



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIVATES
CURSO DE ENFERMAGEM

**PERFIL DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DAS MULHERES QUE
RESIDEM NA ZONA URBANA DE UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO
RIO GRANDE DO SUL**

Luana Gracioli

Lajeado, novembro de 2012

Luana Gracioli

**PERFIL DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DAS MULHERES QUE
RESIDEM NA ZONA URBANA DE UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO
RIO GRANDE DO SUL**

Monografia apresentada no Curso de
Graduação em Enfermagem, do Centro
Universitário UNIVATES, para obtenção
do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Ioná Carreno

Lajeado, novembro de 2012

AGRADECIMENTOS

Um importante filósofo existencialista fala que somente o homem é responsável por tudo o que acontece na sua vida. A partir desta ideia, a primeira pessoa a qual eu parablenizo sou eu mesma, pela dedicação e pelo compromisso que assumi em busca deste sonho.

Várias pessoas durante esta minha trajetória, foram importantes em minha vida. Algumas eu sequer lembro o nome, mas com certeza suas contribuições jamais serão esquecidas.

A Deus, por não ter me abandonado em nenhum momento.

A minha mãe Erna minha eterna gratidão por ter me ensinado a viver com dignidade e por sempre estar disposta a me ajudar no que fosse necessário, da maneira que pudesse.

A meu pai Décio (*in memoriam*), por ter iluminado e guiado meus caminhos.

A meus irmãos, Darlei e Darciano, por terem incentivado o meu sonho.

A meu noivo Tiago, por ficar do meu lado, me dando amor, carinho e apoio para enfrentar todos os obstáculos.

As minhas sobrinhas Maria Clara e Ana Luiza, por proporcionarem momentos de alegria nas fases mais difíceis por que passei.

A minha orientadora Ioná, pela compreensão, pelo estímulo e auxílio e por não medir esforços.

Aos pacientes que se dispuseram a colaborar para o meu crescimento profissional.

A todos os meus familiares, amigos, professores, colegas e funcionários que torceram e contribuíram para a minha vitória.

A todos, muito obrigada!

RESUMO

Este estudo objetiva conhecer o perfil das condições de saúde das mulheres residentes na zona urbana de um município do interior do Rio Grande do Sul. Trata-se de uma pesquisa de caráter descritivo-exploratório de abordagem quantitativa, sendo a amostra composta por 80 mulheres residentes na zona urbana do município, como instrumento de coleta de dados foi realizado um questionário fechado com 19 perguntas, a análise dos dados foi por meio de análise de frequência, e os resultados estão apresentados por meio de tabela. Principais resultados foram que 60% das mulheres já ficaram grávidas, e todas realizaram o pré-natal, sendo que a maioria fez de 7 a 10 consultas; houve elevado percentual de parto cesariano; a grande maioria das mulheres relata ter vida sexual ativa e o método contraceptivo mais utilizado é o anticoncepcional oral, seguido da ligadura tubária; alto índice de realização de exames citopatológicos; e um pequeno percentual de mulheres com histórico familiar de câncer de mama e colo do útero. A pesquisa irá fornecer dados importantes à equipe de saúde do referido município, através dos resultados encontrados, contribuindo para a reparação de possíveis falhas que possam estar ocorrendo referente à saúde da mulher, as quais poderão ser solucionadas de maneira mais apropriada.

Palavras chave: Condições de saúde das mulheres. Métodos contraceptivos. Idade fértil

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Dados sociodemográficos das mulheres em idade fértil residentes na zona urbana	30
Tabela 2 - Perfil obstétrico das mulheres em idade fértil. Vespasiano Corrêa, Rio Grande do Sul, Brasil.2012.	31
Tabela 3 - Uso de métodos contraceptivos e consulta ao ginecologista entre mulheres em idade fértil. Vespasiano Corrêa, Rio Grande do Sul, Brasil, 2012.	33
Tabela 4 - Realização do exame citopatológico, e histórico familiar de Ca de mama e útero em mulheres em idade fértil. Vespasiano Corrêa, Rio Grande do Sul, Brasil, 2012.	34

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	9
2.1 Condições de saúde das mulheres no Brasil e no Rio Grande do Sul: Fatores sociodemográficos.....	9
2.2 Planejamento Familiar	11
2.3 Métodos Anticoncepcionais.....	12
2.3.1 Calendário (tabelinha).....	13
2.3.2 Sintotérmicos	13
2.3.3 Camisinha masculina e feminina	14
2.3.4 Diafragma.....	15
2.3.5 DIU	15
2.3.6 Anticoncepcionais hormonais orais.....	15
2.3.7 Esterilização feminina ou laqueadura	16
2.3.8 Esterilização masculina ou vasectomia	17
2.4 Gravidez e saúde materna	17
2.4.1 Pré-natal e partos	19
2.5 Câncer do colo uterino	20
2.5.1 Fatores de Risco e Sintomas	21
2.5.2 Exame Papanicolau e técnica da coleta do material	22
2.5.3 Resultados dos exames citopatológicos	23
2.5.4 NIC-neoplasia intra epitelial cervical	23
2.5.5 Colposcopia.....	24
2.5.6 Conização	24
2.5.7 Tratamento.....	25
3 METODOLOGIA	26
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	29
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERÊNCIAS.....	40
APÊNDICES	43

1 INTRODUÇÃO

Desde 1983, com a criação do Programa Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), a atenção do Governo Federal à saúde da mulher deixou de ser unicamente voltada para a relação materno-infantil, mas incorporou a assistência em todas as etapas da vida. O programa deu ênfase a preocupações com doenças ginecológicas prevalentes, prevenção e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e AIDS, além de assistência às mulheres vítimas de violência. Em 2008, a preocupação com a saúde da mulher ganhou força com a implantação do II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (II PNPM), pois ele ampliou e aprofundou a atuação do governo na promoção de políticas de igualdade e justiça social com inclusão de novos eixos estratégicos (BRASIL, 2000).

Os principais problemas de saúde enfrentados atualmente pelas brasileiras foram apontados no Painel de Indicadores do SUS (Sistema Único de Saúde), publicado em 2007. No ano de 2005, 63.542 mulheres de 10 a 49 anos morreram no Brasil. Destas, 1.619 tiveram óbitos relacionados a complicações na gravidez, parto e pós-parto. Outro dado importante do estudo mostra que o câncer continua sendo uma das principais causas de falecimento entre as mulheres do país. Ao todo, em 2005, 67.833 mulheres morreram em consequência da doença, das quais 10.208 por câncer de mama e 4.506 por câncer de colo de útero (BRASIL, 2010).

Dentro da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da mulher, a Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul está definindo estratégias do Estado para o combate ao câncer de mama e de colo uterino, bem como para a

criação de protocolos para as ações de reprodução humana assistida e tratamento de infertilidade, através do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2010).

Nas últimas décadas tem ocorrido em todo o mundo uma crescente incidência de operações cesarianas. O Brasil tem lugar de destaque nesse cenário, pois apresenta uma das maiores taxas do mundo. Entre os anos de 1991 a 1995, a taxa média de cesariana se elevou de 22% para 27%. Quanto ao pré-natal, cabe ressaltar que deve ser organizado para atender às reais necessidades da população de gestantes por meio da utilização de conhecimentos técnico-científicos e recursos adequados e disponíveis para cada caso (QUEIROZ et al., 2005).

O estudo justifica sua relevância, pois a manutenção da boa saúde da mulher exige uma série de cuidados e atitude preventivas. Cada mulher tem uma história e uma bagagem hereditária que deve ser analisada cuidadosamente com a supervisão de uma equipe de saúde, para garantir uma vida saudável e sem surpresas.

Este trabalho objetiva conhecer o perfil das condições de saúde das mulheres residentes da zona urbana de um município do interior do Rio Grande do Sul. Os objetivos específicos são caracterizar as mulheres que estiveram em idade fértil em relação aos dados sociodemográficos; caracterizar o perfil obstétrico das mulheres que estiveram em idade fértil; identificar qual o método anticoncepcional mais prevalente nas mulheres com vida sexual ativa; verificar a prevalência das mulheres que realizam o exame preventivo do colo do útero.

A pesquisa irá fornecer dados importantes à equipe de saúde deste município através dos resultados dos objetivos que foram propostos relacionados à saúde das mulheres que residem na zona urbana, pois é de fundamental importância para a equipe, que tem a responsabilidade de implementar ações de saúde no município, principalmente ações que tenham foco na prevenção de doenças e promoção da saúde, neste caso, a saúde da mulher. O presente estudo pode, ainda, contribuir para a solução efetiva de possíveis falhas que possam estar ocorrendo com referência a um tema tão relevante, e que poderão ser superadas da maneira mais específica.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Condições de saúde das mulheres no Brasil e no Rio Grande do Sul: Fatores sociodemográficos

Segundo Coelho, Calvo e Coelho (2006), no Brasil foi implementada pelo Ministério da Saúde, através da área técnica da saúde da mulher, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Essas ações programáticas visam reduzir as principais causas de adoecimento e morte das mulheres.

