UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

LILIAN RODRIGUEZ JORGE

PORTFÓLIO FINAL

NOVO HAMBURGO.2018

LILIAN RODRIGUEZ JORGE

PORTFÓLIO FINAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à UNASUS/UFSCPA, como requisito parcial para conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família sob orientação da Professora Dra. Manoela Jorge Coelho Alves.

NOVO HAMBURGO 2018

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....04
2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO.....06
3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS..... 14
4 VISITA DOMICILIAR..... 17
5 REFLEXÃO CONCLUSIVA..... 20
REFERÊNCIAS..... 21
ANEXO I – PROJETO DE INTERVENÇÃO..... 23

INTRODUÇÃO

Meu nome é Lilian Rodríguez Jorge, tenho 29 anos, sou natural da cidade de Camaguey em Cuba, onde nasci, cresci e fiz meus estudos de educação básica. Através de provas de ingresso estabelecida em meu país ingressei na Universidade de Ciências Médicas Carlos Juan Finlay, localizado na mesma cidade onde comecei a estudar medicina e me graduei com o título de médica geral em 14 de julho de 2011 pela Faculdade de Ciências Médicas dessa universidade. É uma instituição completamente gratuita com formação desde os primeiros anos de estudo com vinculo à medicina familiar.

Iniciei minha carreira profissional como médica de família no município de Florida em uma área rural de difícil acesso por dez meses e em seguida no mesmo município troquei para outra área urbana onde continuei meu trabalho em medicina familiar e iniciei a especialização em Medicina Geral Integral (especialidade que se faz em nossos pais para especialização em abordagem familiar com enfoque preventivo desde o nascimento até os idosos com forte ênfase em obstetrícia e pediatria). Junto com esse trabalho de medicina da família e dois anos de estudos de pós-graduação em Medicina Geral Integral, sempre estive vinculada aos plantões em áreas de Pediatria, Medicina Geral e Gineco-obstetrícia.

Após concluir o primeiro ano dessa especialização, fui trabalhar na Venezuela em 2013 por dois anos em Medicina da Família e Emergências. O segundo ano tive um enfoque maior na área de docência, participando do Programa de Medicina Integral Comunitária como professora de várias matérias. Após concluir o ano de 2015 na Venezuela, voltei a Cuba onde trabalhei um ano mais no Programa de Médico da Família.

Em setembro de 2016, iniciei no Programa Mais Médicos e desde então, atuo há aproximadamente um ano e quatro meses na cidade de Novo Hamburgo localizada no estado do Rio Grande do Sul. Estou alocada na Unidade de Saúde da Família (USF) Roselândia, localizada no bairro de mesmo nome nos limites com outro município (Estância Velha - RS), cujas áreas de abrangência atende a uma população de 5994 habitantes, dividido em 3 áreas onde há 2970 pessoas do sexo masculino e 3024 do sexo feminino. O território pertencente a essa USF, corresponde a três áreas consideradas mistas por terem diferentes setores sociais predominando a classe média e também famílias de baixo nível socioeconômico. O saneamento básico no presente momento é adequado porque a COMUSA (Serviços de Água e Esgoto de Novo Hamburgo) se encontra fazendo um bom trabalho. Há uma Igreja católica, quatro evangélicas, três escolas públicas, uma quadra de esportes e duas creches. As doenças mais prevalentes nos atendimentos são: hipertensão arterial sistêmica (HAS), Diabetes mellitus tipo 2 (DM-II), infecções de vias aéreas superiores e problemas na saúde reprodutiva.

O Projeto de Intervenção na USF foi sobre o Risco Pré-concepcional e Planejamento Familiar (ver ANEXO 1).

Este projeto foi abordado por nossa equipe com a proposta de melhorar os conhecimentos sobre o risco pré-concepcional e planejamento familiar da equipe da USF. A escolha desta temática foi relevante devido a alta prevalência de gravidez na adolescência e doenças sexualmente transmissíveis (DST's). A metodologia foi realizada através das atividades educativas, seguindo o cronograma determinado.

Atividade 2 do Portfólio: Caso Clinico

PRIMEIRA CONSULTA:

*Paciente do sexo feminino, 56 anos de idade, escolaridade de ensino médio, de estado civil casada e desempregada.

*Apresentou-se em uma consulta de rotina referindo cefaleia ocasional, sem outras queixas e nem restrições alimentares. Teve aumento de peso de 10 kg nos últimos 5 anos. Sedentária e fumante de 10 cigarros por dia. Menopausa há 5 anos.

Gestação: 4 Partos: 3 Aborto: 1

Teve aumento de 20 kg na última gravidez.

Peso do último filho ao nascer: 4200 g.

Histórico familiar: Pai falecido de IAM e mãe obesa. Desconhece outras doenças crônicas na família.

Exame físico:

-Altura: 1,56 cm. -Peso; 76,8 Kg. -IMC: 31,2 kg/m^2. -Obesidade: Tipo 1.

-Circunferência abdominal: 92 cm -PA: 150/95 mmHg. -FC: 84 bpm.

Restante do exame físico: Sem alterações.

*Problemas identificados e possíveis hipóteses diagnósticas:

-Hipertensão arterial.

-Obesidade.

-Tabagismo.

-Sedentarismo.

-Presença de vários fatores de riscos para Diabetes Mellitus. (Obesidade, sedentarismo, histórico de macrossomia fetal e aborto).

Conduta:

-Orientações sobre modificações de estilo de vida e alimentação.

-Solicitar exames (colesterol total e frações, triglicerídeos, glicemia em jejum, creatinina, hemoglobina glicada, ECG, microalbuminúria e EQU).

-Solicitar medidas de PA duas vezes por semana com prévio repouso e sem fumar por pelo menos 40 minutos antes.

Segundo o Ministério da Saúde (Cadernos de Atenção Básica, Brasília, 2010):

Os Fatores para diabetes mellitus são:

*obesidade.

*dislipidemia.

*hipertensão arterial.

*HDL baixo e triglicerídeos elevados.

*doença cardiovascular.

*antecedentes familiares de Diabetes.

*Diabetes gestacional prévio, macrossomia fetal e abortos a repetição.

EVOLUÇÃO:Segunda consulta.

A paciente retorna com os resultados dos exames, e os controles de PA.

-Controle de PA:

*150/100 mmgh segunda-feira.

*160/90 mmgh sexta-feira.

*150/90 mmgh na consulta.

Resultado dos exames laboratoriais solicitados:

Glicemia em jejum: 142 mg/dl.

Hbglicada: 7,1%

Colesterol total: 180 mg/dl.

LDL: 90 mg/dl.

