEPCIONAL ADOTADO APÓS A REVISÃO PUERPERAL 71

17 DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES DOS DOIS GRUPOS SEGUNDO A INTENÇÃO DE USO, APÓS SEIS MESES, DO MESMO MÉTODO ANTICONCEPCIONAL ADOTADO APÓS A REVISÃO PUERPERAL 72

18 DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES DOS DOIS GRUPOS SEGUNDO AS RAZÕES PARA DESCONTINUAÇÃO DO MÉTODO ADOTADO APÓS A REVISÃO PUERPERAL 73

RESUMO

Com o objetivo de avaliar o impacto da implementação de um programa de orientação e atenção em planejamento familiar ao pós-parto, no período de novembro de 1993 a abril de 1995, foi realizado estudo de 573 (quinhentas e setenta e três) mulheres que haviam tido parto na Maternidade do Hospital de Clínicas de Curitiba. As pacientes retornaram para consulta de revisão puerperal e receberam orientação em planejamento familiar. Foram divididas em dois grupos, sendo um deles constituido por mulheres que receberam a orientação já existente no serviço e outro grupo que recebeu atenção conforme implementação do programa. Este foi desenvolvido visando a livre escolha informada. Comparou-se a aceitação de métodos anticoncepcionais após a consulta de revisão puerperal e a prevalência de uso aos seis meses pós-parto, nos dois grupos. Estudou-se, ainda, a percepção das mulheres em relação à atenção recebida em planejamento familiar, através de investigação mediante sessões de grupos focais. Os resultados mostraram que, com a implementação do programa, a aceitação de anticoncepcionais, após a revisão puerperal, aumentou para 100%. A prevalência de uso de métodos, aos seis meses, apresentou impacto significativo. A implementação do programa aumentou a satisfação das usuárias do serviço, demonstrada pela alta taxa de continuação de uso dos métodos anticoncepcionais (76,4%) e pelos depoimentos das pacientes, obtidos nos grupos focais. Concluiu-se que a promoção de informação, educação, acesso com qualidade e livre escolha, para o planejamento familiar pós-parto, ampliam o uso e a satisfação das mulheres com os métodos anticoncepcionais e com o serviço.

ABSTRACT

For the purpose of evaluating its impact a programme of guidance and attention in family planning during the post-delivery period was held between November 1993 and April 1995 among 573 (five hundred seventy three) women who had given birth at Maternidade do Hospital de Clínicas in Curitiba. When the patients came back to the hospital for a puerperium examination they were provided with guidance in family planning. The women were separated in two groups of study. One of the groups was given the former guidance existing in the service. And the other group was given attention according to the programme which aimed at giving information for a free choice. The acceptance of contraception methods was compared after the puerperium examination and the prevailing usage in the sixth month after the delivery. The perception of the women in relation to the guidance provided has also been observed through the investigation of sessions of focus groups. The results have showed that with the programme the contraception acceptance increased to 100% and the prevailing usage in the sixth month after the delivery presented a meaningful impact. The programme increased the satisfaction of the women who use the service, which can be seen through the high rate of continuing usage of the contraception methods (76,4%) and also through the patients statements during the sessions of focus group. The conclusion drawn is that providing information, education, quality access and free choice for the family planning of women in post-delivery period, enlarge the usage and the satisfaction with the contraception methods and with the service.

1 INTRODUÇÃO

Os principais objetivos dos serviços de saúde reprodutiva devem ser atender as necessidades das usuárias. (HUEZO e DÍAZ, 1993).

A qualidade da atenção em planejamento familiar pode ser enfocada como um direito universal. (UNFPA, 1993). É o domínio da natureza, da dignidade humana e da qualidade de vida. (RODRIGUES, 1972).

BRUCE, em 1990, citou seis elementos básicos que constituem qualidade e que funcionam como ponto de referência primária para pesquisas de atenção em planejamento familiar. A livre opção orientada e aconselhada é o primeiro e elemento fundamental no provimento de qualidade nos serviços. (BRUCE, 1990; MORA, 1994).

Para auxiliar a paciente a atingir seus objetivos e intenções reprodutivas deve-se centrar a atenção dos programas na orientação. É um componente crítico dos direitos das pacientes, auxiliando-as às decisões voluntárias e informadas. É uma medida de progresso que tem sido usada desde 1983. (HOOGENBOOM, 1992).

Apesar das várias definições e traduções, em diversas regiões e países, o consenso da Conferência Internacional de Istambul (AVSC, 1992), definiu, como idéia universal, que o aconselhamento é um importante elemento dos programas de

planejamento familiar e deve ser responsivo às necessidades e valores de cada indivíduo. O Boletim da Sociedade de Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM, 1972), traz considerações sobre o tema de informação e educação em programas de planejamento na região do Hemisfério Ocidental. É enfatizado que todo serviço de planejamento familiar deve fazer com que o indivíduo tenha consciência de suas decisões e que o processo deve ser imprescindivelmente educativo.

É de fundamental importância adotar a perspectiva da cliente na orientação porque garante satisfação, maiores retornos aos serviços e uso maior, mais prolongado e efetivo de anticoncepcionais. (BRUCE, 1980; GALLEN e LETTENMAIER, 1987; AVSC, 1992). Evidenciou-se que taxas de aceitação e de continuidade de uso de contraceptivos aumentam como resultado do aconselhamento. (PARIANI e cols., 1991; JAIN e cols., 1992; AVSC, 1992).

As necessidades do período pós-parto são complexas, incluem planejamento familiar, mas este componente pode não ser prioritário imediatamente após o término da gestação. As possibilidades de escolha são reduzidas porque tecnicamente alguns métodos não são apropriados e pelo pouco tempo dedicado à orientação adequada. Devido a essa complexidade vários estudos com pacientes pós-parto sugeriram que a orientação em planejamento familiar a esse período deve ser particularmente importante para reassegurar às mulheres a adoção dos diversos métodos. (ZATUCHNI, 1968; CASTADOT, 1975; SAYEGH e MOSLEY,

1976; WEIR, 1987; FHI, 1987; CHAVES e cols., 1987; NEAMATALLA, 1992).

É necessário enfatizar a proteção natural da lactação exclusiva, que vem sendo observada durante séculos, para ser usada deliberadamente como contraceptivo. Os provedores de planejamento familiar devem promover seus benefícios anticoncepcionais, imunológicos, psicológicos e nutricionais. (RIVERA e cols., 1988; KENNEDY e cols., 1989; ISRANG KURA e cols., 1989; KHAN e cols., 1989).

O aleitamento, quando bem utilizado, terá eficácia igual ou maior que os métodos modernos de anticoncepção. (DÍAZ e cols., 1988). Segundo KENNEDY e VISNESSS (1992), quando há amenorréia da lactação, o aleitamento pode oferecer até 98% de proteção contra a gravidez, reforçado, em 1988, pelo Consenso de Bellagio. A orientação às mulheres que adotam essa forma natural como anticoncepção deve garantir sua total compreensão para que se cumpram as condições para sua alta eficácia.

O planejamento familiar tem ainda o potencial de contribuir para prolongar o aleitamento materno, quando evita a gravidez no pós-parto, orientando opção de métodos que não interfiram na fisiologia da lactação. (OMS, 1992).

A Organização Mundial da Saúde (WHO, 1987) também cita que:

> O efeito anticoncepcional do aleitamento materno deve ser admitido sem restrição, embora devam ser prescritos métodos de planejamento familiar complementares para garantir o espaçamento entre os partos.

A promoção da amamentação está diretamente relacionada com o aconselhamento. Informação sobre a proteção anticoncepcional da amenorréia da lactação deve ser fornecida a todas as mulheres que amamentam, para que possam ter uma decisão bem informada sobre a anticoncepção após o parto. (KENNEDY e cols., 1989). O Instituto Materno-Infantil de Pernambuco (IMIP) promove o aleitamento e estuda seus efeitos como estratégia de planejamento familiar. (SERVA, 1992).

Posiciona-se, portanto, ao presente estudo, que os programas de planejamento familiar devem garantir o direito de livre opção da paciente, oferecendo maior variedade possível de métodos, aconselhamento bem feito, com informações claras, adequadas e imparciais, com liberdade de escolha às formas de anticoncepção disponíveis a essa fase de vida da mulher.

Também, como importante opção, está a anticoncepção imediata ao parto, inclusive com a escolha trans-cesariana. Estudos são realizados para sua pesquisa e benefícios. (TOWNSEND, 1990).

No Brasil, fator sócio-cultural de fundamental importância para a necessidade de integração dos serviços baseados em hospitais, é a evidência de que o parto é o único momento em que muitas mulheres recebem atenção médica. É uma primeira porta de entrada ao sistema de saúde, e, muitas vezes, só regressam ao ambiente clínico por ocasião do próximo parto. Essas são as que mais sofrem com as falhas do sistema.

Considera-se que ter acesso às mulheres após o parto é uma forma efetiva de prestar orientação e aconselhamento em saúde reprodutiva, nos serviços de atenção à maternidade. Esse tipo de colaboração dos programas de planejamento familiar com os serviços de maternidade são parte de declaração emitida em 1989, pela Federação Internacional de Planejamento Familiar. (IPPF, 1993).

É importante, portanto, oferecer às pacientes após o parto maior atenção, focalizando fatores de risco à maternidade - biológicos e sociais -, fatores de oferta educacional em saúde reprodutiva e encaminhamentos para as demais necessidades gerais em saúde.

Fundamental é conscientizar-se da responsabilidade do médico tornar-se agente da saúde à gente brasileira.

O espaçamento de gestações e o encorajamento da lactação também fazem parte das prioridades analisadas no Fórum Internacional de População no Século XXI, em Amsterdã, em 1989 (UNFPA, 1990). Esses benefícios também foram referidos por estudos de RINEHART e cols., 1984; PALLONI e MILLMAN, 1985; CLELAND e SATHAR, 1987; DÍAZ e DÍAZ, 1990; e pela ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS, 1992). KING e cols. (1994) salientaram tal importância, especialmente em mulheres com alguma categoria de risco de mortalidade.

Portanto, orientação, educação e aconselhamento são fundamentais e devem fazer parte de um processo contínuo na vida das mulheres. É parte da proposta deste estudo.

Por isso, questiona-se a aceitação da escolha dos métodos com opção informada, fornecendo-se ações educativas e de aconselhamento em planejamento familiar para o período pós-parto.

As pacientes que são atendidas na Maternidade do Hospital de Clínicas de Curitiba são orientadas quanto à anticoncepção após o parto, desde a criação da Clínica de Fertilidade, em 1965.

Este estudo pretende avaliar o impacto de implementar um programa de orientação e atenção em planejamento familiar às pacientes pós-parto, atendidas no Hospital, na aceitação de métodos anticoncepcionais e na prevalência de seu uso.

2 OBJETIVOS

Avaliar o impacto da implementação de um programa de orientação e atenção em planejamento familiar pós-parto, na aceitação e prevalência de métodos anticoncepcionais.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.1.1 Comparar a proporção das mulheres pós-parto que retornam à consulta de revisão após 35-45 dias, antes e depois da implementação do programa.

2.1.2 Comparar a aceitação de anticoncepção das mulheres que retornam à consulta de revisão após 35-45 dias do parto, antes e depois da implementação do programa.

2.1.3 Comparar a prevalência de uso dos métodos anticoncepcionais seis meses pós-parto, antes e depois da implementação do programa.

2.1.4 Estudar a percepção das mulheres em relação à orientação e atenção em planejamento familiar ao período pós-parto, oferecidas na Maternidade do Hospital.

3 REVISÃO DA LITERATURA

O primeiro programa organizado ao pós-parto referido na literatura de planejamento familiar foi em 1930, no Johns Hopkins Hospital. (TAYLOR e BERELSON, 1968; ZATUCHNI, 1970). Durante as próximas três décadas, nenhum trabalho com bases estabelecidas foi dirigido especificamente à mulher no pós-parto.

GRILLO e cols. (1966) do Paraná, no Brasil, organizaram um Centro Piloto de Fertilidade. Tinha por finalidade a divulgação de técnicas de planejamento familiar e educação sexual aos casais cujas mulheres estiveram internadas na Maternidade do Hospital de Clínicas de Curitiba. O programa de trabalho tinha por objetivo observar os efeitos do plano de Procriação Responsável sobre a população estudada e valorizar a eficácia, aceitabilidade e efeitos secundários dos diferentes métodos anticoncepcionais usados. A finalidade era limitar os nascimentos não desejados, a incidência de abortamento provocado, propagando, através de campanhas educativas, oportunidades para que os casais se responsabilizassem pela prole desenvolvida.

A metodologia previa que se formassem três grupos: método do ritmo associado à curva térmica; gestágenos e dispositivos intra-uterinos.

Havia palestras ilustradas com diapositivos, filmes, demonstrações em modelos anatômicos e distribuição de folhetos aos casais inscritos no programa.

Rigoroso controle seguiu-se a cada freqüentadora do Centro. Ao final de dois anos os Métodos Anticoncepcionais (MAC) e suas conseqüências foram avaliados através da fórmula de Pearl e analisados os aspectos social e econômico, educativo e religioso, antes e após o cumprimento do programa pelas pacientes.

A experiência obtida no projeto serviria para ampliar o esquema do trabalho a outros centros, quer cidades ou zonas rurais.

Também em 1966, o *Population Council* iniciou um projeto de serviços de planejamento familiar à mulher após o parto ou aborto, focalizando primariamente países em desenvolvimento. Conhecido como *International Postpartum Program*, expandiu-se em 138 hospitais em áreas urbanas de 21 países e em quatro grandes áreas rurais das Filipinas, da Indonésia, da Nigéria e da Turquia (THAPA e cols., 1992), servindo cerca de um milhão de mulheres. (CASTADOT, 1975; TAYLOR e BERELSON, 1968). Os resultados desse programa foram publicados por diversos pesquisadores.

ZATUCHNI (1968), observou que os objetivos do programa estabeleciam que os hospitais dos serviços públicos envolvidos deveriam informar, a cada caso de parto ou aborto, que o planejamento familiar era possível, seguro, efetivo e

disponível; os profissionais dos hospitais deveriam ter iniciativa de discutir o planejamento familiar nas situações apropriadas; deveria haver seguimento das pacientes que não retornassem para a revisão de pós-parto; os serviços deveriam prover suprimentos sem custo às pacientes; os hospitais forneceriam informação contraceptiva a todas as mulheres da comunidade que desejassem.

Os serviços foram oferecidos às pacientes durante sua permanência no hospital ou nas visitas de revisão após seis semanas do parto.

Os métodos utilizados para informar as pacientes variaram, mas, geralmente, consistiam de informação individual e/ou em grupo, fornecida por assistentes sociais ou pessoal equivalente, utilizando-se reforços visuais e outros recursos didáticos.

Foram usados no programa praticamente todos os métodos anticoncepcionais, incluindo alguns de pesquisa.

Foram selecionados para o projeto os maiores serviços públicos com maternidade, que tinham disponibilidade de pessoal e desejo de participação. Ampla extensão de culturas, nas diversas áreas geográficas, foi escolhida com propósito de demonstrar a universalidade do programa.

Dentre os hospitais incluídos ao projeto, 15 já tinham atividades em planejamento familiar. Na maioria dos casos, consistiam de serviços de contracepção não estruturados para processos educativos e de comunicação com as pacientes.

O autor reportou resultados dos primeiros 15 meses de operação do *International Postpartum Program*. Um total de 346.128 mulheres receberam educação e informação em planejamento familiar, representando 13% da população das comunidades estudadas. Referiu total de 134.730 pacientes que aceitaram alguma forma de planejamento familiar, com uma média de 388 aceitantes/hospital/mês. Observou-se taxa média de 1 aceitante para cada 3 pacientes obstétricas, embora o número das populações em objetivo tenha sido substancialmente diferentes nas diversas áreas estudadas.

CASTADOT (1974) mencionou quanto ao mesmo programa que, entre 1966 e 1971, 48% das aceitantes optaram por DIU, 34% por agentes contraceptivos orais, 9% por esterilização e 8,5% por preservativos, cremes vaginais e injetáveis.

SIVIN (1974) observou que, em janeiro de 1973, havia um milhão de mulheres, de 21 países, que aceitaram métodos de planejamento familiar, nas clínicas participantes do *International Postpartum Program*.

Com base no número continuamente crescente das adeptas, no período analisado, os autores que relataram o programa concluíram que esforços organizados com atenção adequada ao aspecto educacional implementaram serviços de planejamento familiar já existentes, cuja informação atingiu mulheres de diversas faixas etárias. A média de idade das aceitantes obstétricas de anticoncepcionais foi de 25,1 anos, com número médio de 1,7 filhos vivos.

A curva de aceitação para anticoncepcionais obtida no estudo indicou que houve grande demanda em qualquer das comunidades participantes do projeto, cujos programas alicerçados em hospitais atingem essa demanda.

A taxa de retorno para revisão pós-parto antes da intervenção em estudo era de 24%, tendo alterado para 42% com as atividades realizadas durante um ano. Como causa desses índices aumentados foi postulada a disponibilidade dos serviços de planejamento familiar e o seu caráter educacional. Como média, mais de 50% das mulheres que retornaram às consultas aceitaram alguma forma de contracepção.

O sucesso dos índices do programa levaram ZATUCHNI (1970) a citar que, produzindo-se o serviço desejado em planejamento familiar, conduz-se à utilização do serviço necessário, na atenção à saúde materno-infantil.

No estudo, avaliou-se, também, a continuidade de uso de anticoncepção aos seis meses pós-parto. Uma média de 88% da amostra de 1930 pacientes estava usando o método originalmente escolhido na consulta de revisão, 5% já o havia substituído e 7% não estava utilizando nenhum anticonceptivo. A alta taxa de continuidade foi atribuída ao pessoal especificamente treinado para o programa, aconselhando e encorajando o uso do planejamento familiar.

Em 1974, quando se encerrou oficialmente o programa, a provisão de informação contraceptiva fornecida às mulheres para

o período pós-parto tornou-se uma ação aceita para os serviços de planejamento familiar.

FISCHMAN e cols. (1969), realizaram um programa educacional e de informação do Harlem Hospital Center, em Nova York. Visou-se prover cada paciente obstétrica com um serviço de planejamento familiar acessível e qualificado.

Os autores descreveram os efeitos da intervenção na aceitação contraceptiva e na prática de uso de métodos, em pacientes que haviam tido parto ou aborto no hospital. A todas elas foi oferecida educação em planejamento familiar, durante a consulta de revisão pós-parto, de forma individual e em grupos, estando disponíveis todos os métodos contraceptivos.

A amostra estudada foi dividida em dois grupos, formados por pacientes que aceitaram planejamento familiar dentro de 90 dias do término da gravidez, e por mulheres que não haviam aceitado nenhum método. Seguimentos para pesquisa foram realizados aos 6 e 12 meses após gestação. Aos seis meses, os resultados mostraram que, no grupo das mulheres que haviam aceitado contracepção, 88% desejavam continuar o uso. No grupo das pacientes que a princípio não haviam aceitado nenhuma anticoncepção, verificou-se que 35% estavam então utilizando algum método, e que 12% acreditavam que não corriam risco de nova gestação. Somente 2% das aceitantes de métodos estavam grávidas na ocasião das revisões, enquanto 11,9% das não aceitantes tinham engravidado.

Os autores asseguraram que a oferta de serviços educacionais no período pós-parto resultou em probabilidades grandemente reduzidas de nova gestação de forma precoce. Relataram, também, que programas de planejamento familiar podem tornar-se uma forma de transmitir cuidados de saúde compreensivos a muitas mulheres que, de outra forma, provavelmente não teriam possibilidade de receber tais serviços.

WATSON (1970) analisou resultados de programas de atenção pós-parto em 14 hospitais selecionados dos Estados Unidos e de outros países. Os hospitais não foram mencionados. Possíveis tendenciosidades dos dados foram discutidas.

Os resultados mostraram que dois terços de todas as aceitantes desejavam limitar a fertilidade, não desejando mais ter filhos. Tais dados foram mais significativos em pacientes com mais idade, maior número de filhos e com menor nível de escolaridade. O Dispositivo Intra-Uterino (DIU) foi o método escolhido com maior freqüência, seguido pelas pílulas e pelos métodos tradicionais. Estes tiveram menor índice de aceitação.

Durante os seguimentos realizados foi confirmada a satisfação das pacientes com o uso dos métodos.

Foram coletados, também, dados quanto à continuação dos anticoncepcionais, em diversos intervalos e entre diferentes grupos demográficos. Pacientes com mais idade e paridade tiveram os maiores índices. O tempo de escolaridade não apresentou correlação com a continuidade contraceptiva.

Expulsão e remoções por causas médicas foram as principais razões para descontinuação entre usuárias de DIU. Efeitos colaterais foram motivos para abandono das pílulas. Porém, a maioria das pacientes que interromperam o primeiro método usado após o parto optou por utilizar outro.

O autor concluiu que a proposição de orientação em planejamento familiar ao pós-parto era promissora.

ROSENFIELD e VARAKAMIN (1971) relataram experiências, entre 1966 a 1971, de programa pós-parto da Tailândia, em 4 grandes hospitais de Bangkok e em 10 hospitais rurais.

Os serviços implementaram esforços quanto ao provimento de informação, educação e motivação ao planejamento familiar.

No final de 1970 havia 141.295 novas aceitantes de anticoncepção, sendo que um dos hospitais apresentou a mais alta taxa de aceitantes de DIU do mundo e persistia com uma média de 650 novas pacientes para uso do método, a cada mês.

Os resultados mostraram maior escolha das pacientes por DIU ou laqueadura. Somente 27% estavam usando anticoncepção para espaçar os filhos. Havia 62% de pacientes com média de 30 anos e 55% tinham 3 ou mais filhos.

Devido à escassez de médicos, em grande parte dos hospitais participantes do estudo, foi fornecido treinamento a pessoal paramédico para inserções de DIU e prescrição de pílulas. Os altos índices de continuidade foram atribuídos ao bom seguimento feito a todas as pacientes.

YABOUR DE CALDERA (1974) relatou avaliação de programa de educação e informação em planejamento familiar em maternidade de Caracas, na Venezuela. A pesquisa baseava-se na premissa de que a adoção de contraceptivos modernos, na época, poderia ser aumentada através de estratégias inovadoras de comunicação. Estas foram: palestras, filme, grupos de discussão e panfletos.

Houve 1500 mulheres submetidas a essas técnicas de motivação experimentais, enquanto internadas na maternidade, pós-parto.