Conforme o IBGE (2002), o crescimento do modelo monoparental cuja pessoa responsável é mulher tem se evidenciado nas pesquisas, especialmente, no estágio inicial de trajetória familiar, quando as crianças estão ainda na primeira infância. Em 2000, no conjunto das crianças brasileiras de 0 a 6 anos de idade, 18% viviam em domicílios cujos responsáveis eram mulheres.

Segundo os dados apresentados no Plano do Ministério da Saúde, no Brasil, as principais causas de morte da população feminina são as doenças cardiovasculares, destacando-se o infarto agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral; as neoplasias, principalmente o câncer de mama, de pulmão e o colo do útero; as doenças do aparelho respiratório, marcadamente as pneumonias; as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, com destaque para o diabetes, e as causas externas (BRASIL, 2006).

As mulheres são a maioria da população brasileira (50,77%) e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Frequentam os serviços de saúde para o seu próprio atendimento, mas, sobretudo, acompanhando crianças e outros

familiares. As mulheres vivem mais do que os homens, porém adoecem mais frequentemente. A vulnerabilidade feminina frente a certas doenças e causas de morte está relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos (BRASIL, 2006).

Na última década, houve uma sensível melhoria na taxa de alfabetização, pois a proporção de mulheres alfabetizadas passou de 80.6%, em 1991, para 87,5% em 2000. Analisando-se as proporções de alfabetizados a partir da idade e sexo, é possível analisar com clareza que as proporções de alfabetizados são, significativamente, maiores para as mulheres até os 40 anos de idade (IBGE, 2002).

Estudo realizados no Rio Grande do Sul, mostram que cerca de 75% das mulheres utilizam algum método contraceptivo e entre eles estão: laqueadura tubária, contraceptivo oral, preservativo masculino. Enquanto isso, a taxa de fecundidade total caiu ao mesmo tempo em que aumentou a ocorrência de gravidez na adolescência, sobretudo entre as mais pobres (CARLOTTO et al., 2008).

Segundo Coelho, Calvo e Coelho (2006), alguns estudos mostram que grande parte das mulheres que morrem de causas ligadas ao parto realizou o pré-natal, o que remete à falta de qualidade dos serviços prestados. A análise do perfil epidemiológico das mulheres brasileiras evidencia que as maiores causas de adoecimento e morte são a pobreza, o preconceito, a discriminação, a medicalização do corpo e a precariedade da assistência.

Enquanto a mortalidade por violência afeta os homens em grandes proporções, a morbidade, especialmente provocada pela violência doméstica e sexual, atinge prioritariamente a população feminina. Também no caso dos problemas de saúde associados ao exercício da sexualidade, as mulheres estão particularmente afetadas e, pela particularidade biológica, têm como complicação a transmissão vertical de doenças como a sífilis e o vírus HIV, a mortalidade materna e os problemas de morbidade ainda pouco estudados (BRASIL, 2006).

Segundo o IBGE (2002), um terço das mulheres responsáveis pelos domicílios tem mais de 60 anos de idade. Sem dúvida, o fato de a expectativa de vida das mulheres ser bem mais elevada que a dos homens tem grande influência nesta constatação. Grande parte deste universo de idosas é constituída de viúvas. A

faixa etária que vai de 30 a 50 anos provavelmente inclui, também, com maior frequência as mulheres com casamentos dissolvidos.

Segundo o IBGE (2002), Porto Alegre se destaca com a maior proporção de domicílios com responsáveis mulheres. É importante ressaltar que a expectativa de vida feminina no Estado do Rio Grande do Sul é das mais altas do País, em torno de 74 anos, o que poderia ser considerada uma das causas principais para o alto percentual encontrado. Em 2000, a região Sul se destaca com a maior proporção de mulheres alfabetizadas, 92,4% contra 77,7% das mulheres residentes no Nordeste.

2.2 Planejamento Familiar

Segundo Barros, Marin e Abrão (2002), o planejamento familiar é uma importante atividade de saúde, tendo como objetivo primordial proporcionar aos casais informações e meios necessários para que possam decidir de forma livre e consciente sobre o número de filhos e a oportunidade em que irão tê-los.

O planejamento familiar é um direito sexual e reprodutivo e assegura a livre decisão da pessoa sobre ter ou não ter filhos. Não pode haver imposição sobre o uso de métodos anticoncepcionais ou sobre o número de filhos (BRASIL, 2006).

Conforme Coelho, Calvo, Coelho (2006), o planejamento familiar é considerado um direito humano básico, declarado e reconhecido pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1968. Entretanto, no Brasil, somente em 12 de janeiro de 1996 aprova-se a Lei nº 9.263 sobre Planejamento Familiar que, no capítulo 1º, Art 2º, declara:

[...] entende-se Planejamento Familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade, que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal (BRASIL, 1996, texto digital).

De cada mulher que espera ter apenas um ou dois filhos, a maioria dos anos reprodutivos é despendida tentando evitar a gravidez. O controle efetivo da reprodução é essencial para a capacidade de uma mulher de alcançar objetivos individuais, além da educação dos filhos (BEREK; ADASHI; HILLARD, 1998).

Os argumentos apresentados para a implantação do planejamento familiar no Brasil vão ao encontro das necessidades da população, tanto individuais quanto coletivas, apontando para a solução de problemas crônicos de saúde, como mortalidade infantil e outros, que deixam vulneráveis tanto os indivíduos quanto os serviços de saúde. No entanto, o que realmente ocorre em relação ao planejamento familiar é a distribuição indiscriminada da pílula anticoncepcional e o aumento crescente da demanda de laqueadura (COELHO; CALVO; COELHO, 2006).

Segundo Barros, Marin e Abrão (2002), a assistência em anticoncepção pressupõe a oferta de todas as alternativas possíveis de métodos anticoncepcionais, bem como o conhecimento de suas indicações, contraindicações e implicações de uso, garantindo à mulher ou ao casal os elementos necessários para a opção do método que a eles melhor se adapte.

2.3 Métodos Anticoncepcionais

Conforme o Ministério da Saúde, métodos anticoncepcionais são maneiras, medicamentos, objetos e cirurgias usados pelas pessoas para evitar a gravidez. Existem métodos femininos e masculinos, existem métodos considerados reversíveis, que são aqueles em que a pessoa, após parar de usá-los, volta a ter a capacidade de engravidar, e os irreversíveis que, após utilizá-los, é muito difícil a pessoa recuperar a capacidade de engravidar (BRASIL, 2006).

Segundo Barros, Marin e Abrão (2002), a qualidade no atendimento é de difícil definição, mas existe consenso entre pesquisadores da área de que a orientação é de fundamental importância. Infelizmente, não existe um método anticoncepcional perfeito, que seja totalmente inócuo e eficaz. O melhor método é aquele que mais se apropria às necessidades do indivíduo ou do casal.

A contracepção é a prevenção voluntária da gestação, tendo implicações tanto individuais quanto sociais. Atualmente, os casais que escolhem a contracepção devem ser informados sobre a prevenção da gestação indesejada, assim como a proteção contra as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs). As enfermeiras podem ser de grande importância no processo de tomada de decisão (LOWDERMILK; PERRY; BOBAK, 2002).

A escolha do método anticoncepcional deve ser livre e bem informada. É importante procurar um serviço de saúde para receber informações sobre os métodos anticoncepcionais disponíveis e para obter o método escolhido. Não existe método melhor que o outro, cada um tem vantagens e desvantagens, assim como também não existe um método 100% eficaz, todos têm uma probabilidade de falha. Dessa forma, um método pode ser adequado para uma pessoa e não ser para outra, por isso a pessoa deve procurar escolher o método mais adequado para si (BRASIL, 2006).

2.3.1 Calendário (tabelinha)

Segundo Gonzalez (1994), por este método, a mulher marca em um calendário os dias em que a menstruação ocorre em cada ciclo, durante seis meses seguidos, para conhecer a duração dos ciclos. Um ciclo completo vai do primeiro dia de menstruação até o dia anterior à próxima, em geral, dura de 24 a 32 dias.

Conforme o Ministério da Saúde, a eficácia da tabela depende de seu uso correto e da cooperação de ambos os parceiros. A eficácia será maior se o casal não tiver relação sexual com penetração vaginal no período fértil. A tabela requer disciplina, conhecimento do funcionamento do corpo e observação atenta, e cada mulher tem que fazer a sua (BRASIL, 2006).

O ciclo menstrual tem início no 1º dia da menstruação e termina no dia anterior à menstruação seguinte. Em alguns casos, pode acontecer de a menstruação adiantar ou atrasar. Nestes casos, se for encontrada uma diferença de 10 dias ou mais dias entre o ciclo maior e o menor, a mulher não deve utilizar a tabelinha como forma de evitar a gravidez, além de esta também não prevenir contra as DST/AIDS (ELUF, 2004).

2.3.2 Sintotérmicos

Segundo o Ministério da Saúde, está baseado na combinação dos métodos da tabela, do muco cervical, da temperatura basal e na observação de sinais e sintomas que indicam o período fértil da mulher. Os sinais e sintomas que indicam o período fértil são: dor ou aumento no abdômen, sensação de peso ou de inchaço

nas mamas, mudanças no humor e no desejo sexual, aumento de peso e do apetite (BRASIL, 2006).

