

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIENCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS**

Juliana Schultz Waterloo

**CAPACITAÇÃO SOBRE PLANEJAMENTO FAMILIAR PARA A EQUIPE DE  
SAÚDE DA ESF VILA NOVA IPANEMA, PORTO ALEGRE/RS.**

PORTO ALEGRE,

2018

Juliana Schultz Waterloo

**CAPACITAÇÃO SOBRE PLANEJAMENTO FAMILIAR PARA A EQUIPE DE  
SAÚDE DA ESF VILA NOVA IPANEMA, PORTO ALEGRE/RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
curso de Especialização em Saúde da Família da  
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto  
Alegre.

Orientador: Prof. Daniel Victor Coriolano Serafim

PORTO ALEGRE,

2018

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO DO PORTFÓLIO.....	04
2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO.....	06
3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS.....	11
4 VISITA DOMICILIAR / ATIVIDADE NO DOMICÍLIO.....	14
5 REFLEXÃO CONCLUSIVA .....	16
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	18
ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	19

## 1 INTRODUÇÃO

Meu nome é Juliana Schultz Waterloo, tenho 25 anos, natural de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, graduada médica pela Universidade Federal de Santa Maria em julho de 2016. Logo após formada tive grande interesse pelo Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB), objetivando adquirir conhecimentos e experiências profissionais. Durante minha formação, tive uma ótima vivência na área de Atenção Básica no decorrer dos estágios práticos em Saúde Coletiva, o que direcionou minha decisão pelo PROVAB como um bom início para minha carreira médica. Atuar na comunidade, cultivar uma relação médico-paciente próxima e poder planejar e organizar uma rotina na ESF, agindo nos pontos mais carentes, foram as características que mais me atraíram para a atuação na saúde comunitária.

Fui alocada em Porto Alegre, na Zona Sul, na Unidade de Saúde Morro dos Sargentos, localizada no bairro Serraria, uma das comunidades mais violentas da cidade, dominada pelos líderes locais. A estrutura física da unidade era precária, mas, além disso, estava inserida dentro da comunidade, sem rota de fuga no caso de confrontos armados. Atuei como única médica por cinco meses nesta unidade, a qual era composta por duas equipes de saúde, cobrindo uma população de aproximadamente cinco mil pessoas. Infelizmente, devido ao risco constante de conflito armado, dificuldade de acesso e altíssimo grau de vulnerabilidade a qual estava exposta, somados à sobrecarga de trabalho, solicitei remanejamento à Gerência responsável. Após muita dificuldade, fui alocada em outra unidade de saúde, em fevereiro de 2017, também na Zona Sul, bairro Hípica, a ESF Vila Nova Ipanema, que estava sem profissional médico há alguns meses, composta por uma equipe de um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, quatro agentes comunitários de saúde (ACS), um dentista e um técnico em saúde bucal, cobrindo um território de aproximadamente três mil pessoas, dividida em quatro microáreas.

A população coberta pela ESF Vila Nova Ipanema é bastante variada, havendo uma alternância entre áreas mais carentes e outras mais favorecidas. Existe uma microárea de grande vulnerabilidade e com alguns pontos restritos sem saneamento básico, de difícil acesso inclusive para os próprios ACS, em função de lideranças locais e questões de domínio territorial. O bairro possui uma creche, uma escola de ensino infantil. Existe fácil acesso à avenida principal, com transporte público que liga a comunidade ao centro da cidade. Há hipermerca-

do próximo, academias, lojas de comércio, entre outros. A unidade divide sua estrutura física com o Sase (Serviço de Apoio Socioeducativo), que funciona no andar superior. Lá são atendidas crianças e adolescentes de seis a quatorze anos, com atividades desenvolvidas no turno inverso ao da escola, oferecendo alimentação, apoio pedagógico e psicossocial.

A demanda da unidade de saúde Vila Nova Ipanema é bastante variada, com destaque à prevalência de doentes crônicos diabéticos e hipertensos. Na área de odontologia, a maior procura é devido à problemas relacionados à má higiene bucal. Realizamos com a comunidade o grupo de tabagismo e, também, o grupo de caminhada, com boa adesão da população. Existe, também, um número importante de gestações indesejadas, não só com mulheres jovens, mas também mulheres com mais de 35 anos, que não planejavam ou não podiam ter filhos, com diversas gestações de alto risco. Quase a totalidade das gestantes que fazem parte do nosso programa de Pré-Natal não planejaram sua gravidez, o que nos remete ao tema do presente Projeto de Intervenção, o qual consta nos anexos deste trabalho.

O tema do Projeto de Intervenção a ser apresentado - Planejamento Familiar (PF) - foi escolhido pela sua relevância social dentro da comunidade e pela importância de se ter uma equipe de saúde integralmente preparada para lidar com os mais variados aspectos do Planejamento Familiar. O cerne do projeto é capacitar, com informações pertinentes e acessíveis, todos os membros da equipe de saúde no tema, com enfoque especial nos agentes comunitários de saúde, que representam o elo entre a equipe de saúde e a população, e, portanto, podem identificar situações de risco ou aquelas que merecem um olhar mais atento do restante da equipe no que tange ao Planejamento Familiar.

## 2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO

A paciente K.A.M, 18 anos, veio à unidade de saúde no dia 13/07/17 e foi acolhida pelo técnico de Enfermagem: apresentava queixa de desconforto em baixo ventre há 2 dias.

Registro de Sinais Vitais:

Pressão Arterial: 120/80mmHg

Frequência Cardíaca: 80bpm

Temperatura Axilar: 36,4°

Dados da Paciente:

Nome: K.A.M

Idade: 18 anos

Sexo: Feminino

Escolaridade: Ensino Médio Completo

Profissão: Manicure

Religião: Evangélica

Estado Civil: Solteira

Em consulta médica, a paciente relatou que havia iniciado com dor em baixo ventre há 2 dias, de intensidade leve, com característica contínua, que a impediu de fazer atividade física no dia anterior. A dor aliviou com analgésico comum, Paracetamol 500mg, fez uso de apenas um comprimido, com melhora completa. Negava sangramento vaginal, corrimento vaginal ou febre. Última menstruação há duas semanas. Urina sem alterações, negava ardência miccional. Eventualmente tinha constipação intestinal, mas na última semana estava com o hábito evacuatório sem alterações.

