

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

FERNANDA YUMI GUARNIERI

**PLANEJAMENTO FAMILIAR: PLANO DE AÇÃO PARA DIMINUIR A
GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA NA UBS DR. JAIR FERREIRA DE TO-
LEDO NA CIDADE DE MAR DE ESPANHA/MG**

JUIZ DE FORA/ MINAS GERAIS

2015

FERNANDA YUMI GUARNIERI

PLANEJAMENTO FAMILIAR: PLANO DE AÇÃO PARA DIMINUIR A GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA NA UBS DR. JAIR FERREIRA DE TOLEDO NA CIDADE DE MAR DE ESPANHA/MG

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Estratégia de Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do certificado de especialista.

Orientador: Prof.Dr. Bruno Leonardo de Castro Sena

JUIZ DE FORA/ MINAS GERAIS

2015

FERNANDA YUMI GUARNIERI

PLANEJAMENTO FAMILIAR: PLANO DE AÇÃO PARA DIMINUIR A GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA NA UBS DR. JAIR FERREIRA DE TOLEDO NA CIDADE DE MAR DE ESPANHA/MG

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Estratégia de Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do certificado de especialista.

Orientador: Prof.Dr. Bruno Leonardo de Castro Sena

Banca Examinadora

Prof.Dr. Bruno Leonardo de Castro Sena (UFMG)

Profa.Ms. Eulita Maria Barcelos (UFMG)

Aprovado em Belo Horizonte 28 /12 /2015 .

AGRADECIMENTOS

À minha família por me apoiar e suportar durante toda minha formação profissional.
À todos os professores do Nescon e em especial ao meu orientador Prof. Dr. Bruno
Leonardo de Castro Sena pelo suporte e paciência nesse ano de
aprendizado e trabalho intensos.

DEDICATÓRIA

À toda equipe com quem trabalho na UBS Dr. Jair F. de Toledo e à população atendida por nossa equipe.

*“Quando você pensa que sabe todas as respostas,
vem a vida e muda todas as perguntas”*

Luis Fernando Veríssimo

RESUMO

Planejamento familiar é o direito que toda a pessoa tem à informação, à assistência especializada e aos recursos que permitem optar livre e conscientemente por ter ou não ter filhos. O número, o espaçamento entre eles e a escolha do método anticoncepcional mais adequado são opções que toda mulher deve ter o direito de escolher de forma livre e por meio da informação, sem discriminação, coerção ou violência. O objetivo desse trabalho foi propor um plano de ação visando proporcionar às famílias da Estratégia de Saúde da Família Jair Ferreira de Toledo na cidade de Mar de Espanha/MG, principalmente às mulheres, condições de realizarem seu Planejamento Familiar. A revisão de literatura acerca dos métodos contraceptivos foi realizada por meio de pesquisa nas bases de dados: Biblioteca Regional de Medicina, Scientific Electronic Library Online e sites da Organização Mundial da Saúde, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Sistema de Informação da Atenção Básica e na própria Estratégia de Saúde da Família Dr. Jair Ferreira de Toledo, no período de 1997 a 2015. Na revisão bibliográfica foram explicitados os principais métodos contraceptivos, forma de utilização e motivos que facilitam ou dificultam sua utilização. O plano de ação foi baseado no Planejamento Estratégico Situacional (PES) e culminou com o desenvolvimento de 4 projetos que serão implantado visando proporcionar às famílias a realização do Planejamento Familiar não só como uma forma de evitar gravidez, mas com o objetivo de melhoria da qualidade de vida .

Descritores: Planejamento Familiar. Anticoncepção. Saúde Reprodutiva. Legislação.

ABSTRACT

Public Health is the right that every person has to information, expert assistance and resources that enable freely and consciously choose to have or not have children. The number, spacing them and choosing the most appropriate birth control are options that every woman should have the right to choose freely and through information, without discrimination, coercion or violence. The objective of this study was to propose an action plan to provide families of Estratégia de Saúde da Família Jair Ferreira de Toledo in Mar de Espanha/ MG, especially women, able to realize their Public Health. A literature review about contraceptive methods was carried out by searching in the databases: BIREME and SCIELO and sites of OMS, IBGE, SIAB and own Estratégia de Saúde da Família Dr. Jair Ferreira de Toledo, in the 1997-2015 period. The literature review were explained the main contraceptive methods, how to use and reasons that facilitate or hinder their use. The action plan was based on the Situational Strategic Planning (SSP) and culminated in the development of four projects to be implemented in order to provide to the families carrying out the Public Health not only as a way to prevent pregnancy, but with the quality improvement goal of life through better economic families structured and psychosocially.

Keywords: Public Health. Contraception. Reproductive Health. Legislation.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
BENFAM	Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil
BIREME	Biblioteca Regional de Medicina
CPAIMC	Centro de Pesquisas de Assistência Integrada à Mulher e à Criança
DIU	Dispositivo Intra Uterino.
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GDR	Grupo de Direitos Reprodutivos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NESCON	Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Mulher
PSF	Programa de Saúde da família
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 Evolução Populacional.....	14
TABELA 2 População por faixa etária e sexo.....	15
TABELA 3 Recursos humanos disponíveis na UBS.....	18
TABELA 4 Agenda da UBS.....	18
TABELA 5 Identificação e priorização dos problemas.....	43
TABELA 6 Desenho de operações para os nós críticos na gravidez não planejada.....	44
TABELA 7 Análise dos recursos críticos.....	45
TABELA 8 Atores e viabilidade dos projetos.....	46
TABELA 9 Cronograma do Plano de Ação.....	46
TABELA 10 Planilha de monitoramento.....	47

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	Mapa da Zona da Mata Mineira destaque para Mar de Espanha.....	13
FIGURA 2	Centro Mar de Espanha.....	15
FIGURA 3	Igreja Matriz de Mar de Espanha.....	16
FIGURA 4	Fórum de Mar de Espanha.....	17
FIGURA 5	Prioridade dos problemas encontrados.....	19
FIGURA 6	Status do planejamento familiar.....	21
FIGURA 7	Evolução do nº de gestantes em Mar de Espanha.....	21
FIGURA 8	Condom, preservativo masculino ou camisinha.....	26
FIGURA 9	Como usar o preservativo masculino.....	26
FIGURA 10	Preservativo feminino.....	27
FIGURA 11	Como usar o preservativo feminino.....	28
FIGURA 12	Pílulas anticoncepcionais.....	29
FIGURA 13	Sequência de tomada da pílula anticoncepcional.....	30
FIGURA 14	Pílulas anticoncepcionais de emergência.....	31
FIGURA 15	Posologia da pílula anticoncepcional de emergência (Levonorgestrel).31	
FIGURA 16	Anticoncepcional hormonal injetável com progestogênio isolado.....	32
FIGURA 17	Anticoncepcionais hormonais injetáveis combinados.....	33
FIGURA 18	Aplicação dos anticoncepcionais hormonais injetáveis.....	34
FIGURA 19	Posicionamento do DIU no útero.....	35
FIGURA 20	DIU Medicamentoso – Mirena.....	36
FIGURA 21	Diafragma e o local de sua colocação.....	37
FIGURA 22	Diafragma e espermicida.....	38
FIGURA 23	Órgãos femininos reprodutivos internos.....	40
FIGURA 24	Métodos de Laqueadura Tubária.....	41
FIGURA 25	Método de Vasectomia.....	41
FIGURA 26	Vasectomia.....	42

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	JUSTIFICATIVA	22
3	OBJETIVOS	23
	3.1 Objetivo geral.....	23
	3.2 Objetivos específicos.....	23
4	METODOLOGIA	24
5	REVISÃO DE LITERATURA	25
	5.1 Condom, preservativo masculino ou camisinha.....	25
	5.2 Preservativo feminino.....	27
	5.3 Pílula.....	28
	5.4 Coito interrompido.....	32
	5.5 Anticoncepcionais hormonais injetáveis.....	32
	5.6 DIU (Dispositivo intrauterino).....	34
	5.7 Diafragma.....	36
	5.8 Laqueadura tubária e vasectomia.....	38
6	PLANO DE AÇÃO	42
	6.1 Identificação dos problemas da comunidade.....	42

6.2	Priorização dos problemas.....	43
6.3	Descrição e explicação do problema.....	43
6.4	Seleção dos nós críticos.....	43
6.5	Desenho das operações.....	44
6.6	Análise dos recursos críticos.....	45
6.7	Identificação de atores e viabilidade.....	45
6.8	Elaboração do plano operativo.....	46
6.9	Gestão do plano operativo.....	47
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	48
	REFERÊNCIAS.....	50

1 INTRODUÇÃO

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010) a cidade de Mar de Espanha/MG teve como primitivos habitantes, aventureiros desiludidos de acumular riquezas fáceis dos garimpos e que devido às terras férteis, propícias à agricultura, resolveram se instalar no local. O português Antônio José da Costa e o mameluco João Maquieira foram os precursores da fundação do lugarejo que recebeu o nome de "Arraial do Cágado".

A agricultura, especialmente, voltada à cultura do café, atraía um número crescente de aventureiro, proporcionando breve ocupação do território. A pecuária também tomava vulto, ao tempo em que as lavouras se diversificavam crescendo a povoação. Com a descoberta de veios de caulim, faldspato e calcários diversos, iniciou-se a extração e comercialização do mármore branco que durou algumas décadas. Na atualidade o município é rico, em calcários comercializados sob a forma de corretivos do solo, mas sua principal atividade econômica é a indústria de lingerie em pequenas, médias e grandes empresas de confecção (IBGE, 2010).

O município abrange uma área territorial de 371,600 km², conta com uma população estimada, segundo último censo demográfico realizado (2010), de 11.749 pessoas, sendo que 10.750 moravam na zona urbana e 999 na zona rural; 5.712 homens e 6.037 mulheres (IBGE, 2010).

FIGURA 1- Mapa da Zona Da Mata Mineira destaque para Mar de Espanha



Fonte: Skyscrapercity (2015).

Tabela 1- Evolução Populacional

Ano	Mar de Espanha	Minas Gerais	Brasil
1991	9.710	15.743.152	146.825.475
1996	10.166	16.567.989	156.032.944
2000	10.567	17.891.494	169.799.170
2007	11.139	19.273.506	183.987.291
2010	11.749	19.597.330	190.755.799

Fonte: IBGE, (2010).