2.3.3 Camisinha masculina e feminina

O preservativo masculino é uma cobertura impermeável, com adaptação firme, aplicado ao pênis ereto antes de este entrar no canal vaginal. A extremidade do preservativo é pinçada, enquanto está sendo aplicado, para deixar espaço para ejacular. Quando não se deixa espaço a ejaculação pode provocar uma laceração ou orifício no preservativo e reduzir sua eficácia. O pênis, com o preservativo mantido na posição, é removido da vagina enquanto ainda ereto, de modo a evitar que o ejaculado extravase (SMELTZER; BARE, 2002).

Segundo Ministério da Saúde, a camisinha funciona como uma barreira. O esperma ejaculado pelo homem fica retido na camisinha, assim os espermatozóides não entram no corpo da(o) parceira(o). A camisinha masculina é eficaz para proteger da gravidez e de DST/AIDS quando usada em todas as relações sexuais, antes de qualquer contato do pênis com a vagina, com o ânus ou com a boca.

O preservativo feminino, é fabricado em poliuretano macio e transparente para revestir a vagina e a parte externa da vulva, protegendo os grandes lábios. Trata-se de um tubo com aproximadamente 16 cm de comprimento por 8 cm de largura que possui dois anéis flexíveis, sendo que um deles fica solto, na parte de dentro, servindo para facilitar a colocação e fixação do preservativo no fundo da vagina (ELUF, 2004).

Conforme Barros, Marin e Abrão (2002), o preservativo feminino adequadamente posicionado recobre a cérvix uterina, as paredes vaginais e parte da vulva e devido à menor área genital exposta, protege mais eficientemente contra a transmissão de doenças sexualmente transmissíveis. Outra vantagem do condom feminino é que ele pode ser inserido fora do intercuro sexual, sendo nesse caso de absoluto controle da mulher. Embora seja mais resistente que o preservativo masculino, seu uso também é único.

2.3.4 Diafragma

Conforme Gonzalez (1994), trata-se de um pequeno dispositivo de borracha, de formato oval, que é colocado no fundo da vagina antes da relação sexual e só deve ser retirado seis horas depois. Para que produza o efeito desejado, o diafragma deve ser utilizado com uma geléia espermicida.

Segundo Berek, Adashi e Hillard (1998), o uso de diafragma, principalmente o uso prolongado durante múltiplos coitos, parece aumentar o risco de infecções vesicais. Pode ser usado um diafragma menor, de selagem ampla, embora este possa estar relacionado não apenas a obstruções mecânicas, mas a alterações na flora vaginal produzidas pelo espermicida.

2.3.5 DIU

Conforme Gonzalez (1994), DIU é um pequeno aparelho de cobre e plástico que deve ser colocado dentro do útero por um médico habilitado, num procedimento relativamente indolor. Sua função está em impedir a movimentação do espermatozóide dentro do corpo da mulher, evitando o encontro do óvulo com ele.

Os DIUs de cobre proporcionam contracepção a longo prazo, segura, com eficácia equivalente à da esterilização tubária. Os DIUs liberadores de hormônios devem ser substituídos anualmente (BEREK; ADASHI; HILLARD, 1998).

Segundo Eluf (2004), o DIU deve ser introduzido de preferência no período menstrual quando o orifício do colo está mais aberto e também, para garantir a ausência de uma gravidez. Dever ser colocado e retirado do útero somente por um médico ou enfermeira treinados.

2.3.6 Anticoncepcionais hormonais orais

Também denominados pílulas anticoncepcionais, consistem na utilização de estrogênio associado ao progestogênio (pílulas combinadas) ou somente progestogênio isolado (minipílula). Os anticoncepcionais orais combinados atuam basicamente por meio da inibição da ovulação mediante o bloqueio da liberação das

gonadotrofinas pela hipófise. Além disso, alteram a motilidade das tubas uterinas, o muco cervical e o endométrio. A minipílula atua somente nesses últimos parâmetros (BARROS; MARIN; ABRÃO, 2002).

Segundo o Ministério da Saúde, a pílula deve ser tomada todos os dias, de preferência no mesmo horário. Não há necessidade de fazer “pausas” para descanso, porque as pílulas não ficam acumuladas no organismo. A fertilidade da mulher, que é a capacidade de engravidar, retorna logo após ela ter parado de tomar a pílula. Quando se usa pílula, pode haver diminuição do fluxo menstrual (BRASIL, 2006).

2.3.7 Esterilização feminina ou laqueadura

É uma cirurgia relativamente simples, mediante pequena abertura no abdome. Pode ser feita através de incisão no fundo da vagina, ou por laparoscopia, cirurgia pela qual se introduz um tubo óptico pelo lado do umbigo e efetua-se a ligadura das trompas que podem ser cortadas e amarradas, cauterizadas, ou fechadas com grampos ou anéis, impedindo-se, assim, a passagem dos espermatozóides, que não mais poderão unir-se ao óvulo (GONZALEZ, 1994).

Segundo o Ministério da Saúde, para escolher a ligadura de trompas como método anticoncepcional, é preciso que a mulher esteja realmente segura de que não deseja mais ter filhos. Mulheres muito jovens que realizam a ligadura de trompas têm mais chance de se arrepender. A ligadura de trompas, mesmo sendo uma operação simples, tem riscos e pode apresentar problemas como qualquer outra doença (BRASIL, 2006).

A Lei do Planejamento Familiar proíbe a realização da ligadura de trompas durante o período de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade. Esses momentos não são os mais adequados para a realização da cirurgia. A menstruação continua a ocorrer normalmente após a cirurgia (BRASIL, 2006).

2.3.8 Esterilização masculina ou vasectomia

Segundo Berek, Adashi e Hillard (1998), a vasectomia não diminui o desempenho sexual. A técnica básica consiste em palpar o ducto através do escroto, apreendê-lo com os dedos ou pinça atraumática, fazer uma pequena incisão sobre o ducto e puxar uma alça do ducto para a incisão. É removido um pequeno segmento e a seguir é usado um eletrodo tipo agulha para coagular a luz de ambas as extremidades.

Para Barros, Marin e Abrão (2002), é um método seguro, eficaz, simples, pelo fato de poder ser realizado com anestesia local em consultório. A vasectomia consiste na secção ou oclusão do canal deferente, bloqueando a passagem dos espermatozóides. Após o procedimento, o casal deverá continuar utilizando um método contraceptivo até que seja realizado um espermograma, para mostrar que não existem mais espermatozóides no esperma ejaculado.

A vasectomia não causa nenhum problema de saúde para o homem. O homem apenas não poderá mais engravidar uma mulher, e ela não altera a vida sexual do homem. O desejo e a potência sexual continuam iguais ao que eram antes da cirurgia. A única diferença é que o esperma ejaculado não contém mais espermatozóides (BRASIL, 2006).

2.4 Gravidez e saúde materna

Segundo Barros, Marin e Abrão (2002), a gravidez e o parto representam uma função primária do sistema reprodutor feminino e podem ser considerados como um processo normal. O conhecimento sobre a reprodução humana é essencial para a compreensão dessa fase do processo reprodutivo. No período da concepção ao nascimento, no organismo materno ocorrem muitas mudanças fisiológicas. Essas adaptações à gestação envolvem não somente o aparelho reprodutor, mas outros sistemas. Além disso, há muitas adaptações emocionais.

Conforme o Ministério da Saúde existem os direitos reprodutivos em que as pessoas têm o direito de decidirem, de forma livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas. Além de ter

direito a informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos. Na sociedade em que vivemos, as questões relacionadas à anticoncepção são tradicionalmente vistas como de responsabilidade exclusiva das mulheres, entretanto, ninguém faz filho sozinho (BRASIL, 2006).

Segundo Barros (2006), na relação sexual, após a ejaculação, o esperma masculino é depositado na vagina da mulher. O esperma contém os espermatozóides, que são as células reprodutoras masculinas. Os espermatozóides movimentam-se rápido pelo canal da vagina, penetram no útero e dirigem-se às trompas uterinas. Se, na trompa, o espermatozóide encontrar-se com um óvulo, que é a célula reprodutora feminina, ocorre a fecundação. O óvulo fecundado dirige-se ao útero, onde se aninha, dando início à gravidez.

Gravidez é o período que vai da concepção até a expulsão do feto do corpo materno. Seu diagnóstico é feito a partir dos sinais e sintomas (amenorréia, náuseas e vômitos, mamas aumentadas e doloridas, aumento do abdome, tonturas, fadiga ou sonolência, etc.) que podem ser percebidos pela própria gestante ou pelo médico. O diagnóstico da gravidez pode ser confirmado por exame ginecológico, exame de urina, exame de sangue, ultrassonografia, etc. (GONZALEZ, 1994).

Segundo Costa (2010), a gravidez é reconhecidamente um dos determinantes do estado de saúde da mulher, sendo em algumas situações o único momento de contato que a mulher em idade reprodutiva terá com os serviços de saúde, tratando-se de uma grande oportunidade para uma assistência direcionada à promoção da saúde da mulher, orientação e rastreamento de enfermidades.