Ao ser questionada se era apenas a dor em baixo ventre que a tinha feito procurar a unidade, a paciente explicitou que desejava fazer uso de anticoncepção de emergência, pois teve relação sexual desprotegida há uma semana e tinha receio de engravidar. Contou que havia usado três vezes este ano um método de anticoncepção de emergência (não houve prescrição médica, sendo indicado por terceiros). Relatou que não procurou atendimento médico

anteriormente por receio de que seus pais descobrissem, visto que não havia revelado o fato de ter iniciado atividade sexual à sua família, por temer reprovação e brigas, considerando a forte religiosidade da família. No momento, estava namorando um rapaz da comunidade, dois anos mais velho, muito receosa que o pai descobrisse. K.A.M referiu ser muito responsável, finalizou o Ensino Médio de forma satisfatória e está estudando para prestar vestibular. Relatou sofrimento emocional intenso com o início da atividade sexual, se sentindo muito “culpada” devidos aos preceitos religiosos seguidos pela sua família, porém afirmou que por ela própria não se importava de “ir contra sua religião”, já que não seguia de forma tão fervorosa quanto seus pais.

Seguem dados da consulta:

História Médica Progressiva:

- Nega internações hospitalares.
- Nega alergias, cefaleia, alterações visuais.
- Nega cirurgias ou procedimentos invasivos.
- Nega uso crônico de medicações.
- Fez uso de Anticoncepção de Emergência em três ocasiões este ano.

História Ginecológica:

- Menarca: aos 13 anos.
- Sexarca: aos 18 anos (há 5 meses).
- Atividade sexual: refere que teve dois parceiros sexuais até o momento, com um episódio de relação sexual desprotegida, há uma semana.
- Ciclos menstruais: regulares, fluxo de quantidade moderada.

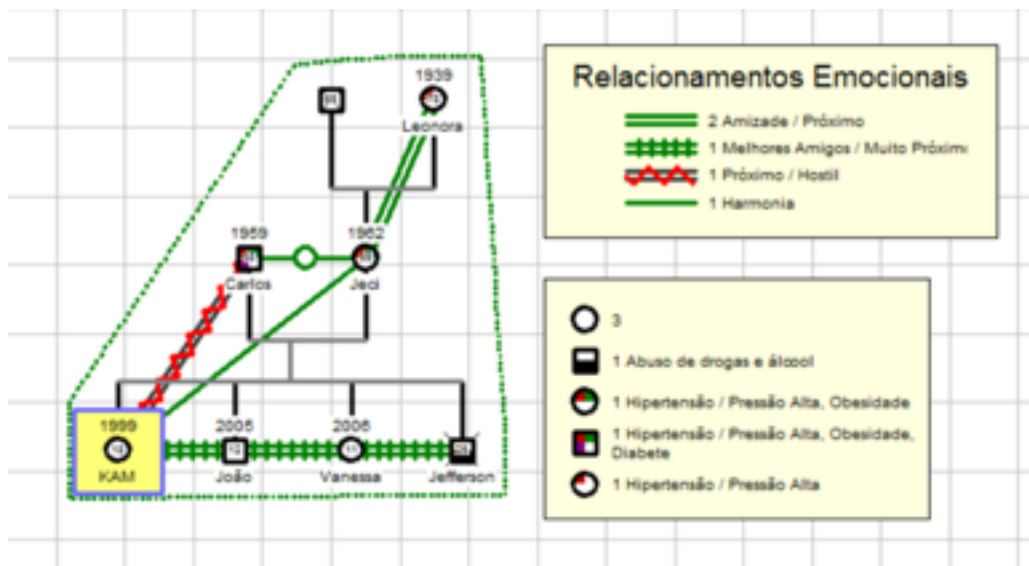
História Familiar:

- Avó materna 78 anos, hipertensa, em bom estado de saúde.
- Avô materno falecido aos 68 anos, de Infarto Agudo do Miocárdio.
- Desconhece história familiar paterna.

- Mãe com 55 anos, obesa, hipertensa.
- Pai 58 anos, obeso, hipertenso, diabético.
- Irmão de 15 anos, hígido.
- Irmã de 12 anos, hígida.
- Irmão mais velho falecido aos 25 anos, por overdose de drogas, desde então família seguiu a religião Evangélica.
- Nega historia familiar de neoplasia.

Genograma:

(Nomes fictícios)



Condições Socioeconômicas/Hábitos:

- Moradia: casa de alvenaria, bem localizada na comunidade, longe da zona mais vulnerável, com fácil acesso. Avó materna habita no mesmo terreno. A paciente tem seu próprio quarto.
- Alimentação: variada, sem restrições.
- Atividade física: sedentária.



- Condições socioeconômicas: não soube referir a renda familiar, mas ambos os pais trabalham, relata que a família tem uma vida modesta, mas não passa necessidades. Trabalha algumas vezes na semana como manicure (fez um curso de capacitação aos 17 anos), atendendo pessoas da comunidade, mas pretende apenas estudar até ser aprovada no vestibular.

#### Ao Exame Físico:

- Bom estado geral, corada, hidratada, lúcida, orientada.
- Peso: 52kg
- Altura: 1,60m
- IMC: 20,3kg/m<sup>2</sup>
- Aparelho cardiovascular: ritmo regular, sem sopros, bulhas normofonéticas.
- Aparelho respiratório: murmúrio vesicular regularmente distribuído, sem ruídos adventícios.
- Abdominal: plano, sem lesões ou incisões cicatriciais à inspeção, ruídos hidroaéreos presentes. Sem dor à palpação superficial ou profunda.
- Sem lesões cutâneas ou linfonodomegalias.
- Exame ginecológico sem alterações.
- Extremidades aquecidas e bem perfundidas.

#### Hipótese Diagnóstica:

- Exposição sexual desprotegida.
- Necessidade de início de método anticoncepcional.
- Possível conflito familiar, de cunho religioso.
- Dor em baixo ventre a acompanhar/investigar se necessário.

#### Conduta:

- Interconsulta com a Enfermagem com vistas a Teste Rápido (Sorologias/Gravidez), no mesmo turno do atendimento.

- Reforço a necessidade de conversar com os pais sobre esta etapa da sua vida, mantendo uma boa relação familiar.
- Garanto o sigilo das informações da paciente.
- Enfatizo fortemente a importância de fazer uso de preservativo para evitar doenças sexualmente transmissíveis e HIV.
- Explico sobre cada método anticoncepcional atualmente disponível e deixo a paciente escolher o método que julga ser mais adequado. Considerando a ausência de contra-indicações, a paciente opta pelo anticoncepcional oral combinado - oriento uso correto.
- Reforço a autonomia da paciente em relação à escolha do método.
- Coloco toda a equipe de saúde à disposição para apoio se necessário.

