

Universidade do Estado do Amazonas (UEA)  
Escola Superior de Ciências da Saúde (ESA)  
Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS  
Curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade

Educação em saúde: Planejamento familiar na unidade Básica de  
Saúde Lourival Dias de Souza.

FRANCISCO AUGUSTO NEPOMUCENA DE SOUZA JUNIOR

Orientador (a): Marianna Brock

Ginecologia e Obstetrícia, planejamento familiar.

**Manaus - AM**

**2021**

Universidade do Estado do Amazonas (UEA)  
Escola Superior de Ciências da Saúde (ESA)  
Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS  
Curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade

Educação em saúde: Planejamento familiar na unidade Básica de  
Saúde Lourival Dias de Souza.

Trabalho realizado para conclusão do curso de Especialização de Medicina de Família e Comunidade. Visa fazer um levantamento e análise crítica das informações recebidas durante o período de curso por meio de um Portfólio, além de elaborar um projeto de intervenção.

Orientador(a): Marianna Brock

FRANCISCO AUGUSTO NEPOMUCENA DE SOUZA JUNIOR

**Manaus - AM**

**2021**

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	00
2. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE .....	00
3. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL.....	00
4. CASO CLÍNICO .....	00
5. ANEXO - PROJETO DE INTERVENÇÃO .....	00

## RESUMO

É a síntese do portfólio. No resumo, o aluno deve apresentar:

- A contextualização do trabalho e das atividades desenvolvidas.
- Deverá ter até 300 palavras.

**O Resumo é redigido em apenas um parágrafo sem citação de autores.**

**Palavras-chave:** escrever em letra minúscula separadas por vírgula.

- De três a cinco palavras-chave de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde – DeCS, da Biblioteca Virtual em Saúde.

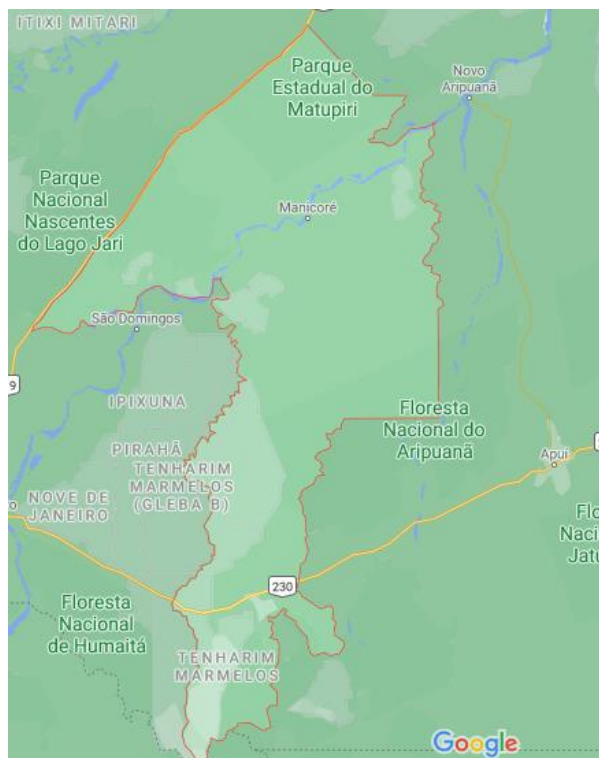
## 1. APRESENTAÇÃO (corresponde a atividade de ambientação)

Eu, Francisco Augusto Nepomucena De Souza Junior, solteiro, médico clínico geral, tenho 28 anos, sou de rio Branco de Acre, iniciei faculdade no ano de 2012, na cidade de Cochabamba-Bolívia, pela universidade Privada Técnica Cosmos (UNITEPC). Após um ano de formado, ingressei ao Programa Mais Médicos, na oportunidade de atender a população de Manicoré-AM, que está localizado no interior da Amazonas. Já trabalhei como médica de família durante a província na Bolívia. Foi uma experiência muito gratificante onde me deparei com situações médicas complexas que elevaram meus conhecimentos.



## 2. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE (corresponde a atividade 3.3 do componente Planejamento, Avaliação e Programação em Saúde)

A comunidade onde atuo encontra-se no município na cidade de Manicoré no estado do Amazonas com uma população de 56.583 pessoas.