Tabela 2- População por faixa etária e sexo

Idade	Mar de Espanha		Minas Gerais		Brasil	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
0 a 4 anos	337	363	649.660	627.206	7.016.614	6.778.795
5 a 9 anos	372	366	726.034	702.961	7.623.749	7.344.867
10 a 14 anos	453	522	858.109	830.051	8.724.960	8.440.940
15 a 19 anos	526	492	868.022	851.253	8.558.497	8.431.641
20 a 24 anos	498	485	874.104	859.390	8.629.807	8.614.581
25 a 29 anos	456	468	851.586	853.105	8.460.631	8.643.096
30 a 34 anos	413	420	790.229	805.450	7.717.365	8.026.554
35 a 39 anos	396	393	694.342	722.116	6.766.450	7.121.722
40 a 44 anos	416	457	671.738	702.039	6.320.374	6.688.585
45 a 49 anos	413	425	628.195	666.388	5.691.791	6.141.128
50 a 54 anos	370	380	548.830	584.829	4.834.828	5.305.231
55 a 59 anos	273	317	441.415	479.714	3.902.183	4.373.673
60 a 64 anos	235	263	339.165	376.212	3.040.897	3.467.956
65 a 69 anos	182	213	251.626	290.172	2.223.953	2.616.639
70 a 74 anos	163	181	191.852	233.376	1.667.289	2.074.165
75 a 79 anos	92	127	129.276	168.843	1.090.455	1.472.860
80 a 84 anos	75	92	76.292	112.030	668.589	998.311
85 a 89 anos	30	48	34.862	56.569	310.739	508.702
90 a 94 anos	8	19	12.469	24.269	114.961	211.589
95 a 99 anos	3	5	3.332	7.576	31.528	66.804
Mais de 100 anos	1	1	739	1.904	7.245	16.987

Fonte: IBGE, (2010).

FIGURA 2- Centro Mar de Espanha



Fonte: Mar de Espanha (2015).

FIGURA 3- Igreja Matriz de Mar de Espanha



Fonte: Mar de Espanha (2015).

FIGURA 4- Fórum de Mar de Espanha

Fonte: Skyscrapercity (2015).

Quanto à saúde, o município conta com 05 equipes de Estratégia de Saúde da Família, sendo 04 urbanas e 01 rural. Embora a ESF tenha sido adotada há vários anos, quesitos básicos como a territorialização efetiva somente ocorreram em 2013.

Existe um Hospital filantrópico, que por acordo, repassa as despesas com consultas médicas de pacientes atendidos nos horários e dias em que os postos não estão abertos, para a prefeitura.

Na unidade de saúde do centro funcionam duas equipes, a mais antiga, denominada ESF Centro e a ESF Dr. Jair F. Toledo. O local é próprio, porém, bastante antigo e sem infraestrutura adequada para suportar duas equipes.

O número de usuários atendidos pela ESF Dr. Jair F. de Toledo é de 3031 pessoas. A ESF é composta por 6 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 2 técnicos de enfermagem, 1 enfermeira, 1 médica, 1 auxiliar de saúde bucal e 1 dentista. Seu funcionamento é de 07h as 17h, de segunda a sexta-feira. Existem 4 turnos dedicados ao atendimento dos grupos, em que as consultas são pré agendadas:

pré-natal, puericultura, hiperdia e saúde mental; 1 para consultas domiciliares e 3 para demanda livre (um na unidade e os outros dois em locais adaptados nos bairros-igreja e centro espírita).

Tabela 3- Recursos humanos disponíveis na UBS

Recursos Humanos
Profissionais:
01 Médico do PSF (em tempo integral)
01 Pediatra (03 horas semanais)
01 ginecologista (03 horas semanais)
02 Clínicos Gerais (durante 03 horas semanais cada)
01 Enfermeira
02 Auxiliares de enfermagem
06 Agentes comunitários
01 dentista
01 auxiliar de saúde bucal
01 Serviços gerais
Obs: com exceção da médica do PSF, os demais médicos ficam disponíveis para o atendimento de toda a população da cidade.
Horário de trabalho: 7 às 17 horas

Fonte: Autoria própria (2015).

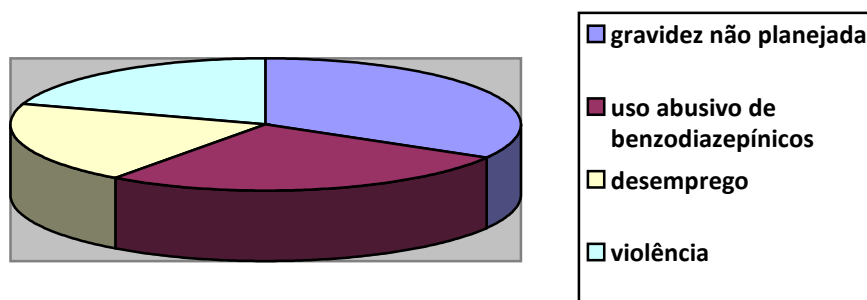
Tabela 4- Agenda da UBS

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã	Demanda livre	Visita domiciliar	Atendimento Centro Espírita	Saúde da Mulher	Clínico Geral
	Ginecologia	Clínico geral			
Tarde	Puericultura	HIPERDIA	Saúde Mental	Atendimento na Igreja	Clínico Geral
	Clínico geral		Pediatría		

Fonte: Autoria própria (2015).

Para o diagnóstico situacional foram realizadas duas reuniões com toda a equipe da ESF Dr. F. Jair de Toledo (médica, enfermeira, técnico de enfermagem e os seis ACS. Na primeira foram apresentados os principais problemas identificados na comunidade: gravidez não planejada, uso abusivo de benzodiazepínicos, desemprego e violência. Já na segunda, após reflexão e levantamento de dados quantitativos, avaliamos a ordem de importância, urgência, capacidade de enfrentamento e prioridade.

FIGURA 5- Prioridade dos problemas encontrados.



Fonte: Autoria própria (2015).

Dessa forma, a gravidez não planejada foi classificada como o primeiro lugar e se tornou o objeto de nossa proposta de intervenção.

Durante a realização dos pré-natais, identificamos que num universo de 22 gestantes confirmadas, somente 4 planejaram a gestação, ou seja, 82% perderam a oportunidade de escolher se e quando gostariam de ter filhos. Embora esse seja um dado muito importante para a promoção da saúde, ele se torna subjetivo, na medida em que não há estatística oficial das gestações não planejadas, assim não temos como mensurar, quantitativamente, se está havendo agravamento do quadro.

Posteriormente identificamos os nós críticos, que serão apresentados ao longo do trabalho e que motivaram a criação de projetos de enfrentamento. Mas para que haja uma implantação efetiva, se faz necessário um esforço coletivo, com o desenvolvimento de parcerias municipais e privadas.

Dentro da própria equipe da UBS, também foram distribuídas tarefas e estabelecidos prazo de início e duração das atividades.

No Brasil, ao longo dos anos 70, a política com que o Ministério da Saúde enfrentava o tema do planejamento familiar, criou um vácuo institucional do Estado que favoreceu a ação das instituições que agiam de forma desordenada em todo o território nacional. As de maior relevância foram a Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil (BENFAM) e o Centro de Pesquisas de Assistência Integrada à Mulher e à Criança (CPAIMC) (COSTA *et al.*, 2006).

A partir da década de 1980, ocorreu um período de transição democrática marcado pela organização de movimentos sociais, como o feminista, no qual as mulheres passaram a reivindicar direitos relacionados à saúde reprodutiva, como planejamento familiar, democratização da educação para a saúde e outras medidas, visando a promoção da saúde e melhor qualidade de vida (MOURA *et al.*, 2004).

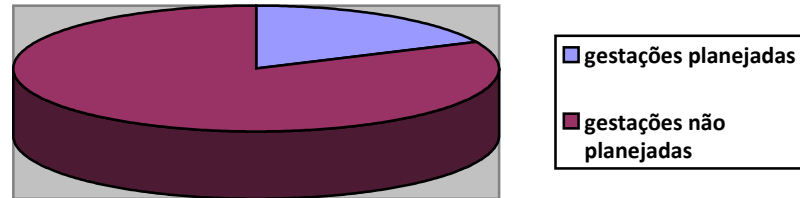
Em 1983 foi lançado o Programa de Assistência Integral à Mulher (PAISM), com medidas para permitir o acesso aos métodos contraceptivos: provisão de insumos contraceptivos para os serviços públicos de saúde e a capacitação dos profissionais. Porém, o programa foi marcado pela baixa efetividade e descontinuidade, fato que se repetiu na década seguinte (OSIS *et al.*, 2006).

A regulamentação do direito constitucional se deu pela Lei nº 9263, de 12 de Janeiro de 1996, reforçando a implementação do PAISM pelo SUS.

Planejamento familiar é o direito que toda a pessoa tem à informação, à assistência especializada e aos recursos que permitem optar livre e conscientemente por ter ou não ter filhos. O número, o espaçamento entre eles e a escolha do método anticoncepcional mais adequado são opções que toda mulher deve ter o direito de escolher de forma livre e por meio da informação, sem discriminação, coerção ou violência (BRASIL, 1999, p. 11).