#### Plano:

- Retorno em 30 dias para avaliação da adesão.
- Manter acompanhamento.
- Conversar com o ACS responsável sobre o caso.
- Realizar abordagem familiar para aprimorar as relações dos membros da família, caso seja necessário.

#### Discussão do Caso Clínico (Evidências Científicas):

O Caso Clínico apresentado foi conduzido baseado no Protocolo de Saúde da Mulher, que nos orienta a respeitar o sigilo profissional inerente à abordagem em saúde, além de fornecer esclarecimentos sobre os métodos anticoncepcionais de escolha, reforçando a necessidade da dupla proteção.

### 3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Durante minha experiência profissional atuando na Atenção Básica, tanto na primeira unidade em que fui alocada, a ESF Morro dos Sargentos, quanto na unidade em que atuo no momento, ESF Vila Nova Ipanema, diversos pontos chamam a atenção na dificuldade de realizar a promoção à saúde de forma efetiva, considerando a enorme demanda de doentes que já realizam acompanhamento, com agravos já instalados e avançados. As ações preventivas acabam, muitas vezes, sendo colocadas em segundo plano, visto que existem demandas mais urgentes para serem resolvidas. Infelizmente, isso é uma realidade que até os próprios pacientes não compreendem, pois consultas de revisão ou puericultura são, algumas vezes, consideradas por eles como “dispensáveis”, e a demanda espontânea parece continuar imperando como prioritária na mentalidade da população, com sérias dificuldades em aceitar que algumas vezes não serão atendidos no mesmo dia, tendo sua demanda agendada. A equipe continua trabalhando dentro dos preceitos da equidade, de cuidado continuado e longitudinalidade arduamente, mas o desejo pelo imediatismo ainda comanda em algumas situações.

No âmbito da prevenção de neoplasias, coloco em destaque a situação dos exames citopatológicos de colo uterino da Unidade de Saúde Vila Nova Ipanema, na qual muitas mulheres tinham o exame preventivo em atraso, e algumas nunca tinham o realizado. Após discussão em equipe, também verificamos que diversas pacientes compareciam uma vez por ano na Unidade solicitando renovação de método contraceptivo, apenas deixavam a receita para renovação, sem consulta ou revisão. Foi decidido em equipe que seria mais produtivo se essas pacientes que deixavam a receita fossem registradas em uma ficha e faríamos a busca no livro de registros do exame citopatológico, e, as que estivessem em atraso com seu preventivo, seriam agendadas na mesma semana para realização do exame e renovação da receita de contraceptivo, ambas as ações na mesma visita da unidade. É uma mudança pequena no fluxo de trabalho da equipe, mas que pode auxiliar de forma substancial no controle dos exames de preventivo de câncer de colo uterino. Houve algum receio inicialmente, de que esta prática poderia reduzir a adesão ao método, mas até o presente momento tivemos uma boa aceitação, com maior vigilância no que diz respeito a efeitos colaterais dos métodos e, ainda, atualizamos um bom número de exames preventivos de câncer de colo uterino que estava em atraso.

Uma outra questão bastante relevante que ainda carece de ações efetivas é o sedentarismo. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios do IBGE - Práticas de Esporte e Atividade Física de 2015, no Brasil, 100,5 milhões de pessoas de 15 anos ou mais de idade não praticaram algum esporte ou atividade física no período de referência considerado (2014-2015), o que representou 62,1% da população investigada, sendo 66,6% de mulheres e 57,3% de homens. São números alarmantes que refletem a falta de importância dada ao combate do sedentarismo. Na ESF Morro dos Sargentos, a primeira unidade em que atuei, seria impossível a implementação de atividades ao ar livre, considerando o contexto de violência em que a comunidade está inserida, porém já era de minha vontade criar algo que pudesse agregar à população na prática de atividades, tornando prazerosa a interação entre a equipe e comunidade e trabalhando a ideia de que exercício físico deve fazer parte da nossa rotina. Ao ser transferida de Unidade, vi a oportunidade de criar um Grupo de Caminhada, e, com o apoio da equipe de saúde, conseguimos implementar essa atividade. O grupo atualmente funciona três dias na semana, com duração de aproximadamente uma hora, considerando o período de alongamento antes e depois da caminhada. Para que toda a equipe pudesse participar, e nos dividimos conforme a tabela a seguir:

Segunda-feira	Quarta-feira	Sexta-feira
Juliana (Médica) ACS Luciano, ACS Adriana	Caroline (Dentista) ACS Luana	Luana (Enfermeira) ACS Fabíola

Nas primeiras semanas, houve baixa adesão da população, mas com o decorrer do tempo, por meio da divulgação do grupo pelos ACS e pacientes participantes, além de cartazes na unidade, conseguimos agregar mais indivíduos e o grupo de caminhada passou a ser um momento de convivência saudável entre os pacientes e equipe, fortalecendo também os laços da equipe entre si, fazendo da atividade física um momento agradável, para os que tinham baixa aceitação da prática. Importante ressaltar que, ao entrar no Grupo de Caminhada, realizamos o preenchimento de uma ficha com os dados do paciente, comorbidades, medicações em uso, medidas antropométricas (Peso, altura, IMC, circunferência abdominal) e aferi-

ção da pressão arterial, o que proporciona um melhor acompanhamento do condicionamento físico do indivíduo participante.

Assim sendo, reforço a questão que inicialmente foi trazida à tona, reiterando que as ações de prevenção e promoção à saúde devem ser o cerne do nosso trabalho na Atenção Básica. O objetivo geral da Política Nacional de Promoção à Saúde, de 2010, traz o conceito de "promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes— modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais." Portanto, concluo que saúde não é meramente a ausência de doença, é um conceito muito mais amplo, que envolve práticas de bem-estar, prevenção de agravos, interação do indivíduo com o meio e atuação constante da equipe de saúde na comunidade, ampliando as práticas que tragam mudanças positivas na vida de seus usuários.

