

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

BRUNO CASCARDO SALVADOR

**PLANEJAMENTO FAMILIAR E CONSCIENTIZAÇÃO DA
POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO DE MARIA DA FÉ, MINAS GERAIS**

CAMPOS GERAIS-MINAS GERAIS

2014

BRUNO CASCARDO SALVADOR

**PLANEJAMENTO FAMILIAR E CONSCIENTIZAÇÃO DA
POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO DEMARIA DA FÉ, MINAS GERAIS**

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^a Dr^a Sueli Leiko Takamatsu Goyatá

CAMPOS GERAIS-MINAS GERAIS

2014

BRUNO CASCARDO SALVADOR

**PLANEJAMENTO FAMILIAR E CONSCIENTIZAÇÃO DA
POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO DEMARIA DA FÉ – MINAS GERIAS**

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^a Dr^a Sueli Leiko Takamatsu Goyatá.

Banca Examinadora

Prof^a. Sueli Leiko Takamatsu Goyatá - Orientadora

Prof^a. Olinda Maria Gomes da Costa Vilas Boas - Examinadora

Aprovado em Alfenas: 05/07/2014

AGRADECIMENTOS

À toda minha família e amigos.

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

E em especial à minha amada esposa Barbara Lara que está ao meu lado há um ano e grávida de meu filho Lucas que chegará em breve, por me apoiar em todos os momentos e me fazer feliz a cada dia.

Muito Obrigado.

RESUMO

O planejamento familiar vem sendo cada vez mais priorizado pelas políticas de saúde no país, pois atualmente vivenciamos um problema de saúde pública mundial com o crescimento populacional desordenado, aumento da marginalização social e grande número de gestações precoces ou indesejáveis, que culminam em graves consequências materno-infantis. Este estudo teve como objetivo formular estratégias de enfrentamento à gravidez na adolescência por meio de 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 Manoel Gonçalves, do município de Maria da Fé – 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. 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: Gravidez na adolescência. Atenção Primária à Saúde. Planejamento Familiar. Capacitação Multiprofissional.

ABSTRACT

Family planning has been increasingly prioritized for health policies in the country as currently experienced a problem of public health world cluttered with population growth , increased social marginalization and a large number of early or unwanted pregnancies that culminate in serious maternal consequences and child . This study aimed to formulate strategies to deal with teenage pregnancy through 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 Manoel Gonçalves , the municipality of Maria da Fé - 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 health team . The training of the multidisciplinary health care team and family of effective management, especially the youth and women of childbearing age are actions that can contribute to reducing the number of early pregnancies in the county.

Keywords: Youth pregnancy, Primary Health Care, Family planning, Multiprofessional Capacitation

Lista de abreviaturas e siglas

ACO	- Anticoncepcional Oral
ESF	- Equipe de Saúde da Família
MS	- Ministério da Saúde
OMS	- Organização Mundial de Saúde
ONU	- Organização das Nações Unidas
PF	- Planejamento Família
SIAB	- Sistema de Informações da Atenção Básica
SIS-Pré-Natal	- Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SUS	- Sistema Único de Saúde
UBS	- Unidade Básica de Saúde

Lista de ilustrações

Quadro 1	Classificação de Prioridades.....	24
Quadro 2	Desenho das operações para os “nós” críticos.....	27

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	09
2	JUSTIFICATIVA.....	13
3	OBJETIVO.....	14
4	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	15
4.1	Planejamento Familiar na Atenção Básica.....	15
4.2	Estatísticas.....	16
4.3	Anticoncepção.....	18
5	METODOLOGIA.....	22
6	ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO.....	23
6.1	Projetos de Intervenção da Equipe de Saúde da Família.....	24
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
	REFERÊNCIAS.....	29

1 INTRODUÇÃO

A anticoncepção tem uma história milenar. Um dos primeiros registros referindo-se a métodos de controle da natalidade data de cerca de 1850 a.C. que descreve o uso da goma arábica colocada dentro do canal vaginal. Pesquisas atuais confirmaram a qualidade espermicida da goma arábica que é um dos componentes das pomadas espermicidas. Hipócrates (460-377 a.C.) já sabia que a semente da cenoura selvagem era capaz de prevenir a gravidez. Os antigos egípcios utilizavam tampões vaginais ou tampas feitas de excremento de crocodilo, linho e folhas comprimidas. Acredita-se que o preservativo remonte aos tempos da Roma antiga, quando eram utilizadas bexigas de animais para proteção contra as doenças sexualmente transmissíveis. Foi Gregory Pincus, em 1960, quem realizou a maioria dos estudos com os primeiros contraceptivos orais combinados, tornando-se o médico conhecido como "o pai da pílula." (OMS, 2011).

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 exercida 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 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).

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).

A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher 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 como um problema a ser enfrentado por meio de políticas públicas específicas, 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 a BENFAM (1997), 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 (BRASI, 1997).

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)

Mais tarde 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, 1996).

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 (BRASIL, 2004).