HDL: 30 mg/dl.

Triglicerídeos: 200 mg/dl

Creatinina: 0,9mg/dl.

EQU: glucosuria +

Microalbuminúria: 43 mg/dl.

ECG: ritmo sinusal.

Segundo o Caderno de Atenção Básica nº 16 Série A. técnicas. Brasília .2016:

Normal	<110	<140
Hiperglicemia intermediária		
Glicemia de jejum alterada		
Tolerância à glicose diminuída		140-199

Diabetes mellitus	e”126	>200

O diagnóstico é de Diabetes Mellitus:

Segundo o Caderno de Atenção Básica n$_o$15. Brasília. 2016:

Hipertensão Arterial é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva (MINISTERIO DA SAÚDE.2016)

Classificação da pressão arterial em adultos:

Classificação	PAS(mmgh)	PAD(mmgh)
Normal	<120	<80
Pré-hipertensão.	120-139	80-89
Estágio 1	140-159	90-99
Estágio 2	>=160	>=100

Diagnósticos:

*obesidade.

*Hipertensão arterial estágio 1.

*Diabetes mellitus tipo 2.

*tabagista.

*sedentária.

Conduta:

-Modificar os hábitos de vida: Suspender o fumo, práticar exercícios físicos para a redução de peso. Dieta alimentar adequada (abordagem em consulta de nutrição).

-Farmacoterapia: A metformina é o medicamento de escolha para a maioria dos pacientes com diabetes tipo 2, segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2016).

Inicie metformina 500 mg com 1 comprimido em dose única após o almoço.

A metformina deve ser iniciada com dose baixa (500mg) em dose única ou fracionada 2 vezes ao dia com as refeições para evitar intolerância gastrointestinal.

Após 5 a 7 dias, de acordo com a tolerância do paciente, a dose pode ser aumentada para 850 a 1000 mg/dia, fracionada antes do café da manhã e janta. (MINISTÉRIO DA SAÚDE .2016)

Para HAS:

Basicamente, há duas abordagens terapêuticas para a hipertensão arterial: o tratamento é baseado em modificações do estilo de vida (MEV: perda de peso, incentivo às atividades físicas, alimentação saudável, etc.) e o tratamento medicamentoso. A adoção de hábitos de vida saudáveis é parte fundamental da prevenção de hipertensão e do manejo de pacientes com HAS (MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2016).

Risco cardiovascular pelo Escore de Framingham: Moderado

Iniciar com Hidroclorotiazida 25 mg 1 comp de manhã.

Entre os fármacos mais estudados e que se mostraram benéficos em reduzir eventos cardiovasculares, cerebrovasculares e renais maiores estão os diuréticos em baixas doses. Considerando ainda o baixo custo e extensa experiência de emprego, são recomendados como primeira opção anti-hipertensiva na maioria dos pacientes hipertensos. Devem ser prescritos em monoterapia inicial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Plano de ações conjuntas:

PARÂ METRO	META	PERIODICIDADE
Plano alimentar	Alimentação saudável 18,5<IMC<25 kg/m2 ou perda de peso	Verificar e orientar a cada consulta
Atividade física	> 30 min/d ou > 1h/dia (perda/manutenção de peso)	Verificar e orientar a cada consulta
Fumo	Reduzir o fumo, plano de deixar.	Verificar e orientar a cada consulta
Hemoglobina glicada (A1C)	<7%	A cada 3 meses até alcançar controle; depois, a cada 6 meses
Glicemia de jejum	90-130 mg/dL	Mensal
Colesterol LDL	<100 mg/dL	Anual
Colesterol HDL	>40 mg/dL	Anual
Triglicerídeos	<150 mg/dL	Anual
Pressão arterial	<130/80 mmHg	A cada consulta

*retorno em 3 meses.

3 ATIVIDADE DO PORTFÓLIO - PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS:

Apesar das inúmeras vantagens da prática da amamentação evidenciadas na literatura científica e da melhoria da situação do aleitamento materno no Brasil, ao começar a trabalhar na ESF na área de abrangência, os seus indicadores eram muitos baixos em correspondência o número de crianças menores de 1 ano de vida apesar do recomendado pela Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde, de aleitamento materno exclusivo até seis meses de vida e complementado por dois anos ou mais. Esta realidade me surpreendeu muito ao perceber o desconhecimento dos pais sobre todas as vantagens do aleitamento materno desde a prevenção de doenças até em sentidos econômicos, tratando-se de uma população de classe média.

Evidências mostram que, entre crianças nascidas a termo e pré-termo, a amamentação está associada a uma significativa redução dos níveis de pressão arterial, tendo em vista que o consumo de leites artificiais no lugar do leite materno tem sido associado ao aumento dos níveis pressóricos em fases posteriores da vida (WHO, 2002).

A partir da constatação de que o desmame precoce insere-se num contexto social, educacional e de responsabilidade dos serviços de saúde, enfatiza-se a necessidade de desenvolvimento de ações pró-amamentação, com vistas a sustentar a prática do aleitamento materno exclusivo por seis meses e complementar até os 2 anos. Devido e esse fator, foram feitas estratégias por parte da equipe para aumentar este índice.

Segundo a revisão da literatura e dos protocolos do Ministério da Saúde, os profissionais que atuam na atenção básica são responsáveis pelo acompanhamento contínuo do processo de

amamentação, desde o pré-natal até a puericultura (OLIVEIRA.2015).

Esta análise permitiu o planejamento, a elaboração e a implementação de atividades para o aumento do número de crianças em AME até os 6 meses e complementar até os 2 anos:

Planejamento, elaboração e implementação;

-Foram feitas estratégias para facilitar a difusão de informações sobre os fundamentos anatômicos, fisiológicos e imunológicos do aleitamento materno, com o manejo clínico da amamentação e das intercorrências mamárias desde as consultas de pré-natal até as de puerpério, através de oferecimento de informações e recomendações em consultas individuais e divulgação em salas de esperas especificas para este grupo de mulheres previa consultas.

-Se criou a "Consulta Coletiva de Amamentação" com abordagem multiprofissional (Nutricionista, Enfermeira, Médicos, etc) podendo formar um grupo onde há interação entre as pacientes através do intercâmbio de experiências entre elas e outras mulheres adolescentes os primíparas.