#### 4 VISITA DOMICILIAR/ ATIVIDADE NO DOMICÍLIO

Na primeira Unidade de Saúde em que fui alocada, a ESF Morro dos Sargentos, as atividades em domicílio estavam suspensas por tempo indeterminado devido aos problemas locais da comunidade e não pude vivenciar esse processo durante o período de cinco meses em que atuei nessa Unidade. Após a permuta do local de trabalho para a ESF Vila Nova Ipanema iniciei com as visitas domiciliares, participando desde a parte do agendamento das visitas até a sua realização.

O agendamento é realizado de formas variadas, tanto pela solicitação do paciente ou de sua família, quanto pela equipe de saúde, que verifica a necessidade de levar o médico ou enfermeiro até o enfermo e sua família. Durante a discussão de Planos Terapêuticos Singulares (PTS) também pode ser sugerida a visita domiciliar. Na ESF Vila Nova Ipanema, separa-se um turno por semana para que sejam realizadas as visitas, com aproximadamente quatro agendamentos por vez. O território é bastante íngreme e exige tempo de 15 minutos a pé para locomoção da equipe de saúde, eventualmente mais, dependendo da localidade. Nas visitas domiciliares que realizei até o momento estavam presentes um técnico de enfermagem e um ou dois ACS, eventualmente também com enfermeiro e odontólogo.

Durante minha experiência, pude verificar que as visitas são muito diferentes entre si, não sendo possível determinar um tempo padrão para a duração de um atendimento domiciliar. Por exemplo, se realizamos uma visita com vistas à melhora da adesão de tratamentos e orientações dietéticas (como para diabéticos e hipertensos), há uma demanda maior de tempo, pois, além de conversar e examinar o paciente, serão verificadas e organizadas medicações, e, ainda, caso haja permissão do paciente e da família, podemos avaliar que tipo de alimento há na casa, como é feito seu preparo, uso de sal, entre outros fatores importantes processo saúde-doença. Por outro lado, as visitas que tem por objetivo avaliar ferimentos ou apenas renovação de receita de paciente que está estável e bem controlado acabam sendo mais rápidas.

A demanda por atendimento domiciliar na ESF Vila Nova Ipanema é bastante variada, sendo, em sua maioria, o acompanhamento de doenças crônicas de usuários com dificuldade de locomoção até a Unidade, sejam eles jovens ou idosos. Acompanhamento de pós-operatórios para observação de ferida e realização de pequenos procedimentos — troca de curativo com pequeno desbridamento, sondas e retirada de pontos também são frequentes.

Realizando uma avaliação crítica do atendimento domiciliar na Unidade de Saúde em que trabalhei, uma atividade de fundamental importância ainda pouco explorada nesse sentido é a avaliação integral da família com vistas ao Planejamento Familiar (PF). Essa prática certamente aprimoraria muito o PF, trazendo mais qualidade caso fosse realizada no âmbito domiciliar, momento em que é possível conversar com os membros da família e enxergar de forma mais concreta e vívida os anseios e desejos daquele núcleo familiar.

Um exemplo de acompanhamento domiciliar que tenho a possibilidade de descrever é da paciente J.F., 28 anos, mãe de quatro filhos, apresenta problemas de locomoção devido a um acidente de carro que ocorreu há alguns anos. Fomos visitá-la (médica, enfermeira e técnico de enfermagem) após pedido da ACS responsável por sua área. A paciente não deseja mais filhos e tem enorme dificuldade para chegar até a Unidade de Saúde. Relata que nenhuma das suas gestações foi planejada, não estando em uso de nenhum método contraceptivo no momento. Durante a Visita Domiciliar, verificamos uma residência com estrutura simples, mas com o mínimo necessário, como quartos arejados, brinquedos para crianças, fogão, geladeira. A paciente desejava iniciar método anticoncepcional e não apresentava contra-indicações para o Injetável mensal, optando por tal método em virtude da simplicidade. Na mesma visita, sugerimos vasectomia para o marido. Foi acordado que realizaríamos o encaminhamento para o procedimento, mas enquanto isso, faríamos a aplicação mensal do anticoncepcional injetável.

Acredito que essas mudanças que, ao exemplo do caso citado, otimizam o acompanhamento e melhoraram a qualidade de vida do paciente, só poderiam ter sido realizadas por meio da atenção domiciliar, uma vez que, de outra forma, jamais seria alcançado esse nível de inserção na vida do usuário. As visitas são “o mais perto” que se pode chegar no dia-a-dia dos pacientes, conhecendo sua dinâmica familiar, conversando com paciente e sua família, ao mesmo tempo, observando suas dificuldades, avaliando adesão farmacológica e hábitos de vida.

## 5 REFLEXÃO CONCLUSIVA

Durante a minha trajetória no Curso de Especialização em Saúde da Família posso afirmar que tive um aprendizado teórico por meio das atividades propostas associado às práticas diárias, o que otimizou de forma muito clara a aquisição de conhecimentos nesse campo de estudo, colaborando para o meu crescimento profissional e pessoal.

O Projeto de Intervenção - Capacitação sobre Planejamento Familiar para Equipe de Saúde da Família - ESF Vila Nova Ipanema - agregou conhecimentos e experiências de diversas formas, modificando a dinâmica das reuniões da equipe durante algumas semanas e houve um grande aproveitamento por parte da equipe. Algumas dúvidas foram sanadas e uma maior familiaridade sobre o tema foi alcançado, tornando a equipe mais confiante para lidar com o tema.

O Eixo I me proporcionou todo o embasamento para compreender os moldes em que trabalhamos atualmente, nosso objetivo como profissionais na APS, e me ensinou, principalmente, a valorizar a Atenção Básica. Tenho a plena convicção de que compreender a sua história, suas dificuldades, a forma como está organizada e estruturada nos torna sujeitos ativos na construção de um sistema mais justo e digno, e não apenas meros personagens com horário a cumprir na rotina de uma Unidade de Saúde.

Com o passar do tempo, o Eixo II, com Casos Complexos, tornou muito mais proveitoso o meu estudo com os casos de pacientes reais, pois todos os casos e situações descritas nas atividades são encontrados na realidade. É importante enfatizar que os Casos Complexos nos acompanham rotineiramente, contribuindo para condutas mais conscientes e com embasamento em evidência científica.