Conforme Barros (2006), a gravidez induz o organismo materno a uma série de adaptações fisiológicas, que são necessárias para o embrião e, depois, o feto tenha um desenvolvimento dentro dos padrões de normalidade e para que a mulher se adapte ao evento da gravidez. Essas alterações iniciam-se nas primeiras semanas de gravidez e continuam durante todo seu transcorrer, e algumas delas permanecem nos primeiros dias do puerpério ou até o retorno do organismo materno às condições pré-gravídicas.

2.4.1 Pré-natal e partos

Conforme Barros, Marin e Abrão (2002) as causas relacionadas diretamente com a função reprodutiva, observa-se que a maioria dos óbitos de mulheres por complicações na gravidez, parto e puerpério no Brasil, ocorre por complicações da doença hipertensiva específica da gravidez, apontando para a baixa cobertura ou baixa qualidade da assistência do pré-natal. Sendo assim, as causas obstétricas diretas, bem como suas complicações, são preveníveis com uma assistência pré-natal adequada, quantitativa, bem como uma assistência adequada ao parto.

Segundo o Ministério da Saúde, o principal objetivo da assistência pré-natal é acolher a mulher desde o início da gravidez-período de mudanças físicas e emocionais, que cada gestante vivencia de forma distinta. Em geral, a consulta de pré-natal envolve procedimentos bastante simples, podendo o profissional de saúde dedicar-se a escutar as demandas da gestante, transmitindo nesse momento o apoio e a confiança necessários para que ela se fortaleça e possa conduzir com mais autonomia a gestação e o parto (BRASIL, 2000).

Logo que suspeitar de gravidez, a mulher deve procurar um médico para ser feito o diagnóstico e dar assistência pré-natal. A periodicidade pode variar de acordo com a rotina, a orientação médica e o estado geral da paciente. Durante o pré-natal, a gestante deve receber orientações sobre as modificações que surgem e os cuidados necessários para o período de gravidez (GONZALEZ, 1994).

Conforme Barros, Marin e Abrão (2002), no Brasil esboça-se a tendência em aproveitar o período gestacional para proporcionar às mulheres, especialmente às de baixa renda e cultura, atendimento ampliado, objetivando rastrear a saúde, em geral, consubstanciando o programa Assistência Integral à Saúde da Mulher. Para uma assistência pré-natal efetiva, os seguintes elementos devem ser considerados: discussão com a população sobre a importância da assistência pré-natal; identificação precoce das gestantes na comunidade e início imediato do acompanhamento pré-natal; controle periódico e contínuo e sistema eficiente de referência e contra-referência.

A assistência ao pré-natal torna-se um momento privilegiado para discutir e esclarecer questões que são únicas para cada mulher e seu parceiro. Uma escuta

aberta, sem julgamentos nem preconceitos, que permita à mulher falar de sua intimidade com segurança, fortalece a gestante no seu caminho até o parto e ajuda a construir o conhecimento sobre si mesma, levando a um nascimento tranquilo e saudável (BRASIL, 2000).

Segundo Gonzalez (1994), parto é a combinação de fenômenos pelos quais o feto, a placenta e as membranas se desprendem e são expulsos do corpo da gestante. O feto pode ser expulso pelas vias genitais (parto normal) ou ser extraído por meios cirúrgicos (cesariana). A paciente deve ser orientada sobre os sinais e sintomas do parto, bem como sobre as características das contrações uterinas no trabalho de parto, para dirigir-se ao hospital quando for preciso.

O parto normal é o método natural de nascer e, como tal, possui a proteção das forças da natureza. A sua recuperação é imediata, pois, logo após o nascimento, poderá levantar-se e atender seu filho. As complicações próprias do parto normal são menos graves quando comparadas com aquelas advindas do parto cirúrgico. Com relação às cesarianas, que deveriam ser indicadas apenas nas situações de risco, há hoje um verdadeiro abuso. É importante lembrar que se trata de uma cirurgia que não é das mais simples, com todos os riscos que envolvem qualquer procedimento cirúrgico que implica uso de anestesia, cortes e medicamentos (QUEIROZ et al, 2005).

O momento de parturição é a etapa mais significativa à parturiente, ao recém-nascido e a familiares; processo que depende de horas e provoca profundas mudanças fisiológicas e psicológicas, proporcionando a oportunidade de se colocar em prática habilidades para assistir o nascer com qualidade. Neste contexto, a assistência ao parto necessita respeitar a participação de parturiente e obter, assim, sua colaboração e aceitação para atos intervencionistas que, eventualmente, sejam necessários (BARROS; MARIN; ABRÃO, 2002).

2.5 Câncer do colo uterino

Smeltzer e Bare (2002, p. 146) definem como câncer de colo uterino “[...] toda lesão da cérvix uterina, na qual tenham sido identificadas células neoplásicas malignas ao exame cito ou histopatológico”.

Becker, Adashi e Hillard (1998) afirmam que o carcinoma do endométrio é o quarto câncer mais comum, ficando atrás dos cânceres de mama, de intestino e de pulmão, e é a sétima maior causa de morte por neoplasia maligna em mulheres.

Conforme Pinotti e Barros (2004), a maioria dos cânceres de colo uterino, cerca de 80% a 90% é do tipo carcinoma de células escamosas; o adenocarcinoma representa cerca de 10 a 15% de todos os cânceres e o adenoescamoso e o carcinoma de pequenas células são bastante raros.

A taxa de câncer de colo no Brasil é uma das mais elevadas do mundo, morrendo anualmente cerca de 7.000 mulheres vítimas dessa patologia. Isso talvez seja um reflexo do precário serviço de atendimento à mulher realizado no país, visto que o exame Papanicolau apresenta alta eficácia na detecção precoce da doença, além de ser um exame simples, de baixo custo e de fácil acesso a população (THULER, 2008).

Segundo Pinotti e Barros (2004), no ano de 2001, cerca de 16.270 mulheres foram acometidas por essa doença, sendo mais comum na região Norte do país, seguido pelo Nordeste, ficando a região Sul em terceiro lugar. Em 2003, para cada 100.000 mulheres, foram registrados: (33,8 casos no Mato Grosso; 33,06 casos em Goiás; 19,89 casos no Rio Grande do Sul).

2.5.1 Fatores de Risco e Sintomas

Para Smeltzer e Bare (2002), os fatores de risco incluem os múltiplos parceiros sexuais, a idade precoce no primeiro coito, o intervalo curto entre a menarca e o primeiro coito, o contato sexual com homens cujas parceiras tiveram câncer de colo, exposição ao vírus HPV e tabagismo.

Conforme Berek, Adashi e Hillard (1998), foram identificados vários fatores de risco para o desenvolvimento do câncer do endométrio, tais como: as mulheres nulíparas; a infertilidade e a história de menstruações irregulares; a menopausa natural após os 52 anos de idade; o uso de terapia de reposição de estrogênio na menopausa sem progestogênios.

O câncer de colo uterino, segundo Smelter e Bare (2002), dificilmente produz sintomas e quando houver secreção, sangramento irregular ou sangramento após relação sexual, a doença pode estar avançada. Quando a mesma atinge um estágio mais avançado, a secreção vaginal torna-se aquosa, escurecida e com odor fétido. Muitas vezes, nesses casos, as mulheres tendem a ignorar esses sintomas por parecer que estão relacionados a condições pouco sérias, mas quanto mais tempo se leva para identificar o problema, menores as chances de cura.

À medida que o câncer progride, ele pode invadir os tecidos fora do colo, inclusive as glândulas linfáticas anteriores ao sacro. Em um terço das pacientes com câncer cervical invasivo, a doença envolve o fundo. Os nervos nessa região podem ser afetados, produzindo dor excruciante nas costas e nas pernas, a qual somente é aliviada por grandes doses de analgésicos opióides (SMELTZER; BARE, 2002).

2.5.2 Exame Papanicolau e técnica da coleta do material

Conforme dados do Ministério da Saúde, estima-se que cerca de 40% das mulheres brasileiras nunca tenham se submetido a um exame preventivo, índice considerado bastante elevado (BRASIL, 2006).

Segundo González (1994, p.13) “[...] o papanicolau constitui o estudo das células da cérvix e da vagina para analisar e identificar células alteradas com inflamação, displasia ou neoplasias”.

A fim de que a mulher possa fazer o exame, é necessário, segundo Barros, Marin e Abrão (2002), que ela esteja orientada para:

- Não estar menstruada na data do exame;
- Não fazer uso de duchas e cremes vaginais pelo menos 48 hrs antes do exame;
- Não manter relações sexuais pelo menos 48h antes;
- Não realizar qualquer manipulação sobre o colo uterino anterior ao exame.

Segundo o Manual do Instituto Nacional do Câncer (BRASIL, 2006), na coleta do material o espécúlo deve ser introduzido suavemente e de maneira que o colo

fique exposto completamente. Após o espéculo introduzido e aberto, o colo deve ser individualizado e avaliado. Deve ser observado também o pregueamento da vagina, existência de condilomas, pólipos, cistos e ectopias.

Barros, Marin e Abrão (2002) dizem que, após o colo visualizado, deve-se coletar o material da ectocérvice com a espátula de Ayre numa volta de 360 graus e, em seguida, espalha-se numa parte da lâmina (metade superior dela). Se houver muita secreção, usar uma pinça com gaze para remover o excesso de muco antes da coleta.