A efetividade do programa foi medida em termos do número de pacientes da maternidade que retornaram à clínica de planejamento familiar dentro de três meses. Comparou-se as aceitantes do grupo experimental com pacientes que não haviam recebido orientação, num total de 600 mulheres para estudo.

Os resultados evidenciaram retorno de 21% das pacientes do grupo experimental para revisão e planejamento familiar, comparado a 7% de vinda da amostra que não havia tido orientação. Demonstrou-se, também, que a técnica utilizada com maior sucesso foi o filme, logo seguida pela distribuição dos panfletos e pelas discussões em grupo.

O estudo mostrou que o achado mais importante de um programa de informação em hospital com estrutura de tempo limitada foi que as estratégias adotadas afetaram sensivelmente a demanda à clínica de planejamento familiar.

KELLER e cols. (1974) descreveram experiências do México com programas direcionados a pacientes pós-parto e pós-aborto.

Os autores avaliaram três anos de experiência de um programa nacional de planejamento familiar (*Foundation for the Study of Population*) que oferecia serviços subsidiados à população de setores pobres mexicanos. Verificaram que o programa foi, provavelmente, a maneira mais eficaz de promover o planejamento familiar, já tentada no México, até então. Forneciam-se planejamento familiar e educação contraceptiva a um grande número de pacientes em potencial, no mesmo tempo e no mesmo local.

Os resultados mostraram que, no período de um ano, nos cinco hospitais estudados, as taxas de aceitação contraceptiva no pós-parto e no pós-aborto, variaram de 26% a 73%. A maioria das pacientes que desejava contracepção optou pelos métodos orais, que foram associados com as mais altas taxas de descontinuação do programa. Das pacientes que não aceitaram anticoncepcionais, 34% alegou oposição do cônjuge para o uso de métodos. Este motivo também foi citado por 18% das mulheres que interromperam o uso de anticonceptivos. Foi, então, instituído um programa educacional para casais, como forma de reduzir o número de não aceitantes e de desistentes. Verificou-se que as sessões educativas, como forma de motivação aos participantes, necessitavam de implementação, desde que a falta de conhecimento e o medo de efeitos colaterais, citados por 19%

dos pesquisados, foram considerados como principais razões para a não aceitação do planejamento familiar nos períodos pós-parto e pós-aborto.

SAYEGH e MOSLEY (1976) referiram a efetividade da educação em planejamento familiar na aceitação de contracepção em 441 mulheres pós-parto, em Maternidade de Beirute.

Foi testado o impacto da orientação fornecida no período pós-parto imediato, quanto à aceitação de métodos anticoncepcionais. O estudo foi realizado em 2 grupos, com 219 pacientes participando do grupo educativo e 222 do grupo controle.

As sessões de orientação e educação ao planejamento familiar envolveram contatos de 20 minutos no segundo dia pós-parto.

Os resultados mostraram retorno de 37% das pacientes ao hospital, para revisão após nove semanas do parto, e taxa de 70% de aceitação de anticoncepção. No grupo que recebeu educação em planejamento familiar o índice foi de 86,1%. No grupo controle a aceitação foi de 51,9%.

O uso de contracepção pelas pacientes que previamente à gestação não eram usuárias de nenhum método foi de 30,4%, enquanto que no grupo controle foi de 17%.

As características sociodemográficas não mostraram influência do processo de educação na aceitação de contracepção.

Nos anos 80, os artigos que focalizaram especificamente programas de pós-parto desapareceram da literatura de planejamento familiar. Praticamente não existe inventário dos serviços nem seu conteúdo (WINIKOFF e MENSCH, 1991); artigo de **EDELMAN** e cols. (1981) reportou questões relativas à contracepção imediata a parto de termo.

DEBROVNER e WINIKOFF (1984) analisaram as formas como as pacientes faziam a escolha de métodos anticoncepcionais pós-parto. O estudo foi realizado em uma população de classe média e de clínica privada. Os autores verificaram, também, os efeitos da idade, da paridade, da dificuldade em conceber, dos planos para engravidar novamente e do tipo de parto na seleção do método a ser utilizado.

Os procedimentos - padrão da orientação em planejamento familiar para pós-parto incluíram aconselhamento e provisão de informação contraceptiva, nas primeira e sexta semanas pós-parto. Todos os métodos eram apresentados e explanados às pacientes. A escolha para o início da contracepção e a provisão de método ocorria na consulta de revisão, seis semanas pós-parto. Era, então, agendado seguimento, com visita de rotina aos seis meses, e era anotada qualquer mudança na escolha do anticoncepcional.

A amostra do estudo consistiu de 640 pacientes. A média de idade foi de 29,1 anos, 69% tinham um filho, 49% não desejavam mais filhos, 41% tinham intenção de espaçar os

nascimentos e 36% dos partos haviam sido realizados através de operação cesariana.

A escolha do método foi influenciada por fatores distintos como idade, paridade e forma do último parto e variações ou tendências da época em relação a métodos anticoncepcionais.

Os autores verificaram que usuárias de anticoncepcionais hormonais orais e de DIU eram mais jovens do que a população como um todo. A escolha por preservativo e diafragma não tinha relação com a idade, no entanto, era maior nas pacientes com dois filhos vivos ou mais. Planos de futura gravidez parecem não ter afetado a preferência por diafragma ou preservativo. Casais que desejavam ter mais filhos optaram mais acentuadamente por anticonceptivos orais (10-15%) em contraposição aos que já possuíam o número de filhos desejado, optando por DIU em 20-25%.

O tipo de parto influenciou com menor taxa de pacientes após cesariana optando por DIU, do que as que haviam tido parto via vaginal.

O DIU foi o método anticoncepcional (MAC) mais adotado em mulheres após o segundo ou terceiro nascimento.

Os autores observaram perda de seguimento em 4,4% da amostra e mudança da forma de anticoncepção em 60% no período estudado.

Os pesquisadores deduziram que o período pós-parto representa um tempo de complexidades médicas para a escolha da

forma de anticoncepção, sendo o aconselhamento fundamental para a aceitação e satisfação da usuária de métodos.

COYETAUX (1989) com os resultados do programa realizado na Tunísia, sugeriu que o tipo dos serviços de planejamento familiar disponíveis, bem como a sensibilidade dos programas às tradições da população, afetam a decisão da mulher para retornar aos serviços de saúde pós-parto.

A coleta de dados para estudo foi efetuada aos 40 dias pós-parto, na consulta de revisão.

A autora salientou que, na Tunísia e nas demais culturas islâmicas, o 40o. dia pós-parto marca o fim do período de abstinência e convalescença, e geralmente é celebrado.

No 40° dia pós-parto a mãe é examinada e a criança também. A amamentação é encorajada, os serviços de planejamento familiar são oferecidos.

Os resultados do estudo mostraram índice de 83% de pacientes retornando para revisão pós-parto, sendo que, deste percentual, 56% haviam aceitado métodos para planejamento familiar. Somente 6% recusaram anticoncepção. As pacientes restantes apresentavam algum tipo de contra-indicação médica para uso de métodos anticoncepcionais.

O alto retorno ao programa pós-parto foi atribuído à integração dos serviços em termos de clientes atendidos, mãe e filho, e do tipo de serviço disponível, incluindo os cuidados à saúde e aconselhamento em planejamento familiar.

Mais recentemente, o Instituto Mexicano de Seguridade Social (IMSS) iniciou novo programa a nível nacional para dar informação e opções às pacientes em matéria de anticoncepção pós-parto. (**MANATOUX**, 1990).

Os principais enfoques dessa experiência giravam em torno de três temas inter-relacionados: capacitação integral do pessoal, integração da orientação anticonceptiva e uma gama de métodos combinados com uma boa comunicação no seu fornecimento.

O programa inovado iniciava-se com um nível de atenção no pré-natal, quando era feita avaliação dos riscos reprodutivos, prosseguindo com sessões de informação dos benefícios e riscos dos diferentes anticonceptivos. Alguns maridos também participaram desse processo. Eram abordadas questões culturais para aceitação do planejamento familiar, como crenças religiosas e influências dos parceiros.

Quanto aos métodos à disposição, havia opção para dispositivos intra-uterinos, para esterilização feminina ou para minipílulas com progesterona.

Os resultados evidenciaram que, em 1989, nas zonas urbanas, 7 de cada 10 mulheres pós-parto saíram do hospital tendo aceitado um DIU; 3 de cada 10 pacientes haviam optado pela esterilização, e 1% das 356.000 aceitantes pós-parto havia optado pelo uso da minipílula. O programa pretendia ampliar a aceitação do planejamento familiar com a introdução de novos métodos, a serem fornecidos tanto às pacientes hospitalizadas

para o parto, como para as que retornassem para revisões após término da gestação.

DÍAZ (1992) relatou experiência de programa de atenção à saúde e ao planejamento familiar desenvolvido no Chile, em 1991, no Instituto Chileno de Medicina Reprodutiva. O programa era aberto a todas as mulheres que tinham tido parto, cujas participantes eram representativas de uma população geral. Mães e filhos tinham o mesmo número de visitas pós-parto, agendadas nos mesmos dias. O primeiro contato das pacientes com a orientação em planejamento familiar foi na maternidade, e os critérios incluíam mulheres que tinham tido gestação de termo, de filho saudável, que não trabalhavam fora, que desejavam amamentar e que não tinham contra-indicações para uso de anticoncepcionais.

Os métodos anticoncepcionais foram iniciados ao redor dos 55 dias pós-parto.

O componente central do programa envolveu educação e aconselhamento, prolongando-se por todo o tempo em que a mulher participava do programa, que se embasava para atingir as necessidades de cada paciente. A visita precoce à clínica reforçava a lactação exclusiva nos primeiros seis meses, e, no final do primeiro mês, as clientes receberam informação sobre os métodos que podiam ser usados durante a lactação. Portanto, os anticoncepcionais oferecidos eram limitados àqueles que não interferiam na lactação ou no processo de crescimento da criança. Dispositivos intra-uterinos com cobre, com liberação

de progesterona, implantes "Norplant", pílulas só com progesterona e métodos de barreira eram as possíveis opções. Ao escolher um método, a mulher era aconselhada sobre os efeitos colaterais, e sua experiência com a anticoncepção era avaliada nas visitas subseqüentes.

O desempenho contraceptivo, a duração da lactação e o crescimento e saúde do bebê foram avaliados de forma quantitativa, bem como foram realizadas pesquisas qualitativas com entrevistas aprofundadas e grupos focais.

As taxas de continuação de anticoncepção, ao final do primeiro ano, foram de 96%. As perdas de seguimento de pacientes foram menores que 1%, para aquelas que usavam métodos de longo prazo, como Norplant e DIU e cerca de 5% entre as usuárias de pílulas com progesterona.

As investigações qualitativas demonstraram que as pacientes estavam satisfeitas com a informação e com a forma de tratamento do serviço, tendo expressado que tais atividades promoviam a auto-estima.

Devido ao sucesso, o programa foi também testado numa comunidade pobre de Santiago, o consultório San Luis de Huechuraba.

DÍAZ concluiu que a integração de atenção no pós-parto e os serviços de planejamento familiar, nas duas clínicas do Chile, foram satisfatórias para as clientes, verificando-se altas taxas de continuidade de uso de anticoncepcionais, bons índices de seguimentos, redução da mortalidade infantil,

conhecimentos sobre a nutrição e benefícios contraceptivos da amamentação, como também sua maior durabilidade.

VERME (1992) referiu-se a estudos realizados em seis países onde a *Association for Voluntary Surgical Contraception* (AVSC) oferecia suporte para expandir os serviços de contracepção pós-parto: Colômbia, República Dominicana, Kenya, Mali, Índia e Turquia.

As pesquisas descreveram as preferências e atitudes das clientes, atitudes dos profissionais de saúde e as atualizações dos serviços de pós-parto quanto ao planejamento familiar. Os achados estão sendo usados para implementar os programas e serviços de orientação, abrangendo educação e aconselhamento dirigidos para os interesses e necessidades das pacientes.

Em cada país os dados foram obtidos através de grupos focais e entrevistas estruturadas com 100 mulheres pós-parto, antes da alta hospitalar, e aplicação de questionários de pesquisa sobre os serviços.

A amostra constituiu-se de mulheres jovens (idade média de 23 a 26 anos), casadas, com média de 2-3 filhos vivos, com nível primário de educação; poucas trabalhavam fora de casa.

A maioria das mulheres havia recebido atenção pré-natal e demonstrava preocupação quanto aos métodos de planejamento familiar, pois grande proporção delas havia engravidado fazendo uso de contraceptivo; aproximadamente 2/3 afirmaram que não desejavam ter filho na época em que haviam engravidado.

Em termos de preferências para fertilidade futura, cerca de metade das mulheres no Kenya e Mali desejavam mais filhos, enquanto três quartos das mulheres da República Dominicana, Índia e Turquia não queriam mais engravidar.

Realizaram pesquisa sobre informações recebidas pelas pacientes sobre planejamento familiar durante a gestação ou sua estada no hospital. Com exceção do Kenya e Mali, onde já haviam sido iniciados projetos com DIU pós-parto, muitas mulheres desejavam receber ainda mais orientação. Houve discrepância entre as observações feitas pelos fornecedores e pelas clientes.

A provisão de métodos anticoncepcionais mostrou ter sido falha para a demanda.

Entre as mulheres que manifestaram o desejo de não mais ter filhos, cerca de um quinto deixou o hospital sem método anticoncepcional.

Com exceção de Mali, a maioria das pacientes desejava usar anticoncepção, porém deixou o hospital sem um plano para iniciá-la, às 4-6 semanas ou até dentro de seis meses pós-parto. Muitas dessas pacientes não foram avisadas e não tiveram acesso à contracepção imediata.

Na Colômbia, na República Dominicana, na Índia e na Turquia, uma minoria de pacientes pós-parto, que planejava esterilização ou DIU, de fato, deixou o hospital preparada para usar o método. Quanto às que escolheram DIU e não o usaram,

tiveram como principal causa a falta de dispositivos disponíveis.

Quando a esterilização solicitada não era realizada, os principais motivos apresentados foram falta da documentação necessária prévia ao parto, problemas de saúde, ou o desconhecimento por parte das clientes de que o método era uma opção.

O trabalho descrito enfocou a necessidade dos provedores de serviços entenderem melhor as preferências das mulheres quanto à provisão de informação contraceptiva apropriada ao período pós-parto.

Os autores chegaram a conclusão que a inconsistência entre os relatos dos profissionais e os das clientes, quanto à informação oferecida em planejamento familiar, revelou necessidades não atingidas na área do aconselhamento. Devido a isso a pesquisa também sugeriu intervenções programáticas no serviço hospitalar, tornando claro às pacientes que os serviços existem, tornando-os mais disponíveis, inclusive, aconselhamento. Observaram, também, que as diferenças entre países devem ser levadas em conta nas decisões programáticas, não se devendo polarizar o debate da contracepção pós-parto, mas sim aprender a melhor alcançar as necessidades de um grande número de clientes.

THAPA e cols. (1992) analisaram dados de estudo com mulheres no pós-parto, baseado no *Demographic and Health Survey*

(DHS), realizado em 25 países em desenvolvimento, entre 1986 e 1989.

Os países envolvidos foram 10 na África Sub-Saara, 3 na África do Norte, 9 na América Latina e Caribe, e 3 na Ásia, representando aproximadamente 35% da população total dos países em desenvolvimento, excluindo China e Índia.

O estudo examinou o comportamento(prevalência) contraceptivo e as necessidades das mulheres no pós-parto. O questionamento avaliou a extensão do contato da paciente com o profissional de saúde, antes, durante e após o parto e a possibilidade de ajudá-la a optar pelo uso de anticoncepcionais.

Foram excluídas do estudo as pacientes que tivessem terminado a última gestação por abortamento.

As mulheres no pós-parto da amostra foram classificadas em duas categorias de exposição ao risco de gestação: expostas e não expostas. Estas, incluíam as pacientes que eram amenorréicas ou estavam em abstinência de contato sexual, na época da pesquisa; a categoria de mulheres expostas era formada por aquelas que já tivessem iniciado episódios de menstruação desde o último nascimento e já tivessem tido contato sexual. Nesta análise, então, o reinício da menstruação foi usado como indicativo de retorno da fertilidade da mulher. Esse aspecto também levou a considerações comportamentais, sugerindo que, para a mulher, a menstruação era uma importante evidência de que deveria iniciar o uso de contraceptivos, fato inclusive

analisado por **WINIKOFF e LAUKARAN** (1985) e **KNODEL e CHAYONAN** (1989).

Os resultados mostraram variações consideráveis entre os diversos países, grandemente associadas às práticas da amamentação e de abstinência pós-parto.

O uso de anticoncepcionais foi consideravelmente menor entre mulheres não expostas — média de 19% —, do que as taxas de mais de 50% entre as expostas, nos 25 países pesquisados. Nestas, a pílula foi o método predominante, seguido do DIU, esterilização e injetáveis.

O uso da pílula foi particularmente alto no Zimbabwe (51%), no Brasil (43%) e no Marrocos (42%). No Brasil, a proporção de mulheres expostas que usava pílula teve alto índice nos primeiros três meses pós-parto (49%), declinando até os seis meses (40,4%). A esterilização teve índices de 16,3% até os três meses e de 26,1% até os seis meses pós-parto.

Quanto às preferências reprodutivas, dentre todos os países pesquisados, o Peru e a Bolívia tiveram as mais altas proporções — 70% — de mulheres que não desejavam mais filhos. No Brasil essa taxa foi de 56,6%. Os autores analisaram que somente em dois países, Uganda e Equador, a proporção de mulheres que não desejava mais filhos foi consistentemente menor após alguns meses (13-18) do que no período pós-parto imediato. Observaram que as diferenças das taxas entre países, nos diferentes tempos pós-parto, podem ter refletido diferenças nas composições das populações.

Quanto à orientação fornecida, os autores informaram que, se um programa não fornece informação ou aconselhamento das opções de planejamento familiar, não pode ser aceitável ou efetivo na aceitação e continuidade de uso de métodos anticoncepcionais. Os pesquisadores enfatizaram a utilização do esquema de imunização da criança como forma de acesso da mulher para os cuidados de sua saúde, provendo contraceptivos.

Foi verificado que em poucos países - Senegal, Mali, Brasil, Marrocos e Guatemala - a proporção de mulheres que não havia tido contato pré-natal de aconselhamento em planejamento familiar foi menor que 50%. No Brasil as taxas foram de 39,5%; no período pós-natal os índices encontrados foram de 77,7%.

Os dados sobre as orientações fornecidas durante a permanência no hospital, no pré-natal ou no pós-natal não foram disponíveis, conforme citaram os autores. No entanto, os resultados obtidos pelos vários países recusaram a noção da maior receptividade das mulheres `a contracepção no momento imediato ao parto, comparativamente à aceitação com as orientações fornecidas no pré e no pós-natal.

O estudo de THAPA e cols., entretanto, não determinou a extensão em que o comportamento contraceptivo das pacientes observadas tenha sido influenciado pelas características do programa e pelas escolhas informadas dos métodos anticoncepcionais.

É importante, no entanto, lembrar **WINIKOFF e MENSCH** (1991) que recomendaram precaução quanto às inferências das

escolhas básicas de contracepção pós-parto baseadas na análise de comportamento. Tal fato é relatado também pelo Programa de Reprodução Humana da Organização Mundial da Saúde, que espera dar suporte a módulos pós-parto e futuras pesquisas do DHS, conforme **WILLIAMSON** (1990).

THAPA e cols. observaram que um bom programa pós-parto deve iniciar no pré-natal, com aconselhamento, que é crítico para adoção de métodos anticoncepcionais permanentes, prevenindo arrependimentos após a esterilização, bem como para a inserção de DIU imediatamente após retirada placentária. Salientaram, também, que o aconselhamento provê oportunidade de informar e orientar as pacientes sobre suas opções anticoncepcionais, para decidir de maneira bem-informada, em circunstâncias menos estressantes.

Os autores enfatizaram a importância de promover a lactação, como importante fator comportamental que interage com todos os aspectos de uso de anticoncepção no pós-parto.

A **Coordenação do Conselho Nacional de Planejamento Familiar da Indonésia** (1993) referiu implementação de programa às pacientes pós-parto, promovendo a lactação exclusiva e a contracepção apropriada, para espaçamento intergestacional e aumento das taxas de sobrevivência infantil.

O projeto visou, especificamente, aumentar conhecimentos de mulheres gestantes, lactantes e de profissionais da saúde.

O estudo avaliou, quanto ao objetivo, os padrões de uma população rural em Java e de uma comunidade urbana em Jakarta.

A intervenção básica do projeto consistiu de implementação com materiais educacionais e treinamento de profissionais de saúde, avaliados ao final da condução dos trabalhos.

As pesquisas foram suplementadas por entrevistas à profundidade e observações de mulheres lactantes e do pessoal envolvido com a orientação.

Os resultados da avaliação diagnóstica realizada mostraram que a prevalência da lactação era maior nas áreas rurais. Os problemas mais comuns detectados foram demora no início da sucção ao seio materno e oferta de outros alimentos lácteos à criança, como suplemento.

A prevalência contraceptiva foi de 55% ,entre mulheres de área urbana e de 73,3%, nas áreas rurais. Havia grande popularidade da lactação e de uso de injetáveis hormonais, seguida da utilização de pílulas com associação de estrogênios e progesterona. A opção para uso de métodos não hormonais era pequena e havia negligência quanto `as pílulas contendo somente progesterona.

Os profissionais de saúde eram bem informados sobre o uso apropriado de contraceptivos para a mulher que amamenta. Porém, nas orientações práticas às pacientes, foram observadas deficiências.

VERNON e cols. (1993) descreveram os resultados de pesquisa operacional empreendida pelo Instituto de Seguridade Social de Honduras (IHSS),como parte do projeto INOPAL (*Investigación Operacional en America Latina*), conduzido pelo *Population Council*.

O projeto emergiu do desejo do IHSS de implementar a qualidade dos serviços e aumentar a aceitação contraceptiva entre mulheres que utilizavam seus hospitais para atendimento ao parto.

Havia sido diagnosticado baixo nível de aceitação do planejamento familiar e de métodos pelas pacientes pós-parto, tendo sido atribuído a diversos fatores:

1. Cerca de 70% das mulheres que davam à luz nos hospitais estudados haviam comparecido a cinco consultas de pré-natal, não tendo sido fornecida, nos atendimentos, nenhuma educação em saúde reprodutiva e planejamento familiar.

2. Métodos contraceptivos eram oferecidos somente após o parto, quando a maioria das pacientes não estava nas melhores condições físicas ou emocionais para tomar decisões quanto ao planejamento familiar.