Fonte: GoogleMaps, 2020

A unidade Básica De Saúde Lourival Dias De Souza, está localizado na Trav Pedro Tinoco, S/N - Mazzarello, Manicoré - AM. Figura 01.

Figura 01: Figura 1- Área externa da unidade Básica De Saúde Lourival Dias De Souza.



Realizamos em torno de 2.000 atendimentos mensalmente em geral sendo eles (Atendimento Médico, Odontológico, Enfermagem), atendemos em livre demanda, triagem, e o atendimento da farmácia. Atividades programadas, isto é, com agendamento ocorre somente com as consultas de pré-natal.

Somos compostos por: dois médicos, dois enfermeiros, quatro técnicos de enfermagem, dois dentistas, dois técnicos em saúde bucal, uma recepcionista, uma atendente de farmácia, uma gerente, um digitador, um motorista, uma copeira, três de serviços de apoio e um agente de endemias.

Realizamos atendimentos médico, enfermeiro e dentista; vacinação, teste rápidos para HIV, sífilis, Hepatite B e hepatite C, curativos, administração de medicamentos, coleta de material para colpo citologia oncológica.

- Exames laboratoriais: hemograma, exame de urina - EAS (Elementos Anormais e sedimentos), Tipagem sanguíneo sistema Rh, Beta HCG, TGO, TGP, Ureia, Creatinina, Dosagem de ácido úrico, Glicemia. Farmácia com entrega de medicamentos após atendimento médico, de enfermagem ou dentista. A coleta de material para exames é realizada em cada UBS e a realização do exame na unidade hospitalar.

- Exames de imagem disponíveis: exames de Ultrassonografias, agendado nas UBS são realizados na própria UBS, uma vez ao mês, os exames de radiografias, eletrocardiograma e ultrassonografia de urgência são encaminhados a hospital da cidade.

- Ações de Saúde: cada UBS seguir o calendário de programas expedido pelo ministério da saúde, com o tema de cada mês, assim a equipe de saúde programa as palestras educativas, que são divididas entre os profissionais, com temas de suas reativas áreas, são oferecidas na unidade para população presente, e nas escolas locais de cada território. Também tem as visitas domiciliares, são oferecidas a paciente acamados, puerperais e deficiência físicas, sem possibilidade de si dirigia a UBS. (Figura 02, 03).

Figura 02: Palestra educativas, outubro rosa.



Figura 03: Palestra educativas, novembro azul.



No município contamos com o apoio de outras entidades de saúde como:



Hospital Dr. Hamilton Cidade - Unidade hospitalar de administração e recursos municipal e estadual trabalha com atendimento médico, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Atendimento de emergência, internação hospitalar, realização de exames e cirurgias de média e baixa complexidade. Dispõe de médicos clínicos que trabalham em regime de plantões disponível 24 horas por dia, obstetras, cirurgião geral, anesthesiologista, ortopedista prestam serviço com cirurgias eletivas e como sobreaviso em 24 horas, quando necessário são acionados. Serviço de farmácia com uma farmacêutica bioquímica. Quanto à alimentação com os serviços de uma nutricionista. Serviço social com atendimento de três assistentes sociais.

Quanto aos serviços médicos especialistas o município tem atendimento ambulatorial de ginecologista obstetra, cirurgião geral, atendimento uma semana por mês de pediatria e ortopedia, distribuída um dia para cada unidade da zona urbana.

Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) atende a população de zona rural e urbana. Possui uma equipe composta por médico psiquiatra, psicóloga, assistente social e enfermeiro. O CAPS atende com a farmácia das medicações que são prescritas aos pacientes psiquiátricos e paciente com transtornos neurológicos.

Centro Municipal de Fisioterapia localizado na cidade de Manicoré prestando os serviços a população. Através dos atendimentos médicos são realizados os encaminhamentos ao serviço de fisioterapia. O centro dispõe de dois fisioterapeutas, os quais prestam serviços tanto no centro quanto em domicílio em alguns casos específicos com maiores dificuldades de mobilização. A demanda pelo serviço é grande. Observa-se que a população de Manicoré apresenta uma longevidade, com isso maior possibilidade de comorbidades crônicas como doenças cardiovasculares que podem evoluir com acidente vascular cerebral; doença osteomusculares que necessitam de acompanhamento do fisioterapeuta. Considera-se insuficiente o serviço, visto a demanda ser elevada. Não dispõe de piscina para os trabalhos de hidroterapia, o qual é realizado em serviço particular uma vez por semana.