Os grupos constituem-se em estratégias para a prática da promoção da saúde e caracterizam-se por um conjunto de pessoas que se interagem com o objetivo de ampliar suas capacidades, o que propicia o desenvolvimento de autonomia e enfrentamento de novas situações, permitindo maior controle dos usuários sobre seu contexto social e ambiental. Neste sentido, é essencial a superação das formas tradicionais de abordagem do processo saúde-doença e da redução simplista dos grupos enquanto promotores de mudanças das condutas individuais (FONSECA,2012)

- Nas consultas de Puericulturas, se enfatizou no acompanhamento do binômio mãe-filho. O pós-parto, é reconhecido

como o momento propício para a verificação e correção de atitudes prejudiciais ao aleitamento materno, aproveitando essa primeira consulta para avaliar o aprendido nas consultas coletivas e individuais sobre o tema.

-As visitas domiciliares por parte das ACS, às mulheres no período do pós-parto nas primeiras 24 horas após a chegada em sua casa, fazem as orientações sobre o aleitamento materno exclusivo em quase todos os encontros.

A opção por iniciar a amamentação é bastante comum para a maioria das mães. Contudo, nem sempre essa sensibilização inicial é suficiente. A técnica da amamentação necessita de suporte adequado e contínuo para algumas mães. Se esse suporte não é disponível nas unidades básicas de saúde, inicia-se um processo de sofrimento materno fundamentado no ingurgitamento, nas fissuras e na percepção de fome através do comportamento do recém-nascido. De forma paralela, o discurso de “leite fraco” ou “leite ralo” amplamente difundido na população, acelera a introdução precoce de outros alimentos e culmina com o desmame.

Considerando as atividades de educação continuada direcionadas as mães e gravidas após um ano de trabalho, se percebe um aumento do índice de crianças em AME até os 6 meses e complementar até os 2 anos. Verificou-se que a maioria das práticas de promoção citadas anteriormente teve uma notável correlação com este aumento. As equipes de saúde da família têm como local de intervenção o ambiente familiar e, portanto, têm a oportunidade de identificar o significado do aleitamento materno para a nutriz e seus entornos, além de transmitir conhecimentos teóricos e práticos visando a orientar e a capacitar esta mulher em seu processo de amamentação.

4 ATIVIDADE VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO

A visita domiciliar (VD) é uma atividade, simultaneamente, educativa e assistencial que permite a interação mais efetiva da equipe de saúde da família, com o indivíduo, a família e a comunidade, na medida em que possibilita o convívio desta com a realidade vivenciada pelo indivíduo e/ou família, permitindo o empoderamento para a continuidade da assistência desenvolvida na Unidade Básica de Saúde (UBS), no ambiente domiciliar.

DATA:20/10/2017 as 14:00 h iniciamos a VD em conjunto com ASC, enfermeira e motorista dela SMS.

Residência localizada na área 21 do bairro Roselândia no Município Novo Hamburgo.

Recebidos por Dona Margarida esposa do paciente no portão, casa nos fundos de um filho, de madeira com bom índice de superlotação, morando só o casal. Tem três filhos um que mora em casa própria no frente e duas filhas que moram perto na mesma rua. Aposentado.

Paciente alvo: A.R.M. 96 anos portador de Adenocarcinoma da próstata em estádio IV com diagnóstico faz 3 anos, metástase na coluna lombo-sacra faz 6 meses, HAS concomitante.

Ao legar ao domicilio observa-se no leito, consciente e orientado, boa higiene pessoal. Casa organizada e limpa composta de sala, cozinha, banheiro, quarto e área de serviço com pátio amplio na frente e a esquerda casa do filho.

IMPRESSÃO DO PACIENTE SOBRE A SUA SITUAÇÃO DE SAÚDE, EXPECTATIVAS:

Paciente que conhece sua situação de saúde, fiz tratamento com radioterapia em seu momento, agora encontra-se com dificuldade na locomoção faz um mês com deterioro no desenvolvimento de atividades do cotidiano. Atitude positiva ante sua doença, bom apoio familiar.

Faz uso de medicamentos anti-hipertensivos, Losartana 50 mg 2 vx ao dia, hidroclorotiazida 25 mg de manhã, escala de analgésicos em uso faz 1 mês com Dipirona 500 mg, alternado com Paracetamol 500mg+codeína 30 mg de 8/8 horas. Uso de fraldas descartáveis fornecidas pela farmácia do estado.

Cuidadora: Esposa dona Margarida de 86 anos com HAS compensada, casados faz 53 anos com três filhos que apoiam emocionalmente e financeiramente aos pais,6 netos.

SITUAÇÃO DE SAÚDE E DE VIDA:

Família bem estruturada com boa dinâmica familiar, poder aquisitivo médio com apoio financeiro dos filhos ante a situação do pai. Filho tem carro que usam para a movimentação do pai si precisa-se.

SITUAÇÃO ATUAL DO ESTADO DO PACIENTE:

Paciente portador de uma doença progressiva e irreversível em estádio IV com quadro de dor crônico que conforme sua doença tem tendência a incrementar-se. Acompanha junto com Oncologia pelo SUS.

Ante esta situação as necessidades do doente se modificam à medida que a doença avança, afetando sua vida pessoal, familiar e social. O diagnóstico dessas necessidades deve ser considerado para a tomada de decisão em relação ao cuidado, sobre o que fazer, quando, como, onde e por quem. O cuidado a esses pacientes deve estar presente desde o início do que pode ser definido como trajetória do padecimento e o caminho do enfermo. Considerando

que o ambiente familiar constitui um importante fator que influencia diretamente no processo de saúde doença do sistema familiar, cada equipe de Estratégia de Saúde da Família deve priorizar e organizar as visitas conforme a situação da comunidade alvo.

A equipe após a visita começo a trabalhar em ações específicas que integrasse a toda a família, mais enfocado ao paciente e sua cuidadora já que esse cuidado se torna desgastante para o cuidador, uma vez que o afasta de suas atividades rotineiras, refletindo em gastos financeiros, privação do convívio social, ao qual estava acostumado, contato com dor e sofrimento, visto que o câncer é entendido como doença associada à dor, sofrimento, incapacidade, morte.

A ESF se planejo em trabalhar no apoio emocional ligado ao afeto, empatia, respeito e amor, o apoio de reforço dela família. Também brindo informações, conselhos, opiniões, ensinamentos e o apoio para lidar com a situação até a morte do paciente 3 meses após a visita.

5° ATIVIDADE DO PORTFÓLIO – REFLEXÃO CONCLUSIVA

A pós-graduação em Especialização em Saúde da Família tem sido uma experiência muito interessante, ajudando a resolver vários desafios apresentados desde o começo do trabalho na atenção primária aqui no Brasil e ao mesmo tempo, uma forma de ensino personalizada, superando o patamar da transmissão de informação por ser um curso de formação, capaz de estimular não apenas a boa prática da saúde da família, mas também a incorporação da estratégia como filosofia e visão de mundo.