3. Somente duas opções eram oferecidas, DIU e esterilização.

Foi, então, após essa avaliação, criado um programa de saúde para prover educação e mais opções nos serviços de contracepção. Incluíram-se um sistema de informação perinatal, um programa de educação pré-natal, um serviço de aconselhamento

em saúde reprodutiva e planejamento familiar, uma clínica de 40 dias pós-parto e maior variedade de opções de métodos anticoncepcionais.

Os efeitos do programa nas taxas contraceptivas, no conhecimento das pacientes e na satisfação com os métodos em uso, foram coletados através de história clínica, estudos qualitativos, pré e pós testes, estatísticas do serviço e uma série de outras pesquisas. Os estudos foram realizados em quatro séries, para facilitar a coleta dos dados. A observação abrangeu período de 12 meses, de fevereiro de 1991 a fevereiro de 1992. A implementação do programa levou quase um ano, feita em partes, e portanto, os resultados não refletiram o impacto de todos os seus componentes.

O sistema de informação perinatal abrangeu eventos durante a gestação, nascimento e período pós-parto imediato, como ter assistido às sessões educacionais e aceitado contracepção. Cada paciente possuía um carnê, uma cópia da sua história clínica.

O programa de educação pré-natal consistia de seis sessões educacionais sobre tópicos como risco reprodutivo, planejamento familiar, cuidados pré-natais, amamentação, trabalho de parto e parto e cuidados ao bebê. Nessas sessões, as pacientes eram convidadas a participar do serviço de aconselhamento e solicitar um método contraceptivo antes da alta hospitalar ou na revisão de quarenta dias pós-parto. Também participavam de uma palestra, quando recebiam uma

brochura educativa e assistiam a um filme sobre planejamento familiar.

A audiência variou, dependendo do tópico, entre 40% a 56% de todas as pacientes que haviam tido parto no hospital. Os testes mostraram que o programa resultou em aumento de conhecimento das mesmas em todas as áreas abrangidas pelo programa.

O aconselhamento em saúde reprodutiva e planejamento familiar era realizado em tempo integral. O total de clientes atendidas por mês aumentou de 30 a quase 300, num período de nove meses. Esse componente do programa foi também um sucesso, pois 98% das mulheres que receberam aconselhamento optaram pelo uso de um método de planejamento familiar. Os métodos mais utilizados foram a esterilização (30%), o DIU (16%), as mini-pílulas (35%), e as pílulas combinadas (9%).

A clínica de 40 dias pós-parto, para a mãe e o bebê, foi estabelecida para resolver o problema, já que somente cerca de 15% das mulheres retornavam para a consulta pós-parto, tendo outra data de consulta para o bebê. Também foi considerado o fato de que a aceitação de métodos no pós-parto imediato era muito pequena. Com base nessas avaliações, foi, então, estabelecida somente uma data de retorno, quando poderia haver fornecimento de serviços contraceptivos.

Os resultados do programa mostraram que a proporção de pacientes que havia tido parto e que havia retornado à consulta de revisão aos 40 dias alterou-se de 34% a 45%, em seis meses

grupo controle, que não recebeu atenção similar à anticoncepção.

A intervenção experimental constou de orientação em planejamento familiar e de provisão dos métodos contraceptivos. As pacientes podiam ter um DIU (TCu-380A) inserido imediatamente após expulsão da placenta ou antes da alta hospitalar; como opção eram oferecidos métodos de barreira, como também havia disponibilidade de métodos hormonais orais àquelas que não tencionavam amamentar. A esterilização não era oferecida como opção.

O aconselhamento era realizado por dois educadores, após treinamento de 5 dias em curso específico.

Os resultados do estudo mostraram que, no grupo ao qual foi oferecido planejamento familiar, 90% aceitaram um método contraceptivo, tendo 25% optado por DIU.

As revisões de seguimento foram conduzidas aos 40 dias e seis meses pós-parto. Verificou-se que, nesse período, as mulheres do grupo experimental tinham maior taxa de uso de alguma forma de contracepção do que as pacientes do grupo controle, 82% e 69% respectivamente. O DIU teve uso de 40% no grupo experimental e de 27% no grupo controle.

Os autores concluíram que a orientação fornecida pelo programa aumentou a aceitação de DIU e a prevalência contraceptiva total avaliada aos seis meses pós-parto, tempo em que a maioria das mulheres estaria novamente fecunda, e, portanto, com risco de engravidar. Constataram, também, que os

serviços de atenção em planejamento familiar pós-parto representaram economia significante de custos ao IPPS, equivalente a 20% de todas as consultas de planejamento familiar. Decidiram adotar essas atividades como regulares em todos os seus hospitais.

A **Associação de Lactação Materna de Honduras** (**AHLACMA**) e o ***Population Council*** (1993) relataram a implementação de um programa educacional para gestantes e mulheres pós-parto, realizado por voluntários treinados. Os resultados mostraram que a lactação exclusiva aumentou de 20% para 50%, nas avaliações feitas aos 2 meses pós-parto. O uso de métodos anticoncepcionais também aumentou de 12% para 21%, após 6 meses.

O projeto foi promovido em pequenas comunidades onde o acesso aos serviços públicos era muito limitado. Voluntárias especializadas, chamadas conselheiras do aleitamento e do planejamento familiar, realizaram reuniões mensais com grupos de mulheres e mães com crianças com menos de um ano de idade. Eram discutidos problemas e fornecidas informações sobre planejamento familiar e lactação. Essas conselheiras também visitaram as mulheres em suas casas, referendando-as aos serviços de contracepção e distribuindo materiais educacionais.

Nas comunidades onde havia comitês tradicionais de controle da saúde, a participação feminina nas reuniões educativas alterou-se de 2% para 24%.

Nas vilas com conselheiras (comunidades experimentais) a assistência feminina aumentou de 1 para 60%, e o número de casas visitadas atingiu quase 50%.

Quando uma conselheira era treinada, em cada comunidade, tinha que visitar uma mãe, uma mulher grávida e uma amamentando, mensalmente.

Palestras educativas eram conduzidas, assistidas por uma média de 5 mulheres.

Ao final do estudo observou-se que a duração média da lactação, no grupo experimental, aumentou significativamente de 1,22 para 3,01 meses.

O impacto do trabalho das conselheiras voluntárias refletiu-se no fato de que a taxa de pacientes pós-parto que receberam informação sobre planejamento familiar alterou-se de 33% para 41% no grupo controle, e de 30% para 60% no grupo experimental.

4 METODOLOGIA

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Estudo quase-experimental em que se comparou no tempo uma situação antes e depois de uma intervenção.

Foram pesquisadas 573 pacientes que tiveram parto na Maternidade do Hospital de Clínicas de Curitiba, e que retornaram para consulta de revisão após 35-45 dias, no Serviço de Pré-Natal, Disciplina de Obstetrícia, Departamento de Tocoginecologia – Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná (UFPR). O período do estudo foi de novembro de 1993 a abril de 1995.

4.2 MÉTODOS

Considerando-se que no Serviço de Pré-Natal da Maternidade do Hospital já havia atividades destinadas à atenção em planejamento familiar às pacientes puérperas realizou-se a pesquisa em etapas:

1ª. etapa: Avaliação da aceitação do planejamento familiar e de métodos anticoncepcionais pelas pacientes pós-parto orientadas no programa existente.

2a. etapa: Implementação do programa de orientação e atenção em planejamento familiar ao período pós-parto.

2.1 Organização de atividades.

2.2 Operacionalização.

3a. etapa: Avaliação da aceitação do planejamento familiar e de métodos anticoncepcionais pelas pacientes pós-parto orientadas no programa implementado.

Foram coletados dados da consulta de revisão de puerpério aos 35-45 dias e aos seis meses pós-parto, antes e depois da implementação.

1ª ETAPA - AVALIAÇÃO DA ACEITAÇÃO DO PLANEJAMENTO FAMILIAR E DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS PELAS PACIENTES PÓS-PARTO ORIENTADAS NO PROGRAMA EXISTENTE

- PROBLEMA

⇨ "Qual a aceitação e prevalência dos métodos de planejamento familiar das pacientes pós-parto?"

Foram avaliadas a aceitação do planejamento familiar de pacientes aos 35-45 dias pós-parto e a prevalência de métodos anticoncepcionais aos seis meses, com a orientação fornecida pelo Serviço de Pré-Natal da Maternidade do Hospital de Clínicas de Curitiba, realizando-se estudo retrospectivo.

- SELEÇÃO DA AMOSTRA

No período de 01.11.93 a 30.04.94 houve 917 partos na Maternidade do Hospital de Clínicas de Curitiba. Desse total, retornaram 456 (54,5%) pacientes à consulta de revisão agendada para 35-45 dias após o parto. Foi possível obter endereço de 420. Encaminhou-se, então, gradativamente, correspondência àquelas pacientes que nos meses de abril, maio, junho, julho, agosto e setembro de 1994 estavam completando seis meses de

pós-parto. Solicitou-se comparecimento ao hospital para contato direto com a pesquisadora.

Dessa forma foram coletados dados de 260 pacientes que atenderam ao chamado e constituíram a amostra para estudo, denominada grupo PRÉ (implementação), para efeitos da análise.

- COLETA DE DADOS

Cada paciente foi entrevistada individualmente, com preenchimento de questionário padronizado — Registro de avaliação de anticoncepção no pós-parto (anexo 1) —, contendo dados gerais da paciente, história reprodutiva, recebimento de orientação e aceitação de anticoncepção na revisão pós-parto e prevalência de métodos contraceptivos aos seis meses.

Os questionários foram numerados, conforme registro em livro de inscrição.

- PROCESSAMENTO DE DADOS

Correção de dados

Todas as fichas de pacientes preenchidas foram revisadas. Os erros e omissões foram corrigidos através dos

registros auxiliares (prontuários das pacientes no Hospital de Clínicas).

Entrada de dados no computador

Uma vez corrigidas as fichas, os dados foram gravados em memória de microcomputador do tipo PC-XT 640K, utilizando-se o programa de entrada de dados EPIINFO. Todos os dados foram digitados por dois técnicos diferentes.

Revisão e correção dos dados no computador

Os arquivos gerados pelos digitadores foram comparados, e aqueles registros que apresentavam diferenças eram confrontados com os dados da ficha para definir quais seriam os corretos. Após definição, foi aplicado um programa a fim de detectar erros e inconsistências. Quando detectados, era efetuada a correção e o programa novamente aplicado. Esse processo foi repetido até a limpeza total do arquivo. Os dados foram, então, estocados em disquetes, mantendo-se um original e duas cópias.

- AVALIAÇÃO

✓ Quanto ao retorno à consulta de revisão de pós-parto: freqüência de retornos com análise das estatísticas do Serviço de Pré-Natal da Maternidade solicitadas à Coordenação de Serviços Externos do Hospital.

✓ Quanto à aceitação e prevalência de uso de anticoncepção: Análise dos 260 registros das pacientes com os dados coletados dos 35-45 dias e dos seis meses pós-parto.

- VARIÁVEIS

Variáveis Independentes

- Idade
- Paridade
- Escolaridade
- Religião
- Tipo de término da última gestação
- Recebimento de orientação
- Duração da lactação
- Estado Civil
- Tipo de Ocupação
- Número de filhos vivos

Variáveis Dependentes

As duas variáveis principais estudadas foram o uso de anticoncepção e o seu abandono.

- Taxa de aceitação de anticoncepção e dos métodos específicos na revisão pós-parto.
- Taxa de continuação de uso de anticoncepção e de métodos específicos aos seis meses pós-parto.
- Taxa de descontinuação de uso de anticoncepção, aos seis meses pós-parto, por causas específicas.

• DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS

Variáveis Independentes

- Idade

Para efeitos da análise, a idade foi estudada em intervalos.

- Paridade

Esta variável foi analisada em grupos distribuídos conforme os elementos da população terem antecedentes de 0, 1, 2, 3, 4 ou mais partos previamente à consulta de revisão puerperal.

- Escolaridade

Para efeitos da análise, a escolaridade foi estudada em anos completos de estudo.

- Religião

Para estudar esta variável, as pacientes foram distribuídas em grupo, conforme religião: católica, evangélica, outra ou sem religião.

- Tipo de Término da Última Gestação

Esta variável foi analisada conforme grupos de pacientes que haviam tido término da gestação via vaginal ou através de cesariana.

- Recebimento de Orientação

Para avaliar esta variável, dois grupos foram formados, conforme freqüência ou não desse antecedente na amostra.

- Duração da Lactação

Para efeitos da análise, esta variável foi estudada em meses completos de lactação.

- Estado Civil

Esta variável foi analisada conforme grupos de pacientes solteiras, casadas, viúvas ou separadas. Foi considerado o estado civil legal referido pelas mulheres.

- Tipo de Ocupação

Para efeitos da análise, esta variável foi estudada conforme distribuição das pacientes em atividades: exclusivas ao lar, como doméstica fora do próprio lar, estudante, serviços gerais, técnica e outras.

- Número de Filhos Vivos

Esta variável foi estudada, nos dois grupos, conforme as mulheres terem 1, 2, 3, 4 ou mais filhos, no momento da revisão puerperal.

Variáveis Dependentes

- Taxa de aceitação de anticoncepção e dos métodos específicos na revisão pós-parto

É a incidência de adoção de anticoncepção e dos métodos específicos, por cem mulheres, em determinado período de tempo (revisão após 35-45 dias do parto).

- Taxa de continuação de uso de anticoncepção e dos métodos específicos aos seis meses pós-parto

É a incidência de uso de anticoncepção e dos métodos específicos, por cem mulheres, aos seis meses pós-parto.

- Taxa de descontinuação de uso de anticoncepção, aos seis meses pós-parto, por causas específicas

É a porcentagem de usuárias que abandonaram uso de anticoncepção aos seis meses do parto, por causas específicas.

2ª ETAPA – IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA DE ORIENTAÇÃO E ATENÇÃO EM PLANEJAMENTO FAMILIAR AO PERÍODO PÓS-PARTO.

ORGANIZAÇÃO DE ATIVIDADES COMO PROPOSTA DE IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA DE ORIENTAÇÃO EM PLANEJAMENTO FAMILIAR AO PÓS-PARTO

- HIPÓTESE

O desenvolvimento e a operacionalização de atividades de orientação e atenção mais abrangentes ao pós-parto melhoram a aceitação e a continuidade de uso dos diversos métodos para o planejamento familiar.

- ANTECEDENTE

"O fornecimento de informação relevante e aconselhamento pode melhorar a adoção, o uso correto, a satisfação e a continuidade de anticoncepção". (BRUCE, 1980).

- REQUISITO PROGRAMÁTICO

Visou-se a qualidade dos serviços de orientação em planejamento familiar ao pós-parto, tendo como obrigação ética adotar a perspectiva da usuária dos diversos métodos.

- OBJETIVOS

Desenvolver e aprimorar atividades adaptadas às circunstâncias locais a fim de promover a amamentação e o planejamento familiar no pós-parto.

- METODOLOGIA DA ORGANIZAÇÃO

- Obtenção de descrição detalhada das atividades utilizadas no programa de orientação em planejamento familiar existente ao pós-parto (anexo 2).

- Participação das atividades existentes para observação.

- Reuniões com profissionais envolvidos para avaliação crítica do processo existente e para decisão das ações de implementação.

- Elaboração das atividades: Programa de Orientação em Planejamento Familiar a Pacientes Pós-Parto - Implementação (anexo 3).

OPERACIONALIZAÇÃO

O processo de implementação constou de de atividades específicas:

ATIVIDADE N° 1: PRODUÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE MATERIAL IMPRESSO EM PLANEJAMENTO FAMILIAR NO PÓS-PARTO

ATIVIDADE N° 2: REUNIÕES EM GRUPO DE PACIENTES NO PÓS-PARTO

ATIVIDADE Nº 1

PRODUÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE MATERIAL IMPRESSO EM PLANEJAMENTO FAMILIAR NO PÓS-PARTO

DESCRIÇÃO

Elaboração de material impresso sobre aspectos simples e básicos do planejamento familiar no pós-parto, na linguagem da paciente, que foi distribuído diariamente a todas as pacientes com alta da Maternidade do Hospital de Clínicas de Curitiba, no período de julho de 1994 a janeiro de 1995 (anexo 4).

Fontes de consulta utilizadas: Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar (ABEPF, 1987); LETTENMAIER e GALLEN (1987); Centro de Investigación y Desarollo de la Educación (C.I.D.E., 1982).

OBJETIVO

Fornecer material de Informação, Educação e Comunicação em Planejamento Familiar às pacientes pós-parto.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Informar à paciente a importância do retorno à consulta de revisão médica agendada entre 35-45 dias após o parto.

2. Fornecer informações básicas sobre planejamento familiar e métodos no pós-parto visando:

- Conscientização, prévia à consulta, de: diálogo entre o par, opção por método anticoncepcional, decisão para uso, divisão de responsabilidades no planejamento de cada família.
- Aspecto educacional da paciente e do seu parceiro

ATIVIDADE Nº 2

REUNIÕES EM GRUPO DE PACIENTES NO PÓS-PARTO

POPULAÇÃO ALVO

Foram alvo da ação proposta, em estudo prospectivo, todas as pacientes que tiveram parto na Maternidade do Hospital de Clínicas de Curitiba, e que retornaram às consultas agendadas de revisão após 35-45 dias, no Serviço de Pré-Natal,

Disciplina de Obstetrícia, Departamento de Tocoginecologia - Setor de Ciências da Saúde da UFPR, no período de julho a novembro de 1994.

OBJETIVO

Fornecer orientação em planejamento familiar, conforme programa implementado, a todas as pacientes que retornaram à consulta após 35-45 dias do parto, diariamente, por um período de cinco meses.

DESCRIÇÃO

Previamente ao atendimento médico, todas as pacientes que se apresentaram à secretaria do Serviço de Pré-Natal para confirmação da consulta foram encaminhadas para a sala de reuniões dos Ambulatórios.

Em sessão de grupo participaram de orientação em planejamento familiar, sempre fornecida pela pesquisadora, especificamente ao pós-parto, conforme normatização das estratégias de implementação (programa em anexo).

Após a reunião em grupo todas as pacientes foram encaminhadas para consulta médica. A forma de anticoncepção a ser utilizada era decidida conforme opção da mulher e orientação médica. As consultas sempre foram feitas por médicos residentes, em treinamento no Serviço de Pré-Natal, e algumas vezes por alunos do Curso de Medicina.

Posteriormente à consulta médica as pacientes foram entrevistadas, pela pesquisadora, individualmente, para obtenção dos dados sócio-demográficos, história reprodutiva, padrão de lactação e forma de anticoncepção escolhida.

Preencheu-se fichas - registro de avaliação de anticoncepção no pós-parto -, numeradas a cada paciente. Além disso, houve orientação quanto a amamentação, sexualidade e possíveis dúvidas, temores e/ou dificuldades com a forma de anticoncepção decidida.

Foram, então, considerados os critérios de inclusão para este estudo, e definidas as participantes da amostra.

3ª ETAPA - AVALIAÇÃO DA ACEITAÇÃO DO PLANEJAMENTO FAMILIAR E DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS PELAS PACIENTES PÓS-PARTO ORIENTADAS NO PROGRAMA IMPLEMENTADO

- AMOSTRA

Seguindo a mesma metodologia de avaliação da primeira etapa, foram avaliadas, em estudo prospectivo, 313 pacientes que tiveram parto na Maternidade do Hospital de Clínicas de Curitiba, receberam orientação ao planejamento familiar conforme implementação do programa proposto em estudo, e preenchiam os critérios de inclusão. Essa amostra foi denominada grupo PÓS (implementação), para efeitos da análise.

- CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Todas as pacientes foram avaliadas para o estudo quanto ao preenchimento dos critérios de inclusão, ou seja:

1. Mulheres em consulta de revisão pós-parto no Hospital
2. Disponibilidade de retorno ao Hospital para seguimento
3. Desejo de retorno ao Hospital para seguimento
4. Término da última gestação com concepto vivo

- AVALIAÇÃO

– Para a avaliação quantitativa foi realizada a seguinte análise:

✓ Comparação dos resultados da primeira com os da terceira etapa. A significância estatística das diferenças foi verificada utilizando-se o teste Qui-quadrado.

✓ Para todos os testes calculou-se o nível de significância associado. As decisões foram tomadas tendo como referência o nível de significância de 5%.

– Além disso, foi feita avaliação qualitativa, a saber:

✓ Análise de relatórios de grupos focais, realizados conforme guia e metodologia para investigação mediante sessões de grupos focais (anexo 5). O guia e a análise dos resultados foram elaborados com supervisão de DÍAZ, da Unidade de Treinamento, Educação e Comunicação em Saúde Sexual e Reprodutiva – CEMICAMP (Centro de Pesquisas e Controle das Doenças Materno-Infantis de Campinas).

5 RESULTADOS

5.1 ANÁLISE QUANTITATIVA

A tabela 1 compara os índices de partos e de retornos para consulta de revisão puerperal, aos 35 - 45 dias pós-parto, nos grupos pré e pós as ações educativas de implementação.

TABELA 1 - PORCENTAGEM DE PARTOS E DE RETORNOS PARA REVISÃO PUERPERAL NOS DOIS PERÍODOS

	PRÉ		PÓS	
	Nº	%	Nº	%
TOTAL DE PARTOS	917	100,0	1087	100,0
AGENDAMENTOS	837	91,3	889	81,8
RETORNOS	456	54,5	561	63,1

p=0,00014

Pode se observar que houve diferença significativa entre a porcentagem de retornos para revisão das pacientes agendadas, nos dois grupos, sendo maior após a implementação (63,1%).

TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES DOS DOIS GRUPOS SEGUNDO A IDADE

IDADE	PRÉ		PÓS	
	Nº	%	Nº	%
≤ 19	57	21,9	77	24,5
20 - 24	67	25,8	98	31,3
25 - 29	62	23,9	59	18,9
30 - 34	44	16,9	50	16,0
≥ 35	30	11,5	29	9,3
TOTAL	260	100,0	313	100,0

X2 = 4,419 *p = 0,3522 NS*

Na tabela 2 observa-se a distribuição porcentual por idade das pacientes após parto, nos dois grupos, pré e pós implementação. Verifica-se que esta distribuição nos grupos etários é semelhante. As diferenças entre os intervalos não apresentaram significação estatística.

TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES DOS DOIS GRUPOS SEGUNDO A PARIDADE (excluindo último parto)

PARIDADE	PRÉ		PÓS	
	Nº	%	Nº	%
0	91	35,0	127	40,6
1	69	26,5	88	28,1
2	48	18,5	51	16,3
3	18	6,9	30	9,6
≥ 4	34	13,1	17	5,4
TOTAL	260	100,0	313	100,0

X2 = 12,204 *p = 0.0159 N.S*

A tabela 3 mostra a distribuição por paridade dos dois grupos. As diferenças não são estatisticamente significativas. Uma porcentagem maior das pacientes, nos dois grupos, tinha paridade de 0 a 1.

TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES NOS DOIS GRUPOS SEGUNDO O NÚMERO DE FILHOS VIVOS NO MOMENTO DA REVISÃO PUERPERAL

Nº FILHOS VIVOS	PRÉ		PÓS	
	Nº	%	Nº	%
1	120	46,1	139	44,4
2	63	24,2	90	28,8
3	47	18,1	51	16,3
≥ 4	30	11,6	33	10,5
TOTAL	260	100,0	313	100,0

X2 = 1,576 *p=0,6649 NS*

A tabela 4 compara a freqüência do número de filhos vivos das pacientes, no momento da consulta de revisão puerperal. Não há diferenças estatisticamente significantes na distribuição desta variável.

Salienta-se que 46,1% das pacientes do grupo pré-implementação e 44,4% do pós-implementação tinham um filho vivo, na ocasião. Pacientes com 4 ou mais filhos vivos tinham freqüências menores, nos 2 períodos estudados.

TABELA 5 - DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES DOS DOIS GRUPOS SEGUNDO O ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	PRÉ		PÓS	
	Nº	%	Nº	%
Solteira	125	48,0	139	44,4
Casada	131	50,4	169	54,0
Viúva/Separada	4	1,6	5	1,6
TOTAL	260	100,0	313	100,0

X2 = 0,771 *p = 0,68 N.S.*

A tabela 5 mostra a distribuição das freqüências e porcentual das pacientes, dos dois grupos estudados, segundo estado civil. Não houve diferença significativa.

TABELA 6 - DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES DOS DOIS GRUPOS SEGUNDO OS ANOS DE ESTUDO CURSADOS

ANOS DE ESTUDO	PRÉ		PÓS	
	Nº	%	Nº	%
≤ 4	83	31,9	101	32,2
5 - 8	86	33,1	107	34,2
9 - 12	86	33,1	86	27,5
≥ 13	5	1,9	19	6,1
TOTAL	260	100,0	313	100,0

X2 = 4,219 *p = 0,2388 NS*

Na tabela 6 observa-se a distribuição porcentual, por anos de estudo cursados, das pacientes após parto, conforme ações pré e pós-implementação à orientação em planejamento familiar. As diferenças entre os intervalos não apresentaram significação estatística.

TABELA 7 - DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES DOS DOIS GRUPOS SEGUNDO O TIPO DE OCUPAÇÃO

OCUPAÇÃO	PRÉ		PÓS	
	Nº	%	Nº	%
Do Lar	172	66,2	196	62,6
Empregada Doméstica	23	8,8	22	7,1
Estudante	19	7,3	21	6,8
Serviços Gerais	29	11,2	58	18,5
Técnica	15	5,8	8	2,5
Outras	2	0,7	8	2,5
TOTAL	260	100,0	313	100,0

X2 = 1,576 p = 0,6649 NS

A tabela 7 mostra a distribuição por tipo de ocupação das pacientes dos dois grupos, conforme ações educativas em anticoncepção ao período após parto.

Não há diferenças estatisticamente significantes na distribuição desta variável. Vale a pena salientar que 66,2% das pacientes do grupo pré e 62,6% do pós-implementação tinham ocupações exclusivas ao lar.

TABELA 8 - DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES DOS DOIS GRUPOS SEGUNDO O TIPO DE RELIGIÃO

RELIGIÃO	PRÉ		PÓS	
	Nº	%	Nº	%
Católica	204	78,5	235	75,1
Evangélica	44	16,9	55	17,6
Outra	1	0,4	4	1,2
Nenhuma	11	4,2	19	6,1
TOTAL	260	100,0	313	100,0

X2 = 2,463 p = 0,4819 NS

A tabela 8 compara a freqüência dos tipos de religião das pacientes dos dois grupos estudados. Observa-se que, em ambos, os maiores porcentuais são de pacientes católicas, 78,5% e 75,1%, respectivamente àquelas mulheres conforme tenham tido ações pré e pós-implementação. Não há diferenças estatisticamente significativas na distribuição desta variável.

TABELA 9 - DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES DOS DOIS GRUPOS SEGUNDO O TIPO DE TÉRMINO DA ÚLTIMA GESTAÇÃO

TIPO DE TÉRMINO	PRÉ		PÓS	
	Nº	%	Nº	%
Vaginal	168	64,6	230	73,5
Cesariana	92	35,4	83	26,5
TOTAL	260	100,0	313	100,0

X2 = 4,854 p = 0,0276

Na tabela 9 observa-se a distribuição porcentual por tipo de término da última gestação de pacientes que receberam ações educativas em planejamento familiar, conforme programa pré e pós-implementação. Uma porcentagem menor de pacientes (26,5) do grupo pós havia se submetido à cesariana, em relação ao índice do grupo pré (35,4%).

Há diferenças estatisticamente significativas na distribuição quanto a esta variável.

TABELA 10 - DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES DOS DOIS GRUPOS SEGUNDO O TEMPO DE AMAMENTAÇÃO APÓS O ÚLTIMO PARTO

TEMPO AMAMENTAÇÃO	PRÉ		PÓS	
	Nº	%	Nº	%
Não Amamentando	35	13,4	42	13,4
Até 3 meses	86	33,1	86	27,5
4 - 5 meses	27	10,4	44	14,1
≥ 6 meses	112	43,1	141	45,0
TOTAL	260	100,0	313	100,0

X2 = 3,156 *p = 0,3682 NS*

A tabela 10 compara os dois grupos estudados quanto ao tempo de amamentação após o último parto. Observa-se que as ações educativas pós-implementação para o planejamento familiar, fornecidas às pacientes, não alteraram a amamentação.

A distribuição nos intervalos não apresentou significância estatística.

TABELA 11 - DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES DOS DOIS GRUPOS SEGUNDO O MÉTODO ANTICONCEPCIONAL USADO ANTES DA REVISÃO PUERPERAL

MÉTODO USADO ANTES REVISÃO	PRÉ		PÓS	
	Nº	%	Nº	%
Hormonais	3	1,2	5	1,6
Preservativo	10	3,8	60	19,1
Coito Interrompido	42	16,2	19	6,1
Nenhum	205	78,8	229	73,2
TOTAL	260	100,0	313	100,0

X2 =- 2,197 *p = 0,1383 N.S.*

Os métodos anticoncepcionais que foram utilizados pelas pacientes dos dois grupos, antes da consulta de revisão puerperal, podem ser observados na tabela 11. Não existem diferenças significativas no uso de método.

Observa-se, no entanto, que o preservativo foi o principal anticoncepcional usado pelas pacientes do grupo pós-implementação e o coito interrompido foi o método mais utilizado pelas pacientes do grupo pré.

TABELA 12 - DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES DOS DOIS GRUPOS SEGUNDO O MÉTODO ANTICONCEPCIONAL ADOTADO APÓS A REVISÃO PUERPERAL

MÉTODO ADOTADO APÓS REVISÃO	PRÉ		PÓS	
	Nº	%	Nº	%
Pílula Combinada	28	10,8	28	8,9
Minipílula	73	28,1	112	35,8
DIU	82	31,5	140	44,8
Preservativo	43	16,5	28	8,9
LAM	1	0,4	5	1,6
Coito Interrompido	12	4,6	-	-
Laqueadura Tubária	3	1,2	-	-
Nenhum	18	6,9	-	-
TOTAL	260	100,0	313	100,0

X2 =- 20,155 *p < 0,0001*

A tabela 12 demonstra a distribuição porcentual por método anticoncepcional adotado pelas pacientes, dos dois grupos estudados, após a consulta de revisão puerperal.

Observa-se que no grupo pós-implementação todas as mulheres adotaram anticoncepção (100%). Houve aumento considerável do uso de métodos considerados mais apropriados ao período pós-parto, como o DIU (44,8%) e a minipílula (35,8%) Também observa-se a diminuição de uso do coito interrompido pelas pacientes do grupo pós.

As diferenças foram estatisticamente significativas.

TABELA 13 - DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES DOS DOIS GRUPOS SEGUNDO O RECEBIMENTO DE ORIENTAÇÃO SOBRE ANTICONCEPÇÃO NA CONSULTA DE REVISÃO PUERPERAL

RECEBIMENTO DE ORIENTAÇÃO	PRÉ		PÓS	
	Nº	%	Nº	%
SIM	108	41,5	313	100,0
NÃO	152	58,5	-	-
TOTAL	260	100,0	313	100,0

X2 =- 246,06 *p < 0,0001*

A porcentagem das puérperas que referiu ter recebido orientação sobre anticoncepção na consulta de revisão, nos grupos pré e pós-implementação, está demonstrada na tabela 13.

Há diferença significativa entre os grupos. O índice de pacientes que recebeu orientação no grupo pós é de 100% em relação à taxa de 41,5% do grupo pré-implementação.

TABELA 14 - DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES DOS DOIS GRUPOS SEGUNDO A PRIMEIRA ESCOLHA DE MÉTODO ANTICONCEPCIONAL ADOTADO APÓS A REVISÃO PUERPERAL

ESCOLHA	PRÉ		PÓS	
	Nº	%	Nº	%
Primeira Escolha	91	35,0	227	72,5
Não Primeira Escolha	152	58,5	86	27,5
Não Usava MAC	17	6,5	-	-
TOTAL	260	100,0	313	100,0

X2 =- 67,317 *p < 0,0001*

A tabela 14 apresenta os resultados comparativos obtidos das pacientes, dos dois grupos em estudo, que haviam adotado para uso, após revisão puerperal, a primeira opção da escolha de método anticoncepcional. Destaca-se que, no grupo pós-implementação, 72,5% fizeram uma primeira opção anticoncepcional e usaram-na. No grupo pré o índice foi de 35,0%. As diferenças foram estatisticamente significativas.

TABELA 15 - DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES DOS DOIS GRUPOS SEGUNDO O MÉTODO ANTICONCEPCIONAL USADO AOS SEIS MESES APÓS O PARTO

MÉTODO	PRÉ		PÓS	
USADO AOS 6 MESES	Nº	%	Nº	%
Pílula Combinada	43	16,5	66	21,1
Minipílula	21	8,1	65	20,8
DIU	84	32,3	140	44,8
Preservativo	15	5,8	26	8,2
LAM	1	0,4	5	1,6
Coito Interrompido	26	10,0	-	-
Laqueadura Tubária	14	5,4	6	1,9
Nenhum	56	21,5	5	1,6
TOTAL	260	100,0	313	100,0

X2 =- 57,292 *p < 0,0001*

Na tabela 15 observa-se a distribuição porcentual por método anticoncepcional usado aos seis meses após o parto, nas pacientes dos dois grupos.

No grupo pré-implementação houve aumento importante das pacientes que não usam MAC, que variou de 6,9% após a revisão puerperal, para 21,5% aos 6 meses após parto.

Verifica-se, ainda, que no grupo de pacientes pós-implementação houve maior prevalência de uso dos métodos anticoncepcionais mais apropriados ao pós-parto, como o DIU (44,8%), a minipílula (20,8%), o preservativo (8,2%) e de LAM (1,6%).

Observa-se aumento do uso de pílula combinada, nos dois grupos, em relação à ocasião da revisão puerperal, considerado fenômeno normal e incentivado pelo serviço, devido à diminuição habitual da freqüência de lactação. As diferenças entre os grupos foram estatisticamente significativas.

TABELA 16 - DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES DOS DOIS GRUPOS SEGUNDO A CONTINUAÇÃO DE USO DO MESMO MÉTODO ANTICONCEPCIONAL ADOTADO APÓS A REVISÃO PUERPERAL

CONTINUAÇÃO DO MESMO MAC	PRÉ		PÓS	
	Nº	%	Nº	%
Mesmo MAC	145	55,8	239	76,4
Outro	60	23,1	69	22,0
Não Usa	55	21,1	5	1,6
TOTAL	260	100,0	313	100,0

X2 =- 60,924 *p < 0,0001*

A tabela 16 mostra a distribuição das pacientes conforme uso ou não, aos seis meses, do mesmo MAC adotado após a revisão puerperal.

Observa-se que no grupo pós-implementação há maior número de mulheres, aos seis meses, usando o mesmo MAC adotado após consulta de revisão puerperal, com significância estatística em relação aos índices do grupo pré-implementação do programa.

TABELA 17 - DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES DOS DOIS GRUPOS SEGUNDO A INTENÇÃO DE USO, APÓS SEIS MESES, DO MESMO MÉTODO ANTICONCEPCIONAL ADOTADO APÓS A REVISÃO PUERPERAL

INTENÇÃO DE USO DO MESMO MAC	PRÉ		PÓS	
	Nº	%	Nº	%
Deseja Continuar	92	63,4	177	74,1
Não Deseja Continuar	53	36,6	62	25,9
TOTAL	145	100,0	239	100,0

X2 =- 4,350 *p = 0,037*

Na tabela 17 compara-se a porcentagem de mulheres que, após seis meses do parto, tinham intenção de continuar usando o mesmo MAC adotado após consulta de revisão puerperal. No grupo pós-implementação o índice foi de 74,1%, e no grupo pré a taxa foi de 63,4%. As diferenças foram estatisticamente significativas.

O porcentual de 25,9 das que não desejavam continuar com o mesmo MAC do grupo pós têm valores similares às taxas das pacientes que na ocasião usavam minipílula.

TABELA 18 - DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES DOS DOIS GRUPOS SEGUNDO AS RAZÕES PARA DESCONTINUAÇÃO DO MÉTODO ANTICONCEPCIONAL ADOTADO APÓS A REVISÃO PUERPERAL

RAZÕES PARA DESCONTINUAÇÃO	PRÉ		PÓS	
	Nº	%	Nº	%
Gravidez	4	4,1	-	-
Efeitos Colaterais	28	28,6	36	48,6
TOTAL MÉDICAS	32	32,7	36	48,6
Deseja Engravidar	3	3,1	-	-
Decisão Companheiro	18	18,4	3	4,1
Outras Pessoais	28	28,6	22	29,7
TOTAL PESSOAIS	49	50,0	25	33,8
Não Precisa MAC	12	12,2	8	10,8
Outras	5	5,1	5	6,8
TOTAL IRRELEVANTE	17	17,3	13	17,6
TOTAL	98	100,0	74	100,0

X2 =- 5,307 p = 0,0704 N.S.

A tabela 18 compara as razões para descontinuação do MAC adotado na revisão puerperal. Observa-se que os índices são similiares nos dois grupos.

A melhoria da qualidade da orientação é traduzida na ausência de gravidez do grupo pós-implementação.

5.2 ANÁLISE QUALITATIVA

Na análise da pesquisa qualitativa as observações foram feitas conforme os tópicos pesquisados no guia.

Os resultados foram registrados e descritos segundo características próprias para investigação mediante grupos focais. (SUYONO e cols., 1981; DEBUS, 1988; RICH, 1992; GARCIA-NÚÑEZ, 1993).

ASPECTOS COGNITIVOS PARA O RETORNO

Em relação ao retorno para revisão após o parto, as mulheres, em geral, disseram ter recebido informação sobre o agendamento e a necessidade da consulta. Referiram que essa informação foi fornecida pelas enfermeiras do serviço, incluia aspectos da lactação e da importância da decisão do início de uso de métodos de planejamento familiar.

MATERIAL EDUCATIVO

Os grupos de discussão evidenciaram que as pacientes, na quase totalidade, receberam o folheto educativo sobre planejamento familiar produzido como base de orientação para após o parto.

A entrega dos folhetos foi feita no momento da alta da Maternidade, juntamente com outros materiais impressos disponíveis no Hospital, sobre aleitamento e esquema de vacinação para o bebê. O folheto não foi lido para as pacientes.

Esse trabalho de informação às mulheres sobre os métodos anticoncepcionais, motivando-as a procurar ajuda e orientação médica para a opção da forma de programar o tamanho de suas famílias, foi lido pela maioria das participantes dos grupos.

Na opinião das pacientes, o folheto serviu para esclarecer, para tomarem melhor conhecimento e até para decidirem por algum método, além de assegurar maior tranqüilidade no relacionamento com o parceiro sexual. Também serviu para estimular a conversa e a participação do parceiro na escolha de uso dos métodos anticoncepcionais. Esses aspectos puderam ser observados pelos seguintes depoimentos:

* *"Pelo menos não se vai na conversa dos outros. Aprende-se o correto.*
* *"Decidi usar o DIU depois de ler várias vezes o folheto com meu marido e minha filha mais velha".*

* *"Serviu para meu marido ler e não ser tão machista".*
* *"Serviu para meu marido ler e conversar comigo. Fiquei mais calma com ele".*
* *"Aprendi sobre os métodos que não funcionam e que meu marido teimava em usar".*

Frente à questão sobre o que apreciaram no folheto pode-se observar opinião geral de aprovação, achando-o fácil e esclarecedor, salientando-se alguns aspectos positivos expressados:

* *"Foi a primeira vez que aprendi como não ter um filho atrás do outro".*
* *"Eu tive cinco filhos porque não tive orientação antes. Minha mãe nem ninguém me orientou".*
* *"Como no outro hospital, onde eu ganhei os outros filhos, eu não aprendi, aqui foi muito bom".*
* *"Descobri que o DIU não é ruim como o pessoal fala".*
* *"Não sabia como usar certo a camisinha".*

Quanto a não se agradarem de certos conteúdos do folheto, houve sugestões para aumentar o tamanho das letras para facilitar a leitura e colocar desenho do DIU para conhecer seu formato.

Para as pacientes poderia ser alterado também o momento do fornecimento do folheto, com sugestões para que fossem entregues durante a permanência na Maternidade, como pode ser constatado pelas seguintes opiniões expressas:

* *"A enfermeira ou algum médico podia ler e explicar para a gente enquanto se está no hospital. Tiravam as dúvidas e resolvia o problema das que não sabem ler.*

* *"No hospital a gente tem mais tempo. Em casa com o nenê é mais difícil".*

As informações obtidas através da leitura do folheto foram transmitidas, por muitas, para o marido, para a filha ou para as vizinhas.

Quanto às impressões dos companheiros sobre o folheto e o interesse em lê-lo, verificou-se que eles leram, não houve comentários, mas chama a atenção que há pouca menção espontânea pelo sexo masculino em participar ativamente do planejamento familiar. Apareceram atitudes negativas em relação ao uso do preservativo, atribuindo ao fato de não achá-lo 100% efetivo (estourando), e porque interfere no ato sexual. As mulheres acharam que para elas é embaraçoso comprar o preservativo nas farmácias e que esta deveria ser tarefa do homem. Houve depoimentos como:

* *"Meu marido leu e saiu de fininho".*
* *"Leu, reclamou e disse que não ia fazer nada, nem usar nada".*
* *"Leu e falou que não queria usar a camisinha porque aí ele não funciona na relação".*
* *"Leu e falou que não ia usar a camisinha porque estoura; já estourou e eu engravidei".*

O motivo mais citado pelas pacientes que não leram o impresso foi o analfabetismo próprio e/ou de seus companheiros.

RETORNO PARA CONSULTA DE REVISÃO

Todas as pacientes participantes dos grupos haviam retornado após o parto para a consulta de revisão agendada. Observou-se que os motivos desses retornos estavam centrados na questão do planejamento familiar. Entre as razões citadas estão as seguintes:

* *"Porque não quero engravidar logo"*
* *"Porque não quero mais só ficar tomando pílula a vida toda. Às vezes a gente esquece. Quero outro jeito".*
* *"Porque acho importante planejar o número de filhos, assim como a gente planeja a despesa da casa".*
* *"Porque disseram que era importante voltar e estava escrito no folheto".*

ORIENTAÇÃO EM PLANEJAMENTO FAMILIAR - A AULA

Em relação à orientação em planejamento familiar recebida na aula, à qual todas as participantes dos grupos haviam assistido, foram colhidas impressões importantes. Observou-se, pelos comentários, que a palavra ouvida é a fonte principal da informação assimilada, particularmente para as mulheres com menor nível educacional, que sequer sabem ler. Esta fonte de informação em planejamento familiar, em grupo e individual, foi considerada valiosa, na opinião das pacientes, como pode ser verificado pelas seguintes expressões:

* *"Gostei muito da aulinha. Nunca tinha assistido aula, só lido alguma coisa em revista".*
* *"Aprendi muito. Tanto é que eu tinha uma vizinha que não estava mais dando de mamar há cinco meses e tomando o comprimido fraco. Eu disse: Pronto! Você vai engravidar. Já alertei a ela o que me ensinaram".*
* *"Resolvi colocar o DIU aqui. Já tinha lido, mas nunca tinha visto o aparelho. Pela aulinha vi que não é tão negativo como eu achava".*
* *"Tem-se explicação bem aberta , até de sexo, na nossa linguagem, sem usar palavras técnicas. Tem coisas que os médicos dizem que a gente não entende, mas diz que entendeu. Aqui o papo foi aberto".*

As participantes dos grupos emitiram várias opiniões, citadas a seguir, a respeito do que haviam gostado ou não da orientação fornecida na aula. Verificou-se, também, que tinham medos e crenças quanto ao uso de antinconcepcionais como o DIU. As ações educativas em grupo mostraram grande aceitação e benefícios.