Criticamente, posso ressaltar apenas a falta de casos que retratem a violência nas comunidades de forma mais vívida, pois esse é o dia-a-dia de quem trabalha em capitais ou periferia. Na minha situação, muitas vezes vi a rotina da Unidade ser ditada por tensão e medo, vivenciei situações de risco para equipe de saúde e observei diversas vezes que os problemas de saúde da comunidade pareciam se fixar em torno dessa brutal realidade de violência. Embora esse seja, obviamente, um problema complexo em uma esfera que difere à Saúde e caiba à gestão nos proporcionar um ambiente de trabalho seguro, é a realidade em que muitos profissionais de saúde estão inseridos e acredito que deva ser dado o seu merecido espaço em um



Curso de Especialização de Saúde da Família, retratando-se de forma fidedigna a realidade da Atenção Básica em nosso país — a porta de entrada que, para ser de fácil acesso, é infiltrada nas comunidades e, com isso, também sofre suas mazelas.

Um tema que sempre me cativou e ainda é uma questão que merece destaque na APS é o Planejamento Familiar e, por meio do Projeto de Intervenção, pude trazer a ideia de que a equipe de saúde deva ser mais ativa no PF, com enfoque nos agentes comunitários de saúde, profissionais mais próximos da população.

Na ferramenta Portfólio toda a coleção de atividades realizadas durante o curso foi reunida, documentando o meu crescimento como médica e as vivências que contribuíram, também, para o meu crescimento pessoal. O uso do Portfólio nos permite refletir sobre o caminho que percorremos na APS, sendo dinâmico por permitir o Feedback do Tutor e totalmente personalizado, pois jamais um Portfólio será igual a outro.

Por fim, posso dizer que a bagagem mais valiosa que levo do Curso de Especialização em Saúde da Família, além dos conhecimentos técnicos e práticos adquiridos, é a valorização da Atenção Básica. Hoje afirmo com clareza que o médico da Unidade Básica não é aquele que faz triagem ou fornece encaminhamentos — conceitos equivocados ainda presentes na nossa rotina, mas sim, é aquele que, trabalhando lado a lado com a equipe de saúde, lida com casos de alta complexidade dispondo de pouquíssimos recursos, enfrentando a sofrida realidade de pobreza, violência, falta de educação de qualidade, desemprego, além da precariedade da Rede de Saúde, que também traz problemas nos demais níveis de atenção. O profissional de saúde da APS doa-se totalmente, enfrenta dificuldades junto com seus pacientes e vive da forma mais real possível tudo o que passa uma comunidade, suas carências, perdas, ganhos e conquistas.

## 6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica : Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.
3. BRASIL. Práticas de esporte e atividade física : 2015 / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro : IBGE, 2017.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).
6. CARCERERI, Daniela R., et al. Atenção integral à saúde da mulher: medicina [recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina. 3. ed. — Florianópolis : Universidade Federal de Santa Catarina, 2016.

**ANEXO 1 - PROJETO DE INTERVENÇÃO**

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

**Juliana Schultz Waterloo**

**Capacitação sobre planejamento familiar para a equipe de saúde da ESF Vila Nova  
Ipanema, Porto Alegre/RS**

Porto Alegre,  
2017

## SUMÁRIO

1) Introdução .....	22
2) Objetivos.....	24
3) Revisão de Literatura.....	25
4) Métodos.....	28
5) Cronograma.....	33
6) Recursos Necessários.....	34
7) Resultados Esperados.....	35
8) Referências Bibliográficas.....	36

## RESUMO

Atualmente sabe-se da magnitude e da importância do tema Planejamento Familiar na comunidade e na qualidade de vida dos usuários. É um direito básico dos homens, mulheres e casais terem autonomia sobre a sua situação reprodutiva e constituição de suas famílias, se assim o desejarem. No cerne desta questão, destaca-se o papel da equipe de saúde da família, a qual tem um papel fundamental de garantir os direitos reprodutivos da população, devendo estar devidamente preparada para tal. O presente projeto visa capacitar à equipe de saúde, especialmente os agentes comunitários de saúde (ACS), sobre Planejamento Familiar, objetivando um atendimento mais qualificado à população. Serão ministradas apresentações dinâmicas à equipe de saúde, com momentos teóricos e práticos, com enfoque em métodos contraceptivos e suas indicações e contraindicações, bem como as categorias de elegibilidade de cada método, segundo a OMS, além da discussão de casos clínicos. O resultado esperado é uma equipe de saúde preparada para lidar com essa importante questão no seu dia-a-dia, orientando melhor os usuários no planejamento de suas famílias, no uso de métodos contraceptivos e identificando de forma mais efetiva os indivíduos que necessitam de uma abordagem diferenciada.

**Palavras-chave:** Planejamento Familiar; Agente Comunitário de Saúde; Método Contraceptivo; Equipe de Saúde da Família.

## 1) INTRODUÇÃO

Planejamento familiar é o conjunto de ações de regulação da fecundidade que assegura direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal, e é, também, direito de todo cidadão, conforme disposto na Constituição Federal, Lei Nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Questões fisiológicas e sociais relacionadas à reprodução humana vem sendo altamente exploradas e divulgadas desde o século passado. Entretanto, de acordo com informações provenientes da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2007), aproximadamente 120 milhões de mulheres de diferentes partes do mundo desejam evitar a gravidez, porém desconhecem os métodos contraceptivos ou não os utilizam durante a relação sexual.

A saúde reprodutiva implica no indivíduo apresentar “uma vida sexual segura e satisfatória, tendo autonomia para se reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo” (BRASIL, 2016). Assim, torna-se fundamental que a mulher, homem ou casal adquira o direito de decisão do momento ideal na sua vida para procriar, conseguindo se planejar da melhor forma possível por meio de adaptações na sua rotina e renda, resultando em um evento familiar mais seguro e prazeroso.

Tendo em vista a importância desta temática, a Unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF) Vila Nova Ipanema, localizada na Zona Sul de Porto Alegre, deve considerá-la em suas ações em saúde familiar. Durante reuniões de equipe, torna-se perceptível que os agentes comunitários de saúde (ACS) apresentam conhecimentos limitados sobre métodos contraceptivos e suas indicações, além de não serem capazes de identificar mulheres, homens e famílias que necessitam algum tipo de instrução. Os agentes comunitários de saúde são o elo entre a Unidade e a comunidade e tem um papel essencial na promoção da saúde, sendo seu dever orientar as famílias quanto ao uso dos serviços de saúde disponíveis, tais como o planejamento familiar (BRASIL, 2012).

