

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**VILNARA DOMINGOS REIS**

**UMA ABORDAGEM DE PLANEJAMENTO FAMILIAR NA  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE ALFENAS**

**CAMPOS GERAIS-MINAS GERAIS  
2014**

**VILNARA DOMINGOS REIS**

**UMA ABORDAGEM DE PLANEJAMENTO FAMILIAR NA  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE ALFENAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção de certificado de especialista.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Sueli Leiko Takamatsu Goyatá

CAMPOS GERAIS-MINAS GERAIS  
2014

VILNARA DOMINGOS REIS

**UMA ABORDAGEM DE PLANEJAMENTO FAMILIAR NA  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE ALFENAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção de certificado de especialista.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Sueli Leiko Takamatsu Goyatá

Banca Examinadora

Prof<sup>a</sup>. Sueli Leiko Takamatsu Goyatá - Orientadora

Prof<sup>a</sup>. Patrícia Mônica Ribeiro – Examinadora

Aprovada em Alfenas: 26/07/2014

## **AGRADECIMENTOS**

À minha Equipe de Saúde da Família e aos gestores municipais que me apoiaram durante todo o desenvolvimento do trabalho.

E em especial meu esposo Reinaldo Aguiar dos Reis e meus amados filhos Viviane e Augusto que estão ao meu lado me apoiando em todos os momentos e me fazendo muito feliz a cada dia.

Muito Obrigada.

## RESUMO

O Planejamento familiar deve ser um elemento essencial na prevenção primária de saúde, auxiliando as pessoas que procuram tais serviços, oferecendo tais informações necessárias para a escolha e uso efetivo dos métodos anticoncepcionais que melhor se adaptem às condições atuais de saúde. Este estudo teve como objetivo propor ações de educação em planejamento familiar e de enfrentamento à gravidez na adolescência. Estudos evidenciam que a intervenção na modalidade de educação em grupo revela uma estratégia útil para alcançar o objetivo educacional. Tal estratégia promove uma maior aceitação e conhecimento na utilização de métodos anticoncepcionais e, por conseguinte, uma atitude de maior aproveitamento dos aportes multiprofissionais fornecidos pela equipe da Unidade de Saúde da Família. Quanto à metodologia, trata-se de um projeto de intervenção, que visa, principalmente, aumentar o conhecimento da população sobre a importância do planejamento familiar e dos métodos contraceptivos, conscientizando as pessoas em idade fértil. Foi realizada revisão bibliográfica em diversos bancos de dados. Um plano de ação que prevê a educação permanente da equipe, o planejamento familiar, os métodos contraceptivos e a conscientização da população assistida pela Equipe de Saúde da Família Recreio Vale do Sol do município de Alfenas, Minas Gerais. O Plano de ação foi elaborado a partir do problema prioritário e nós-críticos identificados pela equipe de saúde da família, considerando a sua governabilidade, viabilidade técnico-científica e recursos disponíveis. O plano de ação proposto é uma ferramenta de gestão, que visa direcionar a proposta de intervenção para o problema identificado pela equipe de saúde. Como resultados esperados, nosso maior objetivo é promover e orientar a todos quanto à importância nos dias atuais de se praticar uma vida sexual saudável, evitando assim o contágio de doenças sexualmente transmissíveis e uma gravidez indesejável. A capacitação da equipe de saúde da família multiprofissional e de uma orientação eficaz, principalmente dos jovens e mulheres em idade fértil, são ações que podem contribuir para reduzir o número de gestações precoces no município.

Palavras chave: Grupo Operativo; Educação em Saúde; Gravidez; Métodos Anticoncepcionais.

## **ABSTRACT**

Family planning should be an essential element in the primary prevention of healthcare, helping people seeking such services, providing such information to the choice and effective use of contraceptive methods best suited to current health conditions. This study aimed to propose actions for education in family planning and coping with teenage pregnancy. Studies show that intervention in the form of group education reveals a useful strategy to achieve the educational goal. This strategy promotes greater acceptance and understanding in the use of contraceptive methods and therefore an attitude of greater use of multidisciplinary contributions provided by the Family Health Unit staff. Regarding the methodology, it is an intervention project that aims primarily to increase knowledge of the population about the importance of family planning and contraceptive methods, aware people of childbearing age. The literature was reviewed in several databases. An action plan that provides continuing education for the staff, family planning, contraceptive methods and awareness of the population assisted by the Family Health Team Recreation Sun Valley's Alfenas, Minas Gerais. The Action Plan was developed from the priority-critical problem and we identified the Family Health Team, considering their governance, technical and scientific feasibility and available resources. The proposed action plan is a management tool that aims to target the proposed intervention for the problem identified by the Family Health Team. As expected results, our main goal is to promote and guide all the importance in today to practice a healthy sex life, thus preventing the spread of sexually transmitted diseases and an unwanted pregnancy. The training of the multidisciplinary Family Health Team day and an orientation effective, especially youth and women of childbearing age, are actions that can help reduce the number of early pregnancies in the county.

**Keywords:** Operating Group; Health Education; Pregnancy; Contraceptive Methods.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>ACO</b>	- Anticoncepcional Oral
<b>BENFAM</b>	-Grupo Bem- Estar Familiar no Brasil
<b>DIU</b>	-Dispositivo Intrauterino
<b>DCNT</b>	-Doença Crônica Não- Transmissível
<b>ESF</b>	- Estratégia de Saúde da Família
<b>MS</b>	- Ministério da Saúde
<b>NASF</b>	-Núcleo de Apoio à Saúde da Família
<b>OMS</b>	- Organização Mundial de Saúde
<b>ONU</b>	- Organização das Nações Unidas
<b>PAISM</b>	- Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
<b>PCAP</b>	- Pesquisa de Conhecimento, Atitudes e Práticas
<b>PF</b>	-Planejamento Familiar
<b>PNDS</b>	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher
<b>SIAB</b>	- Sistema de Informações da Atenção Básica
<b>SIS-Pré-Natal</b>	- Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
<b>SUS</b>	- Sistema Único de Saúde
<b>UBS</b>	- Unidade Básica de Saúde