Os casos clínicos estudados são bastante semelhantes ao cotidiano das USFs, e isto, tem me ajudado ao revisar e atualizar-me quanto aos protocolos diante de cada situação desenvolvida pelo Ministério da Saúde e assim ajudando na melhoria da atenção aos pacientes.

Sobre os processos de Educação Permanente em Saúde, esta experiência de educação a distância é interessante. Embora tenha sido minha primeira vez neste tipo de curso, gostei muito.

Em geral, ampliei meus conhecimentos em relação as questões da saúde coletiva, valorizando a gestão do SUS, a epidemiologia, a saúde da família, a saúde do trabalhador, bem como as ferramentas necessárias para seu desenvolvimento, com atendimento humano, solidário e de qualidade. É uma ótima oportunidade para aperfeiçoar e adquirir novas aptidões, novos rendimentos, e alcançar o sucesso profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica/** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 16 (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica**. Acolhimento à demanda espontânea vol 1-2**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Cadernos de Atenção Básica, n. 28-29).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica**. Melhor em Casa A segurança do Hospital no conforto do seu lar.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Domicilliar.Vol.1-2).

GOMEZ,S.M et a**l.Control de sintomas em el enfermo com câncer terminal.**In.IMEDIO,E.L.Enfermeria em cuidados paliativos.Madrid:Medica Panamericana,2008.

GLARE,P,CHRISTAKIS,NICHOLAS,A.**Prognosis in advance cáncer** :ilustrateded.OxfordUniversity Press.2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos**. Brasília: Ministério da Saúde /Organização Pan-Americana da Saúde,2002b.

WEFFORT V.R.S. **Alimentação láctea no primeiro ano de Vida**. BeloHorizonte: Sociedade Mineira de Pediatria,

2006.Disponivelem:htt:www.smp.org.br, acesso em: 7 de novembro 2017.

ANEXO-1 PROJETO DE INTERVENÇÃO:

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS

Lilian Rodríguez Jorge

Risco Pré-concepcional e Planejamento Familiar na UBS Roselândia no município Novo Hamburgo/RS

Porto Alegre

2017

Resumo

O planejamento familiar é um dos temas mais debatidos na área da saúde reprodutiva, por suas implicações sociodemográficas e econômicas, das atividades mais importantes entre as que são objeto das ações preventivas na área da saúde. Proporciona aos casais informações e os jeitos precisos para cumprir sua decisão de ter filhos do jeito consciente e voluntário. Dado que os programas eficazes de planejamento familiar reduzem a fertilidade, pode ajudar a aliviar as pressões que as populações que crescem rapidamente exercem sobre os recursos econômicos, sociais e naturais. O rápido crescimento populacional impede o desenvolvimento econômico e torna mais difícil de alcançar melhorias na educação, saúde e qualidade ambiental. Por isso, estamos motivados na preparação do nosso trabalho desde o aconselhamento pode influenciar muito a satisfação do usuário e eficácia do programa.Nosso objetivo fundamental émelhorar os conhecimentos sobre risco pré-concepcional e planejamento familiar da equipe USF Roselândia e em específico**:** melhorar os conhecimentos sobre risco pré-concepcional e planejamento familiar antes e depois das atividades educativas de intervenção.

SUMÁRIO

1. Introdução 4
2. Objetivos 8
2.1 ObjetivoGeral 8
2.2 ObjetivoEspecífico 8
3. Revisão de la literatura.....9
4. Metodologia.....14
5. Resultadosesperados. 16
6. Cronograma de Execução 17

7. Referêrencias 19
8. Anexos.....21

1. Introdução

O planejamento familiar (PF) é um dos temas mais debatidos na área da saúde reprodutiva, por suas implicações demográficas e econômicas, é uma das atividades mais importantes entre as que são objeto das ações preventivas na área da saúde porque proporciona aos casais informações para cumprir com sua escolha de ter filhos consciente e voluntariamente (AQUILA, 2001).

A medicina comunitária tem como objetivo fundamental a promoção e prevenção criando assim atividade de planificação familiar e de contracepção, que é um instrumento fundamental de trabalho no Programa de Risco Pré-concepcional, o qual encaminha suas ações para propor informação, orientação, educação e serviços ao casal (AIKEN, 2016).

No Brasil, desde a implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), a partir de 1984, tem havido a preocupação de melhorar a qualidade da atenção em planejamento familiar. Isto levou vários serviços públicos de saúde a oferecerem, pelo menos uma ação educativa às mulheres que os procuram para solicitar métodos anticonceptivos. Em 1996, um projeto de lei aprovado pelo Congresso Nacional (Lei 9.263), sancionado pela Presidência da República, regulamentou o planejamento familiar. Formalmente, esta lei democratiza o acesso aos meios contraceptivos nos serviços públicos de saúde, assim como regulamenta essa prática na rede privada, sob-controle do SUS. Em 2001, a última Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-2001) do Ministério da Saúde colocou a assistência em planejamento familiar entre as ações mínimas que devem ser aplicadas em todos os municípios (BRASIL, 2002).

O uso de anticoncepcionais vai diminuir a mortalidade materna e melhorar a saúde das mulheres para evitar a gravidez

indesejada e de alto risco; também reduz a necessidade de abortos realizados sem garantia de segurança (WHO, 2010). Estima-se que, se todas as gestações de alto risco foram evitadas a mortalidade materna poderia ser reduzida em até 25% (WHO, 2010); adicionalmente, considerou-se que cada ano poderia se evitar 100 mil mortes maternas no mundo todo se todas as mulheres que dizem que não querem mais filhos não os tiveram (Banco Mundial. Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial de 1993). Da mesma forma foi calculado que a expansão dos serviços de contracepção para atender as necessidades dos casais que desejam evitar a gravidez, poderia ser evitada a cada ano até 850 mil mortes de crianças menores de cinco anos (LULE, SINGH, CHOWDHURY, 2016).

Os Médicos de Família passaram muitos anos tentando reduzir os riscos da gravidez na preparação. O objetivo dos cuidados antes da concepção é a de garantir que a mulher e seu parceiro são saudáveis e prática de vida saudável antes da gravidez. O cuidado preconcepção inclui o fornecimento de cuidados de saúde individualizado para as necessidades da mulher ou casal (promoção da saúde), a identificação complexa e sistemática dos riscos (avaliação de risco) e iniciar as ações para enfrentar (intervenção). A importância é valor de fator de risco para a medicina preventiva depende do grau de associação com prejuízos para a saúde, a frequência do fator de risco na comunidade e a possibilidade de preveni-lo. Contracepção é a prevenção da concepção por vários métodos e é de grande importância, pois é essencial para a saúde e bem-estar dos indivíduos, famílias e comunidades (RODRIGUEZ, 2012).