O planejamento reprodutivo é uma demanda que se renova constantemente. Conforme dados globais da OMS (2007), sabe-se que, nos próximos cinco anos, cerca de 60 milhões de jovens atingirão a maturidade sexual. O presente dado ilustra a magnitude da responsabilidade da equipe de saúde que atua na Atenção Básica em identificar a população de risco e fornecer o embasamento educacional em saúde sexual, ofertar métodos contraceptivos de forma humanizada e individualizada e reforçar a importância do planejamento e da preparação da família

para a chegada de um novo membro - trabalho que só é possível se existir uma equipe de saúde disposta e preparada para executá-lo, sendo fundamental a presença enérgica dos ACS.

A partir do exposto, pode ser definido como um problema a ser debatido a falta de qualificação dos agentes comunitários de saúde sobre o planejamento familiar. Esse ponto têm empobrecido as ações em planejamento reprodutivo da presente ESF. Nesta unidade, é perceptível o número reduzido de mulheres ou casais que objetivam consultas para esclarecimentos em relação à temática “saúde sexual”, o que pode ser resultado da falta de conhecimento e engajamento dos agentes comunitários de saúde na questão.

A proposta do presente projeto é realizar uma capacitação em planejamento familiar para a equipe de saúde, com enfoque nos ACS, por meio de atividades durante reuniões de equipe, tais como aulas expositivas sobre as indicações de métodos contraceptivos, informações sobre cada método, discussão de casos clínicos e aplicação dos conhecimentos. O pleno domínio sobre o tema torna mais fácil a abordagem na população, permitindo identificar e encaminhar os usuários para avaliação de escolha de método, ampliando o acesso da comunidade aos meios de anticoncepção e, como consequência, diminuindo os casos de gestações indesejadas, melhorando a qualidade de vida e autonomia das mulheres, homens e casais no que tange à reprodução humana.

## **2) OBJETIVOS**

### **Objetivo Geral**

Qualificar a equipe de saúde para o planejamento familiar, enfatizando a educação sexual e os métodos contraceptivos, da ESF Vila Nova Ipanema, Porto Alegre/RS.

### **Objetivos Específicos**

- Aprimorar o domínio do tema em questão pela equipe de saúde;
- Orientar como deve ser abordado à comunidade o tema de educação sexual;
- Discutir métodos contraceptivos e suas particularidades;
- Visar a forma mais eficaz para identificar os usuários que necessitam de planejamento familiar.



### 3) REVISÃO DE LITERATURA

O direito reprodutivo compõe os direitos humanos básicos de um indivíduo, e tais direitos já vem sendo explorados desde a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948. Na sequência, diversas conferências internacionais e ações nacionais reafirmaram os direitos reprodutivos da população.

Em 1968, decorridos 20 anos após a Declaração Universal dos Direitos Humanos, a Organização das Nações Unidas (ONU) realizou, na cidade de Teerã, a I Conferência Internacional de Direitos Humanos, firmando que “os pais têm o direito humano fundamental de determinar livremente o número de filhos e seus intervalos de nascimento” (Art. 16, Proclamação de Teerã). Na década de 90, o plano de ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento realizada no Cairo, bem como o documento resultante da IV Conferência Mundial da Mulher realizada em Pequim, legitimaram o conceito de direitos reprodutivos na sua concepção atual e estabeleceram novos modelos de intervenção na saúde reprodutiva e de ação jurídica (VENTURA, 2003). O documento do Cairo também sustenta que o direito reprodutivo permite o indivíduo a “decidir livremente e de forma responsável a respeito o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e ter acesso à informação e aos meios para decidir e gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva, livre de discriminações, coerções ou violências”.

No Brasil, o planejamento familiar e direito reprodutivo ganhou um importante espaço em 1984, por meio da Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), preconizada pelo Ministério da Saúde. Até então, o debate com visibilidade pública era escasso e as ações em direitos reprodutivos eram quase inexistentes, resumindo-se ao uso da pílula e esterilização definitiva, sem acompanhamento de saúde e discussão do planejamento familiar como política pública de saúde (BRASIL, 1984).

O Planejamento Familiar tornou-se parte da Constituição Federal a partir de 1996, em um projeto de lei que definiu, conceituou e estabeleceu regras no que tange aos direitos reprodutivos dos cidadãos brasileiros. A lei estipula que o planejamento familiar é direito de todo cidadão e o conceitua como o “conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal”. A lei também estabelece que é proibida a utilização das ações de planejamento para controle demográfico, com suas respectivas penitências, e define que “as instâncias ges-

toras do Sistema Único de Saúde, em todos os seus níveis, obrigam-se a garantir, no que respeita a atenção à mulher, ao homem ou ao casal, programa de atenção integral à saúde, em todos os seus ciclos vitais, que inclua, como atividades básicas a assistência à concepção e contracepção”.

Em 2002, o Manual em Assistência em Planejamento Familiar publicado pelo Ministério de Saúde apresentou um papel fundamental na condução das ações de planejamento familiar, fornecendo aos profissionais de saúde um conjunto de informações atualizadas sobre anticoncepção capazes de ampliar o acesso aos métodos contraceptivos e garantir o exercício dos direitos reprodutivos no país. A publicação ainda reforçou que os métodos devem ser ofertados por profissionais da equipe de saúde capacitados para tal ação.

Após três anos, o Ministério de Saúde confeccionou A Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos, na qual consta em suas diretrizes e ações a ampliação da oferta de métodos contraceptivos reversíveis no SUS, o incentivo à implementação de atividades educativas em saúde sexual e reprodutiva, destacando a capacitação dos profissionais da Atenção Básica em saúde sexual e reprodutiva, e a ampliação do acesso à esterilização cirúrgica voluntária (laqueadura tubária e vasectomia).

Em 2008, no programa Mais Saúde: Direito de Todos, o Ministério de Saúde propôs expandir as ações em planejamento familiar por meio da ampliação da compra e distribuição de métodos contraceptivos (anticoncepcionais orais e injetáveis, DIU, diafragma, preservativos) e anticoncepção de emergência, aumento do número de vasectomias e laqueaduras tubárias realizadas e qualificação dos profissionais para garantir orientação adequada sobre planejamento familiar. O programa sugere que além da distribuição de anticoncepcionais como ação preventiva, manter a população informada e acompanhar os indivíduos a longo prazo é fundamental .