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b>	Métodos Temporários (Reversíveis)- Hormonais.....	19
<b>Tabela 2</b>	Métodos Temporários (Reversíveis)- Barreira.....	19
<b>Tabela 3</b>	Métodos Temporários (Reversíveis)- Intrauterinos.....	20
<b>Tabela 4</b>	Métodos Temporários (Reversíveis)- Comportamentais ou Naturais.....	20
<b>Tabela 5</b>	Métodos Definitivos (Esterilização).....	20
<b>Tabela 6</b>	Métodos Anticoncepcionais Reversíveis oferecidos pelo SUS.....	21

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b>	Classificação de Prioridades.....	25
<b>Quadro 2</b>	Desenho das operações para os “nós” críticos.....	27

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>13</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVO.....</b>	<b>14</b>
<b>4</b>	<b>REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....</b>	<b>15</b>
<b>4.1</b>	<b>Planejamento Familiar na Atenção Básica.....</b>	<b>15</b>
<b>4.2</b>	<b>Estatísticas.....</b>	<b>16</b>
<b>4.3</b>	<b>Anticoncepção.....</b>	<b>18</b>
<b>5</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>23</b>
<b>6</b>	<b>ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO.....</b>	<b>24</b>
<b>6.1</b>	<b>Projetos de Intervenção da Equipe de Saúde da Família.....</b>	<b>25</b>
<b>6.2</b>	<b>Desenho do Plano Operativo.....</b>	<b>28</b>
<b>6.3</b>	<b>Elaboração do Plano Operativo.....</b>	<b>29</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>31</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>32</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A partir da década de 1960, observa-se a preocupação com o crescimento populacional, porém verificava-se atuação quase inexistente do setor público no campo do planejamento reprodutivo. O enfoque da assistência era o ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 2002).

No Brasil, a Saúde da Mulher quando de sua incorporação às Políticas Nacionais de Saúde nas primeiras décadas do século XX, esteve limitada às propostas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, apresentavam uma visão restrita sobre a mulher, com enfoque nos aspectos biológicos e no seu papel social de mãe e doméstica, cujo principal papel social era exercido em função da criação, da educação e do cuidado da saúde dos filhos e demais membros da família (BRASIL, 2009).

Assim, o movimento feminista brasileiro, passou a criticar fortemente esses programas pela perspectiva reducionista com que tratavam a mulher, que tinha acesso apenas a alguns cuidados de saúde no ciclo gravídico-puerperal. Com forte atuação no campo da saúde, o movimento de mulheres contribuiu para introduzir na agenda da política nacional, questões associadas à sexualidade e à reprodução, as dificuldades relacionadas à anticoncepção e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, entre outras (BRASIL, 2009).

As políticas públicas no país tiveram como um dos primeiros marcos, a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984, que incluiu o planejamento familiar no elenco mínimo de ações voltadas para a Atenção Integral à Saúde da Mulher. Até então, não havia, no Brasil, política instituída no campo do planejamento familiar (BRASIL, 1984).

Desde o lançamento do PAISM, o governo brasileiro tem atuado nas questões relativas ao planejamento familiar, adotando políticas e medidas para permitir o acesso da população aos meios de contracepção. Os primeiros esforços para implementar o referido programa incluíram a provisão de insumos contraceptivos para os serviços públicos de saúde e a capacitação dos profissionais para proverem

atenção em planejamento familiar com qualidade. Entretanto, esses esforços foram marcados pela descontinuidade e baixa efetividade, e os avanços foram muito lentos na segunda metade dos anos de 1980 e quase durante toda a década seguinte (BRASIL, 1984).

O PAISM incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação. A assistência à saúde consistia no atendimento da mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, entre outras (BRASIL, 1984).

Esse programa apresentava como população-alvo a população feminina acima de 10 anos, distribuída nas seguintes faixas etárias: 10 a 14 anos, 15 a 19 anos, 20 a 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos e 50 anos e mais. As mulheres em idade reprodutiva, ou seja, de 10 a 49 anos, representavam cerca de 65% do total da população feminina, constituindo um importante segmento social para a elaboração das Políticas de Saúde (BRASIL, 2009).

A situação de saúde da mulher apresentava-se como um problema a ser enfrentado por meio de políticas públicas específicas, que mostravam a precariedade da assistência em anticoncepção. Na Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, realizada em 1996, foi constatada a concentração no uso de dois métodos contraceptivos: a laqueadura tubária (40%) e a pílula (21%). A prevalência da ligadura tubária é maior nas regiões onde as mulheres têm menor escolaridade e condições socioeconômicas mais precárias. Segundo dados de 1997 do Grupo Bem- Estar Familiar no Brasil (BENFAM), o uso inexpressivo de outros métodos anticoncepcionais, apontado nessa pesquisa, indica o limitado acesso das mulheres às informações sobre a diversidade de opções para regular a fecundidade e aos métodos anticoncepcionais.

Além disso, a prevalência de uso de métodos varia nas regiões brasileiras, de cerca de 68% no Nordeste, até 85% na região Centro-Oeste, sendo a esterilização presente em mais de 7 entre 10 mulheres (IBGE, 2009).

Em relação ao marco político-legal, a Constituição Federal de 1988 consagrou o direito assegurado pelo estado ao planejamento familiar no § 7º do seu artigo nº 226, fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, bem como na utilização de recursos educacionais e científicos para sua realização (BRASIL, 1988).

A Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, estabelece que o planejamento familiar é um conjunto de ações de regulação da fecundidade que garante direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal. Para o exercício do direito ao planejamento familiar são oferecidos todos os métodos e as técnicas de concepção e contracepção cientificamente aprovados e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, e que, também garanta a liberdade de opção (BRASIL, 2002).

