



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

PEDRO DE FIGUEIREDO BUCHALLA

PLANEJAMENTO FAMILIAR: UM PROJETO DE INTERVENÇÃO EM UMA UNIDADE
DE SAÚDE DA FAMÍLIA, SITUADA NO MUNICÍPIO DO GUARUJÁ-SP

SÃO PAULO
2020

PEDRO DE FIGUEIREDO BUCHALLA

PLANEJAMENTO FAMILIAR: UM PROJETO DE INTERVENÇÃO EM UMA UNIDADE
DE SAÚDE DA FAMÍLIA, SITUADA NO MUNICÍPIO DO GUARUJÁ-SP

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família da Universidade Federal de São Paulo
para obtenção do título de Especialista em
Saúde da Família

Orientação: VERA LUCIA DORIGÃO GUIMARÃES

SÃO PAULO
2020

Resumo

O planejamento familiar foi uma importante conquista da população brasileira, assegurada pela Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que garante o direito ao homem e a mulher, toda assistência à concepção e contracepção como parte das demais ações que compõem a Assistência Integral à Saúde. O planejamento familiar consiste em ações de orientações sobre as diferentes formas contraceptivas, eficácia, indicações e contraindicações de cada método, e a maneira correta de utilizá-los. Nesse sentido a Equipe multiprofissional propõe por meio dessas ações educativas, colaborar fornecendo insumos para a escolha consciente, autônoma e planejada de ter ou não filhos dos usuários da USAFA Jardim Boa Esperança, Guarujá-SP.

Palavra-chave


Promoção da Saúde. Planejamento Familiar. Gravidez não Planejada. Contracepção.

PROBLEMA/SITUAÇÃO

Guarujá é uma cidade do litoral paulista localizado na Ilha de Santo Amaro, cercado por Santos e Bertioga. O município têm uma área de cerca de 142,9 km² e de acordo com o último censo possui uma população estimada de 320.459 habitantes (IBGE, 2019). A principal fonte de renda do município provém do turismo, decorrentes das inúmeras e belas praias. Um lado não muito divulgado são as favelas, ocupações irregulares e as moradias nas palafitas, onde quase 1/3 da população reside (DIÁRIO DO LITORAL, 2015).

O município apresenta um grande contraste social, as favelas, ocupações irregulares e palafitas, apresentam uma ausência de recursos básicos para a sobrevivência, a maioria não possui saneamento básico adequado, eletricidade ou quando existe energia elétrica provém das perigosas fontes irregulares, existe também um alto índice de criminalidade, problemas com drogas e violência, os índices de gravidez na adolescência e/ou não planejada também são preocupantes e há um alto índice de mortalidade infantil e materna, além do desemprego (DIÁRIO DO LITORAL, 2015).

Na TABELA 01, elaborada de acordo com dados preliminares do SIM/SINASC 2019, podemos observar o número de mortes maternas em alguns municípios da baixada santista.

Mortes Maternas, por residência, RMBS 2013 a 2019 (dados preliminares)							
MUNICÍPIO	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Bertioga	1	1	1	0	1	0	1
Cubatão	1	3	2	2	4	3	1
Guarujá	1	1	4	3	7	0	2
Itanhaém	2	2	2	1	2	2	1
Mongaguá	0	1	0	0	3	0	2
Peruibe	0	0	0	1	3	1	0
Praia Grande	1	2(+1*)	3	4	2	4	1
Santos	2	5(+2*)	4	2	1	2	4
São Vicente	3(+1*)	1(+1*)	6	7(+1*)	5	2	1
RMBS	11(+1*)	16(+4*)	22	20(+1*)	24 (+4)	14	13

Fonte: SIM / SINASC dados provisórios
05/11/2019

Outro fator muito preocupante no município do Guarujá, é com relação ao alto índice de Mortalidade Infantil, como podemos observar melhor na tabela abaixo:

Mortalidade Infantil(CMI) por município de residência, RMBS, 2019 (dados preliminares)



RESIDÊNCIA	Nascidos Vivos	Óbitos < 1 ano	Mortalidade Infantil (CMI) 2019
Bertioga	834	11	13,2
Cubatão	1.316	18	13,7
Guarujá	3.489	70	20,1
Itanhaém	1.105	24	21,7
Mongaguá	589	7	11,9
Peruíbe	756	13	17,2
Praia Grande	3.737	67	17,9
Santos	3.902	34	8,7
São Vicente	3.742	55	14,7
RMBS	19.470	299	15,4(14,0-2018)

Fonte: SIM/SINASC 05/11/2019



Ao analisarmos os dados preliminares até novembro de 2019, o município do Guarujá, já apresentava um índice de Mortalidade Infantil alarmante de 20,1%, sendo um dos maiores da baixada santista, superando inclusive a média nacional (SIM/SINASC, 2019). As possíveis causas dessa problemática requerem maiores estudos e investigações que não serão trabalhadas no presente estudo.