A contracepção é um fenômeno social difundido no nosso tempo, é tão antigo quanto o mundo, mas foi desenvolvida a partir dos anos 60, a empresa até agora não demanda criada poderia exigir. É devido a dois fenômenos, é a industrialização e o crescimento populacional que requer famílias precisam ser menor é-

o outro é a resolução da atividade sexual precoce, que privou a relação de sentido pro-criativo (ROJAS, 2011).

O planejamento familiar tem sido reconhecido como um componente essencial dos cuidados de saúde primários, a chave para melhorar a saúde de mulheres e crianças e um direito humano para os indivíduos e intervenção familiar. Apesar do impressionante progresso feito na regulação da fertilidade humana, ela não é de forma resolvida a contracepção perfeita e a necessidade de manter a procura de melhores métodos continua. Trabalhos diários. Agora são feitos tem razão para aumentar e fortalecer a educação sexual em que você tem que prestar especial atenção à forma como o uso de diferentes métodos contraceptivos disponíveis no nosso país, tornando possível a realização de um verdadeiro planeamento familiar, com um mínimo risco para parceiro (MOURA 2004).

Diante da situação apresentada hoje pela população feminina em idade fértil no bairro Roselândia além de a grande preocupação de especialistas, médicos e Secretaria Municipal de Saúde sobre aumento significativo em gestações de risco nesta área, bem como a alta taxa de mortalidade infantil é que a motivação para esta pesquisa, assim, enfrentar o problema surge na sequência científica:

Como aumentar a consciência do risco de pré-concepcional e planejamento familiar na comunidade de Roselândia e em nosso pessoal da saúde?

Os principais critérios gerais para localizar uma mulher ou casais dentro da classificação de risco pré-concepcional são: história do recém-nascido que nasceu morto, de gestações classificadas como de risco obstétrico ou perinatal, partos anteriores de crianças abaixo do peso mulheres com filhos que tiveram ou têm uma condição ou maior morbidade (malformação congênita, retardo mental e outras endocrinopatias), as mulheres com condições biológicas conhecidas que representam risco perinatal (de doença cardíaca, diabetes, anemias, nefropatia hipertensiva, asma, e outros que apresentem condições psiquiátricas e estadas nutricionais),

mulheres ou casais cujo comportamento pessoal e social constitui um nítido risco para a sua saúde e da do produto, se concebido nesse período, as mulheres com menos de 20 anos, com o desejo ou não ter filhos ou aqueles que pela sua conduta a interrupção da gravidez, as mulheres que se submeteram à cesariana, o com espaçamento dos nascimentos, menor de 18 meses com histórico de parto normal e dois anos as cesarianas (LUGONES 2005, SALINAS, 2003).

A hipótese científica que responde ao problema existente, considerando as causas e condições que afetam esta população e a equipe de saúde está relacionada com a seguinte avaliação:

Se uma estratégia de intervenção educativa for implantada na equipe de enfermagem, que são quem fazem a consulta de planejamento familiar no SUS, às estratégias de trabalho para com a comunidade poderiam ser feitas com melhor objetividade e resultados certos a curto, mediano e longo prazo.

2. Objetivos

Objetivo Geral

Melhorar os conhecimentos sobre risco pré-concepcional e planejamento familiar para a equipe de enfermagem e população da USB Roselândia no município Novo Hamburgo/RS.

Objetivos Específicos

- Capacitar equipe de enfermagem sobre risco pré-concepcional e planejamento familiar;
- Promover palestras educativas para a população;
- Avaliar os conhecimentos sobre risco pré-concepcional e planejamento familiar antes e depois das atividades educativas de intervenção;
- Avaliar os resultados positivos após a intervenção.

3. Revisão bibliográfica

Risco Pré-concepcional é a probabilidade de que uma mulher não grávida do dano, você ou seu produto, se você estiver envolvido no processo reprodutivo. Esta probabilidade é dada por fatores condicionantes, sejam doenças ou circunstâncias que interferem durante a gravidez, parto ou puerpério. Esta probabilidade não é o mesmo para todas as mulheres, mesmo as mesmas, ou seja, que a magnitude do risco é individual e por isso devemos considerar. Há uma condição considerada risco mensurável igualmente em cada mulher ou casal. O risco pode ser biológica, psicológica, social e ambiental e pode influenciar o outro parceiro. Existem várias classificações de risco, mas nenhum pode substituir o pensamento médico em cada caso particular, isto é, que tendo em conta os vários fatores que podem ser conceituados, temos de adotar uma abordagem global, analítica e individualizada para cada caso. O principal objetivo é reduzir o risco de doença ou morte da mãe ou do produto, e como uma restrição principal tem sido um fator de risco antes da gravidez, provavelmente serão modificados, reduzidos ou eliminados; esta deve ser aplicada a uma abordagem adequada para a prevenção risco (ÁGUILA 2001, RIGOL, 2004).

O uso de contracepção, nestes casos, não é o objetivo, mas os meios ou métodos de adiar a gravidez pela necessidade de modificar, reduzir ou mitigar o período de risco. Em nenhum momento os comportamentos fiscais ou afirmar outra concepção do que a ação consciente, negociação e persuasão para o adiamento da gravidez no tempo mínimo necessário para modificar o risco de forma positiva, e nossa função principal, se você quiser gravidez é incentivá-lo (CABEZAS, 2015, BEST KIM, 2009).

O planejamento familiar oferece às mulheres de benefícios de saúde óbvios. Nos países em desenvolvimento, as complicações relacionadas com a gravidez é parto são causas frequentes de morte. Ao permitir um espaçamento adequado entre os nascimentos;

evitar a gravidez precoce ou tardia em mulheres grávidas, quando os riscos são maiores; e evitar gravidezes não desejadas que possam levar a abortos ilegais e perigosos, planejamento familiar pode proteger a saúde das mulheres; pesquisa indica que muitas mulheres reconhecem esses benefícios (EVANGELISTA 2014).

No Mali, onde menos de 5% das mulheres casadas em idade reprodutiva usam um método contraceptivo moderno, novas usuárias de contraceptivos em Bamako disse que tinha decidido utilizar contracepção principalmente porque queriam recuperar ou manter sua saúde. Estudos de mulheres que usam contracepção em El Alto e Cochabamba, Bolívia, revelou que métodos contraceptivos modernos foram associados com maior prazer sexual, provavelmente porque eles reduziram o medo da gravidez. Muitas vezes, gravidezes indesejadas ocorrem porque a contracepção é errada ou não é utilizada de forma sistemática, através de um método que foi interrompido antes do tempo certo ou porque o método escolhido não foi o eficaz (LULE, 2017).