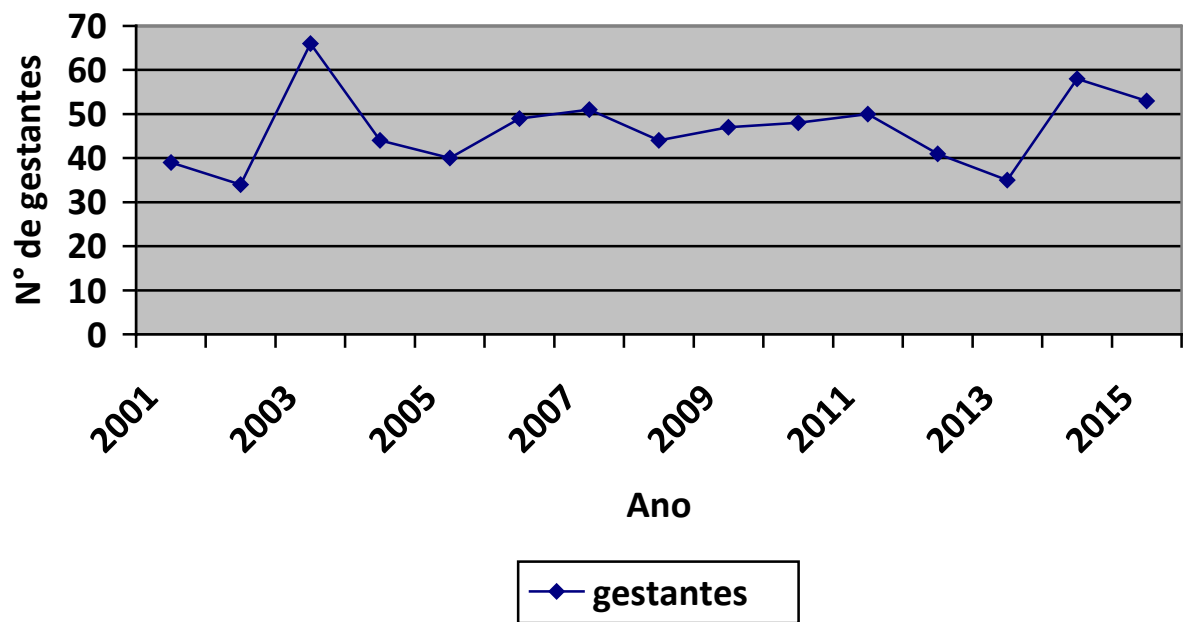
Atualmente a assistência ao planejamento familiar é oferecida pelas equipes do Programa de Saúde da Família (PSF). O PSF tem o propósito de reverter a forma de oferta da assistência à saúde, incorporando ações coletivas de cunho promocional e preventivo, em substituição do atendimento individualizado, curativo, de alto custo e baixo impacto. Tudo isso através de parcerias intersetoriais com educação, ação social, trabalho, outras instâncias governamentais e sociedade civil (MOURA *et al.*, 2007).

FIGURA 6- Status do planejamento familiar.



Fonte: Autoria própria (2015).

FIGURA 7: Evolução do nº de gestantes em Mar de Espanha



Fonte: SIAB, (2015).

2 JUSTIFICATIVA

Estima-se que a cada ano pelo menos 80 milhões de mulheres passam por uma gravidez não planejada, fato que vem se agravando nas últimas décadas. So-ma-se a isso, o aumento do risco de abortamentos e de morbimortalidades ligadas ao aborto, o que é ainda mais grave na América do Sul, em que o número de abor-tos clandestinos está próximo de quatro milhões por ano (LANGER, 2002).

Além do início da atividade sexual precoce, os jovens, na maioria das vezes, iniciam a vida sexual sem proteger-se, expondo-se a gravidez indesejada e não pla-nejada. Estudos realizados na América Latina têm mostrado que menos de 20% dos homens e de 15% das mulheres usam algum método anticoncepcional na primeira relação sexual (DIAZ, 1999).

Mulheres que iniciam a maternidade na adolescência tendem a ter um núme-ro maior de filhos durante toda a sua vida reprodutiva. Na maioria dos casos, a pri-meira gravidez não é planejada, e algumas vezes indesejada. Assim, a probabilidadade das seguintes gestações adquirirem o caráter não desejado da primeira torna-se altíssima (BERLOFI, 2006).

Os motivos pelos quais as adolescentes engravidam são diversos destacan-do-se a falta de informação, fatores sociais, falta de acesso a serviços específicos para atender essa faixa etária, o início cada vez mais precoce de experiências sexu-ais e a insegurança do adolescente em utilizar métodos contraceptivos (VIEIRA, 2006).

A gravidez não planejada decorre da falta de informações e dificuldade de acesso aos métodos contraceptivos, do uso inadequado dos mesmos, descontinui-dade na oferta do contraceptivo pelo serviço, oferta limitada na variedade dos méto-dos e efeitos colaterais adversos que levam ao abandono e ao limite de eficácia (COELHO, 2012).

A ocorrência da gravidez não planejada tem impacto sobre a assistência pré-natal, aleitamento materno, estado nutricional e cuidados materno-infantis e puerpe-rais. Acredita-se que também representa risco aumentado para ansiedade e depres-são, principalmente no período puerperal (PRIETSCH, 2011).

É preciso realizar ações que vão além da UBS, com investimentos na educa-ção, possibilitando a capacitação das mulheres para transformar o significado a par-tir das informações e não somente no sentido da escolaridade formal, mas também

de torná-la capaz de identificar suas necessidades e lutar por seus direitos, entre os quais os insumos necessários para a anticoncepção (SILVA, 2011).

Para que o Planejamento familiar se torne efetivo, é necessário o aprimoramento das equipes de saúde no acolhimento dos interessados, na realização de busca ativa nas comunidades e escolas, bem como na sensibilização do poder público quanto à importância do tema.

Portanto, percebemos que as implicações da falta de Planejamento Familiar podem gerar agravos permanentes e potencialmente fatais, logo, esse é um problema que deve ser encarado como prioritário, visto que parte das ferramentas para combatê-lo (métodos contraceptivos de barreira, hormonais e definitivos: laqueadura e vasectomia), já estão disponíveis.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Propor um plano de ação visando proporcionar às mulheres usuárias da UBS Jair Ferreira de Toledo na cidade de Mar de Espanha/MG, condições de realizarem seu planejamento familiar.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar as causas e consequências da falta de planejamento;
- Possibilitar a melhoria assistencial as gestantes, através da implantação de protocolos.
- Fornecer embasamento teórico para elaboração de grupos operativos.

- Proporcionar condições de execução do planejamento familiar, com orientação e fornecimento dos métodos contraceptivos mais adequados à realidade de cada mulher.
- Promover atividades educativas por meio de palestras e materiais impressos, que orientem as mulheres sobre a importância do planejamento familiar.

4 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento desse trabalho foi realizado, em três momentos, primeiramente um diagnóstico situacional pelo método da estimativa rápida para a identificação dos principais problemas enfrentados pela comunidade e a eleição do mais relevante: “Gravidez não Planejada”. Revisão de literatura sobre o tema proposto e a elaboração de um plano de intervenção com propostas simples e objetivas que proporcionem benefícios a toda a comunidade alvo.

Foi realizada pesquisa nas bases de dados: BIREME e SCIELO; através do Google Acadêmico e BVS (Biblioteca Virtual de Saúde), sites da OMS e IBGE, bem como informações colhidas no SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) e na própria ESF Dr. Jair Ferreira de Toledo, com a utilização dos seguintes descritores: “Planejamento Familiar”, “Métodos Contraceptivos”, “Saúde Reprodutiva e Legislação”. Publicações no período de 1997 a 2015 e disponíveis na íntegra nos bancos de dados citados.

O plano de ação foi baseado no Planejamento Estratégico Situacional (PES), conteúdo trabalhado no módulo de Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde de autoria de Campos; Faria e Santos. 2010).

5 REVISÃO DE LITERATURA

Segundo o Ministério da Saúde, planejamento familiar é o direito que toda pessoa tem à informação e ao acesso aos recursos que permitam optar livre e conscientemente por ter ou não ter filhos. O número, o espaçamento entre eles e a escolha do método anticoncepcional mais adequado são opções que toda mulher deve ter em relação ao direito de escolher de forma livre e por meio da informação, sem discriminação, coerção ou violência (BRASIL, 2002).

Existem diversos métodos contraceptivos e as causas para sua não utilização são diversas, o que pode prejudicar a realização do Planejamento Familiar. Para que esse não seja um empecilho, é necessário que se conheça os principais motivos de não adesão aos métodos.

5.1 Condom, preservativo masculino ou camisinha.

O preservativo masculino é um recurso disponível a homens e mulheres que atende à dupla função de proteção contra a gravidez e contra doenças sexualmente transmissíveis (DST), dentre as quais a AIDS (MADUREIRA, 2008).

A recomendação de uso do preservativo masculino nem sempre pode ser discutida e negociada antes da relação sexual, o que coloca a mulher, que precisa solicitar o seu uso, numa situação em que depende da anuência do parceiro, com valores e iniciativas masculinas que revelam preconceitos e produzem constrangimentos quando não se submetem às ações coercitivas e, muitas vezes, agressivas. Para jovens do sexo feminino, estar afetivamente envolvida, ter confiança, tempo de relacionamento, sentir medo de perder o parceiro e constrangimento pelas reações e discussões dolorosas e violentas com os companheiros dificultam a negociação do uso do preservativo (GELUDA, 2006).

A rejeição ao condom costuma estar ligada à sua aceitabilidade. Na maioria dos casos, a rejeição é masculina. Porém, é o método mais apropriado para relações eventuais, já que seu uso é frequentemente mais associado à prevenção de DST/AIDS que à contracepção. Na assistência ao planejamento familiar, quando existe a necessidade da suspensão de uso de determinado método, é conduta co-

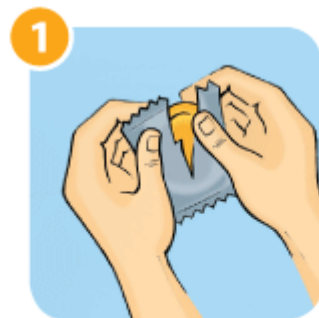
o fornecimento do condom até que se retome o uso do método interrompido ou se inicie o uso de outro (CARVALHO, 2005).

FIGURA 8- Condom, preservativo masculino ou camisinha.



Fonte: Google Imagens (2015).

FIGURA 9- Como usar o preservativo masculino



1 Rasgue cuidadosamente a embalagem com a mão e retire a camisinha.



2 Desenrole a camisinha até a base do pênis, segurando a ponta para retirar o ar.



3 Depois da relação, retire a camisinha do pênis ainda duro, com cuidado para não vazar.



4 Use a camisinha uma só vez. Depois de usada, dê um nó e jogue no lixo.

Fonte: Google Imagens (2015).

5.2 Preservativo feminino

A camisinha feminina é uma "bolsa" feita de um plástico macio, o poliuretano, que é um material mais fino que o látex do preservativo masculino. Essa bolsa recebe o líquido que o homem libera na relação sexual, impedindo o contato direto dos espermatozoides com o canal vaginal e com o colo do útero da mulher, evitando assim a transmissão de doenças sexualmente transmissíveis, a transmissão do HIV, e prevenindo a gravidez não planejada (BRASIL, 2008).