Em 2004, o Ministério da Saúde elaborou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que reflete o compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis. Enfatiza a melhoria da atenção obstétrica, o planejamento familiar, a atenção ao abortamento inseguro e às mulheres e às adolescentes em situação de violência doméstica e sexual.

E em 2005, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos. Entre as diretrizes e as ações propostas por essa Política estão a ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis no Sistema Único de Saúde (SUS); incentivo à implementação de atividades educativas em saúde sexual e saúde reprodutiva para usuários da rede SUS; capacitação dos profissionais da Atenção Básica em saúde sexual e saúde reprodutiva; ampliação do acesso à esterilização cirúrgica voluntária no SUS; implantação e implementação de Redes Integradas para atenção às mulheres e aos adolescentes em situação de violência doméstica e sexual; ampliação dos serviços de referência para a realização do aborto previsto em lei e garantia de atenção humanizada e qualificada às mulheres em situação de abortamento; entre outras ações (BRASIL, 2005).

Portanto, as instâncias gestoras do SUS, em todos os seus níveis, estão obrigadas a garantir a Atenção Integral à Saúde da Mulher, que inclua a assistência à concepção e à contracepção.

A ampliação do acesso da população à informação e aos métodos contraceptivos é uma das ações mais importantes da Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher preconizada pelo Ministério da Saúde para a garantia do exercício dos direitos reprodutivos no país (BRASIL, 2004).

## 2 JUSTIFICATIVA

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) Recreio Vale do Sol foi instituída em julho de 2002 e primeiramente foi instalada no mesmo espaço físico que a ESF Pinheirinho. Hoje a unidade funciona independente no Bairro Jardim Alvorada, na Rua Emília Pereira Esteves, número 339 no município de Alfenas-MG.

O território da ESF abrange aproximadamente 1310 famílias e 5400 pessoas residentes nos bairros Recreio Vale do Sol, Jardim Alvorada e Jardim São Paulo. A área de abrangência da ESF Recreio Vale do Sol conta com o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) Alvorada, Associação de Proteção e Assistência aos condenados (APAC), Creche Cemei Borboleta, numerosos pontos comerciais como fábrica, supermercados, padaria, salões de beleza, *Lan house*, entre outros. Pode se observar um grande número de pessoas ociosas e a existência de moradores envolvidos com atividades ilícitas, principalmente com o tráfico de drogas.

Segundo informações do Sistema de Informações da Atenção Básica – SIAB (2013) vivem nesse território, 1035 famílias cadastradas e acompanhadas. Após um levantamento pela equipe de saúde foram identificados alguns problemas relevantes na comunidade e o que chamou mais a atenção da ESF foi o elevado número de gestantes. Em março de 2013 foi verificado que existem 39 gestantes no território, sendo 15 gestantes menores de 20 anos, o que corresponde a 38,5% do total de gestantes do município.

### **3 OBJETIVO**

Elaborar um plano de ação para aumentar o nível de informação da população, principalmente das jovens e mulheres em idade fértil, sobre a importância do planejamento familiar e dos métodos contraceptivos disponíveis, buscando assim reduzir o número de gestações precoces ou indesejadas.

## **4. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

### **4.1. Planejamento Familiar na Atenção Básica**

O Planejamento Familiar (PF) foi aprovado pelo Congresso Nacional e sancionado pela Presidência da República em 1996. A Lei estabelece que as instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS), em todos os seus níveis, estão obrigadas a garantir à mulher, ao homem ou ao casal, em toda a sua rede de serviços, assistência à concepção e contracepção como parte das demais ações que compõem a Assistência Integral à Saúde. Uma questão fundamental desta Lei é a inserção das práticas da laqueadura de trompas e da vasectomia dentro das alternativas de anticoncepção, definindo critérios para sua utilização e punições para os profissionais de saúde que as realizarem de maneira inadequada e/ou insegura (BRASIL, 1984).

Neste sentido, o Planejamento Familiar deve ser tratado dentro do contexto dos direitos reprodutivos, tendo, portanto, como principal objetivo garantir às mulheres e aos homens um direito básico de cidadania, previsto na Constituição Brasileira: o direito de ter ou não filhos/as. É importante salientar que o planejamento familiar, com conhecimento dos métodos e livre escolha, é uma das ações da Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) preconizada pelo Ministério da Saúde, desde 1984.

Entretanto, dentro dos princípios que regem esta política, os serviços devem garantir o acesso aos meios para evitar a gravidez indesejada, o acompanhamento clínico-ginecológico e ações educativas para que as escolhas sejam conscientes. Os profissionais de saúde devem empenhar-se em bem informar aos usuários para que conheçam todas as alternativas de anticoncepção e possam participar ativamente da escolha do método (BRASIL, 1984).

O PF, que pode ser realizado pelo homem e pela mulher, isoladamente, mesmo quando estes não desejarem constituir uma família, vem sendo substituído pelo termo planejamento reprodutivo, havendo a defesa de que se trata de uma

concepção mais abrangente. O planejamento reprodutivo tem sido um importante recurso para a saúde de homens, mulheres e crianças. Contribui para uma prática sexual mais saudável, possibilita o planejamento dos nascimentos e a recuperação do organismo da mulher após o parto, melhorando, assim, as condições que ela tem para o cuidado dos filhos e para a realização de outras atividades (BRASIL, 2010).

As ações de saúde voltadas para a saúde sexual e a saúde reprodutiva, em sua maioria, têm considerado a mulher como o principal alvo, com poucas iniciativas para o envolvimento dos homens nessas questões. Essas ações direcionadas para as mulheres são predominantemente voltadas ao ciclo gravídico-puerperal e à prevenção do câncer de colo de útero e de mama. Desse modo, é preciso ampliar a abordagem para outros aspectos, que ampliem as ações relacionadas à saúde sexual em diferentes momentos do ciclo de vida e promovam o efetivo envolvimento e corresponsabilidade dos homens. Isso exige uma nova postura e qualificação da equipe de saúde, com enfoque no indivíduo, família e comunidade (BRASIL, 2010).