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

O município de Maria da Fé está localizado no Sul de Minas Gerais, macrorregião de Pouso Alegre e microrregião de Itajubá. Em pleno planalto da Serra São João, maciço da Mantiqueira, o município tem relevo acidentado, com a sede situada a 1258 metros de altitude. Sua área total é de 202.898 km² e tem como principal curso d'água o Ribeirão Lourenço Velho, possuindo terras de excelente qualidade.

Maria da Fé conta com uma população de 14216 habitantes, de acordo com o Censo 2010, sendo 62,8% residentes na zona urbana e 37,2% na zona rural. A população é constituída por 50,58% do sexo masculino e 49,42% do sexo feminino. Observa-se também a prevalência da população adulta jovem na faixa etária de 20 á 49 anos (43,77%). A população idosa do município é bem pequena (12,70%)(IBGE, 2010).

A ESF/UBS Manoel Gonçalves, mais conhecida como Canudos, situa-se geograficamente na zona urbana do município de Maria da Fé e assiste seis micro áreas (MA), distinguidas pelas cores: MA 01 verde claro, MA 02 vermelho, MA 03 azul, MA 04 amarelo, MA 05 verde escuro e MA 06 laranja e abrangem uma pequena parte da zona rural. A Equipe é composta por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e seis agentes comunitárias de saúde (SIAB, 2013).

Segundo informações do Sistema de Informações da Atenção Básica – SIAB (2013) vivem nesse território, 728 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 35 gestantes no território, sendo 09 gestantes menores de 20 anos, o que corresponde a 51,7% do total de gestantes do município.

3 OBJETIVO

Elaborar um plano de ações para aumentar o nível de informação da população, principalmente dos 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, 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 livre 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 (BRASIL, 2010).

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 (BRASIL, 2010).

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)

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 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 (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).

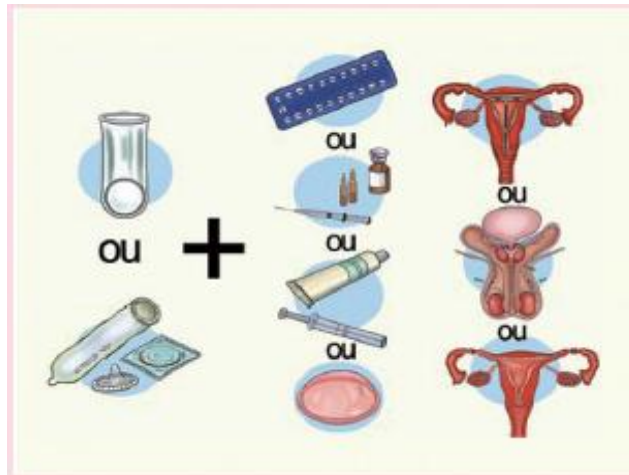
No Município de Maria da Fé, Minas Gerais, a realidade não é diferente. Segundo o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB, 2013), no território de abrangência da Equipe de Saúde da Família (ESF) Manoel Gonçalves, vive uma população de 2.680 habitantes. Segundo levantamento pela ESF, em março de 2013 foi verificado que existem 35 gestantes no território, sendo 09 gestantes menores de 20 anos e 26 maiores de 20 anos, o que corresponde a 51,7% do total de gestantes do município.

4.3 Anticoncepção

A atenção 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).

Em meio a uma realidade global de índices elevados de doenças transmissíveis por via sexual, torna-se imprescindível a abordagem da prevenção das DST/HIV/Aids, dando-se ênfase à dupla proteção, que é dada pelo uso combinado do preservativo masculino ou feminino, com algum outro método anticoncepcional, tendo como finalidade promover, ao mesmo tempo, a prevenção da gravidez e a prevenção da infecção pelo HIV/Aids e por outras DST (FIGURA 3).

Figura 3: Ênfase à dupla proteção



Os serviços e profissionais de saúde devem incentivar a adoção da dupla proteção, de modo a garantir a prevenção das DST/HIV/Aids e da gravidez não planejada e/ou indesejada.

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 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. Além disso, no processo de escolha devem ser levados em consideração os seguintes aspectos: a preferência da mulher, do homem ou do casal; as características de cada método – eficácia, efeitos secundários, aceitabilidade, disponibilidade, facilidade de uso, reversibilidade e proteção contra DST e infecção pelo HIV; fatores individuais e contexto de vida relacionados aos usuários (BRASIL, 2010).

Em relação aos métodos anticoncepcionais, segundo Aldrighi, Sauerbronn e Petta (BRASIL, 2010) podem ser classificados da seguinte forma:

Temporários (reversíveis)

a. Hormonais

- Orais
 - Combinados
 - Monofásicos
 - Bifásicos
 - Trifásicos
 - Minipílulas
- Injetáveis
 - Mensais
 - Trimestrais
- Implantes subcutâneos
- Percutâneos
 - Adesivos
- Vaginais
 - Comprimidos
 - Anel
- Sistema liberador de levonorgestrel (SIU)

b. Barreira

- Feminino
 - Diafragma
 - Espermaticida
 - Esonjas
 - Capuz cervical
 - Preservativo feminino
- Masculino
 - Preservativo masculino

c. Intrauterinos

- Medicados
 - DIU de cobre
 - DIU com levonorgestrel
- Não medicados

d. Comportamentais ou naturais

- Tabela ou calendário (Ogino-Knaus)
- Curva térmica basal ou de temperatura
- Sintotérmico
- Billings (mucocervical)
- Coito interrompido

e. Duchas vaginais

- Definitivos (esterilização)
- Feminino (ligadura tubária)
- Masculino (vasectomia)

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

- Pílula combinada de baixa dosagem (etinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg).