A bolsa tem 15 centímetros de comprimento e oito de diâmetro, sendo, portanto, bem mais larga que o preservativo masculino. Tem, porém, maior lubrificação. Na extremidade fechada existe um anel flexível e móvel que serve de guia para a colocação da camisinha no fundo da vagina. A borda do outro extremo termina em outro anel flexível, que vai cobrir a vulva (parte externa da vagina) (BRASIL, 2008).

No Brasil, o preservativo feminino foi introduzido no mercado após licença para comercialização pelo Ministério da Saúde, em dezembro de 1997 (KALCKMANN, 2009).

A oferta do preservativo feminino é ainda muito restrita; entretanto, há iniciativas nacionais e internacionais para ampliá-la, assim como para torná-lo mais adequado anatomicamente, com melhor aparência e com menor custo. Contudo, com a ampliação da oferta do método, o SUS enfrentará um imenso desafio, pois, além de disponibilizar o método é fundamental que se planeje adequadamente sensibilizações e treinamentos para os profissionais que atuam nos serviços de saúde, especialmente, nas unidades básicas, para que o preservativo feminino possa ser uma alternativa concreta para as mulheres (KALCKMANN, 2009).

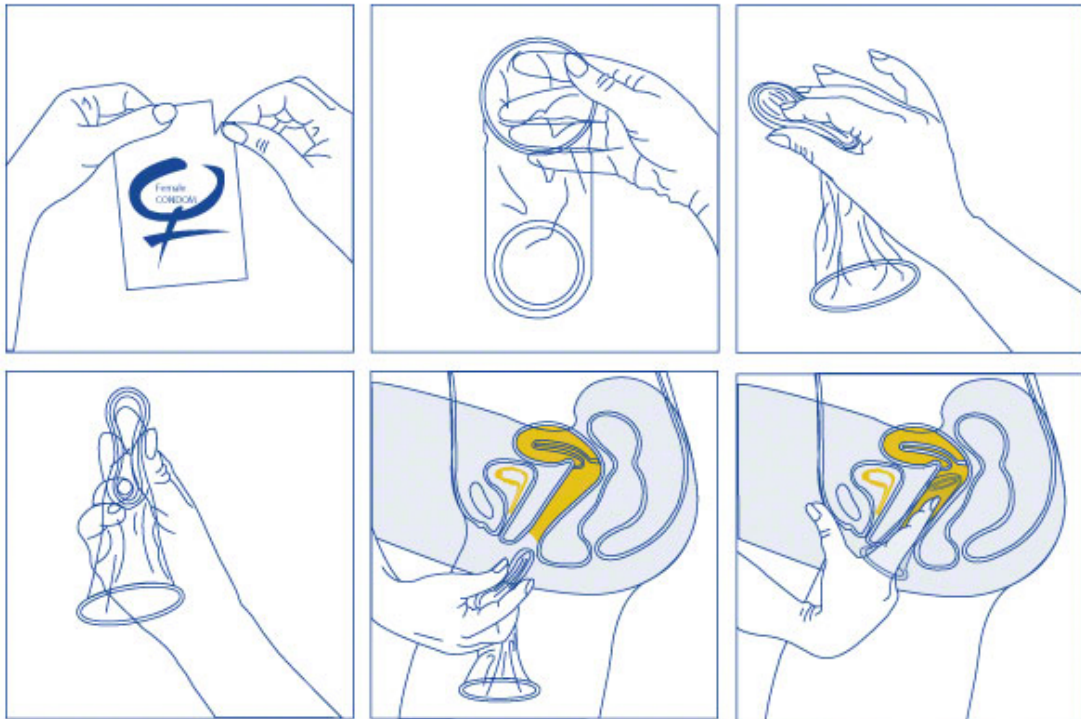
FIGURA 10- Preservativo feminino



Fonte: Google Imagens (2015).

FIGURA 11- Como usar o preservativo feminino

Como usar um preservativo feminino



Fonte: Google Imagens (2015).

5.3 Pílula

Existem diferentes tipos de pílulas, as pílulas combinadas (que contêm progesterona e estrogênio) e as minipílulas (que contêm somente a progesterona). As pílulas combinadas podem ser usadas a partir da primeira menstruação se não houver nenhuma contra indicação e para mulheres de qualquer idade. As minipílulas são as únicas que podem ser usadas durante a amamentação, devendo ser iniciada após seis meses após o parto. Elas agem impedindo a ovulação e podem ocorrer efeitos colaterais igualmente ao contraceptivo injetável. São muito eficazes se usadas de maneira correta, podendo diminuir o fluxo menstrual (BRASIL, 2006).

Esse método é contraindicado absolutamente em distúrbio tromboembólico atual ou progresso, doença vascular cerebral ou doença arterial, câncer de mama suspeito ou conhecido, neoplasia estrogênio-dependente atual ou progressa, conhecida ou suspeita, gravidez, tumor hepático benigno ou maligno atual ou progresso, função hepática prejudicada, hiperlipidemia congênita, e sangramento vaginal anor-

mal não diagnosticado e as contraindicações relativas incluem a hipertensão, icterícia induzida por bile, doença falciforme, mulheres acima dos 35 anos, tabagistas, estão em risco de problemas cardíacos e não devem utilizar contraceptivos orais (FURNISS, 2006).

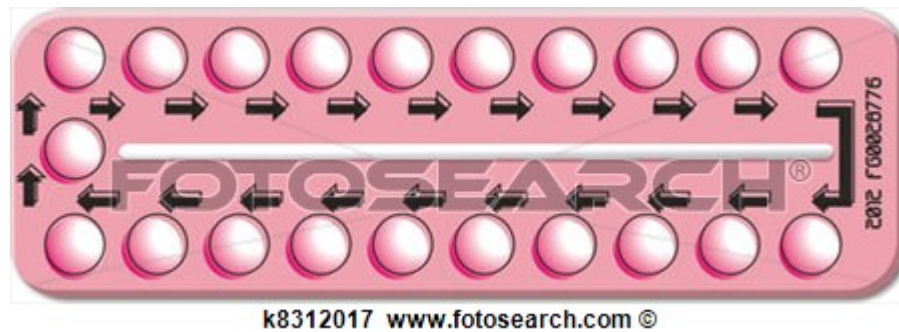
As principais motivações para rejeição da pílula foram relacionadas à sua baixa inocuidade. Os efeitos colaterais mais citados: náuseas, vômitos, dor de cabeça, enxaqueca, dor de estômago, azia, tonturas, mal-estar, irritação, nervosismo, aumento de peso, pressão alta, varizes, dor nas pernas, diminuição da libido. A escolha aleatória de uma dessas formulações, sem acompanhamento médico, pode contribuir para a má adaptação ao método, pela falta de controle de possíveis efeitos colaterais. Além disso, a prescrição leiga e venda sem receita médica apareceram com frequência. A pílula anticoncepcional, escolhida por sua alta eficácia, acaba potencializando o risco de gravidez devido à descontinuidade em seu uso provocada por efeitos colaterais e pelo esquecimento (CARVALHO, 2005).

FIGURA 12- Pílulas anticoncepcionais



Fonte: Google Imagens (2015).

FIGURA 13- Sequência de tomada da pílula anticoncepcional



Fonte: Google Imagens (2015).

Anticoncepção de emergência é um método contraceptivo que pode evitar a gravidez após o ato sexual, com o objetivo de evitar uma gravidez inoportuna ou indesejada, sendo indicada em casos de falha no método de uso rotineiro, como por exemplo, rompimento ou retenção do preservativo, deslocamento do diafragma, esquecimento do anticoncepcivo oral, atraso na data do injetável mensal, cálculo incorreto do período fértil e em violência sexual. Não deve ser usado de forma rotineira (BRASIL, 2005).

Atualmente existem dois métodos: o Yuzpe e o Levonorgestrel. O primeiro utiliza anticoncepcionais hormonais orais combinados (AHOC) de uso rotineiro em planejamento familiar, conhecidos como “pílulas anticoncepcionais”; consiste na administração combinada de estrogênio e progestogênio sintéticos, sendo os hormônios recomendados pela Organização Mundial da Saúde etinilestradiol (estrogênio) e levonorgestrel (progestogênio). Para a ação de contracepção de emergência, é necessária a dose total de 200 µg de etinilestradiol e 1 mg de levonorgestrel, divididas em duas doses iguais, com intervalo de 12 horas entre a primeira e a segunda dose, ou administradas em dose única. O outro método, o Levonorgestrel, utiliza somente anticoncepcionais à base de levonorgestrel (progestogênio), sob apresentação de comprimidos de 0,75 mg cada um, sendo a dose prescrita de 1,5 mg. É necessária a administração de 0,75 mg (primeiro comprimido) após a relação sexual desprotegida e 0,75 mg 12 horas após o primeiro comprimido, ou 2 comprimidos de 0,75 mg cada em uma dose única após a relação sexual (BATAGLIAO, 2011).

FIGURA 14- Pílulas anticoncepcionais de emergência

Fonte: Google Imagens (2015).

FIGURA 15- Posologia da pílula anticoncepcional de emergência (Levonorgestrel).

Fonte: Google Imagens (2015).

5.4 Coito interrompido

No coito interrompido, é necessário um autocontrole por parte do homem para que ele possa retirar o pênis da vagina na iminência da ejaculação e o sêmen ser depositado longe dos genitais femininos. Esse fato traz alta possibilidade de falha, fazendo com que o seu uso não deva ser estimulado. Devendo, portanto, ser tratado como último recurso, que deverá ser prontamente substituído por outro método contraceptivo mais eficaz (BRASIL, 2002).

5.5 Anticoncepcionais hormonais injetáveis

- Com progestogênio isolado: consiste na administração de progestogênio isolado, via parenteral (I.M), com obtenção de efeito anticonceptivo por período trimestral.
- Combinado: contêm uma associação de estrogênio e progestogênio, para uso parenteral (I.M), mensalmente.

O anticoncepcional hormonal injetável com progestogênio isolado aprovado para uso no Brasil, é um derivado da 17 alfa-hidroxiprogesterona, preparado em suspensão microcristalina, para administração intramuscular profunda. Além de inibir a ovulação, aumentam a viscosidade do muco cervical dificultando a passagem dos espermatozoides. No primeiro ano de uso, a taxa de falha deste método é de 0,3%, com injeções regulares a cada três meses. Em média o retorno à fertilidade pode levar 4 meses após o término do efeito (7 meses após a última injeção). Os efeitos secundários podem ser: amenorreia, sangramento irregular, aumento de peso, cefaleia, alterações de humor e nervosismo (BRASIL, 2002).