Em 2010, no manual de Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva, o enfoque comunitário do planejamento familiar foi fortemente pautado, apresentado como “uma nova postura e qualificação profissional, com enfoque não só para o indivíduo, mas também para a família e a comunidade, lembrando que, no contexto atual, as famílias assumem diferentes conformações, não apenas aquela de grupo nuclear específico, formado por pai, mãe e filhos. Além disso, é importante compreender a família também como um espaço emocional e social, onde podem se reproduzir as mais diversas formas de relações da sociedade”.

A partir dos documentos expostos, reitera-se a importância do papel da equipe de saúde, principalmente dos ACS, no monitoramento e acompanhamento dos usuários no que tange ao planejamento familiar. A atuação dos ACS dentro de uma equipe de saúde foi efetivamente instituída e regulamentada em 1997 por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Os ACS são indivíduos escolhidos dentro da própria comunidade para atuarem junto à população. No âmbito do planejamento familiar, o trabalho do ACS deve ser focado em orientações, esclarecimentos e informações sobre os métodos contraceptivos e direitos reprodutivos dos indivíduos, além do direcionamento para o atendimento necessário com os demais profissionais da equipe de saúde (BRASIL, 2012)

#### 4) MÉTODOS

O presente trabalho trata-se de um projeto de intervenção a ser realizado na ESF Vila Nova Ipanema, na Zona Sul de Porto Alegre, onde serão conduzidas atividades com a equipe de saúde pela equipe médica durante as reuniões semanais, tendo como foco a orientação aos ACS, visando à melhora do atendimento à população no âmbito do planejamento familiar. As atividades serão teóricas e práticas, compostas por aulas expositivas, manipulação dos métodos e dispositivos, além de um espaço para discussão de casos clínicos simplificados. Será reforçado que o ACS deve assegurar os direitos reprodutivos da população, devendo, também, conhecer a gama de métodos contraceptivos ofertados pelo SUS e algumas de suas particularidades. Haverá espaço para a questão da educação sexual na comunidade e debates sobre as dificuldades enfrentadas pelos ACS na abordagem deste tema com a população.

É essencial que o ACS tenha algum conhecimento sobre a escolha do método contraceptivo, bem como uma ideia do que são os critérios de Elegibilidade da OMS (2009). Os critérios serão apresentados de forma simplificada pela equipe médica durante a aula expositiva. Identificar tais critérios é importante uma vez que situações de risco podem ser detectadas.

A sistemática de qualificação da equipe de saúde para o planejamento familiar se dará da seguinte maneira:

1. Serão apresentados e discutidos os seguintes métodos contraceptivos ofertados pela rede SUS e suas particularidades, indicações e contraindicações, usando como referência o Protocolo de Atenção Básica de Saúde da Mulher, 2016. O material será apresentado em projetor portátil.
  - a. MÉTODOS DEFINITIVOS (ESTERILIZAÇÃO):  
Feminino (ligadura tubária) / Masculino (vasectomia);
  - b. MÉTODOS TEMPORÁRIOS (REVERSÍVEIS):  
Métodos de barreira / Diafragma / Preservativo masculino / DIU T (de cobre);
  - c. MÉTODOS HORMONAIS:  
Hormonais orais: Combinado (monofásico)/ Minipílula / Pílula anticoncepcional de emergência;  
Hormonais injetáveis: trimestral / mensal;

Haverá, também, neste momento, um espaço para debate e esclarecimentos sobre as possíveis dúvidas dos profissionais.

2. Serão abordados os seguintes critérios de elegibilidade (figuras 1 e 2) e categorias de cada método contraceptivo (figura 3), conforme as publicações da OMS em 2009;
3. Será reforçada a questão da abordagem da educação sexual na comunidade, observando as dificuldades enfrentadas pelos ACS e os entraves que podem prejudicar o alcance da população jovem;
4. Será realizada uma atividade prática onde cada método contraceptivo poderá ser visualizado e conhecido. Serão usadas amostras de produtos e dispositivos para fins educativos. Para cada método previamente citado, haverá uma demonstração com manuseio do produto a fim de familiarizar os profissionais com as opções de anticoncepção fornecidas pela rede SUS. Os dispositivos serão fornecidos pelo posto de saúde.
5. Visando solidificar os conhecimentos da equipe já capacitada e possuidora de um embasamento teórico mais concreto, serão discutidos casos clínicos previamente definidos pela equipe médica, abordando diversos "perfis" de usuário, bem como será debatido qual seria o método contraceptivo ideal para determinado perfil. Os casos serão apresentados em projetor portátil para a equipe de saúde.

CONDIÇÃO ATUAL	ANTICONCEPCIONAL ORAL*	ANTICONCEPCIONAL INJETÁVEL		MINIPÍLULA	DIU DE COBRE	MÉTODOS DE BARREIRA**
		Combinado (mensal)	Progestágeno (trimestral)			
Idade < 40 anos	1	1	1	1	1 A: 2	1
Idade > = 40 anos	2	2	2	1	1	1
Gravidez	B	B	C	C	4	Não aplicável (preservativo deve ser utilizado pela dupla proteção)
Amamentação: menos de 6 sem do parto	4	4	3	3	D: 1 E: 3	1 (diafragma não aplicável se <= 6 semanas pós-parto)
Amamentação: 6 sem a 6 meses do parto	3	3	1	1	1	1
Amamentação: mais de 6 meses do parto	2	2	1	1	1	1
Obesidade	2	2	1	1	1	1
IST (exceto HIV e hepatite)	1	1	1	1	F: 4 G: 2	1
Fumo: <35 anos	2	2	1	1	1	1
Fumo: >= 35 anos; <= 15 cigarros/dia.	3	3	1	1	1	1
Fumo: >= 35 anos; > 15 cigarros/dia.	4	4	1	1	1	1
HAS sem acompanhamento	3	3	2	2	1	Não aplicável (não é necessário para a segurança do método o acompanhamento da HAS)
HAS controlada em acompanhamento	3	3	2	1	1	1
HAS: PAS 140-159 e PAD 90-99 mmHg	3	3	2	1	1	1

Figura 1. Critérios de Elegibilidade da OMS de contraceptivos por condição clínica. Protocolos da Atenção Básica - Saúde das Mulheres, 2016, página 161.