No Brasil, desde a implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAIM), a partir de 1984, tem havido a preocupação de melhorar a qualidade da atenção em planejamento familiar. Isto levou vários serviços públicos de saúde a oferecerem, pelo menos uma ação educativa às mulheres que os procuram para solicitar métodos anticonceptivos. Em 1996, um projeto de lei aprovado pelo Congresso Nacional (Lei 9.263), sancionado pela Presidência da República, regulamentou o planejamento familiar. Formalmente, esta lei democratiza o acesso aos meios contraceptivos nos serviços públicos de saúde, assim como regulamenta essa prática na rede privada, sob controle do SUS. Em 2001, a última Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS, 2001) do Ministério da Saúde colocou a assistência em planejamento familiar entre as ações mínimas que devem ser aplicadas em todos os municípios (BRASIL, 2002).

O uso de anticoncepcionais vai diminuir a mortalidade

materna e melhorar a saúde das mulheres para evitar a gravidez indesejada e de alto risco; também reduz a necessidade de abortos realizados sem garantia de segurança (WHO, 2006)Estima-se que, se todas as gestações de alto risco foram evitadas a mortalidade materna poderia ser reduzida em até 25% (WHO). Adicionalmente, considerou-se que cada ano poderia se evitar 100 mil mortes maternas no mundo todo se todas as mulheres que dizem que não querem mais filhos não os tiveram. Da mesma forma foi calculado que a expansão dos serviços de contracepção para atender as necessidades dos casais que desejam evitar a gravidez, poderia ser evitada a cada ano até 850 mil mortes de crianças menores de cinco anos (LULE E, SINGH S, CHOWDHURY, 2016).

Para diminuir, eliminar, mitigar ou compensar os riscos preconceito com a abordagem clínica e epidemiológica para a cooperação da família e ciente do problema, a saúde reprodutiva de forma mais eficaz ser promovido, pois o número de vezes que a mulher é reduzida e produto é exposto ao perigo envolvido em estar grávida, em circunstâncias desfavoráveis (PACTO DE LA FAMILIA. UNIVERSIDADE DE CALIFORNIA, 2006).

Dado que os programas eficazes de planejamento familiar reduzem a fertilidade, pode ajudar a aliviar as pressões que as populações que crescem rapidamente exercem sobre os recursos econômicos, sociais e naturais. O rápido crescimento populacional impede o desenvolvimento econômico e torna mais difícil de alcançar melhorias na educação, saúde e qualidade ambiental. Por isso, estamos motivados na preparação do nosso trabalho desde o aconselhamento pode influenciar muito a satisfação do usuário e eficácia do programa (POELS, 2016).

Dedicar recursos humanos e financeiros para melhorar os serviços de planejamento familiar não só irá melhorar a saúde é-o bem-estar de mulheres e crianças, mas também apoiar os esforços para alcançar a população global sustentável. (OMS, 1994).

Os dispositivos intrauterinos (DIU) impedem a fertilização

principalmente, por interferir com a capacidade do esperma de sobreviver a subir as trompas de Falópio, onde ocorre a fecundação. O DIU pode ser inserido em qualquer momento durante o ciclo menstrual, desde que o fornecedor é razoável certeza que a mulher não grávida. Estima-se que em todo o mundo há 128 milhões de mulheres que usam o dispositivo intrauterino (DIU), exceto para a esterilização feminina é o método contraceptivo mais utilizado (RIGOL, 2004). A contracepção de emergência (ACE) é o uso de certos métodos após a relação sexual desprotegida para evitar a gravidez. Isso inclui controle de natalidade, quando utilizado de forma incorreta ou não funciona corretamente. Às pílulas anticoncepcionais de emergência são seguros e eficazes, deve ser iniciado o mais cedo possível, mas o mais tardar 72 horas a partir do momento em que a relação sexual desprotegida ocorreu; pode ser utilizado em qualquer ponto no ciclo, que não são um método de rotina, mas não evitar doenças transmitidas sexualmente (REVISTA CUBANA DE MEDICINA, 2009).

O início do uso de contraceptivos orais (AO), sob a supervisão de um profissional de saúde durante a primeira visita à clínica, seja qual for a época do ciclo menstrual das mulheres, uma iniciação chamada (Quick Start) então você pode aumentar a taxa de uso de anticoncepcionais orais, sem aumentar os efeitos colaterais menstruais (GARCIA, 2002).

Geralmente, o uso OC foi iniciado durante a menstruação ou pouco depois, em parte para garantir que a mulher não está grávida quando você começar a tomar os comprimidos. No entanto, esperar até que você começa o seu período para começar a usar contraceptivos orais pode ser arriscado se as mulheres perdem a motivação, está confuso sobre quando deve começar a tomar os ACO ou engravidar, enquanto espera a menstruação; na verdade, um quarto das mulheres que esperam para começar a usar contraceptivos orais podem nunca chegar a ter até mesmo o primei comprimido (GARCIA, 2002).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que os usuários de um novo uso do preservativo feminino para cada ato sexual. O reuso de preservativos tem sido relatada em vários ambientes, provavelmente porque as mulheres não podem dar ao luxo de comprar vários preservativos femininos (GARCIA, 2002).

Abstinência periódica é um método contraceptivo que interpõe uma barreira de tempo entre o esperma e o óvulo, isto é conseguido evitando sexo durante a fase fértil do ciclo menstrual. O sucesso deste método depende da capacidade dos parceiros para identificar o período fértil de cada ciclo, os adolescentes muitas vezes têm ciclos anovulatórios, o que pode atrapalhar o aprendizado e prática, de modo que você pode ter dificuldade para atender a abstinência (MACHADO,.2002).

Métodos contraceptivos tradicionais de abstinência periódica e coito interrompido ou retirado são dois métodos que estão sempre disponíveis para os jovens que, ao contrário dos métodos modernos (MOLINA, 2002).

Esterilização, homem ou mulher, às vezes chamado de esterilização, muitas vezes é a melhor opção, uma vez que atingiu o tamanho desejado da família. É o método contraceptivo mais eficaz disponível. É um procedimento de uma só vez, relativamente simples em ambos os casos (MACHADO, 2002).