Os serviços de saúde devem desenvolver ações educativas individuais, ao casal e em grupo, e promover o acesso a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade, garantindo direitos iguais para a mulher, para o homem ou para o casal, garantindo a escolha livre (BRASIL, 2010).

Para a implementação das ações de planejamento reprodutivo, é necessária a garantia de infraestrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) pelos gestores municipais, dotando essas unidades de recursos materiais, tecnológicos, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações a serem implementadas, apoiar propostas de educação permanente e estruturar a rede de referência para os demais níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2010).

## **4.2 Estatísticas**

A Pesquisa de Conhecimento, Atitudes e Práticas (PCAP) da População Brasileira em relação ao HIV e outras DST, entre pessoas de 15 e 54 anos, realizada pelo Ministério da Saúde, em 2004, revelou que em relação às práticas sexuais, 74% dos jovens tiveram alguma relação sexual na vida e 66,4% tiveram relação no último ano. O início da atividade sexual ocorreu, em média, aos 15,3 anos e cerca de 36% dos jovens tiveram a primeira relação antes dos 15 anos. Além

disso, 16% deles tiveram mais de 10 parceiros na vida e quase 7% tiveram mais de cinco parceiros eventuais no último ano. Quanto à prática do sexo seguro, 53% dos jovens relataram o uso de preservativo na primeira relação. Quase 40% deles referiram o uso de preservativo em todas as relações sexuais, independentemente da parceria, 38,8% com parceiro fixo e 58,4% com parceiro eventual. Já em relação à atividade sexual e à anticoncepção, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), realizada em 2006, constatou que as mulheres estão iniciando sua vida sexual cada vez mais cedo, o mesmo ocorrendo com a prática contraceptiva. Em 2006, até os 15 anos de idade, 33% das mulheres já haviam tido relações sexuais, índice que representa o triplo do ocorrido na PNDS/1996. Entre as jovens de 15 a 19 anos sexualmente ativas, 66% delas já haviam usado algum método anticoncepcional, sendo que o preservativo (33%), a pílula (27%) e os injetáveis (5%) foram os mais utilizados (BRASIL, 2010).

Outro aspecto a ser considerado é a taxa de fecundidade. Entre as mulheres adultas, nas quatro últimas décadas, houve um decréscimo na taxa de fecundidade. Já entre as adolescentes, no período de 1990 a 2000, houve aumento de 26% na taxa de fecundidade. Entretanto, a partir de 2000, observa-se redução no número de nascidos vivos nas faixas etárias de 15 a 19 e de 20 a 24 anos. A partir de 2001, observa-se, também, o decréscimo desses índices na faixa etária de 10 a 14 anos (BRASIL, 2010).

Em 2005, 1.615 óbitos de mulheres foram registrados por causas relacionadas à gravidez, ao parto e ao puerpério. Dessas mulheres, 254 (16%) tinham entre 10 e 19 anos e 350 (22%) entre 20 e 24 anos. Portanto, 38% dos óbitos maternos registrados naquele ano ocorreram em mulheres mais jovens. Esse dado pode estar relacionado, como demonstram vários estudos sobre mortalidade materna, à precariedade na assistência pré-natal e ao parto e, no caso dessa clientela, à ausência de atenção específica às adolescentes e jovens gestantes. Vale ressaltar, que o aborto inseguro é uma causa importante de morte materna entre adolescentes e jovens, sobretudo entre aquelas em situação de baixa renda (BRASIL, 2010)

A gravidez na adolescência tem sido considerada situação de risco e elemento desestruturador da vida de jovens adolescentes e fator determinante na reprodução do ciclo de pobreza dessa população, ao se colocar como impedimento

na continuidade dos estudos e no acesso ao mercado de trabalho. Pode-se constatar o seguinte fato vendo que, em 2007, o número de internações no SUS para atendimento obstétrico, na faixa etária de 10 a 19 anos, correspondeu acerca de 25% do total desse atendimento (BRASIL, 2010).

A taxa de incidência da gravidez indesejada ainda é muito elevada no mundo, especialmente em países em desenvolvimento. Primeiro, porque milhões de pessoas têm necessidades não satisfeitas de planejamento familiar, por falta de acesso a métodos anticoncepcionais adequados ou de informação e de apoio insuficientes para utilizá-los. Segundo, porque todos os métodos anticonceptivos falham, sem exceção. Em terceiro lugar é preciso lembrar, também, que as mulheres nem sempre têm relações sexuais voluntárias ou desejadas. Existe alta prevalência de violência sexual, da coerção sexual nas relações conjugais e da gravidez forçada (BRASIL, 2005).

Nesse contexto, garantir os direitos reprodutivos a adolescentes e jovens, homens e mulheres, significa assegurar, em todos os casos, as condições de escolha por uma gravidez. Para tanto, as informações, os métodos e meios para a regulação da fecundidade, assim como, a assistência pré-natal, ao parto e ao puerpério, devem ser assegurados de modo irrestrito, de maneira que a gravidez possa ser desejada, planejada e vivenciada de modo saudável (BRASIL, 2010).

Conforme dados já citados anteriormente, no Município de Alfenas, Minas Gerais, essa realidade não é diferente, com grande incidência de gestantes menores de 20 anos.

### **4.3 Anticoncepção**

A assistência em anticoncepção pressupõe a oferta de informações, de aconselhamento, de acompanhamento clínico e de uma diversidade de métodos e técnicas anticoncepcionais, cientificamente comprovados, que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, para homens, mulheres, adultos e adolescentes, num contexto de escolha livre e informada. É muito importante oferecer diferentes opções de métodos anticoncepcionais para todas as etapas da vida reprodutiva, de modo que as pessoas tenham a possibilidade de escolher o método mais apropriado às suas necessidades e circunstâncias de vida (BRASIL, 2010). Pressupõe, ainda, o

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

As decisões sobre o método anticoncepcional a ser usado pelos usuários devem ter os seguintes aspectos: escolha da mulher, do homem ou do casal; características dos métodos; fatores e situacionais relacionados aos usuários do método. Esses métodos devem ter eficácia, aceitabilidade, disponibilidade, ser de fácil utilização, reversibilidade e proteger de DST e infecção pelo HIV. Todos os métodos anticoncepcionais apresentam uma taxa de falha que é calculada com o número de gestação não desejada entre os usuários de um determinado método anticoncepcional nos primeiros 12 meses de uso (BRASIL, 2010).