* *"Não conhecia todos os métodos. Aprendi muito".*
* *"Não sabia que existia o DIU. Nunca tinha visto o aparelho".*
* *"Eu tinha medo de engravidar com DIU. As pessoas falam muita coisa errada".*
* *"Tomei a decisão de colocar o DIU na aula. Perdi o medo. Tinha gente que já tinha usado".*
* *"Gostei porque o papo é aberto. Uma vizinha me disse que o marido reclamava do bendito do fiozinho do DIU, e eu tinha medo de colocar. Na aula eu tirei dúvidas, perdi o medo e estou usando tranqüila".*
* *"O meu primeiro nenê eu parei de amamentar com dois meses. Ele estava com nove meses e eu tomando comprimido fraquinho. Eu não sabia. Aprendi na aula".*

* *"Eu engravidei da outra vez tomando comprimido fraco. Tomei errado, taí!".*
* *"Gostei do papo aberto de como evitar filhos e transar sexo legal e seguro".*
* *"As outras lembram de perguntar o que a gente esquece, não sabe ou tem vergonha de falar. É mais fácil assim. Devia ter mais aulas prá gente aprender mais".*

As pacientes pesquisadas lembraram de todos os métodos explanados e demonstrados na aula de orientação após o parto. Fizeram comentários pessoais em relação a alguns anticoncepcionais, como os seguintes:

* *"Não sabia usar a camisinha. Comigo o marido nunca usou".*
* *"Não sabia que tinha que deixar a pontinha ".*
* *"Só tinha visto a camisinha fechadinha".*
* *"Meu marido se tiver que comprar não usa. Acho desaforo a mulher ter que falar e ainda comprar. É desaforo!".*
* *"Operação da mulher e do homem. Aqui é difícil".*

LACTAÇÃO

Para as pacientes, nas discussões de grupo, a abordagem da lactação durante a aula de orientação foi considerada fundamental, tanto nas suas implicações para a criança, como para a fertilidade da mãe. Algumas referências quanto a este tópico são citadas:

* *"Falou-se que é muito importante amamentar. A criança tem mais resistência. Passa afeto e segurança para o nenê".*

* *"É uma opção da natureza, boa para a mãe e para o filho".*
* *"Só para dar no peito. Não dar chá nem completar com mamadeira".*
* *"Só funciona quando a gente amamenta direto. Quando a gente sai para trabalhar fica difícil".*

Chama a atenção o tópico referente aos comentários feitos pelos médicos sobre a lactação como forma também de anticoncepção. Verificou-se atitudes negativas dos profissionais, não acreditando na lactação exclusiva como método. Foram observadas, em geral, as seguintes respostas:

* *"Os médicos falam que a amamentação evita, mas não é um preventivo seguro mesmo".*
* *"Os médicos não falam nada sobre isso. Só as enfermeiras explicam que é bom para o nenê, como cuidar quando o seio racha ou tem muito leite e empedra. Mas é só isso".*

CONSULTA MÉDICA DE REVISÃO

Em relação à consulta médica de revisão pós-parto, quanto ao modo de sua abordagem e quanto à livre escolha de métodos para anticoncepção, as opiniões das pacientes mostraram diversidade, provavelmente porque há constante mudança de profissionais atendendo no serviço. Para muitas mulheres a relação médico-paciente é deficiente, na transmissão de informação e orientação, inclusive quanto ao uso freqüente de termos técnicos que não são compreendidos.

A livre escolha de métodos foi referida, embora também tenham sido observadas situações contrárias. Os seguintes depoimentos ilustram os resultados e sua autenticidade:

* *"Eu é que perguntei. Não me explicaram muito".*
* *"Foi super rápida. Passei direto".*
* *"O acadêmico nem me deu receita de Buscopan, depois de colocar DIU. Eu é que escutei e comprei sozinha".*
* *"Os médicos falam pouco e falam difícil".*
* *"Perguntaram se eu já tinha decidido qual método queria. Falei que queria colocar o DIU e colocaram".*
* *"O médico que me atendeu foi que decidiu por mim. Disse que se antes eu já tomava pílula era para continuar tomando".*
* *"Foi boa. A médica explicou direitinho como tomar a pílula".*
* *"Fui orientada no folheto, na aula e na consulta, mas eu escolhi o que eu quis".*

CONSULTA MÉDICA - QUANTO AO MÉTODO E DECISÃO DE USO

Quanto ao método anticoncepcional para uso, com referência à decisão prévia à consulta e à forma de obtenção de conhecimento do mesmo e sobre o mesmo, foram verificadas indecisões que foram resolvidas com os esclarecimentos da aula, conforme pode ser observado nas referências das pacientes:

* *"Eu já havia pensado no método antes de vir ao hospital, lendo o folheto com o meu marido. Tirei as dúvidas na aula".*
* *"Eu ainda estava pensando para decidir".*

SUGESTÕES

Em esforço de melhor entender a percepção das mulheres quanto à orientação e atenção do serviço, particularmente quanto ao planejamento familiar pós-parto, foram pesquisadas suas sugestões, na busca de atender suas necessidades. Foram manifestadas, de forma geral, as seguintes opiniões:

* *"Ter mais explicações antes do parto de como evitar filhos, não só sobre parto e amamentação".*
* *"Receber folheto quando internada após o parto".*
* *"Ter mais folhetos prá gente levar para casa e ler com o marido".*
* *"Diminuir o tempo de espera para consultar. Ter mais aulas nesse tempo. Ver filmes sobre parto, sobre DIU, etc".*
* *"Melhorar a consulta depois do parto, conversando mais".*

6 DISCUSSÃO

A implementação dos serviços de planejamento familiar tem como princípio o respeito aos valores, às atitudes e às prioridades das pacientes.

Do ponto de vista das mulheres, além da qualidade técnica, vários aspectos dos serviços são importantes, incluindo orientação competente, acesso e oportunidade de poder fazer uma escolha informada sobre a anticoncepção. Estes são elementos fundamentais para a implementação dos serviços de planejamento familiar, segundo BRUCE (1990) e DÍAZ e DÍAZ (1990). São atributos mínimos de qualidade que garantem seu efeito benéfico, promovendo a saúde, a satisfação e o bem-estar da população.

As mulheres têm diferentes necessidades em diferentes tempos de suas vidas reprodutivas. O período, após o parto, representa um tempo especial, apresentando certas complexidades médicas na escolha da anticoncepção.

Deve-se, portanto, repensar as bases de qualidade que sustentam os programas de planejamento familiar ao pós-parto.

Desde que a eleição livre e informada pelo método anticoncepcional seja o elemento mais importante da qualidade de atenção (BRUCE, 1990), deve-se insistir em consegui-la. Esta é a proposição do presente estudo, dar oportunidade para que a

mulher seja idealmente informada, para tomada de decisões livres, amadurecidas, racionais e adequadas.

O programa de orientação à anticoncepção que se implementou, teve por objetivo iniciar ações com as pacientes, após término da gestação, fornecendo material informativo e de educação. Dessa forma, visou-se motivá-las a retornar à revisão puerperal, com conhecimento da importância desta e de seus motivos, dando-lhes maior possibilidade de repensar sobre a escolha do método anticoncepcional a ser adotado. Visou-se, ainda, propiciar mais tempo para opção e para resolução de possíveis dúvidas.

Há, todavia, controvérsia em relação ao momento mais adequado para iniciar anticoncepção, entre os benefícios da adoção de métodos imediatamente ao parto e da iniciada na revisão puerperal.

Diversos programas de anticoncepção ao pós-parto têm enfatizado vantagens dos métodos imediatos ao término da gestação, como forma de atender em planejamento familiar um grande índice de pacientes que não retorna para revisão puerperal. (EDELMAN e cols., 1981; CHI. e FARR., 1989; TOWNSEND, 1990). Esta é a proposição de programas de planejamento familiar que tendem a situar suas perspectivas em termos do seu potencial efeito demográfico muito mais do que como um veículo para atingir as necessidades de saúde reprodutiva das mulheres, durante esse período de suas vidas, segundo BRADY e WINIKOFF (1992).

Esses programas assumem, também, que o período imediato ao parto seria o de maior motivação da mulher para iniciar anticoncepção. No entanto, não há dados disponíveis sobre as preferências e prioridades das mulheres quanto à época da máxima motivação para a anticoncepção. Não se sabe quais os serviços que a mulher após o parto deseja e quando os deseja.

Deve-se, ainda, considerar que o grande número de aceitantes referido pelos programas de contracepção imediata ao término gestacional pode ser explicado pela falta de oportunidades alternativas e de orientação para livre decisão do momento oportuno para iniciar métodos anticoncepcionais.

A controvérsia não está definida, mas, apesar de o programa, no presente estudo, focalizar suas atenções aos 35-45 dias do parto, considera-se que nenhuma das estratégias de anticoncepção, imediata ou tardia, deva ser rejeitada. Ao contrário, ambas devem ser consideradas, expandindo mais opções e possibilidades aos variados desejos manifestos das mulheres. Segundo POLLACK (1992), o conceito programático mais importante é assegurar a livre escolha.

Essa noção argumenta que se proponham programas com informação e orientação em diversos momentos, durante o pré-natal, imediatamente após o parto e em qualquer tempo após o mesmo, como um processo contínuo.

Deve-se propiciar a escolha informada sobre a melhor época para início de uso do planejamento familiar após o parto, da mesma forma como se promove a escolha informada de métodos.

O processo ideal de qualidade de atenção seria reforçado ainda mais pela educação contínua da mulher à sua saúde reprodutiva, nas diversas fases de sua vida e em diferentes faixas etárias.

Com os resultados do programa proposto, verificou-se que não houve impacto importante em relação à proporção de mulheres após o parto que voltaram para a revisão puerperal. O índice, após o programa, foi de 63,1%, em relação a 54,5% de retornos com a atenção tradicional.

Ao comparar estudos, verifica-se que os dados disponíveis na literatura mostram que a taxa de retorno poderá ser bem maior se os serviços forem conduzidos apropriadamente às necessidades da clientela. Além das bases dos programas, as diferentes culturas onde foram realizados os estudos justificam os valores diversos, como o impacto de 15% para 39% citado por VERNON e cols. (1993), respectivamente antes e após a implementação. ZATUCHNI (1970) obteve taxas variando de 13% para 41%; YABOUR DE CALDERA (1974) citou variação de 7% para 21%; COYETAUX (1989) referiu 83% de retornos; LESETEDI e cols. (1989) obtiveram índice de 71%; WINIKOFF e MENSCH (1991) citaram 38% de retornos, após implementação com atividades educativas e de orientação.

É muito importante, no presente estudo, questionar-se o porquê não ter havido maior taxa de retorno. Nos fatores possíveis, encontram-se deficiências no sistema de marcação prévia de consultas e no fato de a ênfase do programa ter focalizado a orientação durante a revisão puerperal. Também

verificou-se, pelos relatos das pacientes, que muitas não sabiam ler ou tinham dificuldades para tal, sendo, por essa razão, nula a ação educativa e de informação do folheto distribuído na alta hospitalar. Além disso, as mulheres citaram que, já em casa, os cuidados ao recém-nato limitavam muito o tempo para leitura.

Então, mediante tais reflexões, faz-se necessário repensar a proposição de orientação em planejamento familiar ao pós-parto, melhorando a qualidade no atendimento, treinando o pessoal envolvido, aumentando o acesso à pacientes, fazendo-o, porém, com maior qualidade.

Para melhorar a proporção de retornos, tem-se, ainda, que buscar maior estímulo à vinda para consulta, com proposta mais motivadora, aprimorando o material educativo e sua forma de transmissão, simultaneamente com a melhoria do acesso real. Enfatiza-se tal aspecto por duas razões básicas. A falta de acesso pura e simplesmente desestimula, porque, se é criada a necessidade, por promoção de retornos, e não se fornece uma possibilidade real, a clientela acaba ficando frustrada, e o programa é prejudicado. Também pode ocorrer este mesmo efeito por falta de qualidade nos serviços. Se a paciente pós-parto receber alta do hospital, tiver acesso a revisão puerperal, porém, se nessa consulta não tiver um atendimento satisfatório, acaba associando o serviço ao planejamento familiar. Sucede a esse fato uma percepção internalizada de que o programa não cumpre nenhum objetivo claro, nem atende às suas expectativas e

necessidades. Estes são os riscos de promover muito, criando demanda, porém sem ter real capacidade de atendê-la.

Conforme DÍAZ e DÍAZ (1990), para cumprir seus objetivos, o planejamento familiar deve ser um serviço para ser oferecido à população, mas nunca imposto. Deve possuir, também, alguns atributos mínimos, destacando-se o acesso com qualidade, para garantir a saúde e a satisfação da população.

Desde que pouco se sabe sobre as motivações, necessidades, desejos das mulheres após o parto e sobre sua aceitação aos diversos tipos de serviços de saúde, diferentes opções de atividades de implementação foram testadas em diferentes países e culturas.

WINIKOFF e MENSCH (1991) indicaram que, como forma de promover o acesso com qualidade, os serviços pós-parto deveriam oferecer panfletos sobre as épocas apropriadas para adotar contracepção adicional à lactação, sugerindo métodos mais adequados e viabilizando consultas de revisão puerperal combinadas com o atendimento ao bebê.

Este tipo de integração dos serviços de atendimento às mães e aos filhos em conjunto também foi citado por COYETAUX (1989) e por VERNON e cols. (1993), por ter afetado a decisão feminina para retornar às facilidades de saúde após o parto.

Devido a mudanças dos serviços para melhor atingir as necessidades das mulheres, LUNDGREN (1991) também observou conseqüente retorno em maior índice para as consultas aos 40 dias.

Conclui-se, das generalizações que podem ser feitas por esses programas, onde os serviços de pós-parto procuraram atingir as várias necessidades das mulheres, que o retorno para as revisões pós-parto foi a norma e não a exceção. Portanto, é fundamental que haja coordenação entre promover a demanda e o processo de criar condições qualificadas para acesso.

A qualidade deve, então, agora, propiciar formas para que a mulher após o parto possa obter dos serviços os benefícios à sua saúde, sendo um dos mais importantes o planejamento familiar.

Observou-se, então, com este programa estudado, que houve um impacto importante na aceitação do planejamento familiar, na revisão puerperal, pois de 93,1% passou a ser total. Esse fato demonstra que, quando há maior qualidade na atenção fornecida pelo programa, ocorre aumento da aceitação de anticoncepção.

Demonstra-se claramente, ainda, que existe uma demanda reprimida, porque a partir do momento em que foi fornecida orientação adequada, todas as pacientes aceitaram anticoncepção.

Esses maiores índices de aceitação estão em consenso com vários estudos que sugerem que uma atenção maior devotada à orientação ao pós-parto encoraja mais mulheres a começarem a adotar o planejamento familiar. SAYEGH e MOSLEY (1976) citaram taxa de aceitação de 70%, COYETAUX e cols. (1987) citaram índice de 56%, GUZMAN e cols. (1990) observaram 40%, LUNDGREN

(1991) mostrou 50% e VERNON (1993) indicou 51% de pacientes adotando anticoncepção.

Justifica-se também a importante aceitação de métodos anticoncepcionais pelos depoimentos coletados pela pesquisa qualitativa, que mostrou que as pacientes retornaram à consulta de revisão, tendo como objetivo central o planejamento familiar. As citações das pacientes, considerando valiosa a orientação fornecida em planejamento familiar após o parto, demonstraram que a qualidade e a satisfação com a orientação influenciaram a adoção de métodos anticoncepcionais.

Embora reconhecendo que este tipo de pesquisa qualitativa é incipiente, sujeito a falhas, achou-se importante apontar dados que os números não mostram. A razão pela qual melhoraram as taxas, o que falta e o que poderia ser implementado, na opinião feminina, são obtidos através desse estudo. Considerou-se de inestimável importância colocar aqui a voz das mulheres.

Quanto ao impacto do programa na aceitação de métodos anticoncepcionais específicos, observou-se diferença significativa no aumento de uso de DIU (31,5% para 44,8%), no uso da minipílula (28,1% para 35,8%) e na diminuição de adoção de métodos ineficazes.

É interessante observar que, antes da implementação da atenção, havia pouca possibilidade de escolha de métodos pelas pacientes, com ênfase para uso de DIU e de minipílula. Com o programa proposto no estudo, observou-se que, ao invés de

diminuir, houve aumento significativo do uso desses métodos, tornando evidente que a livre escolha sempre é positiva.

No estudo qualitativo foram recolhidos dados importantes quanto à satisfação pela orientação recebida na aula de revisão puerperal, que propiciou o aumento de adoção dos métodos específicos com maiores índices. Há depoimentos das pacientes evidenciando essa conclusão, muitas manifestaram terem perdido o medo de usar DIU pelo maior conhecimento adquirido sobre o mesmo e pela desmistificação de conceitos errôneos.

Na comparação numérica com dados da literatura, ZATUCHNI (1968) mencionou taxa de 28% de aceitação de DIU e de 60% de anticoncepcionais hormonais. LUNDGREN (1992) observou índice de 34% de uso de DIU e 51% de uso da minipílula. THAPA e cols.(1992), em dados do Brasil, referiu 49% de uso de pílula. Não há taxas quanto à aceitação de DIU. VERNON e cols. (1993) citaram 41% de adoção de DIU e 51% de minipílula.

Os dados numéricos do presente estudo também mostraram que houve livre escolha em maior proporção à primeira opção pelas pacientes, nas quais foram focalizadas as ações educativas e de orientação do programa implementado (72,5%) em relação ao grupo pré-implementação (35%). Esse é um dado importante que ilustra qualidade, conforme JAIN e BRUCE (1989) e PARIANI e cols. (1991).

Há argumentos fortes na literatura a respeito de a promoção da escolha informada melhorar o desempenho dos programas e a satisfação individual das usuárias de métodos.

Estudos de diversos países têm demonstrado que mulheres que não obtiveram sua primeira escolha por métodos anticoncepcionais têm maior descontinuação de uso, em relação àquelas que adotaram sua primeira opção. (PARIANI e cols., 1991; HUEZO e DÍAZ, 1993).

Conforme ROBEY, PIOTROW e SALTER (1994), muitas mulheres sentem maior satisfação e continuam a usar os métodos e os serviços de planejamento familiar se têm possibilidade de efetuar escolhas informadas, em um clima de respeito às suas necessidades e decisões, que são direitos humanos básicos. (HUEZO, 1993).

O impacto quantitativo na aceitação de anticoncepcionais referido por este estudo foi universal à amostra pós implementação do programa.

Sabe-se que as mulheres pesquisadas nos dois grupos são similares em suas características, são provenientes da mesma população e têm igual nível sócio-econômico. Tentou-se identificar quais eram as variáveis que influenciaram no impacto, mas a única variável que realmente fez diferença na aceitação de anticoncepção foi o tipo de atendimento fornecido. Conforme o sistema pelo qual se passou a estimular a aceitação de uma maneira realmente participativa, dando livre escolha,

observou-se que todas as mulheres aceitaram o planejamento familiar.

Os programas de planejamento familiar que têm como objetivo prioritário atingir altas coberturas e efeitos demográficos importantes têm insistido na promoção apenas de métodos de alta eficácia e de longa duração, em detrimento dos métodos controlados pela usuária. A justificativa racional desta atitude é que somente promovendo esses métodos obter-se-ão altas taxas de aceitação e de prevalência.

O presente estudo em que, pelo contrário, deu-se completa abertura à livre escolha de método, mostrou que, além de ser um direito individual e um princípio ético que deve nortear nossas atividades, promove também uma aceitação de anticoncepção igual ou maior do que os programas que influenciam a escolha. Isto ocorreu com maior satisfação pelas usuárias, que se traduziu numa alta continuação de uso.

Pelos resultados deste estudo observa-se que, depois de seis meses, três em cada quatro mulheres ainda mantêm intenção de usar o mesmo método adotado na revisão puerperal. Sabe-se, ainda, que as que não desejam mais utilizar o mesmo anticoncepcional (25,9%) são as pacientes que usam minipílula. Esta é uma situação que praticamente se provocou, conforme a freqüência da lactação. Em parte, isto se deve à estrutura do sistema, por toda a gama de informações que escutam a respeito da minipílula. É obvio, então, que as que a estão utilizando desejem descontinuá-la, pois, nessa época, é comum a diminuição

da lactação. Conclui-se que estes resultados não traduzem insatisfação, mas, sim, o uso de um método transitório, para considerar-se uso de anticoncepcional mais eficaz.

Por outro lado, 76,4% que correspondem às pacientes que não estão usando minipílula, manifestam desejo de continuar com o mesmo método. É um índice de satisfação muito grande e importante.

Esta é a grande controvérsia – da quantidade obtida com qualidade.

Aos seis meses, praticamente todas as mulheres do programa implementado praticam anticoncepção e estão protegidas da gravidez indesejada. Independentemente da intenção reprodutiva, o aumento do intervalo gestacional tem efeitos favoráveis à saúde da mulher.

Com referência às sugestões das pacientes, nos depoimentos da pesquisa qualitativa, sobre o que consideram importante obter de um serviço de planejamento familiar após o parto, deve-se buscar ampliar a orientação em planejamento familiar ao período pré natal; deve-se buscar fornecer material de informação e educação em planejamento familiar durante a estada na maternidade, possibilitando leitura e esclarecimento de dúvidas; deve-se buscar melhorar o processo de comunicação médico - paciente; deve-se buscar viabilizar de forma útil o tempo de espera para consulta

Entende-se que a proposição do presente estudo é boa, porém incompleta. Pode ser aprimorada. Pretende-se, com estas

bases, nortear novos esforços, buscar melhores estratégias, estendendo de forma mais abrangente a dinâmica do planejamento familiar ao período pós-parto. Devem ser empreendidos esforços para proteger e promover a saúde reprodutiva e o bem-estar das famílias. Também deve-se incentivar a lactação exclusiva, ainda muito reduzida, por falta de conhecimento e promoção. Os programas de orientação e prestação de serviços, no momento da revisão puerperal, são parte de um processo contínuo.

O planejamento familiar deve ser um modo de o homem fazer valer sua racionalidade, sua qualidade de "rei da criação". Não é um fim, mas um meio de realização da pessoa humana, dentro dos mais nobres sentimentos e ideais do amor. (BEMFAM, 1972).

Conclui-se que, se educarmos bem e abrirmos as portas quantitativa e qualitativamente, tendo serviço disponível, as pacientes virão e usarão o planejamento familiar. Escolha, acesso, informação: são direitos da mulher.

7 CONCLUSÕES

1. É possível implementar um programa de orientação e atenção em planejamento familiar no pós-parto. Há factibilidade de realização.

2. Não houve impacto importante na proporção das mulheres pós-parto que retornaram à consulta de revisão após 35-45 dias, antes e depois da implementação do programa.

3. A aceitação de anticoncepção das mulheres que retornaram à consulta de revisão após 35-45 dias do parto aumentou significativamente depois da implementação do programa.

4. A prevalência de uso dos métodos anticoncepcionais, seis meses pós-parto, aumentou significativamente depois da implementação do programa.

5. A implementação do programa aumentou a satisfação das usuárias, demonstrada pela alta taxa de continuação de uso dos métodos anticoncepcionais e pelos depoimentos das pacientes.