- Minipílula (noretisterona 0,35 mg).
- Pílula anticoncepcional de emergência (levonorgestrel 0,75 mg).
- Injetável mensal (enantato de noretisterona 50 mg + valerato de estradiol 5 mg).
- Injetável trimestral (acetato de medroxiprogesterona 150 mg).
- Preservativo masculino.
- Diafragma.
- DIU Tcu-380 A (DIU T de cobre).

Algumas secretarias estaduais e municipais de saúde também fazem aquisições de métodos anticoncepcionais e complementam o que é distribuído pelo Ministério da Saúde.

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)

Já 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 (BRASIL, 2010).

5 METODOLOGIA

Trata-se de 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 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.

O trabalho é fundamentado, principalmente pelo Caderno de Atenção Básica - Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva, Ministério da Saúde (BRASIL, 2010).

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.

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.

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.

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.

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 Manoel Gonçalves.

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

MARIA DA FÉ			
Principais Problemas	Importância	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Gestantes menores de 20 anos/ Falta de planejamento familiar	Alta	Parcial	1
Abuso de psicotrópicos	Alta	Parcial	2
Tratamento da água no domicílio	Alta	Parcial	3
Analfabetismo	Alta	Fora	4
Baixa renda	Alta	Fora	5

Em relação às condições patológicas, temos 376 pessoas hipertensas, 86 diabéticas, 189 que fazem uso de psicotrópicos, com predominância do sexo feminino, 02 acamados, 18 deficientes físicos, 35 gestantes, sendo 09 menores de 20 anos (25,7%) (SIAB, 2013).

A água utilizada nos domicílios é filtrada em 67,58% das casas, fervida em 0,68% e sem tratamento em 31,73% (SIAB, 2013).

Em relação às pessoas alfabetizadas maiores de 15 anos, 89,21% são alfabetizadas, desses 28,9% têm ensino fundamental incompleto, 17,05% ensino médio, 26,14% ensino superior e 17,10% são analfabetas (SIAB, 2013).

Aproximadamente 81 famílias possuem renda declarada menor do que 01 salário mínimo e 439 famílias entre 01 e 02 salários (SIAB, 2013)

Diante disso, a equipe de saúde da família 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. Mensalmente 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 MS é imprescindível e de responsabilidade dos Serviços de Saúde. A assistência farmacêutica no município atende essas exigências, fornecendo anticoncepcionais orais (ACO) – 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 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 conseqüências 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	INFO - 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	TABU - 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	CONTRACEPÇÃO – 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	ORIENTAR – 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.

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 foi promover e orientar a todos quanto à importância nos dias atuais de se praticar uma vida sexual saudável, evitando assim o contágio de DSTs 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 sucederam. Os programas na rádio foram muito produtivos, aumentando muito a procura por atendimento na UBS para esclarecimentos de dúvidas e de orientação para contracepção. As palestras para a comunidade também contaram com boa participação, principalmente no mês de outubro, onde também foi dada ênfase à prevenção de câncer de mama e de colo uterino. Já as aulas de Educação Sexual receberam apoio total da diretoria da Escola Municipal. Assim, já foi elaborado um cronograma e as palestras serão iniciadas no início do ano letivo em 2014, devido a obras no anfiteatro.

Enfim, foi um ano muito produtivo, no qual conseguimos atender a população integralmente e dar início a este projeto de intervenção, que está beneficiando toda a comunidade e em breve conseguiremos avaliar melhor os resultados,

REFERENCIAS

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Brasília: DOU, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Direitos sexuais e direitos reprodutivos: uma prioridade do governo**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. **Lei de Regulamentação do Planejamento Familiar - Lei 9.263/1996**. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integrada à Saúde da Mulher: Plano de Ação 2004-2007**, Secretária de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Reimp. Brasília, 2004.

BRASIL. 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.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica – Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

CAMPOS, F. C. C. et al. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

CARDIN, V. S. G. Do planejamento familiar, da paternidade responsável e das políticas públicas. **IBDFAM**, Belo Horizonte. Disponível em: <www.ibdfam.org.br>. Acesso em: 01 set. 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Populacional 2010**. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Maria_da_F%C3%A9>. Acesso em: 11 dez. 2010.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIA DA FÉ. **Diagnóstico de Saúde do Município de Maria da Fé**. Maria da Fé, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Planejamento Familiar: um Manual Global para Profissionais e Serviços de Saúde**. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Breve história da concepção**. 2011. Disponível em: <http://eportuguese.blogspot.com.br/2011/08/breve-historia-da-contracepcao.html>. Acesso em: 17 dez. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)**. Brasília, 2013.

SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL – BEMFAM. Programa de Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS), Macro International. In: **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (1996)**. 2.ed. Rio de Janeiro: mar. 1997.