Segundo Brasil, 2010, os métodos anticoncepcionais podem ser classificados da seguinte forma:

Tabela 1: Métodos Temporários (Reversíveis)- Hormonais

<b><u>Métodos Temporários (Reversíveis)- Hormonais</u></b>	
<b><u>Método</u></b>	<b><u>Tipos</u></b>
Orais	Combinados, Monofásicos, Bifásicos, Trifásicos, Minipílulas
Injetáveis	Mensais, trimestrais
Implantes Subcutâneos	
Percutâneos	Adesivos
Vaginais	Comprimidos, Anel

Adaptado de BRASIL, 2010.

Tabela 2: Métodos Temporários (Reversíveis)- Barreira

<b><u>Métodos Temporários (Reversíveis)- Barreira</u></b>	
<b><u>Método</u></b>	<b><u>Tipos</u></b>
Feminino	Diafragma, Espermicida, Esponjas, Capuz cervical, Preservativo feminino

Masculino	Preservativo Masculino
-----------	------------------------

Adaptado de BRASIL, 2010.

Tabela 3: Métodos Temporários (Reversíveis)- Intrauterinos

<b><u>Métodos Temporários (Reversíveis)- Intrauterinos</u></b>
DIU de cobre
DIU com levonorgestrel

Adaptado de BRASIL, 2010.

Tabela 4: Métodos Temporários (Reversíveis)- Comportamentais ou Naturais

<b><u>Métodos Temporários (Reversíveis)- Comportamentais ou Naturais</u></b>
Tabela ou calendário (Ogino-Knaus)
Curva térmica basal ou de temperatura
Sintotérmico
Billings (mucocervical)
Coito interrompido

Adaptado de BRASIL, 2010.

Há também um método temporário que não se classifica em nenhuma categoria, que são as duchas vaginais (BRASIL, 2010).

Tabela 5: Métodos Definitivos (Esterilização)

<b><u>Métodos Definitivos (Esterilização)</u></b>	
Feminino	Ligadura Tubária
Masculino	Vasectomia

Adaptado de BRASIL, 2010.

Os métodos anticoncepcionais reversíveis adquiridos atualmente pelo Ministério da Saúde para serem oferecidos à rede de serviços do SUS são:

Tabela 6: Métodos Anticoncepcionais Reversíveis oferecidos pelo SUS

<b><u>Métodos Anticoncepcionais Reversíveis oferecidos pelo SUS</u></b>	
<b><u>Método</u></b>	<b><u>Princípio Ativo</u></b>
Pílula combinada de baixa dosagem	Etinilestradiol 0,03 + Levonorgestrel 0,15 mg
Minipílula	Noretisterona 0,35
Pílula anticoncepcional de emergência	Levonorgestrel 0,75
Injetável mensal	Enantato de noretisterona 50 mg + Valerato de Estradiol 5 mg
Injetável Trimestral	Acetato de Medroxisprogesterona 150 mg
Preservativo Masculino	-----
Diafragma	-----
DIU Tcu-380 A (DIU T de cobre)	-----

Adaptado de BRASIL, 2010.

Em 2005, o Ministério da Saúde passou a incluir, no grupo de responsabilidade do nível federal, os Métodos anticoncepcionais no elenco de medicamentos/insumos para a Atenção Básica (AB). O governo se propôs a cobrir 100% das necessidades dos municípios da federação com pílulas combinadas de baixa dosagem e pílula só de progesterona (minipílula). Pactuou, também, a aquisição de pílula de emergência, anticoncepcional injetável mensal e trimestral e do DIU (BRASIL, 2005). A contracepção de emergência deve ser utilizada somente em caráter de urgência depois de uma relação desprotegida e não de forma regular. Está disponível no SUS e pode ajudar a prevenir abortos provocados na medida em que previne gestações indesejadas. Algumas secretarias estaduais e municipais de saúde também fazem aquisição de métodos anticoncepcionais e complementam o que é distribuído pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010).

Em relação aos métodos cirúrgicos, está regulamentada por meio da Lei nº 9263/96 que homens ou mulheres, com capacidade civil plena e maiores de 25 anos

ou com pelo menos dois filhos vivos, podem se submeter ao procedimento. Para tal é necessário o registro da manifestação da vontade em documento escrito e firmado (BRASIL, 2010).

Os profissionais de saúde devem ser capacitados a orientar e ajudar os usuários na escolha do método mais adequado, respeitando os critérios médicos de elegibilidade desenvolvidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e conhecendo algumas particularidades de diferentes faixas etárias ou condições – na adolescência, na perimenopausa, no pós-parto ou pós-aborto e em pessoas portadoras do HIV. Esses profissionais devem atuar na assistência a anticoncepção de diversas formas, seja com atividades educativas, aconselhamento e atividades clínicas, desenvolvidas no espaço da ESF. Deve-se utilizar linguagem clara, simples e precisa com esse público (OMS, 2007).

As ações educativas devem ser preferencialmente realizadas em grupo, precedendo a primeira consulta, e devem ser sempre reforçadas pela ação educativa individual. Elas devem ser desenvolvidas com o objetivo de oferecer à clientela os conhecimentos necessários para a escolha e posterior utilização do método anticoncepcional mais adequado, assim como propiciar o questionamento e reflexão sobre os temas relacionados com a prática da anticoncepção, inclusive a sexualidade. É de fundamental importância que as práticas educativas tenham um caráter participativo, permitindo a troca de informações e experiências baseadas na vivência de cada indivíduo do grupo (BRASIL, 2002).