ANEXO 1 - REGISTRO DE AVALIAÇÃO DE ANTICONCEPÇÃO NO PÓS-PARTO

NÚMERO:		
NOME:		
1) Idade:	2) Paridade:	3) Nº Filhos Vivos:
4)Tipo de Parto:	5) Estado Civil:	6) Profissão:
7) Anos Cursados:	8) Religião:	

Data do parto: ____/_____/____ Data da Revisão: ____/_____/____

9) Método usado **ANTES** da revisão _____

10) **MÉTODO ADOTADO/CONTINUADO APÓS REVISÃO**: _____

11) Recebeu orientação ..... ☐ Sim ☐ Não

12) O método (acima) era a primeira escolha ..... ☐ Sim ☐ Não

13) Intençãp reprodutiva ..... ☐ espaçar os filhos ☐ não ter mais filhos

14) **MÉTODO USADO AOS 6 MESES**: _____

15) É o mesmo MAC ..... ☐ Sim ☐ Não

16) Deseja continuar o mesmo MAC ..... ☐ Sim ☐ Não

17) Se não, por que? _____

SE É OUTRO MAC OU NAO USA NADA

18) Quanto tempo usou o MAC anterior _____ (meses completos)

19) Porque suspendeu o uso? _____

20) Quando começou usar o 2º MAC? _____ (meses após parto)

21) Recebeu orientação? ..... ☐ Sim ☐ Não
(procurou a clínica ou usa por conta própria?)

22) O 2º MAC foi elegido por livre opção? ..... ☐ Sim ☐ Não

23) Quantos meses amamentou? _____

24) Engravidou no período entre o parto e a revisão ..... ☐ Sim ☐ Não

ANEXO 2 - PROGRAMA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR AO PÓS-PARTO

Na Maternidade do Hospital de Clínicas de Curitiba a atenção ao planejamento familiar para o período pós-parto é inicialmente realizada juntamente àquelas pacientes que retornam para consulta agendada para 7 a 10 dias após parto, denominada puerpério da enfermagem, pois é realizada por enfermeira do serviço. A freqüência média de retornos a essa consulta é de 40% (fornecido pela Coordenação de Serviços Externos do Hospital).

Nessa ocasião, no caso do término da gestação ter sido através de cesariana, é realizada a retirada dos pontos.

Em todos os atendimentos é verificada cicatrização, lóquios e involução uterina e inspeção das mamas. É fornecida orientação sobre higiene, lactação e orientações gerais que forem necessárias. As pacientes são informadas sobre os diversos métodos anticoncepcionais disponíveis e são lembradas que têm consulta médica já agendada.

Quanto à lactação são muito enfatizados os benefícios à criança. A paciente é estimulada a persistir de forma exclusiva e fornecidas orientações para tal. No entanto, não há, praticamente, disposições para orientar que a lactação exclusiva pode ser uma forma de anticoncepção.

Não existe demonstração dos métodos com nenhum cartaz específico, nem há material impresso sobre planejamento familiar para entrega às pacientes.

Após 35-45 dias do parto, as pacientes que retornam à revisão médica são orientadas quanto à anticoncepção durante essa consulta. Esse atendimento é realizado por médicos residentes do Departamento de Tocoginecologia da UFPR, em treinamento no Ambulatório, e por alunos do Curso de Medicina. Àquelas mulheres que estão amamentando são colocados à disposição métodos que não interfiram na fisiologia da lactação, como os preservativos e o dispositivo intra-uterino. A escolha do método é feita pela paciente juntamente com o profissional que a atende. Os métodos disponíveis são ofertados em pequenas quantidades. No caso de opção por DIU, havendo higidez orgânica para uso, é feita a inserção.

Há incentivo para que as próximas consultas, para revisões e seguimentos, sejam feitas nos postos de saúde. Com raras exceções, não são marcadas em agenda novas datas para retorno ao hospital, para o planejamento familiar.

ANEXO 3 - PROGRAMA DE ORIENTAÇÃO EM PLANEJAMENTO FAMILIAR A PACIENTES PÓS-PARTO - IMPLEMENTAÇÃO

1. INTRODUÇÃO

A questão básica emergente foi a elaboração de um programa educativo em planejamento familiar destinado a mulheres que consultam na maternidade de um hospital universitário, para revisão após 30 a 40 dias do parto.

Visou-se à educação em planejamento familiar além da informação de conhecimentos específicos desvinculados dos relacionamentos e das circunstâncias sociais de cada mulher e de cada família. Como educação, o que se propõe com o presente programa é, essencialmente, um processo de desenvolvimento humano e de livre exercício de direitos.

O principal desafio foi o de buscar nos recursos educativos até agora empregados, elaborar procedimentos adequados às características sócio-culturais da população e materiais reproduzíveis a baixo custo.

Estima-se, ainda, que as estratégias possam ser utilizadas por aqueles que realizam ações educativas com objetivo de elevar a qualidade da vida da mulher em sua fase reprodutiva.

2. OBJETIVO GERAL

Realizar uma experiência de educação e orientação em planejamento familiar a mulheres pós-parto, atendidas em um hospital universitário, com a finalidade de: desenhar, reproduzir, experimentar e avaliar um programa com conteúdos, metodologia e materiais adaptados às circunstâncias locais e suscetíveis de serem aplicados por profissionais do meio.

3. FUNDAMENTAÇÃO METODOLÓGICA

3.1. CONCEPÇÃO EDUCATIVA E MÉTODOS

O enfoque educativo adotado fundamentalmente na metodologia do programa foi o de possibilitar às pacientes o conhecimento correto, a análise crítica de suas situações de vida e a opção livre para determinar ações.

Nessa perspectiva, além da resposta científica, buscou-se estimular a expressão de resposta dos participantes.

Conforme lembra FREIRE (1973):

> *Conocer no es el acto a través del cual un sujeto, transformado en objeto, recibe dócilmente los contenidos que otro le regal o impone. Por el contrario, implica una presencia curiosa y activa del sujeto, que conoce, , frente al mundo. Implica una búsqueda constante. Implica invención y reinvención.*

Assim é que a ação educativa proposta não se abstraiu nem se impôs às pacientes, pois partiu dos conhecimentos, experiências e pautas culturais previamente existentes nelas mesmas.

3.2. PRINCÍPIOS DA ORIENTAÇÃO

Os princípios visaram estimular as pacientes a:

1. Explorar, expressar e manejar seus sentimentos e dúvidas sobre o planejamento familiar.
2. Definir alternativas para solução de problemas da paciente quanto ao planejamento familiar, de acordo com possibilidades reais e atuais de cada pessoa em particular.
3. Auxiliar a paciente a observar a si própria e o seu meio (estrutura familiar e contingências) de maneira objetiva e racional.
4. Auxiliar a paciente a assumir a responsabilidade pela tomada da decisão da opção pelo planejamento familiar e pela ação para seu êxito.
5. Auxiliar a paciente a reconhecer e delimitar suas próprias capacidade e limitações e as do relacionamento, quanto ao planejamento familiar.

REQUISITO PROGRAMÁTICO

Adotar a perspectiva da paciente: significa descobrir e respeitar os valores, as atitudes, as necessidades e as preferências das clientes, conforme GALLEN e LETTENMAIER (1987, p.3).

3.3. AXIOLOGIA DA ORIENTAÇÃO

O profissional que orienta deve:

1. Estar consciente da natureza dos sentimentos das pacientes em relação ao planejamento familiar e seus métodos e do seu direito de senti-los.
2. Evitar juízos sobre personalidade, estilo de vida, preferências e expectativas das pacientes.
3. Estimular a paciente à obtenção de seus objetivos, pela orientação correta e imparcial.

3.4. CRITÉRIOS ORIENTADORES DO PROGRAMA

1. Necessidade de incorporação de conteúdos básicos e adaptados ao meio.
2. Desenvolvimento de metodologia flexível e adequada, priorizando o processo de transmissão de conteúdo.

3. Concretização a nível prático com materiais educativos dinâmicos e motivadores.

3.5. TÉCNICA DIDÁTICA DA ORIENTAÇÃO

A COMUNICAÇÃO EM GRUPOS (LETTENMAIER e GALLEN, 1987, p. 24).

- "Por que realizar sessões de orientação em grupos?"
- Para fornecer informações sobre planejamento familiar para mais de uma pessoa de uma vez, viabilizando o tempo.
- Para auxiliar as pessoas a dividirem suas próprias experiências e a apoiarem umas às outras em suas decisões quanto ao planejamento familiar.
- Para responder às perguntas que algumas pessoas podem não fazer por inibição.
- Para aproveitamento racional do tempo de espera das pacientes até a consulta.
- Para proporcionar viabilidade de conhecimento prévio à consulta das opções disponíveis, para eleição livre, informada e bem amadurecida, conforme características próprias da paciente, médicas e sociais.

4. O PROCESSO DO PROGRAMA DE ORIENTAÇÃO

As pacientes que retornaram para consulta após 35-45 dias do parto, comparecendo à secretaria do Ambulatório de Pré-Natal da Maternidade do Hospital de Clínicas - Departamento de Tocoginecologia do Setor de Ciências da Saúde da UFPR- foram encaminhadas para a sala de reuniões, para as atividades de orientação em grupo, antes da consulta médica agendada.

4.1. PLANEJAMENTO

4.1.1. Objetivo

Fornecer orientação sobre planejamento familiar e métodos, especificamente ao período pós-parto.

Conforme GALLEN e LETTENMAIER (1987) este processo de orientação deve auxiliar as pacientes:

- a decidirem se desejam praticar o planejamento familiar, e, se assim o desejarem;
- a escolherem , corretamente, qual o método que irão adotar; e,
- a praticarem o planejamento familiar de maneira efetiva, segura e assistida.

4.1.2. **Seqüência**

Apresentação dos aspectos desenvolvidos na reunião, perguntas, respostas, conclusões.

4.1.3. **Material**

Folhetos, cartazes e métodos anticoncepcionais.

4.1.4. **Local**

Sala de reuniões de pacientes da Maternidade do Hospital de Clínicas de Curitiba.

Cadeiras dispostas em círculo.

4.1.5. **Horário**

Previamente à consulta médica de puerpério: 12h 30 min.

4.1.6. **Período de tempo**

Julho a novembro de 1994, diariamente nos dias úteis.

4.1.7. **Duração da sessão**

Média de 45 minutos.

4.1.8. **População alvo**

Mulheres que tiveram parto na Maternidade do Hospital de Clínicas de Curitiba e que retornaram à consulta de revisão agendada.

4.1.9. **Orientador**

A pesquisadora.

4.1.10. **Número de pacientes**

Média de dez por sessão, que é o total marcado por dia de atendimento.

4.2. DESENVOLVIMENTO

a. Fazem-se em primeiro lugar, as apresentações necessárias.
b. Motivação ao tema através de perguntas como: "Por que vieram a esta consulta? O que significa para vocês planejar o tamanho da família? Será que é importante? Por quê?"
c. Motivadas e sentindo-se mais à vontade, as participantes passam a receber informações sobre conceito e benefícios do planejamento familiar, suas necessidades e aspectos especiais ao período após parto.

d. Apresentam-se todos os métodos anticoncepcionais, mostrando-os, citando-se as características de cada um, cuidados específicos quanto ao uso e efeitos colaterais, temores, crenças populares, adequação do casal ao método, interferências na sexualidade.
e. Solicita-se que as participantes façam as perguntas que desejarem e coloquem suas opiniões, experiências, dúvidas e dificuldades. Possibilitam-se intercâmbio e informações.
f. Orienta-se quanto às questões trazidas pelos grupos.
g. Apresenta-se uma breve síntese e, aproveitando as opiniões emitidas pelas presentes, faz-se a conclusão.
h. Convida-se a passarem para a consulta médica e depois retornarem para preenchimento de ficha de coleta de dados e receberem orientações que se fizerem ainda necessárias.

RECOMENDAÇÕES NO PROCESSO DE ORIENTAÇÃO EM GRUPO

Foram observados os seguintes aspectos durante o processo de transmissão das informações e da orientação:

1. Mostrar segurança na transmissão da mensagem (conteúdo, tom de voz, gestos, postura).
2. Organizar antecipadamente as idéias para poder expressá-las.

3. Conhecer as crenças, os valores e o grupo social das participantes, formulando a mensagem que compreendam perfeitamente.
4. Utilizar linguagem com palavras familiares, acessíveis ao grupo. Evitar termos técnicos.
5. Fornecer informação e orientação em planejamento familiar oportuna, correta, adequada ao nível físico, mental e emocional das pacientes. Preocupar-se com os aspectos formativos, centrados em criar responsabilidade quanto à atividade reprodutiva, tomando suas próprias decisões, ajustando suas atitudes e planejando sua vida e sua família de modo inteligente, sensato, consciente e pessoal.

Enfatizou-se a referência feita por VELASCO (1981): "fornecer à mulher oportunidade para seu desenvolvimento pessoal lhe permitirá obter um maior sentimento de valor pessoal, que lhe proporcionará planejar sua vida e a dos filhos que deseje ter."

4.3. CONTEÚDOS

Foram baseados no Guia para Orientação de Programas de Planejamento Familiar do *Population Reports* (LETTENMAIER e GALLEN, 1987).

4.3.1. **A Decisão sobre o Planejamento Familiar Pós-Parto:** lidando com os sentimentos das pacientes

- Necessidades, desejos, dúvidas e preocupacões das pacientes sobre o planejamento familiar.
- Planos em relação à fecundidade e importância do espaçamento intergestacional.
- Preferência, opiniões e participação do parceiro no planejamento familiar.
- Planos para amamentação.

4.3.2. **A Informação dos Métodos de Planejamento Familiar**

4.3.2.1. O Planejamento Familiar para a Mulher Lactante

- Estimulando a amamentação.
- Avaliando a eficácia anticoncepcional da amamentação: questões básicas.
- Quando começar a usar um outro método de planejamento familiar.

4.3.2.2. Outros Métodos Anticoncepcionais

- Informações sobre os métodos anticoncepcionais: uso e função, características e possíveis efeitos colaterais; cuidados e sinais de alerta.

- Neutralização de informações errôneas sobre os diversos métodos anticoncepcionais
- Comentários sobre influências dos anticoncepcionais sobre a sexualidade

4.3.3. **A Escolha. Opção Individualizada do Planejamento Familiar e Método:** *"Em sua opinião qual o melhor método para você?"*

- Revisão básica do uso e esclarecimento de perguntas

4.4. O ACOMPANHAMENTO. O FORNECIMENTO DOS MÉTODOS

- Retornos planejados.
- Problemas com o método escolhido.
- Situações de vida mutáveis e mudanças de método anticoncepcional.

5. RECURSOS EDUCACIONAIS

5.1. MATERIAIS

Cartazes: mostram uma variedade de métodos de planejamento familiar, servindo de apoio para explicar como funcionam.

Conjunto de folhas ilustradas, dispostas em seqüência lógica (anexo 6).

Fonte: ABEPF (Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar, 1987).

Conjunto dos diversos métodos para o planejamento familiar, contendo os seguintes elementos:

- Dispositivos Intra-uterinos: Lippes; TCu-200B; TCu-380A.
- Pílulas combinadas e as que contêm somente progesterona.
- Diafragma.
- Geléias Espermaticidas.
- Preservativos.

5.2. PROCEDIMENTOS

- Exposição oral.
- Demonstração.
- Discussões dirigidas.

6. ACOMPANHAMENTO

As visitas de acompanhamento foram marcadas para após seis meses, visando a:

- Verificar o uso e a satisfação das pacientes com o método escolhido.
- Verificar se o uso está sendo feito de forma correta, e, se necessárias, correções.
- Fornecer o método em uso, se necessário.
- Esclarecer dúvidas e preocupações das pacientes.
- Verificar efeitos colaterais, complicações médicas e seu tratamento.
- Orientar a troca ou descontinuação do método quando necessárias, por razão médica ou por solicitação da paciente, após ser esclarecida.
- Coletar as informações necessárias à pesquisa de avaliação conforme protocolo.

As pacientes do estudo foram informadas que poderiam retornar ao serviço, além das visitas agendadas, caso tivessem dúvidas ou achassem necessário.

NÃO FIQUE PREOCUPADA!

Aqui você tem algumas informações sobre métodos anticoncepcionais. Converse com seu companheiro e decidam juntos como desejam planejar o tamanho de sua família.

AVISO

Daqui a 30 dias, venha para a consulta marcada. Com ajuda médica você poderá tirar dúvidas e escolher o melhor método para não engravidar.

VOCÊ RECEBERÁ SEU ANTICONCEPCIONAL GRATUITAMENTE!

RELAÇÃO SEXUAL SEM RISCO DE ENGRAVIDAR?

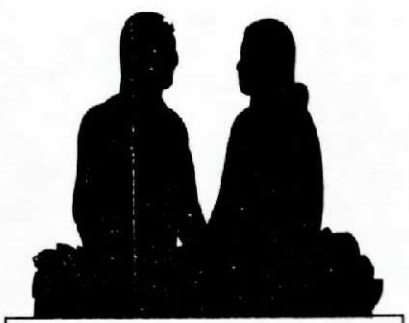
VENHA CONVERSAR CONOSCO!

COM AJUDA MÉDICA VOCÊ PODE ESCLARECER SUAS DÚVIDAS E ESCOLHER O MELHOR MÉTODO ANTICONCEPCIONAL

Departamento de Tocoginecologia

HOSPITAL DE CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

... E AGORA? O QUE FAZER PARA NÃO ENGRAVIDAR?



PERGUNTAS E RESPOSTAS

VOCÊ ESTÁ AMAMENTANDO?

Então responda a essas perguntas:

1. Está amamentando pelo menos 10 vezes a cada 24 horas?
2. Está amamentando de dia e de noite?
3. Seu bebê está recebendo somente leite materno? Nada de chá, água, sucos?
4. Você está sem menstruar?

- Se a sua resposta é SIM a todas perguntas, você corre pouco risco de engravidar.
- Se a sua resposta é NÃO a pelo menos uma das perguntas, você tem maior chance de engravidar. E o risco aumenta à medida que seu bebê cresce.

IMPORTANTE

A amamentação é importante para seu bebê! Existem métodos anticoncepcionais seguros para a mulher que amamenta, que não prejudicam nem diminuem o leite.

VOCÊ SABE QUAIS SÃO ELES?

ANEXO 5 - GUIA PARA INVESTIGAÇÃO MEDIANTE SESSÕES DE GRUPO FOCAL

Percepção das Mulheres em Relação à Orientação de Atenção Recebida em P.F. no pós-parto

Vocês são usuárias deste serviço, tiveram o parto aqui, gostaríamos de conversar com vocês sobre o que vocês acham do serviço, para poder melhorá-lo e poder dar-lhes melhor atenção.

1. Quando vocês estavam internadas para ter o bebê, ou no momento da alta, alguém falou que vocês tinham que voltar para fazer consulta de revisão 40 dias após o resguardo, ou não falaram nada? _____
2. Quem falou? _____
3. O que falaram? (falaram por que tinha que voltar?)
   _____
4. Vocês sabem por que tem que voltar?
   _____
5. Nessa ocasião, vocês receberam este folheto? (mostrar o folheto)
   _____
6. Leram ou não? Foi fácil ou difícil ler?
   _____
7. O que vocês acharam do folheto? Serviu para alguma coisa o folheto?
   _____
8. O que vocês gostaram? _____
9. O que vocês não gostaram? _____
10. O que vocês mudariam no folheto?
    _____
11. Mostraram o folheto para alguém mais?
    _____
12. E o marido viu/leu o folheto? _____
13. Todas vocês voltaram a fazer consulta de revisão ou não?
    _____
14. Por que voltaram?
    _____
15. E quando vocês voltaram vocês assistiram alguma aula de P.F. ou não?
    _____
16. O que vocês acharam da aula? _____
17. O que vocês gostaram? _____

18. O que vocês não gostaram? _____

19. Que métodos para evitar filhos a Dra. mostrou na aula? (aprofundar ... mais alguma coisa?)

_____

20. E o que falou da amamentação?

_____

21. Eu ouvi dizer que quando a mulher amamenta ela não precisa usar método, porque a amamentação não deixa a mulher engravidar. O que vocês ouviram falar disso?

_____

22. O que os médicos daqui falam disso?

_____

23. Depois da aula, vocês passaram pela consulta médica?

_____

24. Como foi essa consulta? Me contem como foi.

_____

25. E o médico perguntou ou não se vocês queriam usar alguma coisa para evitar filhos?

_____

26. Quando vocês vieram para a consulta vocês estavam pensando em usar algum método para evitar filhos? _____

27. Como surgiu esse método? Como vocês souberam desse método?

_____

28. Vocês estão usando algum método ou não? Qual?

_____

29. Como vocês escolheram esse método? Quem escolheu / Quem ajudou?

_____

30. Falaram que vocês tinham que voltar para fazer revisão do método, ou não falaram?

_____

31. O que falaram? _____

32. De um modo geral o serviço atende as mulheres grávidas, as mulheres que vem a dar luz e as mulheres depois do parto, e tem também outros serviços. Em relação ao atendimento que o serviço tem de planejamento familiar para a mulher que teve seu parto aqui no serviço, o que vocês acham que está faltando que poderia ser melhorado?

    Deixe falar

    Aprofundar em:
    - informações no pré-natal
    - folhetos educativos
    - depois do parto
    - aula
    - consulta pós-parto

33. Que outra sugestão vocês gostariam de dar?

INVESTIGAÇÃO MEDIANTE SESSÕES DE GRUPOS FOCAIS

METODOLOGIA

COMPOSIÇÃO DOS GRUPOS

Foram realizados oito grupos focais sendo cada um constituído por dez pacientes que haviam tido parto no Hospital há seis meses. Estudos indicam que tal composição era grande o suficiente para prover uma extensão de atitudes e informações, enquanto era suficientemente pequena para encorajar a expressão desinibida de opiniões. (SUYONO e cols., 1981).

SELEÇÃO DAS PACIENTES

No período de março a maio de 1995 foi feita a seleção das pacientes para pesquisa qualitativa.

As participantes dos grupos foram selecionadas aleatoriamente, da amostra de 313 pacientes do estudo, mediante sorteio dos números das fichas de registro, sendo então convidadas por carta ou telefone a comparecer ao Hospital, em data pré-marcada. Não foi fornecido qualquer detalhe sobre as reuniões, tranqüilizando-as que não se tratava de nenhum

problema de saúde nem de exame, pelo contrário, sua vinda traria benefício.

As pacientes participantes, portanto, tiveram parto na Maternidade do Hospital de Clínicas de Curitiba, retornaram para consulta de revisão após 30-40 dias, quando receberam orientação sobre planejamento familiar e foram agendadas para acompanhamento após seis meses do parto, no Ambulatório de Anticoncepção.