ESTRUTURA FÍSICA DA SAÚDE

De acordo com dados do site oficial da Prefeitura Municipal atualmente o Guarujá possui 7 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 15 Unidades de Saúde da Família (USAFAS), 5 UPAS, 2 hospitais, 4 Centros de Referência de Assistência Social, 4 Centros de Atendimento Psicossocial, 4 farmácias do cidadão e um centro de controle de endemias.

USAFA JARDIM BOA ESPERANÇA

O cenário desse projeto de intervenção é a USAFA Jardim Boa Esperança, localizada na Av. Adriano Dias dos Santos, 533, no Bairro Jardim Boa Esperança em Vicente de Carvalho, distrito do município do Guarujá. A unidade fica localizado em um bairro periférico, o perfil dos usuários são, de uma população humilde, de baixo poder aquisitivo, famílias numerosas, expostas a riscos como tráfico de drogas, violência e áreas de ocupações irregulares (falta de saneamento básico, infraestrutura, transporte, energia elétrica, etc.).

A USAFA Jardim Boa Esperança oferece atendimentos de atenção básica: consultas com médico clínico geral, consultas odontológicas, pré-natal, puericultura (atendimento compartilhado com a pediatra do NASF-AB), vacinação, curativos, acompanhamento dos usuários com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), aleitamento materno, rodas e

rodinhas de conversa, grupo de obesidade, grupo de combate ao tabagismo, campanhas nacionais (outubro rosa, novembro azul, dentre outras), dispensação de medicamentos, visitas domiciliares, buscas ativas, coordenação do cuidado e encaminhamento para os demais níveis de atenção a saúde, e ações de planejamento familiar.

O diagnóstico situacional realizado pela equipe de Saúde da Estratégia da Família Jardim Boa Esperança (ESF Jardim Boa Esperança), identificou como maiores problemáticas dos usuários da unidade as doenças crônicas não transmissíveis (principalmente hipertensão arterial sistêmica e diabetes), baixa adesão dos membros da comunidade as ações de planejamento familiar, alta incidência de gravidez não planejada e/ou indesejada e famílias desestruturadas cada vez mais numerosas.

Atualmente a área azul da USAFA Jardim Boa Esperança é responsável por 30 pré-natais de mulheres com faixa etária de 16 a 37 anos de idade, a maioria informou não trabalhar ou estar desempregada, todas as gestações foram referidas como não planejadas, 15 gestações foram referidas como indesejadas ou inoportunas.

Nesse sentido surgiu o interesse em se realizar uma intervenção que busque sensibilizar a comunidade por meio de ações educativas em saúde que visem estimular a participação ativa dos casais no grupo de planejamento familiar.

ESTUDO DA LITERATURA

HISTÓRIA DO PLANEJAMENTO FAMILIAR NO BRASIL

Durante a década de 60 no território nacional, observamos a preocupação com o crescimento populacional, mas na época os projetos relacionados ao planejamento familiar eram inexistentes (BRASIL, 2002). As Políticas Nacionais de Saúde da Mulher eram limitadas ao pré-natal e parto. Até a década de 70 a saúde da mulher, tinha focos apenas no papel social da mulher: esposa, mãe e dona de casa. A visão de Saúde da Mulher só foi gradativamente ampliada em decorrência do fortalecimento dos movimentos feministas brasileiros. E questões como reprodução, contracepção e doenças sexualmente transmissíveis foram inseridas na agenda da política nacional de saúde (BRASIL, 2009).

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), criado em 1984, foi o primeiro a incluir o planejamento familiar nas ações voltadas para a Atenção Integral à Saúde da Mulher no Brasil. A partir da criação do PAISM o governo passou a ser mais atuante nas questões de planejamento familiar. Apesar dos esforços essas ações tiveram baixa efetividade e continuidade (BRASIL, 1984).

Uma das grandes conquistas para a população brasileira foi o § 7º do artigo nº 226, da Constituição Federal de 1988, que contemplou o direito ao planejamento familiar, sendo assegurado pelo estado (BRASIL, 1988). No decorrer dos anos as Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde da Mulher, foram sofrendo adaptações e passou a garantir a todos o exercício dos direitos reprodutivos no Brasil (BRASIL, 2004).