FIGURA 16- Anticoncepcional hormonal injetável com progestogênio isolado



Fonte: Google Imagens (2015).

Já os anticoncepcionais hormonais injetáveis combinados, possuem diferentes formulações contendo um éster de estrogênio natural, o estradiol, e um progestogênio sintético. Inibem a ovulação e tornam o muco cervical espesso, impedindo a passagem dos espermatozoides. A taxa de falha deste método varia de 0,1 a 0,6%, durante o primeiro ano de uso, com injeções mensais. Não há demora na recuperação da fertilidade. Geralmente o retorno é imediato. Como efeitos colaterais podemos citar: alterações menstruais, cefaleia, náuseas e/ou vômitos, mastalgia e aumento de peso (BRASIL, 2002).

As irregularidades menstruais são os efeitos colaterais mais comuns a eles atribuídos, sendo possíveis sangramentos intermenstruais, fluxo menstrual aumentado e quadro de amenorreia no final de um ano de uso, conforme o tipo utilizado (HATCHER, 2001).

A forma de administração do anticoncepcional injetável, que traria a vantagem de substituir a dose diária de hormônio por uma injeção mensal, pode não transmitir segurança em sua eficácia, justamente por essa característica. A regularidade do ciclo menstrual é também o indicador mais seguro e visível de que uma gravidez indesejada não aconteceu. Provocando irregularidades, o injetável inspira insegurança constante em suas usuárias (CARVALHO, 2005).

FIGURA 17- Anticoncepcionais hormonais injetáveis combinados



Fonte: Google Imagens (2015).

FIGURA 18- Aplicação dos anticoncepcionais hormonais injetáveis



Fonte: Google Imagens (2015).

5.6 DIU (Dispositivo intrauterino)

Os dispositivos intrauterinos são artefatos de polietileno aos quais podem ser adicionados cobre ou hormônios que, inseridos na cavidade uterina, exercem sua função contraceptiva. Atuam impedindo a fecundação porque tornam mais difícil a passagem do espermatozoide pelo trato reprodutivo feminino, reduzindo a possibilidade de fertilização do óvulo (BRASIL, 2002).

O mecanismo do DIU com cobre baseia-se na reação de corpo estranho desencadeada pela ação do polietileno do cobre e dos sais de cobre no endométrio. A reação pode provocar alteração do fluxo menstrual, com aumento do sangramento e repercussões importantes em seus hábitos de vida (JIMÉNEZ, 2007).

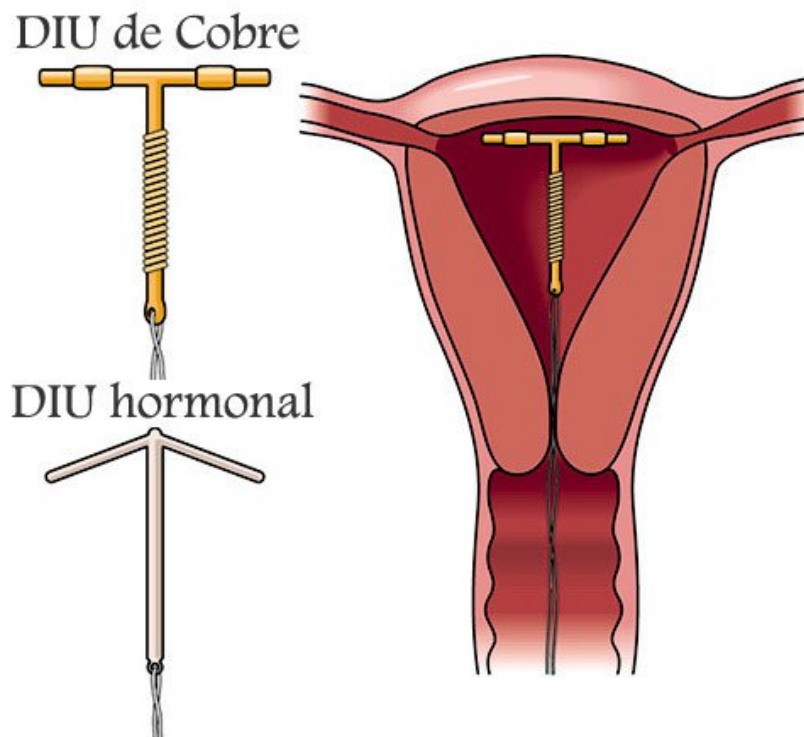
Já o DIU com levonorgestrel causa supressão dos receptores de estradiol no endométrio, atrofia endometrial e inibição da passagem do espermatozoide através da cavidade uterina (BRASIL, 2002). Estando associado a uma importante redução do fluxo menstrual, sendo também usado para tratamento do sangramento vaginal (JIMÉNEZ, 2007).

Os tipo e modelos são:

- DIU com Cobre: é feito de polietileno e revestido com filamentos e/ou anéis de cobre. Atualmente os modelos TCU-380 A e MLCu-375 são os mais usados.
- DIU que libera hormônio: é feito de polietileno e libera, continuamente, pequenas quantidades de levonorgestrel (BRASIL, 2002).

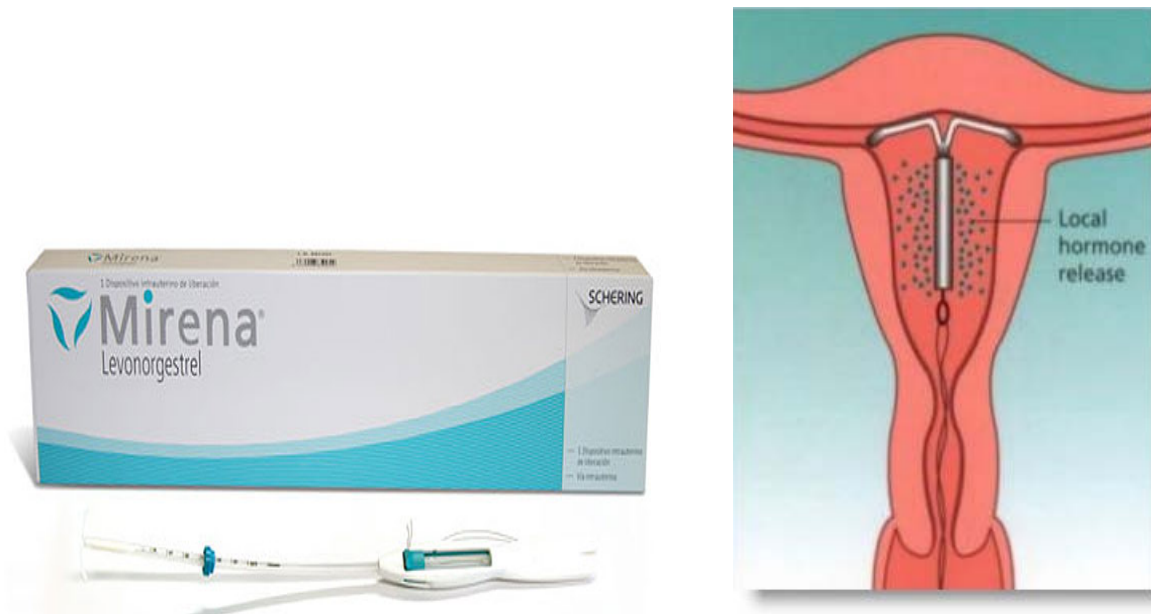
A dependência em relação a um serviço de saúde para a colocação e interrupção do uso do método é um dos motivos de rejeição. Isto pode ser um problema quando a mulher tem dificuldades no acesso à consulta médica ou quando sente que suas queixas não são valorizadas pelo profissional de saúde. Apesar de não ser um efeito colateral indicado nos estudos sobre o DIU, para algumas mulheres, ele poderia aumentar o risco de câncer uterino (CARVALHO, 2005).

FIGURA 19- Posicionamento do DIU no útero.



Fonte: Google Imagens (2015).

FIGURA 20- DIU Medicamentoso: Mirena.



Fonte: Google Imagens (2015).

5.7 Diafragma

O diafragma – método de barreira, descrito em 1880 pelo médico alemão Hasse, é reconhecido como um anticoncepcional eficaz e que não provoca efeitos sistêmicos. Sua aceitabilidade, entretanto, é bem variável, dependendo da época, do país, e do incentivo que é dado ao seu uso (KALCKMANN, 1997).

É um artefato côncavo de borracha ou de silicone com bordas flexíveis que, colocado adequadamente, recobre o colo do útero, ajustando-se entre a parede posterior da vagina e a curvatura atrás do púbis. Ao recobrir o colo do útero, forma uma barreira mecânica, impedindo a passagem dos espermatozoides para o interior do útero. Apesar de algumas divergências, na maioria dos estudos recomenda-se que o diafragma seja utilizado em associação a um espermicida, que deve ser colocado em sua borda (GIFFIN, 1999).