## 5 METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de intervenção que visa principalmente, aumentar o conhecimento da população sobre a importância do planejamento familiar e métodos contraceptivos, conscientizando, sobretudo adolescentes, homens e mulheres em idade fértil. A trajetória metodológica foi elaborada segundo as orientações de Campos, Faria e Santos (2010), durante a realização da disciplina de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde, dessa pós-graduação.

A revisão bibliográfica foi realizada utilizando-se as bases eletrônicas da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), publicações do Ministério da Saúde, Banco de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e SIS-Pré-natal utilizando os seguintes descritores: planejamento familiar, anticoncepção, gravidez, educação em saúde, atenção básica. A pesquisa a esses bancos de dados foi realizada no período de Janeiro de 2011 a Dezembro de 2013.

## 6 ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO

O enfoque educativo é um dos elementos fundamentais na qualidade da atenção prestada em saúde sexual e saúde reprodutiva. Educar é um processo de construção permanente (BRASIL, 2010).

A partir dessa concepção, recomenda-se que as práticas educativas façam uso de metodologia participativa, com abordagem pedagógica centrada no sujeito. Para se obter bom resultado, no que se refere à saúde sexual e à saúde reprodutiva, é importante considerar o conhecimento e experiência dos participantes, permitindo a troca de ideias sobre sexualidade, reprodução, relacionamento humano e sobre os fatores socioeconômicos e culturais que influenciam nessas questões. Essa metodologia estimula a pessoa a construir um processo decisório autônomo e centrado em seus interesses (BRASIL, 2010).

Os serviços de saúde devem garantir atendimento aos adolescentes e jovens, antes mesmo do início de sua atividade sexual e reprodutiva, para ajudá-los a lidarem com a sua sexualidade de forma positiva e responsável, incentivando comportamentos de prevenção e autocuidado (BRASIL, 2009).

As ações educativas, preferencialmente realizadas em grupo, devem ser sempre reforçadas pela ação educativa individual. Sugere-se que sejam formados grupos específicos para adultos e adolescentes. É recomendável que os grupos de adolescentes sejam formados de acordo com as seguintes faixas etárias: de 10 a 14 anos e 15 a 19 anos. No grupo, as pessoas têm a oportunidade de redimensionar suas dificuldades ao compartilhar dúvidas, sentimentos, conhecimentos, entre outros. A dinâmica grupal contribui para o indivíduo perceber sua própria demanda, reconhecer o que sabe e sente, estimulando sua participação ativa nos atendimentos individuais subsequentes (BRASIL, 2010).

Existem diferentes metodologias de trabalho de grupo. Cada serviço deve utilizar a que melhor se adapte às suas disponibilidades de pessoal, de tempo e de espaço, bem como às características e necessidades do grupo em questão. A linguagem utilizada pelo profissional de saúde deve ser sempre acessível, simples e clara (BRASIL, 2002).

As ações educativas devem estimular as mulheres e os homens, adultos e adolescentes ao conhecimento e ao cuidado de si mesmos, fortalecendo a autoestima e a autonomia, contribuindo para o pleno exercício dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos. As atividades educativas podem e devem ser desenvolvidas nos serviços de saúde e nos diversos espaços sociais existentes na comunidade. Deve-se promover a participação dos homens – adolescentes, adultos ou idosos – para promover cultura de responsabilidade compartilhada, não sobrecarregando as mulheres. O profissional deve sempre pautar suas ações em princípios éticos, como o respeito à autonomia das pessoas, a privacidade, a confidencialidade e o sigilo na abordagem da sexualidade e saúde reprodutiva (BRASIL, 2010).

### 6.1 Projetos de intervenção da Equipe de Saúde da Família

O Quadro 1 apresenta a classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da Unidade de Saúde da Família Recreio Vale do sol. Em relação às condições patológicas, temos 1.205 pessoas hipertensas, 604 diabéticas, 39 gestantes, sendo 15 menores de 20 anos (38,5%) (SIAB, 2013). Observou-se que na população adulta há prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e que as áreas de menor poder econômico, apresentam problemas de saúde como gravidez na adolescência, alcoolismo e hipertensão arterial.

Quadro 1 – Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da USF Alfenas, 2013.

ALFENAS			
Principais Problemas	Importância	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Gestantes menores de 20 anos/ Falta de planejamento familiar	Alta	Parcial	1
Alcoolismo	Alta	Parcial	2
Doença crônica não transmissível	Alta	Parcial	3
Hipertensão arterial	Alta	Parcial	4

Diante disso, a ESF estabeleceu como prioridades a gravidez em menores de 20 anos e a falta de planejamento familiar para realizar intervenções e buscar

resultados positivos a partir da capacidade de enfrentamento da equipe e recursos disponíveis.

A criação de uma agenda pela ESF com uma programação mensal se faz necessária para um bom andamento das atividades. Serão organizadas palestras educativas na UBS e eventualmente em outros locais da comunidade de fácil acesso a todos. Quinzenalmente acontece um encontro com as gestantes, que conta com boa participação, já que a maioria é primigesta e possuem muitas dúvidas. São abordados diversos temas, como importância e vantagens da amamentação exclusiva, modificações do organismo materno, entre outros. A estrutura da unidade e o apoio dos gestores são satisfatórios, possibilitando a utilização de recursos áudio visuais, folhetos educativos, tendas, entre outros.

O acesso integral a todos os métodos contraceptivos preconizados pelo Ministério da Saúde (MS) é imprescindível e de responsabilidade dos Serviços de Saúde. A assistência farmacêutica no município atende a essas exigências, fornecendo anticoncepcionais orais (ACO) como pílulas combinadas e progesterona; injetáveis; implantes (DIU) e de barreira (condom), buscando garantir à mulher, ao homem ou ao casal, os elementos necessários para a escolha livre e consciente do método que a eles melhor se adapte (BRASIL, 2004).