Segundo o Ministério da Saúde, para a coleta de material da endocérvice, deve-se introduzir a escovinha Campos-da-Paz e fazer um movimento de 360 graus e espalhar na outra parte da lâmina, após colocar fixador em toda a lâmina. A lâmina que será utilizada na coleta deverá estar preparada com as iniciais do nome da mulher e o número do seu prontuário com lápis preto na parte fosca (BRASIL, 2006).

Após a coleta, o material deve ser encaminhado o mais breve possível, para que o tempo entre a coleta e o resultado não sejam desnecessariamente longo.

2.5.3 Resultados dos exames citopatológicos

Devem ser observados para controle, seguimento e acompanhamento, os seguintes casos (GONZALEZ, 1994):

- **Normal:** orienta-se para retornar em 3 anos (se já houve 2 exames consecutivos negativos anteriores e a demanda pelo serviço for muito grande, porém se o município consegue atender a clientela, orienta-se para que as mulheres retornem todos os anos);
- **Inflamatório (alterações reativas ou reparativas):** tratamento de acordo com a etiologia e orientação para retorno até o fim do tratamento.

2.5.4 NIC-neoplasia intra epitelial cervical

Segundo Berek, Adashi e Hillard (1998), NIC é uma lesão precursora (antecedente), e dependendo da sua gravidade, poderá, ou não, evoluir para o

câncer. A seguir, serão apresentados os encaminhamentos necessários, de acordo com cada: resultado.

NIC I: seguimentos semestral e processos inflamatórios devem ser tratados. A mulher deve permanecer sob controle. Conforme orienta o Manual Técnico do Ministério da Saúde, as alterações ocorrem nas camadas basais do epitélio estratificado do colo e na maioria dos casos sofre regressão espontânea.

NIC II: encaminhamento para um centro de atendimento especializado. A mulher deve ser submetida à colposcopia e biópsia. Presença de alteração no terço médio da espessura do epitélio (displasia leve).

NIC III (inclui carcinoma *in situ*): encaminhamento para um centro de atendimentos especializado. Mulheres com confirmação de NIC III devem ser submetidas à conização. A mulher deverá manter controle ginecológico periódico.

2.5.5 Colposcopia

Conforme o Ministério da Saúde, a colposcopia consiste na visualização do colo por meio de um aparelho que possui iluminação e lentes de aumento para a aplicação de ácido acético e lugol (BRASIL, 2004).

De acordo com Smeltzer e Bare (2002), o colposcópio amplia de 10 a 25 vezes o tamanho da imagem, permitindo melhor visualização do colo e obtenção de amostra de tecido para análise.

Para Berek, Anashi e Hillard (1998), antes da aplicação, é importante observar a coloração e presença de ulcerações e vilosidades colunares. A aplicação do ácido acético coaduna as proteínas do núcleo e do citoplasma, tornando-as brancas e opacas.

2.5.6 Conização

Smeltzer e Bare (2002) dizem que a biópsia em cone deve ser feita sempre que um exame citopatológico indicar alteração anormal ou quando a lesão se estender para dentro do canal.

Conforme Berek, Adashi, Hillard (1998), a conização do colo desempenha um papel importante no tratamento de NIC. Antes da colposcopia, a conização era o método padrão de avaliação de um resultado anormal de citologia de Papanicolau. Ele tem a vantagem de fornecer tecido para a avaliação e é indicado para diagnóstico em mulheres com displasia moderada ou intensa, nas seguintes condições:

- os limites da lesão não podem ser visualizados a colposcopia;
- achados histológicos para NIC II e NIC III;
- não houve correlação entre os resultados da biópsia, da citologia e da colposcopia;
- a colposcopia não foi capaz de excluir câncer invasivo.

2.5.7 Tratamento

Conforme Berek, Adashi, Hillard (1998), os princípios para o tratamento do câncer de colo uterino são iguais aos das outras neoplasias.

Segundo Smeltzer e Bare (2002), existem alguns fatores a serem observados para se fazer um tratamento, como o estágio da lesão, a idade e a saúde geral da paciente e também o julgamento e a experiência do médico.

Os tratamentos mais usados no combate ao câncer cervical são: a radioterapia, a cirurgia e, em alguns casos, é empregada a quimioterapia.

3 METODOLOGIA

Este estudo é do tipo descritivo exploratório com uma abordagem quantitativa. Segundo Lakatos e Marconi (2001) é descritivo, pois objetiva conhecer a exata descrição de certas características quantitativas de populações como um todo; e, é exploratório, pois têm como objetivo aumentar a familiaridade do pesquisador com um ambiente, fato ou fenômeno, para a realização de uma pesquisa futura mais precisa, e clarificar conceitos.

O trabalho foi realizado em um município do interior do estado do Rio Grande do Sul. O município teve sua data de criação em 28 de dezembro de 1995, e sua instalação em 01 de janeiro de 1997, conforme o Censo 2010 possui 1974 habitantes, a sua área é 114 km², altitude média de 519 metros, distância da capital é de 170 km e sua via de acesso é RS 129.

Na área da saúde, se destaca o Ambulatório de Saúde, que se situa no centro da cidade, onde comporta em recursos humanos: médico da família, pediatra, ginecologista, cirurgião dentista, enfermeiro, fonoaudiólogo, nutricionista, assistente social, psicólogo, auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem e seis agentes de saúde.

A população que fez parte deste estudo foram mulheres que residem na zona urbana do município, e na amostra foram investigadas 80 mulheres que tiveram como critérios de inclusão ter idade entre 20 e 60 anos; mulheres que aceitassem participar da pesquisa e mulheres que estivessem em condições clínicas e psíquicas para realizar o questionário. Os critérios de exclusão foram mulheres que não

estivessem morando no município estudado e mulheres que não quisessem participar da pesquisa.

Para dar início a coleta de dados, foi encaminhada uma carta de autorização à Secretaria de Saúde do município, pela qual foi aprovada a autorização para realizar as entrevistas com as mulheres residentes na zona urbana do município.

Em posse desta aprovação a pesquisadora iniciou a coleta de dados nas casas das mulheres que residem na zona urbana do município para realizar a entrevista, as mulheres que não podiam responder no dia da visita, a pesquisadora agendou outra data e o melhor horário que ficava viável para ela. Quanto às mulheres que não se encontravam em casa no dia a aluna retornou no dia seguinte.

Assim que teve o contato com a mulher a pesquisadora apresentou os objetivos e a justificativa da pesquisa, explicando a importância da participação de cada sujeito para o sucesso desse estudo. A pesquisadora explicou ainda que a participação estava condicionada à assinatura do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido), conforme consta no Apêndice C, e que o TCLE deveria ser assinado em duas vias, sendo que uma ficou sob posse do pesquisador e outra, do entrevistado.

A entrevista foi realizada nas casas das mulheres, de forma individual, e a partir da assinatura do TCLE em duas vias. Pretendeu-se, assim, garantir o sigilo e a privacidade do sujeito e pesquisador, sendo que o entrevistado teve a garantia de que suas respostas não iriam interferir na sua vida pessoal em nenhuma etapa da pesquisa, nem ao término da mesma.

Embora a entrevista possa ter trazido algum desconforto ao entrevistado, ela não acarretou prejuízos. O desconforto pode ter sido relacionado ao tempo de entrevista, que foi em torno de 20 minutos. Além disso, o entrevistado pode ter se sentido constrangido em falar sobre o assunto com uma pessoa estranha.

Como instrumento de pesquisa foi utilizado um questionário estruturado, com 19 perguntas fechadas e elaboradas a fim de responder aos objetivos propostos. A análise de dados foi por meio de análise de frequência, e os resultados estão apresentados por meio de tabelas.

Os aspectos éticos foram respeitados de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos, e foi solicitado a cada sujeito à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), que garante o sigilo das informações obtidas.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistadas 80 mulheres residentes na zona urbana do município, com faixa etária de 20 a 60 anos, foram detectados dados muito significantes e pertinentes a equipe de saúde do município, para contribuir e possivelmente detectar falhas que possam estar ocorrendo no serviço de saúde perante à saúde da mulher.

De acordo com as variáveis demográficas da amostra, a idade média das mulheres entrevistadas foi de 35,2 anos(DP 9,5), e todas eram brancas. Quanto a escolaridade relevou-se que 37,5% mulheres possuem o ensino médio completo e 22,5% possuem curso superior completo. Quanto ao estado civil, foi encontrada predominância de mulheres casadas, com 47,5%, e em referencia ao trabalho 90% estão empregadas (TABELA 1).