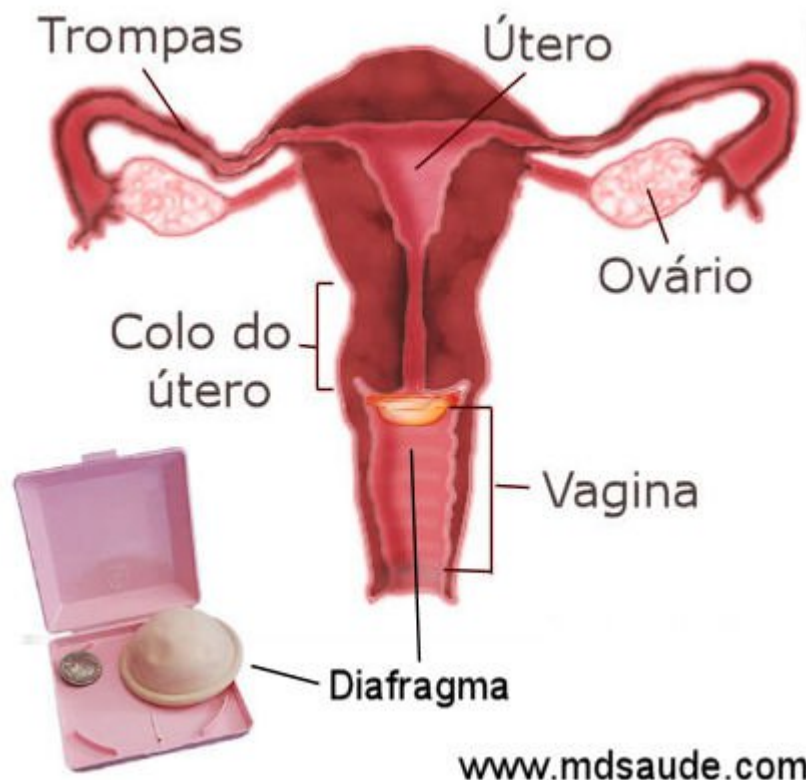
Os espermicidas têm como apresentação em forma de cremes, geleias, supositórios, tabletes e espumas, são substâncias que tem como ação de barreira quando colocadas no fundo da vagina inativando os espermatozoides, devido à lesão de sua membrana celular. É recomendável o seu uso associado ao diafragma, o condom ou a outro método qualquer. Tem como vantagem de poder ser usado sem

a cooperação do parceiro e suas desvantagens é que pode apresentar queimação, exantema ou irritação em ambos os parceiros, sendo geralmente temporários, podendo aliviar com a troca para outra marca de espermicida (FURNISS, 2006).

As mulheres em geral, estão pouco familiarizadas com o método. O diafragma é um método que pressupõe familiaridade da mulher com sua vagina, considerando-se sua indispensável manipulação para a inserção e retirada. Para algumas mulheres, esta característica do método pode causar rejeição pela dificuldade de automanipulação (CARVALHO, 2005).

As dúvidas quanto à eficácia do diafragma apareceram associadas à possibilidade de deslocamento e, portanto, à necessidade de colocação correta. Assim, esse método gera insegurança, pois depende da perícia da própria mulher para colocação de um artefato, em uma parte de seu corpo que não lhe é muito familiar (CARVALHO, 2005).

FIGURA 21- Diafragma e o local de sua colocação



Fonte: Google Imagens (2015).

FIGURA 22- Diafragma e espermicida



Fonte: Google Imagens (2015).

5.8 Laqueadura tubária e vasectomia

Segundo a Portaria 048 de 11 de fevereiro de 1999, foi proibida a realização da laqueadura tubária durante o período do parto ou aborto e até 42 dias depois destes, exceto em casos de cesarianas sucessivas anteriores e casos em que a exposição a outro ato cirúrgico representasse risco de vida para a mulher (BERQUO, 2003).

Assim, são criados mais quatro novos códigos de procedimentos cirúrgicos pagos pelo SUS para realização de “cesariana com laqueadura tubária em pacientes com cesarianas sucessivas anteriores”, sem muitos esclarecimentos sobre as diferenças entre eles, aparentemente para grupos de risco distintos: (1) risco de vida; (2) risco de vida com atendimento ao recém-nascido na sala de parto; (3) risco de vida em hospitais amigos da criança e (4) em gestante de alto risco (BERQUO, 2003, p. 443).

Nenhuma das Portarias de regulamentação da lei especifica o número de cesarianas sucessivas a partir da qual a esterilização feminina seria permitida no momento do parto, mas utiliza-se comumente, o parâmetro de três cesarianas sucessivas, ou seja, duas cesarianas sucessivas anteriores viabilizam a realização da laqueadura durante um terceiro parto por cesariana (BERQUO, 2003).

Os critérios para a realização da laqueadura tubária e da vasectomia são:

I- Em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de 25 anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciada, a pessoa interessada, acesso ao serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando a desencorajar a esterilização precoce.

II- Em caso de risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

III- A esterilização cirúrgica como método contraceptivo será executada por laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, sendo vedada por meio de histerectomia e ooforectomia.

IV- Será obrigatório constar no prontuário médico o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldade de reversão e opções de contracepção reversíveis existentes (BRASIL, 1999, p.2).

Quanto ao impacto da laqueadura, tem sido identificada a chamada síndrome pós-laqueadura e a questão do arrependimento. A sua alta prevalência é consistentemente apontada como sendo a principal responsável pela queda na taxa de crescimento populacional no Brasil nos últimos 30 anos (OSIS, 1999).

Apontam-se como os principais fatores de risco para o arrependimento a realização da operação antes dos 25 anos de idade, informação deficiente acerca da laqueadura, o menor número de métodos anticoncepcionais conhecidos, perda de filhos e troca de companheiro posteriormente à cirurgia (OSIS, 1999).

Nos últimos anos, tem-se evidenciado a preocupação de estudar outras consequências da laqueadura na vida das mulheres, em termos de seu comportamento sexual e risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis (DST). Em contrapartida, por ser feita pelo médico, a sua eficácia se legitima e, ao mesmo tempo, absolve a mulher da culpa relativa às possíveis falhas dos métodos anticoncepcionais (OSIS, 1999).

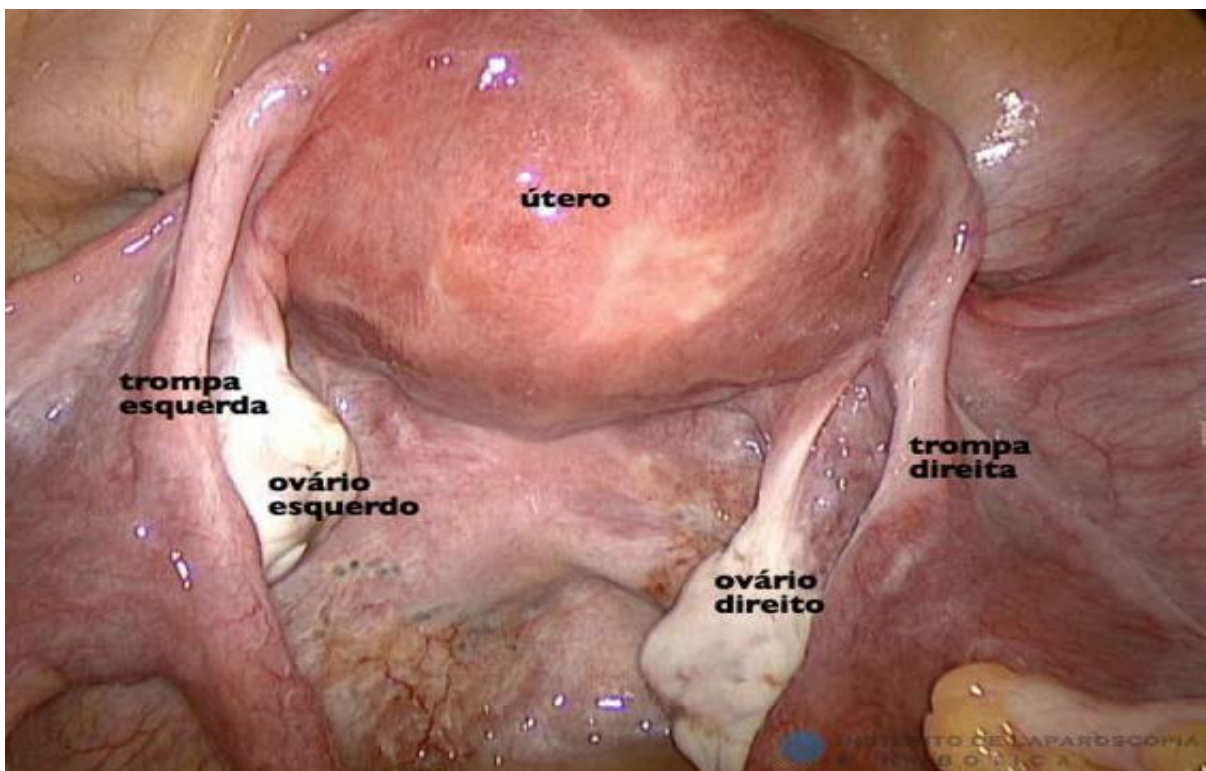
Já a Vasectomia no Brasil, apesar de ter aumentado nos últimos anos, sua prevalência ainda é baixa. Atualmente ela é oferecida com os demais métodos que são disponibilizados no ambulatório, a todo casal que demanda o serviço em busca de um método definitivo de contracepção (MARCH, 2003).

Entretanto, é preciso inserir os homens na perspectiva de saúde reprodutiva e alertá-los de que não se trata de trocar a esterilização feminina pela masculina,

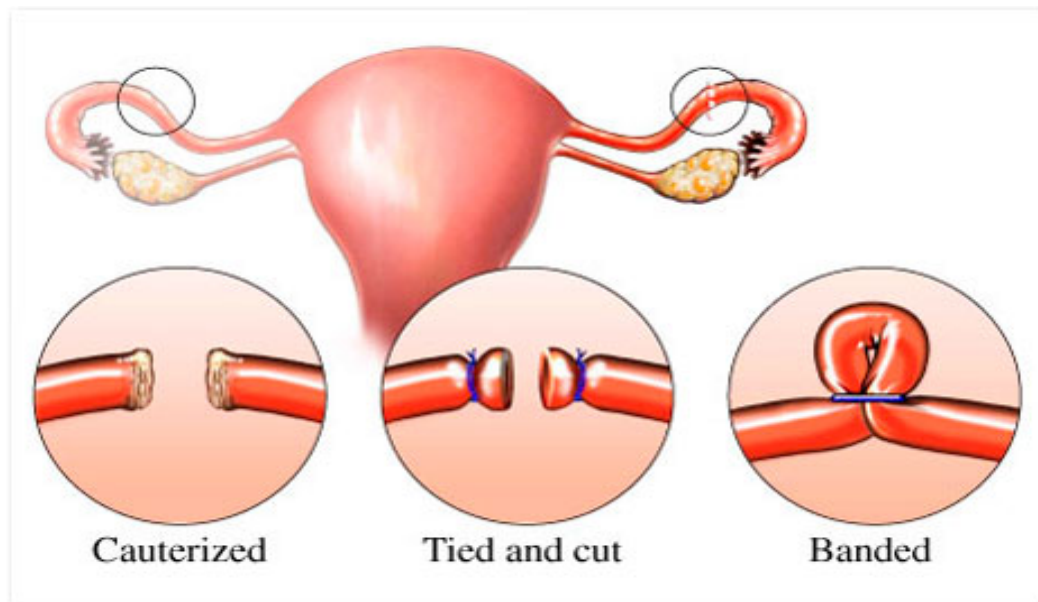
mas de permitir às pessoas a escolha livre e informada de um método contraceptivo, o que implica dispor de todas as opções para homens e mulheres e não apenas de algumas (MARCH, 2003).