No Brasil a análise dos aspectos operacionais envolvidos no planejamento familiar permite observar as possíveis dificuldades de profissionais preparados para informar e orientar sobre os métodos contraceptivos. A limitação para atuar de forma pedagógica é consequência da formação centrada no modelo biomédico. O processo educativo em saúde exige profissionais com conhecimento técnico associado à capacidade de aplicar diferentes metodologias de ensino-aprendizagem. Os métodos utilizados tais como palestras em grupos ou individuais, podem ser falhos quando reproduzem a ação assistencial característica da saúde, não conseguindo tornar os usuários ativos no processo de planejar sua família (SANTOS,

2012).

As hipóteses explicativas para as falhas do atual modelo de planejamento familiar são necessárias para a compreensão da importância das mudanças sugeridas. Entretanto, estudos subsequentes precisam ser realizados para testar a eficácia de tais argumentos. Os resultados deste estudo serão utilizados para desenvolver um modelo de planejamento familiar adaptado às necessidades regionais presentes no bairro. As mudanças propostas não podem ser caracterizadas como simples, tampouco fáceis de serem implementadas. Entretanto, parecem bastante atrativas para consubstanciar as mudanças sociais esperadas pelo planejamento familiar. As classes sociais mais baixas precisam de recursos socioeducativos aplicados com metodologias adequadas a essas populações (MOURA, 2004).

4. Metodologia

Realizara-se um estudo descritivo transversal no bairro Roselândia UBS Roselândia na cidade de Novo Hamburgo no estado de Rio Grande do Soul, Brasil.

Como primeira parte se colocará um questionário a equipe de enfermagem com as dúvidas mais frequentes sobre planejamento e risco pré-concepcional, principais aspetos para uma ótima consulta de planejamento familiar. Os dados oferecidos pelo questionário serão armazenados e os mesmos vão brindar a base para as atividades.

Critérios de inclusão:

- Pessoa que faz planejamento familiar na unidade
- Gerente da unidade

Critérios de exclusão:

- Trabalhador que por enquanto não faz planejamento familiar ou classificação de risco pré-concepcional

Método

Baseados nos dados obtidos pelo questionário serão feitas 4 atividades educativas:

Atividade. No. 1 Que é o risco Pré-concepcional?

Objetivo: Atualizar conhecimentos sobre o tema: Risco pré-concepcional.

Participantes: Pessoal de Enfermagem (4), convidados e gerente da unidade.

Desenvolvimento: Conferencia sobre risco pré-concepcional. Concepto. Classificação. Importância de seu conhecimento e aplicação na consulta de planejamento familiar.

Tempo: 1hr 45 min

Lar: Sala de reuniões da USF Roselândia.

Atividade. No. 2 Que é a consulta de planejamento familiar?

Objetivo: Atualizar conhecimentos sobre o tema: Planejamento familiar

Participantes: Pessoal de Enfermagem (4), invitados e gerente da unidade.

Desenvolvimento: Mesa redonda referente à consulta de planejamento e seus objetivos na futura gravidez. Importância.

Tempo: 1hr 45 min

Lar: Sala de reuniões da USF Roselândia.

Atividade. No. 3 Métodos anticonceptivos

Objetivo: Atualizar conhecimentos sobre o tema: Anticonceptivos

Participantes: Pessoal de Enfermagem (4), convidados e gerente da unidade.

Desenvolvimento: Palestra sobre métodos anticonceptivos, seu uso e importância. Métodos naturais, hormonal e de barreira.

Suporte: Computador e maqueta

Tempo: 1hr 45 min

Lar: Sala de reuniões da USF Roselândia.

Atividade. No. 4 Métodos anticonceptivos

Objetivo: Atualizar conhecimentos sobre o tema: Anticonceptivos

Participantes: Pessoal de Enfermagem (4), invitados e gerente da unidade.

Desenvolvimento: Palestra sobre métodos anticonceptivos, seu uso e importância. Métodos anticonceptivos: DIU e definitivos.

Suporte: Computador e maqueta

Tempo: 1hr 45 min

Lar: Sala de reuniões da USF Roselândia.

Após a finalização das atividades de aprendizagem e capacitação será colocada o mesmo questionário. Os dados oferecidos pelos questionários vão ser utilizados para a confecção do trabalho final depois de suas análises e discussão.

5. Resultados esperados

Melhorar os conhecimentos sobre risco pré-concepcional e planejamento familiar pela equipe de enfermagem a população do bairro Roselândia, município de Novo Hamburgo no Rio Grande do Soul.

6. Cronograma

Atividade	Data de inicio	Data de terminar	Responsáveis	Lar
Revisão bibliográfica	Outubro. 2016	Janeiro, 2017	Autora	
Confecção e entrega do protocolo de trabalho	Janeiro 2017	Fevereiro 2017	Autora	
Revisão e aprovação do protocolo	Fevereiro 2017	Fevereiro 2017-maio 2017.	Tutora.	
Búsqueda de los recursos necesarios para el inicio de la recogida de la información Aplicação do questionário	Júlio 2017.	Agosto 2017	Autora	Sala de reuniões da Unidade.
Realização do método de ensino. No. 1 Título: Que é o risco Pré-Concepcional?			Autora	Sala de reuniões da Unidade.

Realização do método de ensino. No. 2 Título: Que é a consulta de planejamento familiar?			Autora	Sala de reuniões da Unidade.
Realização do método de ensino. No. 3 Título: Métodos anticonceptivos naturais, hormonais e de barreira.			Autora	Sala de reuniões da Unidade.
Realização do método de ensino. No. 4 Título: Métodos anticonceptivos: DIU e definitivos.			Autora	Sala de reuniões da Unidade.
Discussão do TCC		Novembro 2017	Autora.	
Aplicação do questionário	Fevereiro 2018	Março 2018	Autora	
Recolhida e analise dos resultados.			Autora	
Confecção do trabalho final		01	Autora	

8. Referencias

ÁguilaAnnia Gonzalez. Métodos contraceptivos. Intervenção educativa na nona série de ESBU Simon Reyes. [O trabalho de investigação para se qualificar para o título de especialista em primeiro grau em MGI]. Ciego de Avila: MahoePoliclínica., 2001.Aiken AR; Borrero S; Callegari LS; Dehlendorf C Perspect Sex Reprod Health;Rethinking the Pregnancy Planning Paradigm: Unintended Conceptions or Unrepresentative Concepts?2016 09; 48(3): 147-51.2001.

Banco Mundial. Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial de 1993 Disponíveis em: http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2005/11/04/000011823_20051104145818/Rendered/PDF/341290spanish.pdf. Acessado em 09 de janeiro de 2017.

Best Kim. Contracepção afeta a qualidade de vida. Rede Rev. em espanhol. Saúde da Família Internacional 18 (4).2009.