Os grupos foram intencionalmente selecionados por sorteio para serem heterogêneos, podendo, assim, obter-se maior mescla de opiniões, considerada enriquecedora para a pesquisa, independentemente de idade, estado civil, escolaridade ou de outros reflexos das diferenças da população.

No dia de cada sessão as pacientes foram encaminhadas para sala especifica, com lugares distribuídos em círculo. Solicitou-se a auto-apresentação de todas, de modo informal, e explicou-se o objetivo da reunião. Foram informadas que suas opiniões e sugestões eram necessárias e desejadas e que a discussão estaria sendo gravada para auxiliar ao moderador a lembrar-se do que havia sido falado.

As pacientes foram estimuladas a falar com sinceridade e abertamente sobre cada tópico e lembradas que tinham ambiente de neutralidade e anonimato para livre expressão dos seus pontos de vista. A duração limite de cada sessão foi de duas horas.

A EQUIPE E A CONDUÇÃO DOS GRUPOS

As discussões foram conduzidas por um moderador, da enfermagem, sempre do mesmo sexo das participantes, com a presença de um observador, aluna do Curso de Medicina, para anotações.

O moderador seguiu o guia para grupos focais (anexo) , elaborado conforme objetivo da pesquisa, que assegurou que os mesmos tópicos fossem discutidos em cada grupo. Apesar do guia, as sessões foram conduzidas de forma relativamente aberta e flexível a fim de explorar áreas particularmente interessantes que pudessem advir espontaneamente das participantes.
Conjuntamente com as gravações, o observador tomava notas dos seguimentos das discussões, principalmente da linguagem não verbal das pacientes.

ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DAS OBSERVACÕES

A análise das observações foi feita imediatamente após cada sessão, em conjunto com o observador, para clarificar o significado das interações do grupo e comparar as impressões.

A revisão da gravação e construção do relatório foram feitas agrupando, sumariando e identificando constantes que

emergiram na tomada dos tópicos específicos, bem como temas que surgiram espontaneamente durante o processo.

Partindo desse trabalho, foi elaborada a síntese global dos grupos focais, com exame dos achados à luz dos objetivos da pesquisa. Com esse embasamento possibilitou-se prover hipóteses, novas questões ou sugestões.

As gravações das sessões de grupo e os dados de identificação das participantes foram arquivados.

GUIA DE TÓPICOS PARA DISCUSSÃO E AVALIAÇÃO

O guia de tópicos é a lista de itens e questões que foram pesquisadas nos grupos focais. Serviu como esquema sintético dos propósitos e objetivos da pesquisa.

DESCRIÇÃO DA AMOSTRA

A idade das pacientes variou de 18 a 39 anos, com paridade de 1 a 5 filhos. A escolaridade média foi de 3 anos. Participaram duas pacientes analfabetas. Na ocasião todas utilizaram alguma forma de anticoncepção, sendo a pílula em maior freqüência, seguida do DIU e do preservativo.