Em Mar de Espanha, as pessoas interessadas nos métodos contraceptivos definitivos, são encaminhadas à UBS do bairro Floresta, onde a Enfermeira Vilma coordena o Grupo de Direitos Reprodutivos. Por meio dele, é realizada uma triagem e aqueles que atendem aos pré-requisitos, são direcionados para duas reuniões (realizadas no município de Juiz de Fora/MG) para esclarecimento dos procedimentos e seus impactos. Após a realização de todo esse processo, os pacientes realizam os exames pré-operatórios e posteriormente a esterilização.

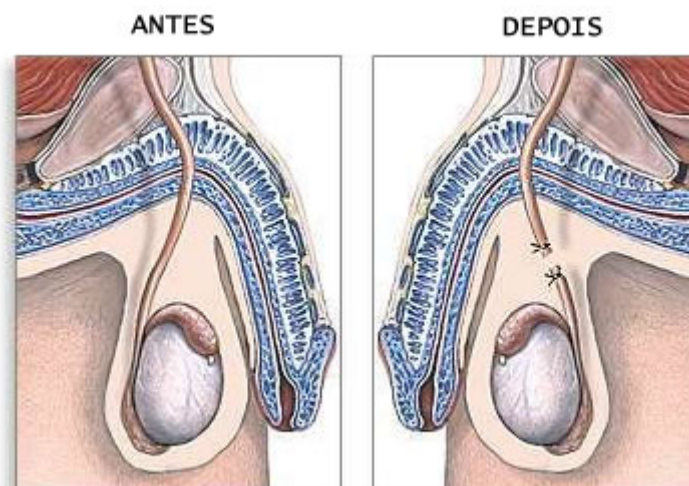
FIGURA 23: Órgãos Femininos reprodutivos internos



Fonte: Google Imagens (2015).

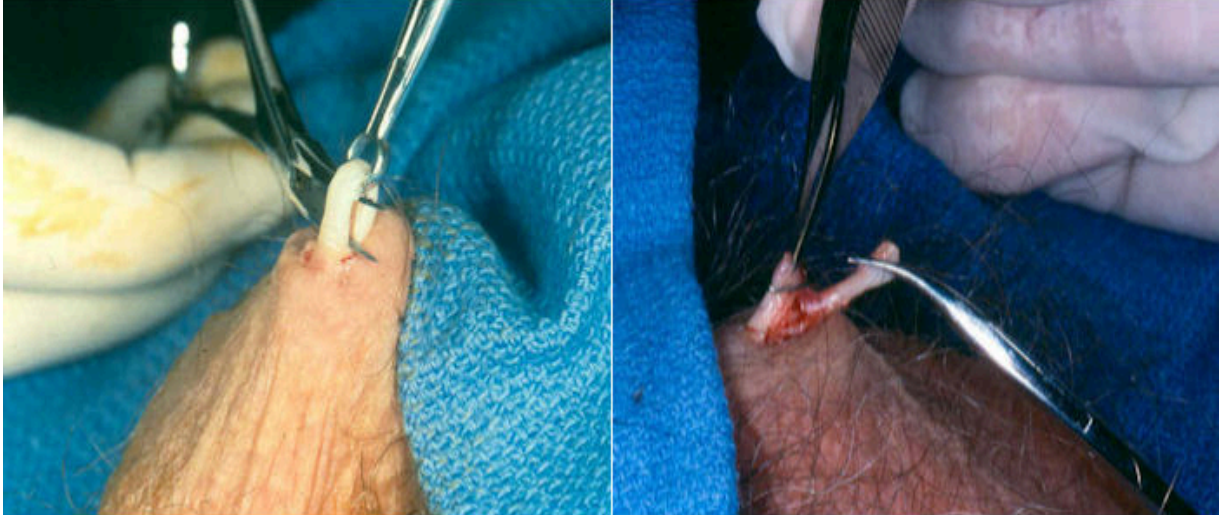
FIGURA 24- Métodos de Laqueadura Tubária

Fonte: Google Imagens (2015).

FIGURA 25- Método de Vasectomia

Fonte: Google Imagens (2015).

FIGURA 26- Vasectomia

VASECTOMIA

Fonte: Google Imagens (2015).

6 PLANO DE AÇÃO

Durante o curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família do NESCON/UFMG, foi desenvolvido um plano de ação no módulo de Planejamento e Avaliação em saúde, com base no diagnóstico situacional realizado com o auxílio da equipe de ESF onde atuou.

6.1 Identificação dos problemas da comunidade

Após realização de reunião com toda equipe e exposição dos problemas enfrentados pela população de nossa área, identificamos os principais:

- Gravidez não planejada;
- Uso abusivo de benzodiazepínicos;
- Desemprego;
- Violência.

6.2 Priorização dos problemas

Baseado nos problemas identificados, a equipe definiu a importância de cada um (baixo, médio e alto), bem como sua urgência (escala de 0 a 5), capacidade de enfrentamento pela equipe da ESF e ordem de prioridade (“seleção”).

Tabela 5- Identificação e priorização dos problemas

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Gravidez não planejada	alta	5	parcial	1°
Uso abusivo de benzodiazepínicos	alta	4	parcial	2°
Desemprego	alta	3	parcial	3°
Violência	alta	3	parcial	4°

Fonte: Autoria própria (2015).

6.3 Descrição e explicação do problema

Durante realização dos pré-natais identificamos que 82% das gestantes estavam passando por uma gestação não planejada. Percebemos ainda que embora não aparentassem grande insatisfação com o fato de estarem grávidas, a maioria está em situação de vulnerabilidade social: pobreza, desemprego, violência doméstica, outros filhos, adolescência e abandono dos companheiros.

Apesar de num primeiro momento, as mães demonstrarem alegria com a gestação, ao longo do processo, percebemos insegurança, medo e despreparo, questões que poderiam ter sido facilmente contornadas por meio do Planejamento Familiar.

6.4 Seleção dos nós críticos

Os nós críticos são as causas dos problemas e devem satisfazer três condições (HUERTAS, 2004): I- A eliminação de sua carga negativa deve provocar um efeito significativo sobre o Vetor de descrição do problema do jogo; II- A causa de-

tectada não deve ser uma mera consequência de outra causa; III- Deve ser politicamente oportuno agir sobre a causa identificada.

- Baixo nível de informação;
- Estrutura inadequadas dos serviços de saúde;
- Falhas no processo de trabalho da equipe de saúde.

6.5 Desenho das operações

Com base nos nós críticos, desenvolvemos os seguintes projetos:

Tabela 6- Desenho de operações para os nós críticos na gravidez não planejada.

Nó crítico	Operação/projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Baixo nível de informação	Mais educação Aumentar as informações da população sobre métodos contraceptivos.	População melhor informada sobre como realizar planejamento familiar.	Palestras nas escolas e na unidade e confecção de material informativo.	Organizacional , mobilização social e trabalho conjunto com as escolas para a realização das palestras; Organização da agenda. Político e Financeiro para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos.
Estrutura inadequada dos serviços de saúde	Planejamento familiar : melhorar a estrutura dos serviços de saúde para disponibilização de métodos contraceptivos e o acesso a eles.	Fornecimento de meios para que as pessoas possam realizar seu planejamento familiar.	Disponibilidade de Métodos contraceptivos de barreira, hormonais e definitivos.	Político e financeiro financiamento dos locais, materiais e profissionais envolvidos.

Falhas no processo de trabalho da equipe de saúde	<p>Mais atenção</p> <p>Reunir e discutir com a equipe estratégias para o processo de trabalho.</p> <p>Capacitar a equipe de trabalho sobre o tema.</p> <p>Implantar protocolos</p> <p>Melhorar o acolhimento da população.</p>	<p>Melhoria no processo de trabalho</p> <p>Melhoria do vínculo entre população e equipe.</p>	<p>Recursos humanos capacitados, protocolos implantados.</p>	<p>Organizacional:</p> <p>elaboração de protocolos, organização das agendas de trabalho dos profissionais envolvidos</p> <p>Político,</p> <p>articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.</p>
---	---	--	--	--

FONTE: Autoria própria (2015).

6.6 Análise dos recursos críticos

Tabela 7- Análise dos recursos críticos

OPERAÇÃO/PROJETO	RECURSO CRÍTICO
Mais educação	<p>Organizacional > mobilização social e trabalho conjunto com as escolas para a realização das palestras;</p> <p>Financeiro > para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.</p>
Planejamento familiar	<p>Financeiro > recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio, equipamentos e profissionais).</p> <p>Político > articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.</p>
Mais atenção	<p>Organizacional > adequação da agenda dos profissionais envolvidos.</p> <p>Político > articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.</p>

FONTE: Autoria própria (2015).

6.7 Identificação de atores e viabilidade

Posteriormente foi realizada a identificação dos atores que controlam os recursos bem como seus posicionamentos em relação à elaboração das estratégias de ação.

Tabela 8- Atores e viabilidade dos projetos

OPERAÇÃO/PROJETO	ATOR QUE CONTROLA	MOTIVAÇÃO	AÇÃO ESTRATÉGICA
Mais educação	Secretaria de educação. Secretária de saúde	Favorável. Favorável.	Não é necessária.
Planejamento familiar	Prefeito municipal, secretaria de saúde, Fundo Nacional de Saúde.	Favorável, Favorável, Indiferente.	Apresentar projeto de estratégias de Planejamento familiar.
Mais atenção	Equipe ESF, secretaria de saúde.	Favorável, favorável.	Não é necessária.

FONTE: Autoria própria (2015).

6.8 Elaboração do plano operativo

Nesta etapa, segundo Campos; Faria; Santos (2010), são designados os responsáveis pelos projetos e operações estratégicas, além disso, são definidos os prazos para o cumprimento das ações que se fazem necessárias. Os responsáveis devem ser integrantes do grupo, pois, a eles compete garantir que todas as ações planejadas serão executadas. Isto não significa que deverá executá-las sozinho e sim, acompanhar a sua execução, apoiando os membros da equipe.