CONDIÇÃO ATUAL	ANTICONCEPCIONAL ORAL*	ANTICONCEPCIONAL INJETÁVEL		MINIPÍLULA	DIU DE COBRE	MÉTODOS DE BARRERA**
		Combinado (mensal)	Progestágeno (trimestral)			
HAS com PAS>160 e PAD>=100 mmHg	4	4	3	2	1	1
HAS + portadora de doença vascular	4	4	3	2	1	1
História atual de TEP/ TVP	4	4	3	3	1	1
Histórico TEP/ TVP + uso atual de anticoagulante oral	4	4	2	2	1	1
História prévia de TEP/TVP	4	4	2	2	1	1
Isquemia cardíaca (prévia ou atual)	4	4	3	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	1	1
AVC (prévio ou atual)	4	4	3	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	1	1
Dislipidemias	2/3	2/3	2	2	1	
Diabetes há mais de 20 anos OU com doença vascular (nefro, retino ou neuropatias)	3/4	3/4	3	2	1	1
Enxaqueca sem aura (<35 anos)	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	2	1 (introdução do método) 2 (manutenção do método)	1	1
Enxaqueca sem aura (>= 35 anos)	3 (introdução do método) 4 (manutenção do método)	3 (introdução do método) 4 (manutenção do método)	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	1	1
Enxaqueca com aura	4 (introdução do método)	4 (introdução do método)	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	1	1
Câncer (CA) de mama atual	4	4	4	4	1	
Histórico de CA de mama – ausência de evidência por 5 anos	3	3	3	3	1	
Uso atual de anticonvulsivantes**	3	2	1	3	1	

Figura 2. Critérios de Elegibilidade da OMS de contraceptivos por condição clínica. Protocolos da Atenção Básica - Saúde das Mulheres, 2016, página 162.

CATEGORIA	AVALIAÇÃO CLÍNICA	PODE SER USADO?
<b>Categoria 1</b>	<b>Pode ser usado em qualquer circunstância.</b>	<b>SIM</b>
<b>Categoria 2</b>	<b>Uso permitido, em geral.</b>	
<b>Categoria 3</b>	<b>O uso geralmente não é recomendado. Exceção feita para quando outros métodos indicados não estejam disponíveis ou não sejam aceitáveis.</b>	<b>NÃO</b>
<b>Categoria 4</b>	<b>Não deve ser usado (risco inaceitável).</b>	

Figura 3. Categorias da OMS para os critérios de elegibilidade de métodos contraceptivos. Protocolos da Atenção Básica - Saúde das Mulheres, 2016, página 161.



## 5) CRONOGRAMA

<b>Ações</b>	<b>Junho/Julho 2017</b>	<b>Agosto/Setembro 2017</b>
Atividade de embasamento teórico parte I (apresentação dos métodos anticoncepcionais, seu funcionamento e suas particularidades)	X	
Atividade de embasamento teórico parte II (abordagem dos critérios de elegibilidade da OMS e categorias dos métodos)	X	
Atividade com foco em educação sexual e como é feita essa abordagem na comunidade	X	
Atividade prática com apresentação e familiarização dos métodos anticoncepcionais	X	
Discussão de casos clínicos e conclusão da capacitação		X

## **6) RECURSOS NECESSÁRIOS**

### **a. Recursos Humanos**

Equipe de saúde da família composta por 1 médico, 1 enfermeiro, 2 técnicos de enfermagem, 4 agentes comunitários de saúde.

### **b. Recursos Materiais**

- Sala para realização das atividades
- Um protetor portátil
- Amostras de medicamentos/dispositivos anticoncepcionais
  - pílula
  - injetáveis
  - preservativos
  - diafragma
  - DIU

## **7) RESULTADOS ESPERADOS**

A partir da capacitação proposta pelo presente projeto, espera-se o enriquecimento dos conhecimentos da Equipe de Saúde (em especial os ACS) no tema de Planejamento familiar, bem como a consolidação das questões mais pertinentes dentro deste assunto, tendo como resultado não apenas o pleno entendimento de cada método anticoncepcional e suas respectivas indicações e contra-indicações, mas também o domínio dos Critérios de Elegibilidade dos métodos contraceptivos, conforme propõe a OMS.

O desfecho esperado com a discussão no tema de Educação Sexual é alcançar uma maior familiaridade dos profissionais de saúde com essa questão, tornando-os mais confiantes e mais qualificados para abordar o tema com a comunidade na sua rotina diária.

Uma Equipe de Saúde capacitada em Planejamento Familiar será capaz de promover uma melhor adesão dos(as) usuários(as) aos métodos contraceptivos, diminuindo os desfechos indesejáveis de uma gravidez não planejada. Além disso, os profissionais da equipe, em especial os ACS, estarão aptos a identificar precocemente situações de risco decorrente do uso inadequado de contraceptivos, e, ainda, detectarão de forma mais efetiva os usuários que necessitam de um olhar mais atento em relação ao Planejamento Familiar, promovendo a saúde sexual e preservando a autonomia e liberdade dos indivíduos no que tange à reprodução humana.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. **Lei Nº 9.263**, de 12 de janeiro de 1996. - § 7º, art. 226. Brasil.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica : Saúde das Mulheres** / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do agente comunitário de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO, 1994, Cairo, Egito. **Relatório final**. [S.l.]: CNPD; FNUAP, 1994. Publicação em português.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE DIREITOS HUMANOS, 1968, Teerã, República Islâmica do Irã. **Proclamação de Teerã**, de 13 de Maio de 1968.

PIERRE, Luzia Aparecida dos Santos. CLAPIS, Maria José. **Planejamento familiar em Unidade de Saúde da Família**. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Nov-dez 2010. Acesso em 30 de março de 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt\\_17.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt_17.pdf)

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa (SRP) e Escola Bloomberg de Saúde Pública/Centro de Programas de Comunicação (CPC) da Universidade Johns Hopkins, Projeto INFO. **Planejamento Familiar: Um**

**Manual Global para Prestadores de Serviços de Saúde.** Baltimore e Genebra: CPC e OMS, 2007.

FINOTTI, Marta. **Manual de anticoncepção** / Marta Finotti. -- São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2015.

POLI, Marcelino E. Hofmeister et al. **Manual de anticoncepção da FEBRASGO.** FEMINA, Setembro 2009 | vol 37 | no 9. Acesso em 12 de março de 2017. Disponível em: [http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/Femina-v37n9\\_Editorial.pdf](http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/Femina-v37n9_Editorial.pdf)

VENTURA, Miriam. FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – UNFPA. **Direitos reprodutivos no Brasil.** Brasília-DF. 2009.