PLANEJAMENTO FAMILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA

No ano de 1996, o Congresso Nacional, aprovou o Planejamento Familiar, assegurando por lei o direito à assistência em todos os níveis de saúde à concepção e contracepção como parte das ações que compõem a Assistência Integral à Saúde. Na oportunidade também foram incluídos os procedimentos cirurgicos de esterilização como alternativas de anticoncepção, com definição de critérios e orientações para sua realização, bem como punição dos profissionais que descumprirem tais regras (BRASIL, 1984). Desse modo o Planejamento Familiar faz parte dos direitos reprodutivos, objetivando a garantia de homens e mulheres o direito de ter ou não filhos/as (BRASIL, 2010).

Mesmo sendo um direito assegurado por lei, aproximadamente 10 milhões de mulheres estão propensas a terem uma gravidez não planejada e até mesmo indesejada anualmente. As causas mais comuns estão associadas ao uso impróprio dos métodos contraceptivos, insuficiência de informações e/ou acessibilidade as formas de evitar a concepção. Estima-se que no país ocorram 1 a 1,2 milhões de abortos por ano, sendo a quinta razão de internações de mulheres no SUS, responsável por 9% das mortes maternas e 25% das causas de esterilidades por causa tubária (CAVALCANTE, PORTUGAL, 2002).

Segundo Priestch *et al.* (2011, p.1907) existem três tipos de gestação que requerem atenção especial dos profissionais de saúde, em decorrência de possíveis agravos à saúde da mãe e do filho: a gestação não planejada, a gestação indesejada e a inoportuna.

Atualmente apesar de fortalecida as ações do Planejamento Familiar existem ainda um forte paradigma a ser rompido: muitos serviços de saúde atribuem a responsabilidade da

contracepção exclusivamente às mulheres (FREITAS, 2011).

As maiores fragilidades observadas no Planejamento Familiar, é que a maioria das ações é direcionada as mulheres e são iniciadas somente depois de uma primeira gestação. Outro ponto vulnerável do planejamento familiar é a inadequação do programa as características individuais e coletivas dos envolvidos: valores culturais, singularidades, histórico familiar, contexto sociocultural, dentre outros. Desconsiderar esses fatores demonstra uma visão verticalizada do planejamento familiar, considerando os envolvidos como agentes passivos do processo (SANTOS; FREITAS, 2011, p. 1817).

Nesse sentido é indispensável que os profissionais de saúde tenham além do conhecimento técnico, a capacidade de aplicar diferentes metodologias de ensino-aprendizagem, pensando nos pacientes como sujeitos ativos (SANTOS; FREITAS, 2011).

O Ministério da Saúde recomenda que as ações educativas relacionadas ao Planejamento Familiar tenham uma abordagem pedagógica centrada no sujeito, considerando seu conhecimento e experiência, devendo ser estimulantes e proporcionar trocas de experiências, ideias sobre sexualidade e reprodução. Essa abordagem estimula os participantes a construir sua decisão autônoma, sendo sujeito ativo de todo processo. É importante salientar que as ações do planejamento familiar podem ser abordadas de forma individual, coletiva ou mista e devem ser direcionadas a homens e mulheres (BRASIL, 2008).

Segundo Pierre e Clapis (2010), no planejamento familiar é indispensável que o diálogo seja adequado, que os profissionais se atentem a utilizar uma linguagem clara, de fácil entendimento. E que se certifiquem que os participantes conheçam os diferentes métodos contraceptivos, incluindo vantagens e desvantagens, de modo a proporcionar autonomia e consciência do impacto de sua escolha sobre sua saúde sexual e reprodutiva.

Nesse sentido, a Equipe da Estratégia Saúde da Família, propõe estratégias de educação em saúde que contemplem homens e mulheres, tornando-os agentes ativos de todo processo de planejamento familiar, além disso, queremos romper o paradigma que a responsabilidade da contracepção é exclusivamente feminina e que o planejamento familiar só deve ser iniciado durante ou após a primeira gestação.

AÇÕES

Sabendo da importância do planejamento familiar e possíveis consequências de sua baixa adesão no território da USAFA "Jardim Boa Esperança", torna-se indispensável à elaboração de estratégias que busquem sensibilizar a comunidade da importância de se planejar a concepção ou contracepção.