Com relação um estudo transversal de base populacional com uma amostra de 3.002 mulheres de 15 a 49 anos residindo na zona urbana da cidade de Pelotas, RS, obteve como idade média das mulheres estudadas 31,4 anos. Quanto ao estado civil em torno de 47% eram casadas, 9% viviam em união, 35% solteiras e 7% se declararam separadas ou divorciadas. Em torno de 50% das mulheres tinham trabalho remunerado, sendo que destas 6% também estudavam, 17% tinham como única atividade o estudo, e um terço do total das mulheres eram dona-de-casa. A escolaridade média foi de 8,5, ou seja o primeiro grau completo (OLINTO; GALVÃO. 1999)

Tabela 1 - Dados sociodemográficos das mulheres em idade fértil residentes na zona urbana

	n	%
Cor da Pele		
Branca	80	100
Idade		
20 a 30	30	37,5
31 a 40	27	33,8
41 a 50	17	21,3
51 a 60	6	7,5
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	8	10
Ensino Fundamental Completo	7	8,8
Ensino Médio Incompleto	3	3,8
Ensino Médio Completo	30	37,5
Superior Incompleto	14	17,5
Superior completo	18	22,5
Estado civil		
Casada	38	47,5
União estável	17	21,3
Separada	6	7,5
Solteira	19	23,8
Trabalho		
Trabalhando	72	90
Desempregada	2	2,5
Aposentada	2	2,5
Pensionista	1	1,3
Estudante	1	1,3
Outra situação	2	2,5

Fonte: a pesquisa

Na análise do perfil obstétrico das 80 mulheres entrevistadas, detectou-se que 66,3% já ficaram grávidas, e que todas elas fizeram pré-natal, sendo que 66% realizaram as consultas de pré-natal em médico particular. Quanto ao número de

consultas de pré-natal, verificou-se que a média ficou em 9 consultas (DP 3,653) (TABELA 2).

Em relação um estudo de base populacional em 30 municípios do Maranhão, objetivou caracterizar a cobertura do pré-natal, em 2.075 mulheres em idade fértil com gravidez prévia, em julho de 2008 a janeiro de 2009, e obteve como resultados que o pré-natal apresentou uma cobertura de 85,6%, quanto ao número de consultas 46,8% realizaram seis ou mais consultas de pré-natal e que as Unidades Básicas de Saúde, foram responsáveis por 45,9% da assistência do pré-natal (COSTA et al., 2010).

Tabela 2 - Perfil obstétrico das mulheres em idade fértil. Vespasiano Corrêa, Rio Grande do Sul, Brasil.2012.

	n	%
Ocorrência de gravidez		
Não	27	33,8
Sim	53	66,3
Realização do pré-natal		
Sim	53	100,0
Número de consultas de pré-natal		
1 a 3	4	7,5
4 a 6	6	11,3
7 a 10	31	58,5
11 ou mais	12	22,6
Local da consulta de pré-natal		
Posto de saúde	17	32,1
Médico particular	35	66,0
Seguro saúde	1	1,9
Tipo de parto		
Normal	14	26,4
Cesárea	31	58,5
Dois tipos	8	15,1

(Continua...)

Tabela 2 - Perfil obstétrico das mulheres em idade fértil. Vespasiano Corrêa, Rio Grande do Sul, Brasil.2012.

(Conclusão)

	n	%
Número de gravidez		
Uma	20	37,7
Duas	18	34,0
Três	12	22,6
Quatro	3	5,7
Número de filhos		
Uma	24	45,3
Duas	18	34,0
Três	10	18,9
Quatro	1	1,9

Fonte: a pesquisa

Com relação às 53 mulheres que tiveram filho, 58,5% tiveram parto cesárea, sendo que o parto normal ficou em 26,4%. Quanto às vezes que estas mulheres ficaram grávidas, destacou-se a média de 1,9 (DP 0,919), e ficou como média de filhos vivos 1,78(DP 0,824), percebendo-se que as mulheres que tiveram três filhos vivos foram apenas 18,9% (TABELA 2). Um estudo comparou dados pré-natais, dos partos e recém-nascidos de Campinas-São Paulo, em 2001 e 2005, e encontrou uma redução da taxa de fecundidade de 57%, passando de 5,8% a 2,3% por mulher, e em relação aos partos cesáreos, teve um aumento passando de 56,7% para 60,3%, lembrando que o Brasil é um dos países do mundo com maior ocorrência de cesarianas (MORCILLO et al., 2010).

Quanto aos métodos anticoncepcionais, destacou-se que 56,3% mulheres fazem uso de anticoncepcional oral e 8,8% não usam nenhum método (TABELA 3). De acordo um estudo transversal de base populacional que incluiu mulheres de 20 a 60 anos residentes na zona urbana da Cidade de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, no ano de 2006, teve como resultados o predomínio de consumo de anticoncepcionais orais, principalmente em mulheres mais novas. Num total de 578

mulheres com faixa etária de 20 a 49 anos, teve resultado de 48,8% que faziam uso do anticoncepcional oral (CARRENO et al., 2006).

Tabela 3 - Uso de métodos contraceptivos e consulta ao ginecologista entre mulheres em idade fértil. Vespasiano Corrêa, Rio Grande do Sul, Brasil, 2012.

	n	%
Relações sexuais		
Não	3	3,8
Sim	77	96,3
Método Anticoncepcional		
Anticoncepcional oral	45	56,3
DIU	3	3,8
Camisinha	8	10,0
Ligadura Tubária	9	11,3
Tabelinha	2	2,5
Histerectomia	1	1,3
Menopausa	1	1,3
Não usa método	7	8,8
Outro (dois tipos)	4	5,0
Uso de preservativo masculino		
Não	45	56,3
Sim	35	43,8
Consulta com ginecologista		
Não	19	23,8
Sim	61	76,3

Fonte: a pesquisa

Com relação as relações sexuais, a grande maioria das mulheres 96,3%, afirmaram que tem vida sexual ativa, e quanto a prevalência de utilização de preservativos foi 56,3% (TABELA 3). Em um estudo transversal de base populacional realizado com 1.026 mulheres de 20 a 60 anos de idade, residentes na zona urbana de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, em 2003, que obteve como resultados que mulheres incluídas no estudo, 84,5% relataram manter reações

sexuais, e destas 29,1% faziam uso de preservativo nas relações (CARRENO; DA COSTA et al., 2006).

Referente a idade média da menarca ficou em 13,2 anos(DP 1,548), e quanto a consulta com ginecologista apenas 76,3% referiram que fazem (TABELA 3). Em relação um estudo de base transversal realizado em 2006, com 2.761 meninas de diferentes níveis sócio-econômicos em 27 escolas públicas e particulares da Cidade de Cascavel, no estado do Paraná, obteve a idade média da menarca em 12,2 anos (ROMAN et al, 2009).

Quanto a realização do exame citopatológico, teve como prevalência que 48,8% realizaram ano passado, 47,5% neste ano e as demais 3,8% nunca fizeram. O serviço de saúde mais procurado para coleta de CP foi com 53,2% mulheres em médico particular, sendo que no posto de saúde o exame é gratuito (TABELA 4).

Com relação foi realizada uma pesquisa transversal, de base populacional, entre mulheres de 20 a 69 anos residentes na zona urbana da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, no de 1998, com o objetivo de verificar a cobertura de realização do exame preventivo do colo do útero. Das 934 mulheres entrevistadas, apenas 65% haviam feito o exame citopatológico dos 3 anos que antecederam a pesquisa, e 26%, haviam realizado o exame em posto de saúde (DA COSTA et al, 1998).

Tabela 4 - Realização do exame citopatológico, e histórico familiar de Ca de mama e útero em mulheres em idade fértil. Vespasiano Corrêa, Rio Grande do Sul, Brasil, 2012.

	n	%
Realizou exame preventivo de câncer		
Neste ano	38	47,5
Ano passado	39	48,8
Nunca fez	3	3,8
Serviço de saúde que realizou o último CP		
Posto de saúde	36	46,8
Médico particular	41	53,2

(Continuação...)

Tabela 4 - Realização do exame citopatológico, e histórico familiar de Ca de mama e útero em mulheres em idade fértil. Vespasiano Corrêa, Rio Grande do Sul, Brasil, 2012.

(Conclusão)

	n	%
Familiar com histórico de câncer de mama e útero		
Não	62	77,5
Sim	18	22,5
Familiar com câncer de mama e útero		
Mãe	4	22,2
Avó	3	16,7
Tia	8	44,4
Entrevistada	1	5,6
Irmã	1	5,6
Prima	1	5,6
Local do câncer		
Mama	11	61,1
Colo de útero	5	27,8
Dois tipos	2	11,1

Fonte: a pesquisa

De acordo com a análise entre as 80 mulheres, existem 22,5% que possuem familiar com histórico de câncer de mama e útero, e o grau de parentesco mais elevado foi de 44,4% que eram tias das entrevistadas. Quanto ao tipo de câncer, relevou-se 61,1% eram de mama, 27,8% eram de colo de útero e 11,1% foram os dois tipos (TABELA 4). Em referência, um estudo analisou a tendência da mortalidade por câncer de mama e câncer do colo do útero em mulheres residentes no Município de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, no período de 1980-2006. Os dados dos óbitos foram obtidos do Sistema de Informação pela Mortalidade, e o ano de 2006 é que teve maiores índices tendo como resultados o câncer de mama como causa básica de 18,9% dos óbitos, e o câncer de colo do útero com 7,7% óbitos (RODRIGUES; BUSTAMANTE, 2011).