ANEXO 6 - RECURSOS EDUCACIONAIS

PLANEJAMENTO FAMILIAR



NÓS INFORMAMOS

BEMFAM

AMAMENTAÇÃO



ABEPF

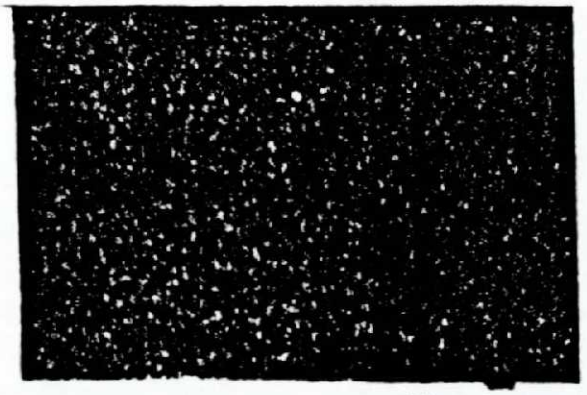
TABELA





Menstruacao

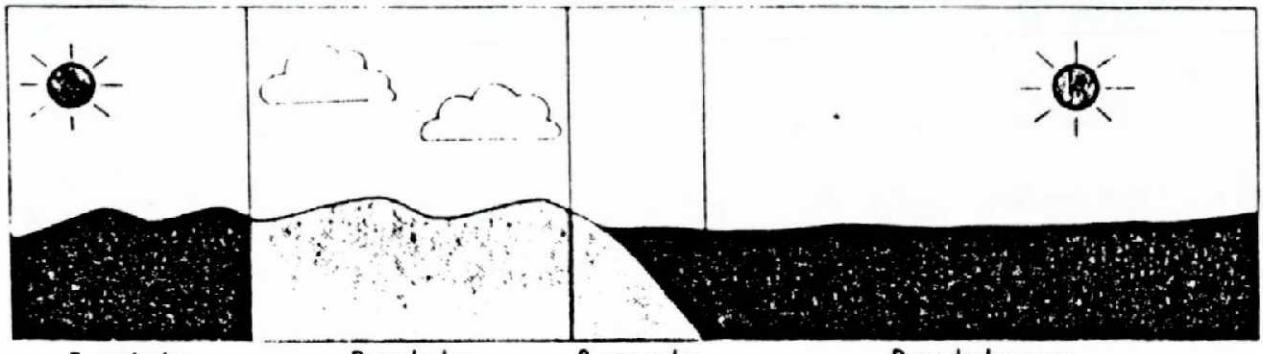




Menstruacao

ABEPF

MÉTODO DA OVULAÇÃO

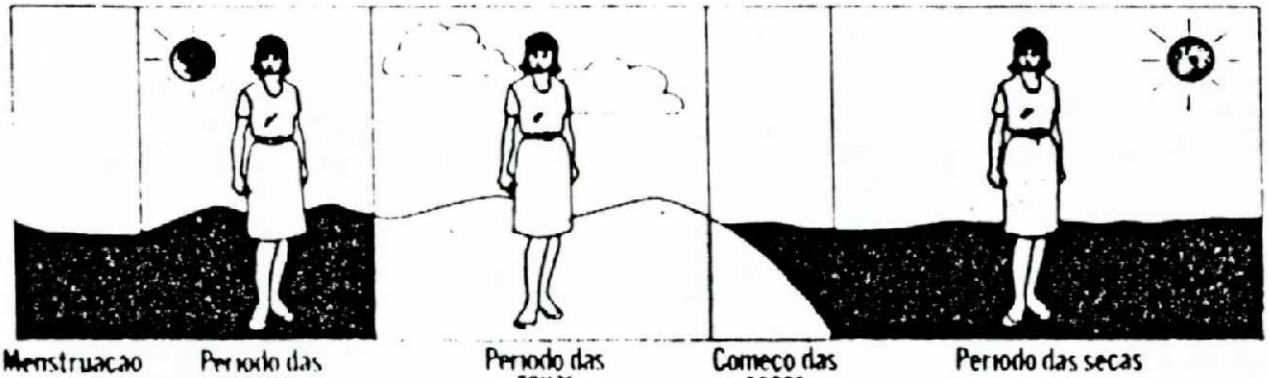


Período das secas
Infertil

Período das águas
Umido, fertil

Começo das secas
Fértil

Período das secas
Infertil



Menstruação

Período das secas
Infertil

Período das águas
Umido, fertil

Começo das secas
Fertil

Período das secas
Infertil



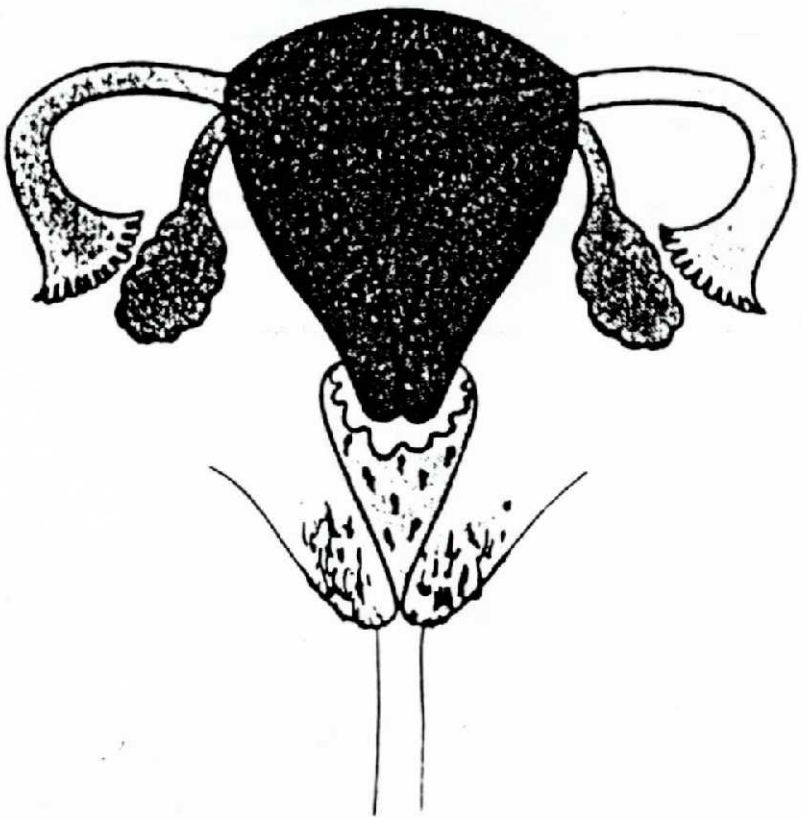
ABEPF

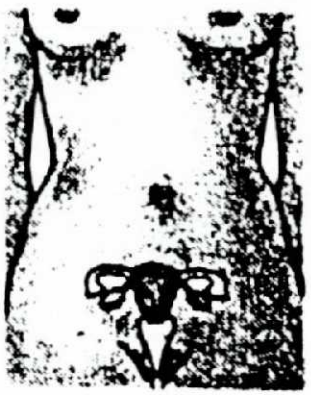
PÍLULA

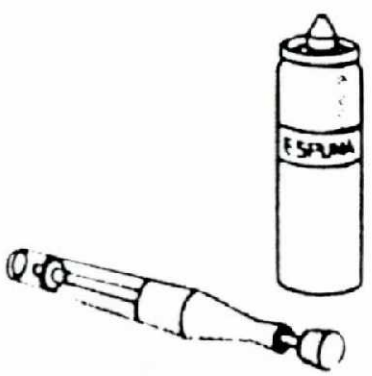


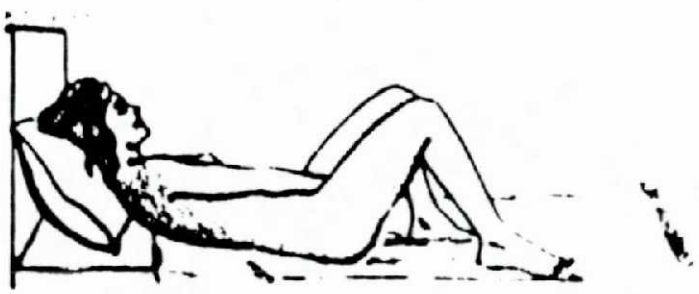
ABEPF

ESPUMA-GELÉIA-ÓVULOS





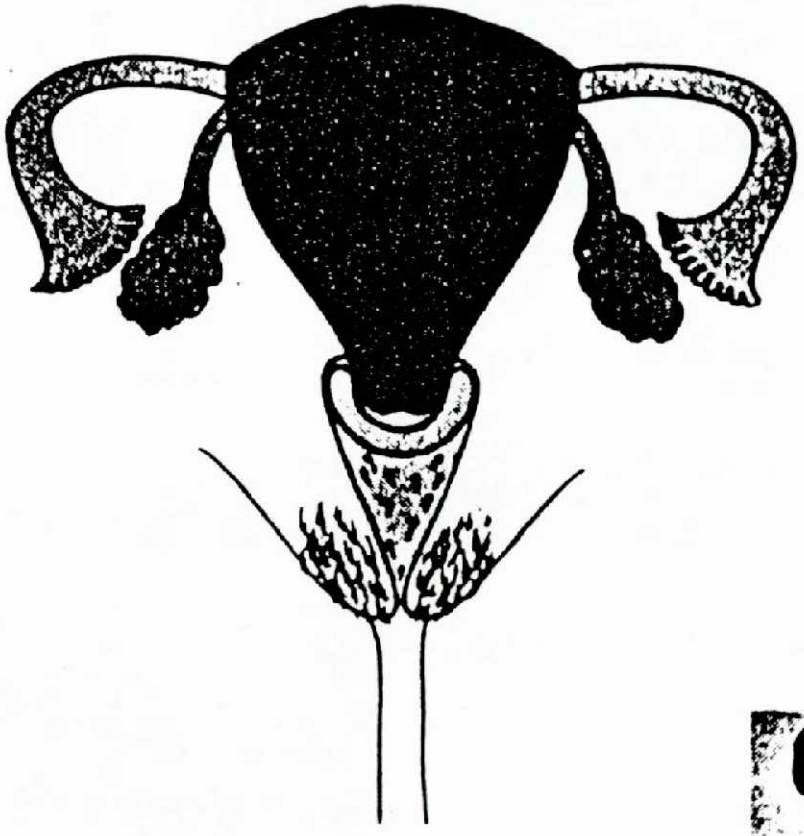




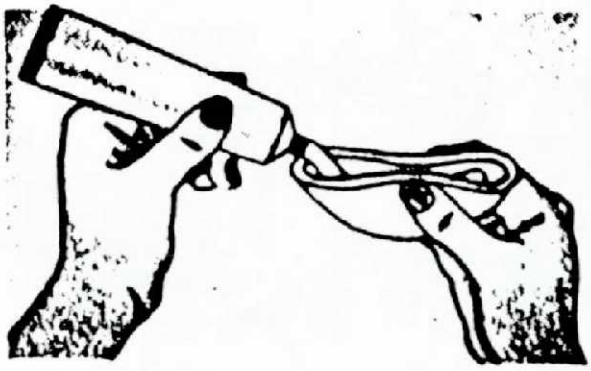


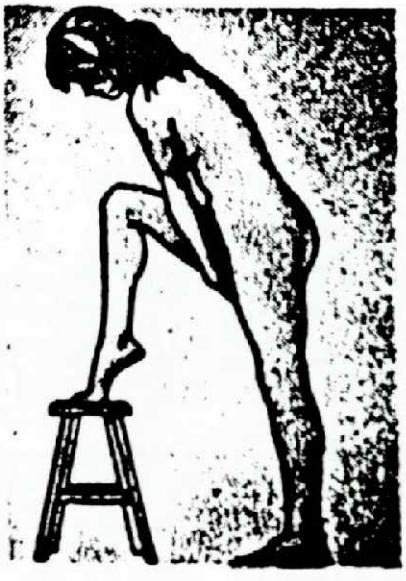
ABEPF

DIAFRAGMA



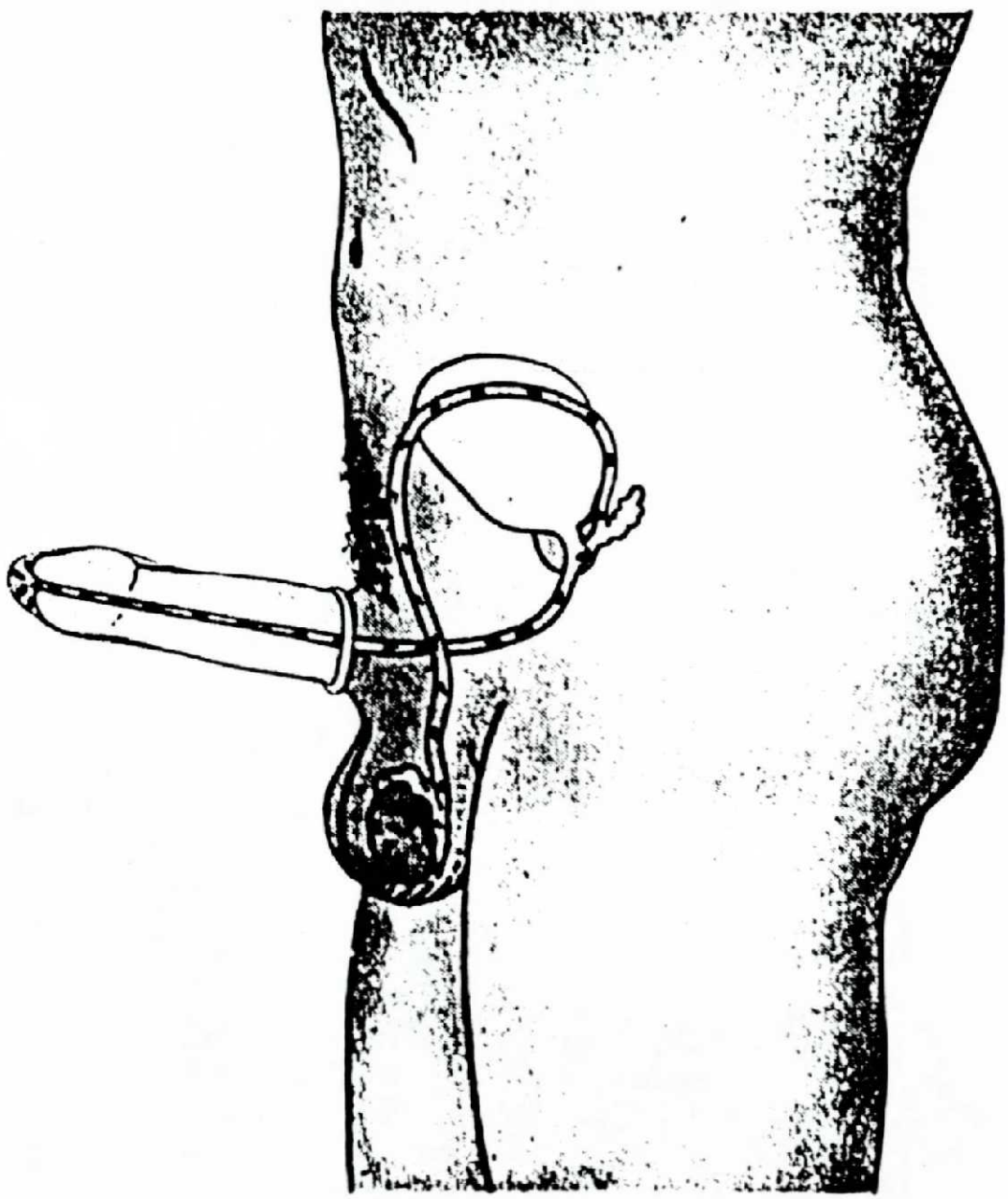






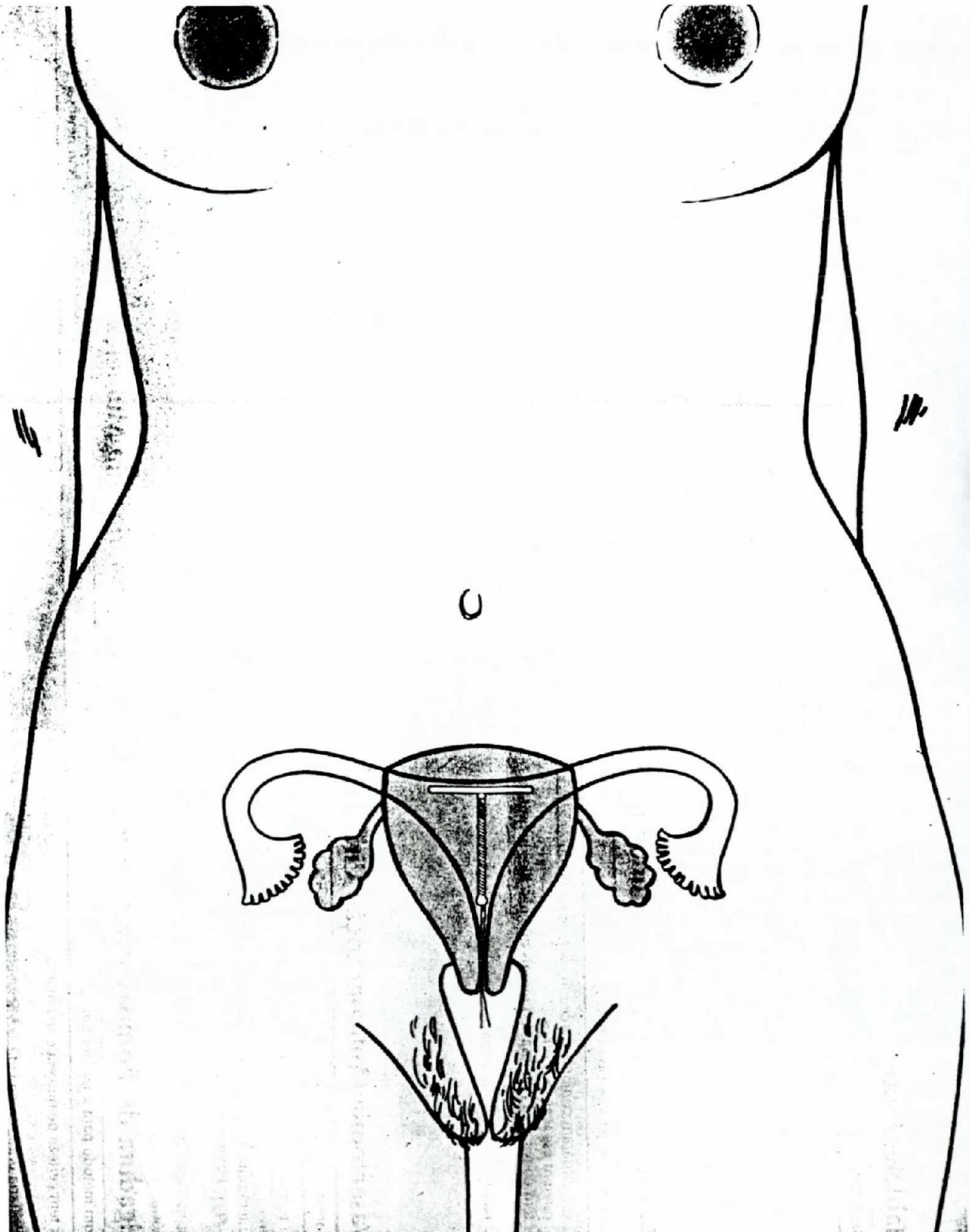
ABEPF

CAMISINHA

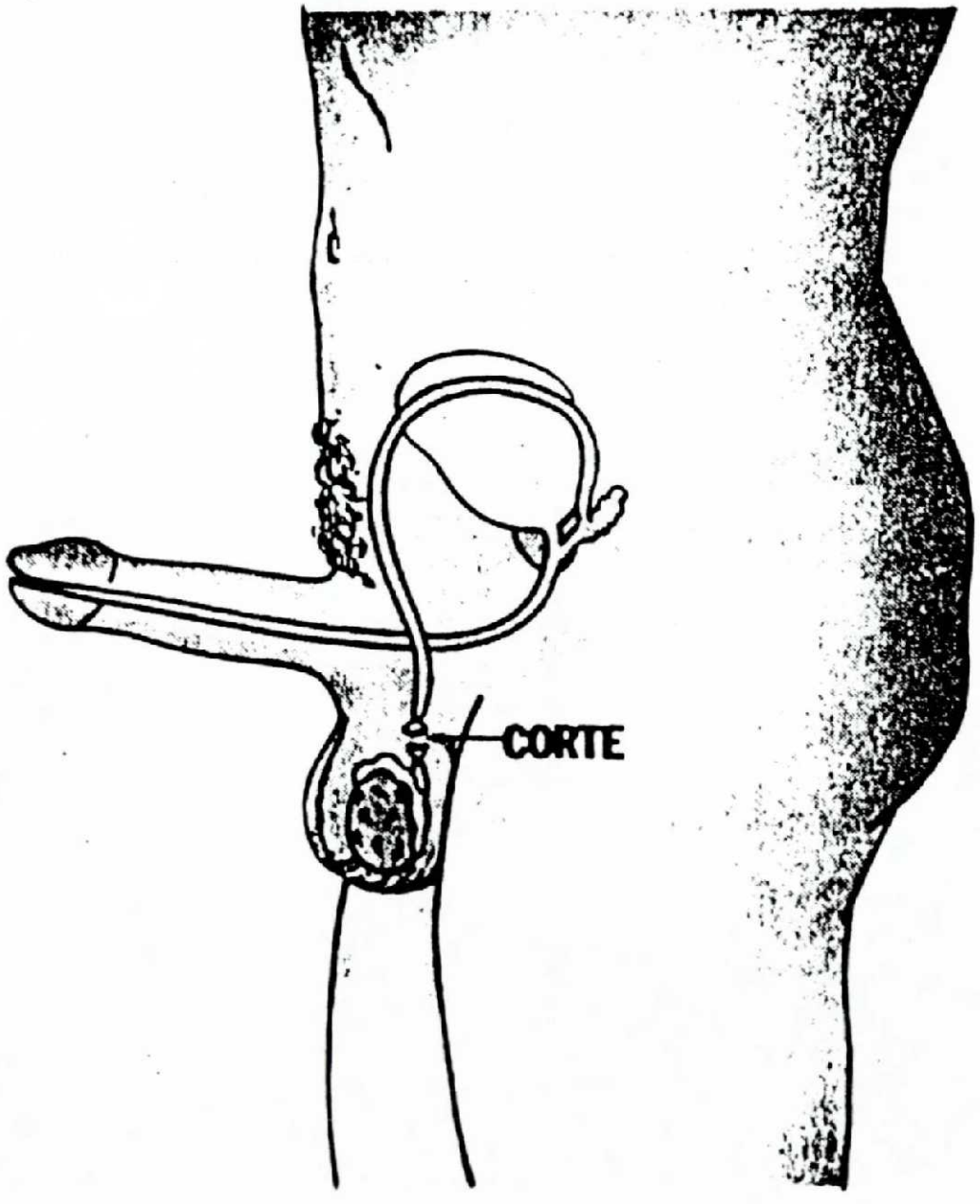


ABEPF

DIU

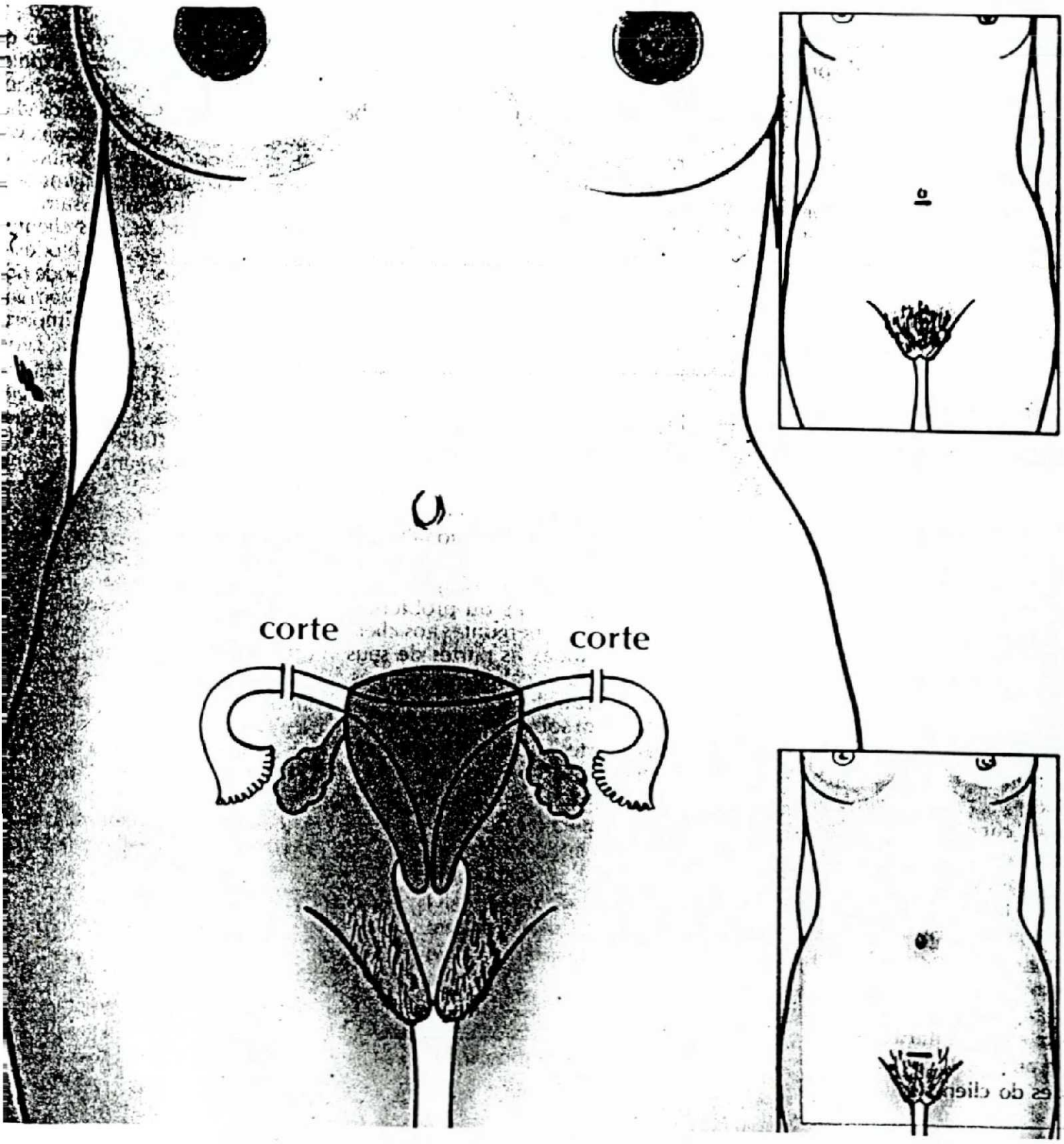


VASECTOMIA



ABEPI

A LIGADURA DE TROMPAS



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENTIDADES DE PLANEJAMENTO FAMILIAR. Manual para utilização de materiais de informação e orientação em planejamento familiar. Rio de Janeiro, 1987. 72p. Cadernos ABEPF, serie manuais 3.

ASSOCIATION FOR VOLUNTARY SURGICAL CONTRACEPTION. Family Planning Counseling: The International Experience. In: MEETING REPORT, (1992:Istambul). Anais... Istambul, 1992. 54p.

ASSOCIACIÓN HONDUREÑA DE LACTANCIA MATERNA; POPULATION COUNCIL. The promotion of breastfeeding and birth spacing in rural areas. In: OPERATIONS RESEARCH FAMILY PLANNING DATABASE PROJECT SUMMARIES. New York: Population Council, 1993. 21p.

BRADY, M.; WINIKOFF, B. Historical context of Postpartum Programs. In: RETHINKING Postpartum health care. New York: The Population Council, 1992. p.8-10.

BRUCE, J. Fundamental elements of the quality of care: a simple framework. Stud. Fam. Plann., New York, v.21, n.2, Mar./Apr. 1990. p.61-91.

BRUCE, J. Implementing the user perspectives. Stud. Fam. Plann., New York, v.11, n.1, p.29-33. Jan, 1980.

CASTADOT, R. Postpartum contraceptive methods. Int. J. Gynaecol. Obstet., Limerick, v.12, n.6, p.187-193, Nov. 1974.

CASTADOT, R. The International Postpartum family planning program: eight years of experience. Reports on Population/Family Planning, n.18, 56p., Nov. 1975.

CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y DESAROLLO DE LA EDUCACIÓN. Proyecto nos juntamos!. Cuadernillo para educadores. n.5. Santiago. 1982. 69p.

CHAVES, L.; MOTA, C.; SHEPARD, B. A holistic approach to family counseling and education. In: ROGOW, D. Quality care in international family planning: a feminist contribution. New York: The Population Council, 1987.

CHI, I.; FARR, G. Postpartum IUD contraception. A review of an international experience. Adv. Contracept., Dordrecht, v.5, p.127-146, 1989.

CLELAND, J.,SATHAR, Z. The effect of birth spacing on childhood mortality in Pakistan. Pop. Reports, Baltimore [M], n.8, Sep. 1987, 28p.

COYETAUX, F. Celebrating mother and child on the fortieth day: The "Sfax", Tunisia postpartum program. Quality/Calidad/ Qualité, New York, n.1, 1989.

COYETAUX, F.; KILANI, T.; McEVOY, M. The role of information, education and communication in family planning service in Tunísia. Stud. Fam. Plann., v.18, n.4, p.229-234, July/Aug. 1987.

DEBROVNER, C.; WINIKOFF,B. Trends in postpartum contraceptive choice. Obstetrics & Gynecology, New York, v.63, n.1, p.65-70, Jan. 1984.

DEBUS, M. Methodological Review: a handbook for excellence in focus group research (Academy for Educational Development, 1988). In: AIDSTECH, ed. Tools for project evaluation. Durham: 1992.

DÍAZ, J.; DIAZ, M. Anticoncepção durante o período pós-parto. Reunião da Comissão Permanente de Avaliação de método anticoncepcional. Brasília: FEBRASGO, 1990. 16p.

DÍAZ, J,; DÍAZ, M. Quality of care im family planning in Latin America. Adv. Contracept., Dordrecht, v.9, n.2, p.117-128, Jun. 1993.

DIAZ, S. et al. Lactational amenorrhea and the recovery of ovulation and fertility in fully nursing Chilean women. Contraception, Stoneham, v.38, n.1, Jul.1988, p.53-67.

DÍAZ, S. Integrating Postpartum Health care and Family planning: The Chilean experience. In: BRADY, M.; WINIKOFF, B. Rethinking postpartum health care.. New York: The population Council, 1992. p.29-32.

EDELMAN, D.; GOLDSMITH, A.; SHELTON, J. Postpartum contraception. Int. J. Gynaecol. Obstet., Limerick, n.19, p.305-311, 1981.

FAMILY HEALTH INTERNATIONAL. Counseling: the effect of personal communication. Network, New York, v.8, n.3, Spring 1987.

FISCHMAN, S. et al. Education for family planning in a municipal hospital: a 24-month retrospective study of the program in Harlem Hospital Center. Advances in Planned Parenthood, New York, v.5, p.16-24, 1969.

FOREIT, K. et al. Cost-effectiveness of the Peruvian postpartum program. In: INTERNATIONAL CONFERENCE ON POSTPARTUM CONTRACEPTION. (1990:New York) Anais... New York: Family Health International, 1990.

FREIRE, P. La educación como practica de la libertad. Santiago: I.C.I.R.A, 1973. 46p.

GALLEN, M.; LETTENMAIER, C. A orientação faz a diferença. Pop. Reports, Baltimore, [J], n.35, nov. 1987. 31p.

GARCIA-NÚÑEZ, J. Avaliação em planejamento familiar: um guia para administradores e avaliadores. Salvador: Pathfinder International, 1993. 242p.

GRILLO, B.; ARNT, I.; BRAGA, L.; JULIO, H.; AMARAL, M. Procriação responsável: organização de um Centro Piloto de Fertilidade em Curitiba. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE BEM-ESTAR FAMILIAR (1:1966:Recife). Anais... Recife, 1966.

HOOGENBOOM, H. Family planning counseling: The International Experience. In: MEETING REPORT. (1992:Istambul). Anais... Istambul, 1992. p.VI.

HUEZO, C. Choice, access, information are among client's rights. Network, New York, v.14, n.1, p.24-26, Aug. 1993.

HUEZO, C.; DIAZ, S. Quality of care in family planning: client's rights and provider's needs. Adv. Contracept., Dordrecht, v.9, n.2, p.129-139, 1993.

INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION (IPPF). Quality of care: client's rights. Network, New York, v.14, n.1, p.24, Aug. 1993.

ISRANG KURA,B.,KENNEDY,K.,LEELAPALANA,B.,COHEN,H. Breasfeeding and return to ovulation in Bangkok. Int. J. Gynaecol. Obstet., Limerick, v.30, n.4, p. 335-342, 1989.

JAIN, A.; BRUCE, J. Quality care: Challenge of the 1990s. People, Harlow, v.16, n.4, p.6-8, 1989.

JAIN, A.; BRUCE, J.; MENSCH, B. Setting standards of quality in family planning programs. Stud. Fam. Plann., New York, v.23, n.6, p.392-395, Nov./Dec. 1992.

KELLER, A.; RODRIGUEZ, A.; CORREU, S. The Mexican experience with postpartum/postabortion programs, 1970-1972. Stud. Fam. Plann., New York, v.5, n.6, p.195-200, Jun. 1974.

KENNEDY, K.; RIVERA, R.; MCNEILLY, A. Consensus statement on the use of breastfeeding as a family planning method. Contraception, Stoneham, v.39, n.5, p.477-491, May 1989.

KENNEDY, K.; VISNESS, C. Eficácia contraceptiva da amenorréia da lactação. The Lancet, London, v. 339, n.25, p.227-230, Jan. 1992.

KHAN, T., KENNEDY, K.,KAZI, A. A study of brastfeeding and the return of menses and conception in Karachi, Pakistan. Contraception, Stoneham, v.40, n.3, p. 365-376, 1989.

KING, T.; SMITH, J.; BAILEY, P. A prevenção de gravidez de alto risco de mortalidade materna: recomendações para ação. New York: Family Health International, 1994. 6p. (mimeo).

KNODEL, J.; CHAYONAN, N. Contraceptive initiations patterns in Thailand. Health and Populations Studies based on the 1987 Thailand Demographic and Health Survey. Thailand: Institute of population studies / Chulalongkorn University, 1989. 7p. (mimeo).

LANGNICKEL,D. Postpartum family planning counseling in the clinic. Archi. Fuer Gynaekologie, v.211, p.363-364, June, 1971.

LAUKARAN, V.; WINIKOFF, B. Contraceptive use, amenorrhea, and breastfeeding in postpartum women. Stud. Fam. Plann., New York, v.16, n.6, p.293-301, Nov./Dec. 1985.

LESETEDI, L.; MOMPATI, G.; KHULUMANI, P. Botswana family health survey. Family Health Institute for Resource Development 1989. In: WINIKOFF, B.; MENSCH, B. Rethinking postpartum family planning. Stud. Fam. Plann., New York, v.22, n.5, p.294-307, Sep./Oct. 1991.

LETTENMAIER, C.; GALLEN, M. Guia para orientação: Por que a orientação é importante? Pop. Reports, Baltimore, [J], n.36, Dez. 1987. 28p.

LUNDGREEN, R. Timing and content of services: lessons of the Honduran Social Security Institute. In: WINIKOFF, B.; MENSCH, B. Rethinking Postpartum Family Planning. Stud. Fam. Plann., New York, v.22, n.5, Sep./Oct. 1991.

MANATOUX, J. Como funciona un programa de anticoncepción postparto. Network, North Carolina, v.5, n.2, p.16, Aug. 1990.

MORA, G. Modelos para mejorar la calidad de la atención en la salud reproductiva. Forum Nacional de Debates sobre la reducción de la mortalidad materna. (1994:Curitiba). Anais... Curitiba, 1994. 6p. (mimeo).

NATIONAL FAMILY PLANNING COORDINATING BOARD.Complementig family planning with breastfeeding to improve maternal and child heath. In: OPERATIONS RESEARCH FAMILY PLANNING DATABASE PROJECT SUMMARIES. New York: Population Council, 1993. 21p.

NEAMATALLA, G. Family planning counseling and voluntary sterilization. Association for voluntary surgical contraception. In: MEETING REPORT, (1992:Istambul). Anais... Istambul, 1992. p.41.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE(OMS). Aleitamento materno. Femina, Rio de Janeiro, v.20, n.9, p.969, set. 1992.

PALLONI, A., MILLMAN,S. Effects of interbirth intervals and breastfeeding on infant and early childhod mortality. in: Pop. Reports, Baltimore, [M], n.8, Jan. 1985.

PARIANI, S.; HEER, O.; VAN ARSDOL, M. Does choice make a difference to contraceptive use? Evidence from east Java. Stud. Fam. Plann., New York, v.22, n.6, p.383-390, Nov./Dec. 1991.

POLLACK, A. Postpartum IUDs: challenges and possibilities. In: RETHINKING postpartum health care. New York: The Population Council, 1992. p.69-71.

RINEHART, W.; KOLS, A.; MOORE, S. Healthier mothers and children through family planning. Pop. Reports, Baltimore, [J], n.27, May/June 1984. 40p.

RIVERA, R. et al. Breastffeding and the return to ovulation in Durango, Mexico. Fertil. Steril., Birminghan, v.49, n.5, p.780-787, Sep. 1988.

ROBEY, B.; PIOTROW, P.; SALTER, C. Family planning lessons and challenges: making programs work. Pop. Reports, Baltimore, [J], n.40, p.27, Aug. 1994.

RODRIGUES, W. Conceito de origem, família e igreja, medicina e saúde. In: SEMINÁRIO BRASILEIRO DE PLANEJAMENTO FAMILIAR (8:1972:João Pessoa). Anais... Rio de Janeiro: BEMFAM, 1972. v.1.

ROSENFIELD,A.; VARAKAMIN,S. The postpartum approach to family planning. Experiences in Thailand. Thailand, Ministry of Public Health, National Family Planning Project, 1971. 15p. (Mimeo).

SAYEGH, J. e MOSLEY, W. The effectiveness of family planning education on acceptance of contraception by postpartum mothers. Johns Hopkins Medical Journal, Baltimore, n.139 (Suppl.), p.31-37, Dec. 1976.

SERVA, V. Integration of breastfeeding into birth-spacing strategies: The Recife, Brazil Study. In: BRADY, M.; WINIKOFF, B. Rethinking postpartum health care. New York: The Population Council, 1992. p.61-63.

SIVIN, I. Contraception and fertitity in the International postpartum Program. New York: The Population Council, 1974. 98p.

SOCIEDADE DE BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL. Projeto de ampliação do setor educativo e do setor de serviço social das clínicas de fertilidade de Curitiba. s.l.: BEMFAM - Brasil, 1972. 151p.

SUYONO, H. et al. Family planning attitudes in urban Indonesia: Findings from focus group research. Stud. Fam. Plann., New York, v.12, n.12, p.433-442, Dec. 1981.

TAYLOR, H.; BERELSON, B. Maternity care and family planning as a world program. Am. J. Obstet. Gynecol., St. Louis, v.100, n.7, p.885-893, Apr. 1968.

THAPA, S. et al. Contraceptive use among postpartum women: recent patterns and programmatic implications. Int. Fam. Plann. Perspect., New York, v.18 , n.3, p.83-92, Sept. 1992.

TOWNSEND, S. Opciones postparto: lograr el metodo que corresponda a las necessidades individuales. Network, New York, v.5, n.2, p.7-13, Aug. 1990.

UNITED NATIONS POPULATION FUND (UNFPA). Meeting the population challenge. The Amsterdam Declaration. New York: UNFPA, 1990. p.44-47.

UNITED NATIONS POPULATION FUND (UNFPA). Family planning: a human right. UNFPA. Briefing Kit. 4.ed. New York: Population Issues, 1993. p.8.

VELASCO, A. El maestro y la planificación familiar. Mexico: Pax Mexico, 1981. 143p.

VERME, C. Client and provider perspectives on postpartum contraception. In: BRADY, M.; WINIKOFF, B. Rethinhing postpartum health care. New York: The Population Council, 1992. p.39-42.

VERNON, R. et al. The impact of a perinatal reproductive health program in Honduras. Int. Fam. Plann. Perspect., New York, v.19, n.3, p.103-109, Sep. 1993.

WATSON, W. Post-acceptance experience and duration of use of contraception. In: ZATUCHNI, G. ed. Post-partum family planning: a report on the Internnational program. New York, Mc-Graw Hill, 1970. p. 89-132.

WEIR, S. Counseling for control group in Nigeria study. New York: Family Health International, 1987. (mimeo).

WILLIAMSON, N. La anticoncepción posparto: el desarollo de estrategias para ampliar los servicios. Network, New York, v.5, n.2, p.1, Aug. 1990.

WINIKOFF, B., MENSCH, B. Rethinking Postpartum family planning. Stud. Fam. Plann., New York, v.22, n.5, p.294-307, Sep./Oct. 1991.

WINIKOFF, B.; LAUKARAN, V. Contraceptive use, amenorrhea and breastfeeding in postpartum women. Stud. Fam. Plann., New York, v.16, p.293, 1985.

WORLD HEALTH ORGANIZATION TASK FORCE ON ORAL CONTRACEPTIVES. Contraception during the postpartum period and during lactation: the effects on women's health. Int. J. Gynaecol. Obstet., Limerick, v.25, suppl., p.13-26, 1987.

YABOUR DE CALDERA, I. Evaluation of family planning experimental information and education programmes at Maternidad Concepcion Palacios, Caracas, Venezuela, 1974. (Doctoral Dissertation) - Cornell University, New York.

ZATUCHNI, G. International postpartum family planning program. Am. J. Obstet Gynecol., St. Louis, v.100, n.7, p.1028-1041, Apr. 1968.

ZATUCHNI, G. Overview of program: Two year experience in postpartum family planning. New York: Population Council and Mc Graw Hill, p.30-80, 1970.