Tabela 9- Cronograma do Plano de Ação

OPERAÇÕES	RESULTADOS	AÇÕES ESTRATÉGICAS	RESPONSÁVEIS	PRAZO
Mais educação	População melhor informada sobre como realizar planejamento	Palestras nas escolas e na unidade e confecção de material	Enfermeira e ACS.	Quatro meses para início das atividades. Avaliação em seis meses.

	familiar.	informativo.		
Planejamento familiar	Fornecimento de meios para que as pessoas possam realizar seu planejamento familiar.	Disponibilidade de todos contraceptivos de barreira, hormonais e definitivos.	Médica, enfermeira responsável pelo programa de laqueadura e vasectomias do município.	Quatro meses para início das atividades
Mais atenção	Melhoria no processo de trabalho Melhoria do vínculo entre população e equipe.	Recursos humanos capacitados, protocolos implantados.	Médica, enfermeira e ACS.	Quatro meses para início das atividades.

FONTE: Autoria própria (2015).

6.9 Gestão do plano operativo

Serão realizadas reuniões mensais para acompanhamento do projeto, em que avaliem as atividades já executadas, seus impactos e as que ainda precisam ser realizadas; bem como os prazos e dificuldades enfrentadas.

Tabela 10- Planilha de monitoramento

Indicadores	Momento atual		Em 6 meses		Em 1 ano	
	Número	%	Número	%	Número	%
Gestantes cadastradas	25	100%				
Gestantes com pré-natal na ESF	22	88%				

Gestantes menores de 18 anos	06	24%				
Gestantes com gravidez não planejada	18	72%				
Gestantes com mais de 2 filhos vivos	04	16%				
Gestantes em GDR*	01	04%				

FONTE: Autoria própria (2015).

As 03 gestantes que não realizam pré-natal na ESF, têm gestação de alto risco. Somente 01 gestante está inscrita no GDR (Grupo de Direitos Reprodutivos).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A falta de Planejamento Familiar é uma situação frequente em nossa vida cotidiana. Ainda que estejamos vivendo uma fase de transição demográfica, em que o número de filhos por família tende a diminuir, enfrentamos diariamente um retrocesso nessa nova realidade, principalmente entre as famílias de classes mais baixas.

As causas são diversas, mas as mais importantes são o início da vida sexual cada vez mais precoce, falta de perspectiva de futuro e conhecimento precário dos métodos contraceptivos, que são constantemente associados a mitos populares (impotência sexual, diminuição da satisfação durante a relação, dentre outros).

Para que essas crenças sejam quebradas e para que as famílias consigam aplicar o Planejamento Familiar é importante a promoção de conhecimento sobre o tema e que haja diálogo entre seus membros, a fim de esclarecer dúvidas, medos e inseguranças dos próprios pais e também dos filhos.

O projeto de intervenção proposto é abrangente por planejar ações que interferem em diversos níveis de deficiência.

Com base na literatura revisada e discutida para a elaboração do presente trabalho, concluiu-se que:

- ✓ A gravidez não planejada é um problema complexo e multifatorial, necessitando de atenção especial. No momento, o Grupo de Direitos Reprodutivos tem funcionamento rudimentar e ineficientemente em Mar de Espanha;
- ✓ A educação sexual deve começar no período escolar, mas não se restringir a ele, pois estamos diante de um problema emergencial que requer intervenção também entre os adultos;
- ✓ É necessária a criação e aplicação de protocolos que orientem a própria equipe de saúde;
- ✓ É importante que os profissionais envolvidos promovam acolhimento adequado dessas famílias;
- ✓ A secretaria de saúde deve estar preparada para fornecer a maior variedade de métodos contraceptivos, para que a falha na utilização de algum, não seja motivo de desistência dos demais;
- ✓ O Poder Público também deve entender seu papel e colaborar na criação de empregos e fiscalização dos existentes para que se diminua o desemprego e consequentemente a condição de miserabilidade da população.

REFERÊNCIAS

BATAGLIAO, E. M. L.; MAMEDE, F. V. Conhecimento e utilização da Contracepção de Emergência por acadêmicos de enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 284-290, June 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000200010&lng=en&nrm=iso>. access on 13 Nov. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000200010>.

BERLOFI, L. M. et al. Prevenção da reincidência de gravidez em adolescentes: efeitos de um Programa de Planejamento Familiar. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 196-200, June 2006. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002006000200011&lng=en&nrm=iso>. access on 08 Dec. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002006000200011>.

BERQUO, E.; CAVENAGHI, S. Direitos reprodutivos de mulheres e homens face à nova legislação brasileira sobre esterilização voluntária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 2, p. S441-S453, Jan. 2003. Available from <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000800025&lng=en&nrm=iso>. access on 02 Nov. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000800025>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde**, Maio, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Anticoncepção de Emergência: perguntas e respostas para profissionais da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Portaria nº 48, de 11 de Fevereiro de 1999**.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Assistência em Planejamento Familiar: **Manual Técnico/Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher** – 4ª edição – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010. Disponível em:

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0273.pdf>. Acesso em: 07 de set. 2015.

CARVALHO, M. L. O.; SCHOR, N. Motivos de rejeição aos métodos contraceptivos reversíveis em mulheres esterilizadas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 788-794, Oct. 2005. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000500014&lng=en&nrm=iso. access on 20 Oct. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000500014>.

COELHO, E. A. C. *et al.* Associação entre gravidez não planejada e o contexto socioeconômico de mulheres em área da Estratégia Saúde da Família. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 415-422, 2012. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000300015&lng=en&nrm=iso. access on 08 Dec. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000300015>.

COSTA, A. M.; GUILHEM, D.; SILVER, L. D. Planejamento familiar: a autonomia das mulheres sob questão. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 6, n. 1, p. 75-84, Mar. 2006. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292006000100009&lng=en&nrm=iso. Access on 15 Oct. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292006000100009>.

DIAZ, J; DIAZ, M. Contracepção na adolescência. **Cad Juv Saúde Desenvol**; 1999. 1 : 249-57.

FURNISS, K. K. Histórico e tratamento dos processos fisiológicos femininos. In: SMELTZER S. C.; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth Tratado de Enfermagem MédicoCirúrgica**. 10a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 1444-85.

GELUDA, K. *et al.* "Quando um não quer, dois não brigam": um estudo sobre o não uso constante de preservativo masculino por adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1671-1680, Aug. 2006. Available from http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000800015&lng=en&nrm=iso. access on 31 Oct. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800015>

GIFFIN, K.; COSTA, S. H. **Questões da saúde reprodutiva** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. 468 p. ISBN 85-85676-61-2. Available from SciELO Books .

HATCHER, R. A. *et al.* **Pontos essenciais da tecnologia de anticoncepção**. Baltimore: Escola de Saúde Pública da Universidade Johns Hopkins, Programa de Informação de População; 2001

HUERTAS, F. **Entrevista com Matus: o método PES**. São Paulo: Fundap, 2004.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=313980&search=%7Cmar-de-espanha>

JIMÉNEZ, M. F. **Efeito do Dispositivo Intra-Uterino com Levonorgestrel e com Cobre na Vascularização Sub-Endometrial e no Fluxo das Artérias Uterinas**. Tese de Doutorado. UFRGS. 2007.

KALCKMANN, S.; FARIAS, N.; CARVALHEIRO, J. R. Avaliação da continuidade de uso do preservativo feminino em usuárias do Sistema Único de Saúde em unidades da região metropolitana de São Paulo, Brasil. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 12, n. 2, p. 132-143, jun. 2009 . Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2009000200004&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 02 nov. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2009000200004>.

KALCKMANN, S. *et al.* O diafragma como método contraceptivo: a experiência de usuárias de serviços públicos de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 13, n. 4, p. 647-657, Oct. 1997. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000400008&lng=en&nrm=iso>. access on 02 Nov. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1997000400008>.

LANGER, A. El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. **Rev Panam Salud Pública** 2002; 11:192-203.

MADUREIRA, V. S. F.; TRENTINI, M. Da utilização do preservativo masculino à prevenção de DST/aids. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 13, n. 6, p. 1807-1816, Dec. 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000600015&lng=en&nrm=iso>. access on 02 Nov. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000600015>.

MADUREIRA, V. S. F.; TRENTINI, M. Da utilização do preservativo masculino à prevenção de DST/aids. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 13, n. 6, p. 1807-1816, Dec. 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000600015&lng=en&nrm=iso>. access on 20 Oct. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000600015>.

MARCHI, N. M. *et al.* Opção pela vasectomia e relações de gênero. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 4, p. 1017-1027, Aug. 2003 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000400024&lng=en&nrm=iso>. access on 20 Oct. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000400024>.

MOURA, E. R. F.; SILVA, R. M.; GALVAO, M. T. G. Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no Programa Saúde da Família no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 4, p. 961-970, Apr. 2007 . Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000400023&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Oct. 2015.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000400023>

MOURA, E. R. F.; SILVA, R. M. Informação e planejamento familiar como medidas de promoção da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 1023-1032, Dec. 2004. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000400023&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Oct. 2015.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000400023>.

OSIS, M. J. D. *et al.* Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2481-2490, Nov. 2006. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001100023&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Oct. 2015.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006001100023>.

OSIS, M. J. D. *et al.* Consequências do uso de métodos anticoncepcionais na vida das mulheres: o caso da laqueadura tubária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 521-532, Sept. 1999. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000300009&lng=en&nrm=iso>. access on 20 Oct. 2015.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1999000300009>.

PRIETSCH, S. O. M. *et al.* Gravidez não planejada no extremo Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, p. 1906-1916, Oct. 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001000004&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Oct. 2015.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011001000004>.

SILVA, R. M. *et al.* Planejamento familiar: significado para mulheres em idade reprodutiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2415-2424, May 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000500010&lng=en&nrm=iso>. Access on 08 Dec. 2015.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000500010>.

VIEIRA, L. M. *et al.* Reflexões sobre a anticoncepção na adolescência no Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 6, n. 1, p. 135-140, Mar. 2006. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292006000100016&lng=en&nrm=iso>. Access on 13 Nov. 2015.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292006000100016>.