Garcia, Javier Maure; Sancristóbal Díaz, Jorge Ramón; Rodríguez Carvajal, Mercedes de laCaridad.Borges AL; Santos OA; Nascimento Nde C; Chofakian CB; Gomes-Sponholz FAPreconceptionhealthbehaviorsassociatedwithpregnancyplanning status amongBrazilianwomen.RevEscEnferm USP; 6Apr; 50(2): 208-16.2002.

Evangelista, Christiane Borges; Barbieri, Márcia; Silva, Patrick Leonardo Nogueira da. Gravidez não planejada e fatores associados à participação em programa de planeamiento familiar / Embarazo no planeada y factoresasociados a laparticipaciónenel programa de planeamiento familiar / Unplannedpregnancyandthefactorsassociatedwiththeparticipation in thefamilyplanningprogramRev. pesqui. cuid. fundam. (Online); 7(2): 2464-2474 abr.-jun. 2015.

LugonesBotell M. Análise de risco preconceito um grupo de trabalho básico. Rev. Cubana Obstetr. Ginecol. De janeiro a dezembro de; 21: 31-34. 2005.

Lule E, Singh S, Chowdhury SA. O Banco Mundial. Verifique Comportamentos não dar Fertilidade e custódio. SEUs. Contracepção e gravidez indesejada na África e na Europa Oriental e na Ásia Central. Disponível em estoque Acessado em feveiro 2016. Ministério da Saúde. Planejamento Familiar: manual ou gerente. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

Ministério da Saúde. Família Assistência Planejamento em: Manual técnico. 4th ed. Brasília: Ministério da Política de Saúde, Ministério da Saúde; 2002.

Machado Héctor Rodríguez. História da contracepção. In: Jorge PeláezMendosa, contracepção. Notícias e perspectiva para o novo milênio. 2 ed. Havana. Ed Científica -. Técnica. 10-4, 16, 18-22. 2002.

Molina Ramiro. Sexualidade e fertilidade em adolescentes. Universidade do Chile. 2002

Moura ERF, Silva RM. Informação e planejamento familiar como medidas de promoção da saúde. CienSaudeColet 9(4): 1023-1032.2011.

Organización Mundial de Saúde. Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento das Nações Unidas. Disponível em: http://www.un.org/popin/icpd/conference/offspa/sconf13.html. Acessado em 09 de feveiro de 2017

Pacto de Família. Universidade da Califórnia os San Francisco. Informations sobre os benefícios do Planejamento família. Disponível em estoque em: http://bixbycenter.ucsf.edu/publications/files/FPACT_FS_2006_Benef

itsofFamilyPlanning_2007Spanish.pdf. Acessado março 07, 2006.

Poels M; Koster MP; Boeije HR; Franx A; van Stel HF. Why Do Women Not Use Preconception Care? A Systematic Review On Barriers AndFacilitators.ObstetGynecolSurv; Oct; 71(10):603-612.2016.

R. Alvarez Sintetizadores Tópicos Medicina Geral. Havana: Ciências Médicas; 2001.

Rigol, Orlando. Obstetrícia e Ginecologia. La Habana: Ed Ciências Médicas. Havana. , 2004.

Rev. Cuba. med. gen. integr; Anticoncepción de emergencia.25(2)abr.-jun. 2009.

Rojas Sánchez, Eva M; Sánchez Olalde, Ariel; OlaldeJover, Luisa.Participación masculina en la planificación familiar.Medicentro (Villa Clara);15(2)jun. 2011

Rodríguez González, Yamilka; Hernández Nodarse, Yaquelín; Ojeda García, Nersys.Factores epidemiológicos del embarazo en la adolescencia. Medicentro (Villa Clara); 16(4) dic. 2012.

Salina. Portillo, Hugo. Saúde Reprodutiva. Hospital da Universidade de Santiago de Chile. , 2003.

Santos, Karine Alves. Teenagepregnancycontextualized: understandingreproductiveintentions in a Brazilianshantytown / Gravidez na adolescência em contexto: entendendo intenções reprodutivas em uma favela brasileira .CadSaude Publica; 28(4): 655-664, Apr. 2012.

Santos, Rayanne Branco dos; Barreto, RaíssaMont'alverne; Bezerra, Ana Caroline Lira; Vasconcelos, Maristela Inês Osawa. Processo de readequação de um planejamento familiar: construção de autonomia femenina em uma unidade básica de saúde no Ceará / Processofrestructuringof a familyplanning:

constructionoffemaleautonomyat a healthcare center in Ceará / Proceso de readecuación de una planificación familiar: laconstrucción dela autonomíafemeninaenun centro de atención primaria en Ceará RECIIS (Online); 10(3): 1-10, jul.-set. 2016.

World. Organização de Saúde. Benefícios do Planejamento família. Disponível em estoque em: http://whqlibdoc.who.int/hq/1995/WHO_FHE_FPP_95.11_spa.pdf. Acessado feveiro 10.2017[Ligações]

9. Anexos

QUESTIONÁRIO

Idade ____

1. Qual destes fatores você acha que são suficientes para considerar a uma mulher com risco pre-concepcional. Preenche com um X.

   ____ menos de 15 anos e mais de 45 anos

   ____ baixo nível educacional

   ____ estatura menos de 1.50 cm

   ____ Condições econômicas desfavoráveis

   ____ período entre uma gestação e outra. (< 1 ano)

   ____ Não ter trabalho fixo

   ____ Multiparidade.

   ____ doenças crônicas descompensadas

   ____ antecedentes de malformações congênitas

2. Para uma consulta ótima de planejamento familiar quais são os aspetos que você não pode esquecer. Marque com um X

3. Quais são os métodos anticonceptivos que você conhece que estão entre os métodos de barreira.

   __ DIU. __ Espermicida

   __ Método do ritmo circadiano __ vasectomia

   __ Coitos interrompidos __ Preservativos.

__ Diafragma

__ anticonceptivos orais

__ esterilização

__ Injetáveis

4. Quais são os métodos anticonceptivos que você conhece que estão entre os métodos definitivos.

__ DIU

__ Espermicida

__ Método do ritmo circadiano

__ vasectomia

__ Coitos interrompidos

__ Diafragma

__ anticonceptivos orais

__ esterilização

__ injetáveis

__ Preservativos.

5. Quais são os métodos anticonceptivos que você conhece que estão entre os métodos hormonais.

__ DIU.

__ Espermicida

__ Método do ritmo circadiano

__ vasectomia

__ Coitos interrompidos

__ Diafragma

__ anticonceptivos orais

__ esterilização

__ injetáveis

__ Preservativos.