Buscar uma parceria com o setor educacional municipal e estadual para implantação da disciplina de Educação Sexual para os alunos do ensino médio do 9º ano em diante. As aulas poderiam ser ministradas pelo médico, enfermeira e grupo Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) da ESF ou por um professor da rede pública capacitado. A metodologia de ensino é baseada por um material didático e recursos áudio visuais proposto pelo Ministério da Saúde (MS). É importante salientar, que deve ser sempre respeitada a autonomia e as crenças de cada um. Dessa maneira, conseguiríamos atingir o público alvo, jovens e mulheres em idade fértil, em grandes proporções e de forma contínua, disseminando o conhecimento para toda a população.

Conseguir espaço na rádio local, realizar programas mensais ou quinzenais para promover o aumento do nível de informação da população em geral, abordando diferentes temas relacionados ao planejamento familiar, alertando quanto aos riscos e consequências de uma gravidez precoce ou indesejada e tirando dúvidas ao vivo de interesse comum.

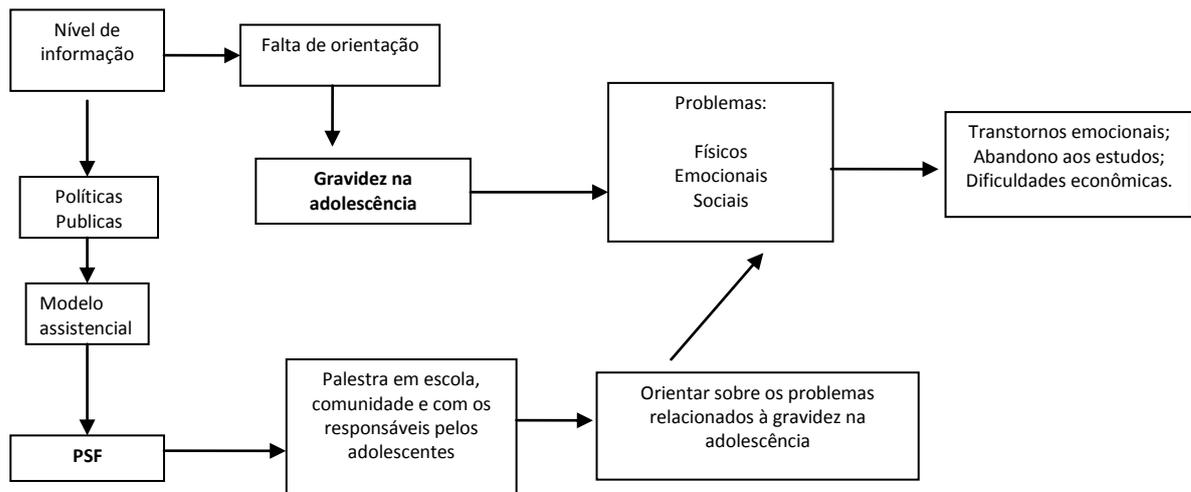
Por fim, a capacitação de toda a ESF é necessária para adquirir conhecimento amplo sobre o tema e implementar estratégias de comunicação e práticas pedagógicas. Por meio da realização de cursos de aprimoramento, implantação de um programa de educação permanente e de reuniões para discussões periódicas obtém-se melhores resultados.

Quadro 2 – Desenho das operações para os “nós” críticos do problema da falta de planejamento familiar e gravidez precoce

Nó Crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Resultados necessários
Falta de conhecimento/ informações	<b>INFO</b> - Aumentar o nível de informação da população, principalmente das mulheres em idade fértil, sobre planejamento familiar.	População mais informada sobre planejamento familiar e conscientizada em relação as consequências de uma gravidez precoce.	Campanha educativa na rádio local, grupo de gestantes, palestras e eventos na comunidade	Organizacional → organizar uma agenda, palestras e encontros; Cognitivo → conhecimento sobre o tema e estratégias de comunicação e pedagógicas; Político → conseguir espaço na rádio local, mobilização social; Financeiro → recursos áudio visuais, folhetos educativos
Orientação familiar e nas escolas	<b>TABU</b> - Aumentar o nível de informação da população, principalmente dos pais e escolares, sobre planejamento familiar, respeitando a autonomia e crenças.	População mais informada sobre planejamento familiar e conscientizada em relação as consequências de uma gravidez precoce, esclarecimento de dúvidas comuns.	Introdução da disciplina de educação sexual nas escolas públicas do município e educação dentro de casa	Organizacional → organização da agenda; Cognitivo → conhecimento sobre o tema e estratégias de comunicação e pedagógicas; Político → articulação intersetorial (parceria com o setor de educação) e mobilização social.
Acesso a métodos contraceptivos	<b>CONTRACEPÇÃO</b> – Apresentar os diversos tipos de métodos contraceptivos, suas indicações e sua importância, promover assistência integral	População consciente e informada, podendo escolher o método mais apropriado quando indicado, e assim evitar uma gravidez precoce ou indesejada, além de diminuir o risco de DSTs	Assistência farmacêutica adequada, capacitação da equipe e consultas especializadas.	Organizacional → Trabalhar em conjunto com o serviço de ginecologia, organizar o fluxo das pacientes; Cognitivo → conhecimento sobre o tema e estratégias de comunicação e elaboração de um projeto de adequação; Político → aumentar os recursos para estruturar o serviço
Capacitação e comprometimento dos profissionais de saúde	<b>ORIENTAR</b> – Conhecimento amplo sobre o tema e aquisição de habilidades para abordar adequadamente as pessoas.	Capacitação e comprometimento de toda a equipe de saúde	Implantação de um programa de educação continuada, realização de cursos de aprimoramento profissional, reuniões em grupo periódicas	Organizacional → organização de uma agenda; Cognitivo → conhecimento sobre o tema e estratégias de comunicação e pedagógicas, elaboração de um plano de adequação; Financeiro → recursos áudio visuais, materiais didáticos.