Nesse sentido, foi elaborado na Unidade Básica de Saúde Jardim Boa Esperança, ações e estratégias que promovam a sensibilização da comunidade sobre a importância de ter uma vida sexual saudável e do planejamento familiar. Para isso realizaremos as seguintes ações:

- ♦ Apresentação do projeto para a equipe ESF: O projeto de intervenção será apresentado aos profissionais de saúde da USAFA "Jardim Boa Esperança", onde serão discutidas as responsabilidades, cronograma e sugestões. Carga horária: 4 horas.
- ♦ Treinamento dos profissionais: A equipe da ESF participará de 4 palestras com duração de 2 horas cada. Os conteúdos abordados serão: planejamento familiar, métodos contraceptivos, riscos da gravidez não planejada e/ou indesejada e DST'S e AIDS. Carga horária: 8 horas.
- ♦ Divulgação do projeto para a comunidade: Durante o período de duas semanas os agentes comunitários visitarão a comunidade convidando toda a população em idade fértil para participar das ações de planejamento familiar. Durante os atendimentos médicos, odontológicos e de enfermagem haverá o reforço desse convite.
- ♦ Grupos de planejamento familiar: Segundo orientações do Ministério da Saúde (2010), é indispensável respeitar o desenvolvimento cognitivo de cada etapa. Por isso criaremos dois grupos distintos com abordagens condizentes com cada faixa etária. O primeiro será direcionado aos adolescentes e jovens adultos e o segundo grupo será direcionado aos adultos em período fértil. Esses encontros acontecerão semanalmente, com duração de duas horas cada, por um período inicial de quatro meses, que após análise da efetividade das ações por meio das reuniões mensais com a equipe de ESF, poderão fazer parte permanente da agenda da unidade. Nesses momentos todos os participantes serão estimulados a compartilhar seus saberes sobre sexualidade, contracepção e concepção, riscos da gestação, responsabilidade da paternidade e maternidade, com a mediação da equipe da ESF, que também aproveitarão os encontros para apresentar os métodos contraceptivos, orientar sobre gravidez, DST'S e Aids, importância do planejamento familiar e identificar os participantes que necessitam de atenção individual. Carga horária: 4 meses.
- ♦ Conversas individuais: serão reservadas na agenda da enfermeira e do médico, 10 consultas individuais cada, podendo ter esse número aumentado de acordo com a demanda. Nessa oportunidade os participantes dos grupos receberão todo suporte individual sobre as questões discutidas no grupo bem como outras que por ventura se façam necessárias.
- ♦ Reuniões mensais para avaliação e monitoramento do projeto: a equipe ESF se reunirá mensalmente para discutir a relevância das ações do projeto, bem como o surgimento de novos casos de gravidez não planejada e/ou indesejada. Nessas oportunidades toda equipe

* terá a oportunidade de compartilhar a opinião sobre o projeto de intervenção, bem como novas estratégias poderão ser propostas. Esse período de avaliação e monitoramento será uma importante ferramenta para observar se as estratégias de abordagem estão sendo adequadas e se futuramente os grupos de planejamento familiar farão parte da agenda fixa da unidade. Carga horária: 8 horas.

RESULTADOS ESPERADOS

O planejamento familiar é uma importante estratégia que assegura os direitos reprodutivos de homens e mulheres, por meio de orientações sobre as diferentes formas contraceptivas, eficácia, indicações e contraindicações de cada método, e a maneira correta de utilizá-los, fornecendo insumos para a escolha consciente, autônoma e planejada de ter ou não filhos.

Esperamos que as ações do projeto de intervenção estimulem a adesão dos usuários da USAFA "Jardim Boa Esperança" a participarem das estratégias de planejamento familiar, buscando reduzir os casos de gravidez não desejada ou não planejada, além de colaborar para a redução dos riscos de contrair DST'S e AIDS.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de ação programática**. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência em Planejamento Familiar**. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Direitos Sexuais, Direitos Reprodutivos, e Métodos Anticoncepcionais**. Secretaria de Atenção à Saúde – 1ª ed. reimp – Brasília 2009.

BRASIL, Constituição Federal de 1988.

BRASIL. Presidência da República. **Plano Nacional de Políticas para Mulheres**. Secretária Especial de Políticas para as Mulheres, Brasília, 2004

BRASIL. Presidência da República. **II Plano Nacional de Políticas para Mulheres**. Secretária Especial de Políticas para as Mulheres, Brasília, 2008

CAVALCANTE, A. L. R. C.; PORTUGAL, F. F. A. **Perfil da saúde sexual e reprodutiva das mulheres em idade fértil na localidade de logradouro - Cacimba de Dentro - PB**. João Pessoa, 2002.

PIERRE, L. A. S.; CLAPIS, M. J. Planejamento Familiar em Unidade de Saúde da Família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.18, n.6. Ribeirão Preto, 2010

PRIETSCH, S. O. M.; GONZALEZ-CHICA, D. A. L.; CESAR, J. A.; MENDOZA-SASSI, R. A. Gravidez não planejada no extremo Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, V.27, n.10, 2011.

SANTOS, J. C.,; FREITAS, P. M. Planejamento familiar na perspectiva do desenvolvimento. **Ciências e Saúde Coletiva**. v,16, n.3, 2011