Em relação à associação entre método anticoncepcional e estado civil das mulheres, se identificou que entre 38 mulheres casadas, 50% fazem uso de anticoncepcional oral, 39% fazem uso de outros métodos, e 11% não usam nenhum. Entre as 17 mulheres com união estável, também destacou-se o anticoncepcional oral com 71%, e entre as 25 mulheres solteiras 56%, estes resultados não foram estatisticamente significativos(valor-p 0,776). Em referência um estudo de base populacional, com o objetivo de verificar a utilização de métodos contraceptivos e adequação do emprego de anticoncepcionais orais pelas mulheres de 20 a 49 anos, residentes na zona urbana da cidade de Pelotas, teve resultados comparados com outro estudo transversal de base populacional, realizado em 1992. Do total de 495 mulheres (64,6%) utilizavam algum método contraceptivo, sendo mais frequentemente empregados anticoncepcionais orais (55,4%) (DA COSTA et al., 2002).

De acordo com a associação que realizamos entre a realização de CP e história familiar com Ca, destacou-se que entre as 18 mulheres com histórico apenas 44% realizaram o exame preventivo neste ano, sendo que 11% nunca fizeram, mesmo com história familiar de câncer. Entre as 62 mulheres que não possuem histórico familiar, apenas 48% fizeram este ano, estes resultados não foram estatisticamente significativos (valor -p 0,218).

Quanto a associação entre a idade das 53 mulheres que já ficaram gestantes e o número de consultas de pré-natal, e a análise nos mostrou que existe a prevalência de sete ou mais consultas, sendo na faixa etária de 20 a 40 anos, com 58%, e na faixa etária de 41 ou mais com 42% mulheres. As demais fazem de 1 a 6 consultas conforme preconizado, estes resultados não foram estatisticamente significativos(valor-p 0,73).

Com relação à associação realizada entre estado civil e numero de consultas de pré-natal, se pode perceber que as 43 mulheres que realizaram as sete ou mais consultas eram 63% casadas, 21% com união estável e 16% separadas ou solteiras, estes resultados não foram estatisticamente significativos (valor-p 0,999).

Em relação um estudo transversal aninhado a uma coorte de 2741 mães, entrevistadas nas maternidades da cidade de Pelotas-Rio Grande do Sul, no período

de setembro de 2002 a maio de 2003, analisou o pré-natal adequado ou inadequado conforme o número de consultas, sendo definido como adequado, a realização de seis ou mais consultas. Obteve como resultados que 83% vivia com companheiro, a maioria das mães eram jovens, de cor branca, 43% das gestantes estudaram entre cinco e oito anos. Quanto ao número de filhos, observou-se que 42% eram primíparas e 77% fizeram seis ou mais consultas de pré-natal (RASIA; ALBERNAZ; 2008).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em relação a atenção à saúde mulher, os serviços de saúde devem ser dotados de meios adequados, articulando esforços do governo federal, dos estados e municípios, com o intuito de oferecer atividades de assistência integral clínico-ginecológica e educativa, voltadas para o aprimoramento do controle do pré-natal, do parto e puerpério; o controle de doenças transmitidas sexualmente, do câncer cérvico-uterino e mamário, e da assistência para concepção e contracepção. Este estudo teve por objetivo conhecer o perfil das condições de saúde das mulheres que residem na zona urbana de um município do interior do Rio Grande do Sul.

Os principais resultados encontrados entre as 80 mulheres entrevistadas foram que a idade média ficou de 35,2, e a maioria delas eram casadas. Verificou-se que mais de 60% das mulheres já ficaram grávidas, e todas elas fizeram o pré-natal, sendo que a maioria realizou de 7 a 10 consultas, de preferência em médicos particulares. Evidenciou-se um elevado percentual de parto cesariano, e uma maior proporção de mulheres que tem somente um filho, que acompanha a queda da taxa de fecundidade.

Quanto as relações sexuais, a grande maioria das mulheres afirmaram que tem vida sexual ativa, mas apenas 43% fazem uso de preservativo masculino. Em relação ao método contraceptivo mais utilizado foi o anticoncepcional oral, seguido da ligadura tubária. A idade média da menarca encontrada foi de 13,2 e verificou-se alto índice de realização de exames citopatológicos, pois muitas mulheres já realizaram neste ano, e outras ano passado, com predominância em médicos particulares.

Destacou-se também que uma pequena porcentagem de mulheres possui familiares com histórico de câncer de mama com maior índice, seguido de câncer do colo do útero, com predominância em tias das entrevistadas. Em referência as associações feitas, concluiu-se que o anticoncepcional oral é mais utilizado em mulheres casadas; que 11% das mulheres que possuem histórico de familiar de câncer de mama e útero nunca realizaram o exame citopatológico; e que a maioria das gestantes que realizaram as 7 ou mais consultas de pré-natal, tinham de 20 a 40 anos e eram casadas.

Sugiro que os cursos de graduação, técnicos e pós-graduação, busquem aprimorar e expandir as propostas de estudo, devido às transformações da globalização e da constante necessidade de aperfeiçoamento dos profissionais diante das exigências na qualidade dos cuidados prestados. Cabe aos profissionais da saúde, procurar fazer educação continuada e permanente, para buscar adquirir conhecimentos, atingir sua capacidade profissional e desenvolvimento pessoal, para acompanhar a renovação e inovação de tecnologias, resultando numa melhoria da assistência ao paciente.

O benefício deste estudo é fornecer aos municípios e aos profissionais da equipe de saúde através dos resultados encontrados, dados muito pertinentes relacionados a saúde das mulheres que residem na zona urbana, possibilitando dessa forma, o planejamento e a programação de atividades em saúde da realidade encontrada e para contribuir na solução de possíveis falhas que possam estar ocorrendo.

REFERÊNCIAS

BARROS, Sônia Maria O; MARIN, Heimar de Fátima; ABRÃO, Ana Cristina F. V. **Enfermagem Obstétrica e Ginecológica: guia para a prática assistencial**. São Paulo: Roca, 2002.

BARROS, Sonia Maria Oliveira. **Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal**. Barueri, São Paulo: Manote, 2006.

BEREK, Jonathan S; ADASCHI, Ely Y; HILLARD, Paula A. **Novak: Tratado de Ginecologia**. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 1998

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196, de 10 de outubro de 1996**. Brasília, 1996. Disponível em:
<http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm >. Acesso em: 02 de maio de 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal: Manual técnico**. 3º edição. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde. SPS/Ministério da Saúde, 2000. 66 p.br

_____. Casa Civil. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, 12 de janeiro de 1996.

_____. **Portal da Saúde**. Brasília, [2000].
<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=25236>. Acesso em: 02 de maio de 2012.

_____. **Direitos sexuais e métodos anticoncepcionais**. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Brasília. Ministério da saúde, 2006.

CARRENO, Ioná; DA COSTA, Juvenal Soares Dias. Uso de preservativos nas relações sexuais: estudo de base populacional. **Rev. Saúde Pública**. Vol.40. nº 4. São Paulo ago. 2006

CARRENO, Ioná et al. **Uso de métodos contraceptivos entre mulheres com vida sexual ativa em São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil.** Cad. Saúde Pública. Vol. 22 nº 5. Rio de Janeiro maio 2006

CARLOTTO, Kharen et al. **Características reprodutivas e utilização de serviços preventivos em saúde por mulheres em idade fértil:** resultados de dois estudos transversais de base populacional no extremo Sul do Brasil. Cad. Saúde Pública. Vol. 24. nº9. Rio de Janeiro, 2008.

COELHO, Elza Berger Salema; CALVO, Maria Cristina Marino; COELHO, Clair Castilhos. **Saúde da mulher:** um desafio em construção. Florianópolis: Ed. Da UFSC, 2006.

COSTA, Geny Rose Cardoso et al. Caracterização da cobertura do pré-natal no Estado do Maranhão, Brasil. **Rev. Bras. Enfermagem.** Vol. 63. Nº 6. Brasília. Nov/Dez. 2010

DA COSTA, Juvenal Soares Dias et al. Cobertura do exame citopatológico na cidade de Pelotas, Brasil. **Rev. Panam. Sal. Pública.** Vol. 3 nº 5. Washington maio. 1998

_____. **Uso de métodos anticoncepcionais e adequação de contraceptivos hormonais orais na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil:** 1992 e 1999. Cad. Saúde Pública. Vol. 18 nº 1 Rio de Janeiro. Jan/fev 2002

ELUF, Maria Luisa. **Métodos Contraceptivos:** vantagens e desvantagens. Diretrizes e orientação contraceptiva para as áreas da Educação e Saúde. Centro Vergueiro de Atenção à Mulher. São Paulo, 2004

GONZALEZ, Helcy. **Enfermagem em ginecologia e obstetrícia.** São Paulo: Ed. SENAC, 1994.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estudos e pesquisas informação demográfica e socioeconômica. **Perfil das mulheres responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000.** Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/estatística/população/perfildamulher/perfilmulheres.pdf>. Acesso em: 08 de maio de 2012.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina A. **Fundamentos de metodologia científica.** São Paulo: Atlas, 2001.

LOWDERMILK, Deitra Leonard; PERRY, Shannon E.; BOBAK, Irene M. **O cuidado em enfermagem materna.** 5 ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2002.