## 6.2 Desenho do plano operativo

O Plano em ação usará como base o diagnóstico situacional realizado no ESF Recreio Vale do Sol do município de Alfenas e será executado conforme o fluxograma:



### 6.3 Elaboração do Plano Operativo

A elaboração do plano operativo está exemplificado no quadro abaixo o qual possui o objetivo de designar os responsáveis por cada operação (gerente da operação) e definir os prazos para a execução das operações.

<b>Operações</b>	<b>Resultados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Ações estratégicas</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>
<p><b><u>Saber +</u></b></p> <p>Aumentar o nível de informações sobre métodos contraceptivos</p>	Adolescentes mais informados sobre os métodos contraceptivos	<p>Avaliação do nível de informações dos adolescentes sobre métodos contraceptivos</p> <p>Campanha educativa na rádio local</p> <p>Programa de saúde escolar</p> <p>Capacitação dos ACS e dos cuidadores</p>	Apresentar o projeto para setores de mobilização e diretores das escolas	<p>Enfermeira</p> <p>Médico</p> <p>Coordenação da Atenção Básica</p>	5 meses para o início da atividade
<p><b><u>Cuidar melhor</u></b></p> <p>Melhorar os laços de aproximação com a família, criar mais vínculo, melhorar o atendimento aos adolescentes e familiares.</p>	Garantia de escuta qualificada através de um bom acolhimento valorizando as queixas e tentando solucionar os problemas e conflitos familiares.	Capacitação de toda ESF	Reforçar para toda a equipe a importância do projeto e adesão de todos os integrantes	<p>Enfermeira</p> <p>Coordenação da Atenção Básica</p>	Um mês
<p><b><u>Mentes saudáveis</u></b></p> <p>Aumentar o número de jovens mais informados que está fase da</p>	Oferecer informações necessária para que os adolescentes sintam-se seguros para tomar suas	Capacitação de toda ESF	Reforçar para toda a equipe a importância do projeto e adesão de todos os integrantes	<p>Enfermeira</p> <p>Coordenação da Atenção Básica</p>	Início em 1 mês e termino em 2 meses

vida não é o melhor momento para engravidar	decisões e responsabilizem-se pelas consequências.  Oferecer atividades que diminuam a ociosidade dos jovens como grupo operativos, oficinas de dança, violão etc.				
---	--	--	--	--	--

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O Planejamento Familiar é um tema muito amplo que está inserido na saúde sexual e reprodutiva. Abrange a população em suas diversas faixas etárias e ciclos de vida, tais como os adolescentes, os adultos e os idosos, não apenas as mulheres em ciclo gravídico-puerperal.

Nosso maior objetivo é promover e orientar a todos quanto à importância nos dias atuais de se praticar uma vida sexual saudável, evitando assim o contágio de doenças sexualmente transmissíveis e uma gravidez indesejável. O conhecimento de todos os métodos contraceptivos, esclarecimento de dúvidas e a ênfase na dupla proteção são imprescindíveis na melhor escolha pela mulher, pelo homem ou pelo casal do método que melhor os atenda.

Devemos ter em mente que a educação sexual deve ser iniciada durante a adolescência, antes mesmo do início da atividade sexual, o que é dever da família, da escola e dos profissionais de saúde. Assim, esses jovens terão mais segurança e autocuidado quando se tornarem pessoas adultas.

O apoio da Secretaria de Saúde e de toda a ESF contribuiu muito para o desenvolvimento dos projetos que se sucederão. Os programas na rádio serão produtivos, aumentando muito a procura por atendimento na UBS para esclarecimentos de dúvidas e de orientação para contracepção. As palestras para a comunidade também deve contar com uma boa participação da população. Já as aulas de Educação Sexual receberão apoio total da diretoria da Secretaria de Educação.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática**. Brasília, 1984. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistenciaintegralsaudemulher.pdf>> Acesso em: 10 dez. 2012.

\_\_\_\_\_. **Constituição Federal de 1988**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília :Senado, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 22 dez. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico**/Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0102assistencia1.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: plano de ação 2004-2007**. 1.<sup>a</sup> ed., 1.<sup>a</sup> reimpr. - Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_atencao\\_mulher2.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher2.pdf)>. Acesso em: 05 fev. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo**. Brasília, 2005. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha\\_direitos\\_sexuais\\_reprodutivos.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_direitos_sexuais_reprodutivos.pdf)>. Acesso em: 12 fev. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. Brasília, 2009. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direitos\\_sexuais\\_reprodutivos\\_metodos\\_anticoncepcionais.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direitos_sexuais_reprodutivos_metodos_anticoncepcionais.pdf)>. Acesso em: 30 dez. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica – Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicações/cadernos\\_ab/abcad26.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicações/cadernos_ab/abcad26.pdf)>. Acesso em: 15 fev. 2013.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2.ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010. 114 p. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0273.pdf>>. Acesso em: 02 jan. 2011.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic\\_sociosaude/2009/indic\\_sau\\_de.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indic_sau_de.pdf)>. Acesso em: 26 mar. 2013.

OMS, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Planejamento Familiar: um Manual Global para Profissionais e Serviços de Saúde**. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2007. Disponível em: <[http://www.reprolatina.org.br/site/pdfs/HANDBOOK\\_PORT.pdf](http://www.reprolatina.org.br/site/pdfs/HANDBOOK_PORT.pdf)>. Acesso em: 12 dez. 2012.

SIAB, Sistema de Informações da Atenção Básica. **Condições patológicas do ESF Recreio Vale do Sol**. Alfenas, 2013. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABSMG.def>. Acesso em: 30 dez. 2013

SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL – BEMFAM. Programa de Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS), Macro Internacional Inc. **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (1996)**. 2.ed. Rio de Janeiro: mar. 1997. Disponível em: <<http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR77/FR77.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2011.