MORCILLO, Andre Moreno et al. Caracterização das mães, partos e recém-nascidos em Campinas, São Paulo, 2001 e 2005. **Rev. Paul. Pedriat.** Vol. 28 nº 3. São Paulo. Set. 2010

OLINTO, Maria Teresa A.; GALVAO, Loren W. Características reprodutivas de mulheres de 15 a 49 anos: estudos comparativos e planejamento de ações. **Rev. Saúde Pública.** Vol. 33 nº1. São Paulo. 1999

PINOTTI, J.A; BARROS, A.C.S.D. **Ginecologia moderna**: condutas da clínica ginecológica da faculdade de medicina da USP. Rio de Janeiro: Revinter Ltda, 2004.

QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira et al. Incidência e características de cesáreas e de partos normais: estudo em uma cidade do interior do Ceará. **Rev. Bras. Enf.** Vol. 58 nº 6. Brasília Nov/dez 2005

RASIA, Isabel Cristina Rosa Barros; ALBERNAZ, Elaine. Atenção pré-natal na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev. Bras. Mater. Infant.** Vol 8 nº4. Recife. Out/dez 2008

RODRIGUES, Anselmo Duarte; BUSTAMANTE, Maria Teresa Teixeira. **Mortalidade por câncer de mama e câncer do colo do útero em município de médio porte da região Sudeste do Brasil, 1980-2006**. Cad. Saúde Pública. Vol. 27 nº2. Rio de Janeiro. Fev. 2011

ROMAN, Everton Paulo et al. Antropometria, maturação sexual e idade da menarca, de acordo com o nível socioeconômico de meninas escolares de Cascavel, Paraná. **Rev. Assoc. Med. Brasil.** Vol. 55 nº 3 São Paulo. 2009

SMELTZER, S.C; BARE, B.G. **Tratado de enfermagem médico cirúrgica**. 9º Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

THULER, Luiz Claudio Santos. **Mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil**. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: Acesso em: 07 de maio de 2012. <www.scielo.br/pdf/rbgo/v30n5/a02v30n5.pdf>.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Questionário direcionado às mulheres

O presente questionário destina-se a coletar dados para a pesquisa do Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem do Centro Universitário UNIVATES de Lajeado, que tem como objetivo geral conhecer o perfil das condições de saúde das mulheres que residem na zona urbana de um município do interior do Rio Grande do Sul. É muito importante a sua colaboração no preenchimento deste questionário.

Atenciosamente,

Luana Gracioli
Fone: (051) 9998-2540

Cor da pele: (0) Branca (1) Parda (2) Negra (3) Mista _____

1 - Quanto anos completos você tem? _____ anos.

2 - Escolaridade:

- (0) Analfabeto,
- (1) Ensino Fundamental Incompleto
- (2) Ensino Fundamental Completo
- (3) Ensino Médio Incompleto
- (4) Ensino Médio Completo
- (5) Superior Incompleto
- (6) Superior Completo

3 - Qual o seu estado civil?

- (0) Casada
- (1) União estável
- (2) Viúva
- (3) Separada/divorciada
- (4) Solteira

4 - Você está trabalhando no momento?

- (0) Desempregada Trabalhando
- (1) Desempregada
- (2) Desempregada Aposentada
- (3) Pensionista
- (4) Encostada
- (5) Estudante
- (6) Outra situação: _____

5 - Você (Sr^a.) já ficou grávida alguma vez?

- (1) Sim
- (0) Não → **Pule para questão 12**

6 - Quantas vezes ficou grávida? _____ vezes

7 - Quantos filhos nasceram vivos? _____ filhos vivos

8 - Você (Sr^a.) fez pré-natal durante sua(s) gestação?

(1) Sim

(0) Não

9 - Quantas consultas de pré- natal você (Sr^a.) realizou? _____ consultas

10 - Onde você fez as consultas de pré-natal?

(0) Posto de saúde, Unidade básica, Centro de saúde

(1) Unidade de planejamento familiar

(2) Médico particular

(3) SESC

(4) Ambulatório de sindicato

(5) Seguro saúde, ambulatório de empresa

(6) Outro _____

11 - Quais tipos de parto você fez?

(0) Normal

(1) Cesárea

() Outros _____

12- Você (Sr^a.) tem relações sexuais?

(0) Não

(1) Sim

13- Qual o método anticoncepcional que você (Sr^a.) usa?

(0) Anticoncepcional oral

(1) DIU

(2) Coito interrompido

(3) Camisinha, preservativo

(4) Ligadura tubária

(5) Tabelinha

(6) Histerectomia

(7) Diafragma

(8) Gel espermaticida

(9) Menopausa

(10) Não pode ter filhos

(11) Não usa nenhum método

(12) outro _____

14 - Você (Sr^a.) usa preservativo/ camisinha nas relações sexuais?

(0) Não

(1) Sim

15 - Neste ano, você chegou a consultar um ginecologista?

(0) Não

(1) Sim

16 - Você (Sr^a.) lembra da idade da sua menarca (idade da 1^a menstruação)?
Qual foi? _____ anos

17 - Quando você realizou o seu último exame preventivo de câncer (CP, pré-câncer, papanicolau)?

(0) Neste ano

(1) Ano passado

(2) Não lembra

(3) Nunca fez → **pule para a questão 19**

18 - Em qual serviço de saúde você (Sr^a.) fez o exame preventivo de câncer esta última vez?

(0) Posto de Saúde

(1) Unidade de Planejamento Familiar

(2) Médico particular

(3) SESC

(4) Ambulatório de empresa

(5) Outro _____

19 - Alguém na sua família mãe, tia, irmã ou você já teve câncer de mama ou câncer de colo de útero?

(0) Não

(1) Sim

Se sim, quem _____

Qual câncer?

(1) Mama

(2) Cólon de útero

() Outro _____

APÊNDICE B - Carta de autorização à Secretaria de Saúde

Ilm^a. Sr^a.

Sandra Mara Frozza Portaluppi

Secretária Municipal da Saúde, Meio Ambiente e Ação Social

Vespasiano Corrêa - RS

LUANA GRACIOLI, brasileira, solteira, maior, RG nº 1082563386, CPF nº 013.551.450-90, residente e domiciliada nesta cidade de Vespasiano Corrêa/RS, vem por meio desta solicitar a Vossa Senhoria que a autorize a realizar entrevistas com as mulheres residentes na zona urbana deste Município, com o objetivo geral de conhecer o perfil das condições de saúde das mesmas. Sendo que os objetivos específicos serão: caracterizar as mulheres que estiveram em idade fértil em relação aos dados demográficos; caracterizar o perfil obstétrico das mulheres que estiveram em idade fértil; identificar qual o método anticoncepcional mais prevalente nas mulheres com vida sexual ativa e verificar a prevalência das mulheres que realizam o exame preventivo do colo do útero.

As entrevistas serão realizadas nos mês de julho de 2012, e serão compostas por um questionário de 19 perguntas fechadas com o fim de responder aos objetivos propostos. As mulheres serão entrevistadas em suas casas, e terão sigilo perante as informações obtidas. O trabalho realizado tem como título “Perfil das condições de saúde das mulheres que residem na zona urbana de um município do interior do Rio Grande do Sul”, e faz parte do trabalho de Conclusão de Curso da aluna de enfermagem Luana, que é graduanda da UNIVATES-Lajeado e tem como orientadora a Prof. Ms. Enf. Ioná Carreno.

Na certeza de contar com vossa contribuição

Pede deferimento.

Vespasiano Corrêa, 07 de maio de 2012.

Luana Gracioli

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Tendo em vista a necessidade da realização do trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem Intitulado ‘Perfil das condições de saúde das mulheres que residem na zona urbana de um município do interior do Rio Grande do Sul’, este estudo tem como objetivos específicos caracterizar as mulheres que estiveram em idade fértil, em relação aos dados demográficos; caracterizar o perfil obstétrico das mulheres que estiveram em idade fértil; identificar qual o método anticoncepcional mais prevalente nas mulheres com vida social ativa e verificar a prevalência das mulheres que realizam o exame preventivo do colo uterino.

Considerando a importância da saúde da mulher perante os objetivos que foram propostos, busca-se com essa pesquisa ajudar a equipe de saúde do município, fornecendo informações relevantes com relação à prevenção e promoção da saúde da mulher, que possam ajudar na reestruturação do serviço de saúde, permitindo a adoção de condutas eficazes.

A coleta de dados será por meio de uma entrevista realizada na casa da entrevistada, agendada previamente, conforme a disponibilidade das participantes, sendo que estas necessitarão dispor de 20 minutos, sendo este, talvez, o desconforto apresentado pela pesquisa, e o entrevistado não corre nenhum risco.

Fui igualmente informado:

- Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida a cerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados à pesquisa;
- Da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação do meu trabalho e tratamento;
- Da garantia que não serei identificado quanto à divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação neste Projeto de Pesquisa, pois fui informada de maneira clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, das justificativas, dos procedimentos aos quais serei submetida, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas as quais poderia ser submetida, todos acima listados.

A pesquisadora responsável é a Prof. Ioná Carreno e a acadêmica responsável por este projeto de pesquisa é Luana Gracioli telefone 051-99982540, tendo este documento sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIVATES e assinado em duas vias, uma ficando com o entrevistado e a outra com o entrevistador.

Nome do Pesquisador

Nome do Entrevistado

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Entrevistado

Lajeado, _____ de _____ de 2012.