Casa de atendimento à saúde Indígena- CASAI. Uma residência localizada na zona urbana onde presta cuidados aos indígenas em tratamento de saúde. O serviço de saúde indígena do município de Manicoré é oferecido para uma população de 3.200 pessoas, realizado por seis equipes de saúde com enfermeiros, dentistas técnicos de enfermagem, médicos, técnicos de laboratório que trabalham nas áreas indígenas onde possuem um centro de referência e cinco casas de apoio onde as equipes ficam instaladas dentro das aldeias. Essas equipes trabalham em regime de rodízio. Quando há necessidade de internação hospitalar os pacientes são transportados à cidade para tratamento hospitalar seguido de acompanhamento na casa de apoio com enfermeiros e técnicos de



enfermagem. Figura 02.

Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) dispõe dos seguintes profissionais: um assistente social, um educador físico, uma nutricionista, uma psicóloga, um fisioterapeuta os quais prestam serviço junto as UBS, realizando trabalhos em educação em saúde e visitas domiciliares quando solicitados

### 3. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

A Unidade Básica de Saúde Lourival Dias de Souza, localizada na rua Pedro Tinoco, no bairro Mazarello, situada na cidade de Manicoré, no estado do Amazonas, a qual atuo, oferece inúmeros serviços para atenção primária, de acordo com as necessidades da população abrangente.

A UBS atende desde recém-nascido a idosos, através de atendimentos sejam agendados previamente à demanda espontânea, e através de programas direcionados a cada grupo etário, de doenças, tais como: planejamento familiar, doenças crônicas, doenças transmissíveis, saúde infantil, saúde do adolescente, saúde do idoso e outros.

De acordo com dados coletados juntamente com enfermeiras, gerente de UBS, técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde, o levantamento é o seguinte:

A abrangência total atualmente, dados 2019-2020 da Unidade Básica de Saúde é dos bairros de Mazarelos 1 e 2, Manicorezinho, Auxiliadora, Rocinha e 11 de maio, totalizando cerca de 8,6mil de usuários, sendo que deste é contabilizado proximamente 3,3 mil famílias, a quais são de composição variada (pai, mãe, filhos, netos, avós e agregados).

As doenças mais prevalentes nos atendimentos na unidade, temos: Resfriado Comum, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), vômito, candidíase, dislipidemia, lombalgia, diarreia, depressão, esteatose hepática, neoplasias de próstata, mama e pele, ansiedade, IVAS, Hipertensão e Diabetes, Tuberculoses, Dengue, Dermatites, Covid-19, IST, queixas geniturinárias, assistência ao preventivo, que são muitas, também realizamos atendimentos para pequenos procedimentos como suturas, curativos, cantoplastia, lavagem de otológica, acompanhamento de pré-Natal, há muitas queixas de gravidez não planejada referida pela as mulheres durante as consultas de pré-natal. Atendemos em média 64 pacientes por dia, divididos entre duas médias da família. O maior fluxo é durante o período da manhã e às segundas e quintas-feiras, também realizamos visitas domiciliares uma vez na semana, caso há necessidade pode ser duas vezes na semana.

Mediantes as ações de prevenção da saúde da mulher o Município de Manicoré, está em um nível satisfatório, devido assistência ginecológicas, exames de ultrassonografias, mamografias, colposcopias é PCCU, nesta pesquisa constatamos que: 58% faz sim exame de Mamografia, 62% não, muitas delas por não se enquadra na faixa de idade, os exames de Papanicolau 56%

sim é 44% não, também por não está especificada na pesquisa a faixa de 25 anos acima é sim somente a partir da idade fértil, a pesquisa também traz o quadro de bebidas alcoólicas, fumo é violência doméstica na família. Bebidas alcoólicas; 95% não é 5% sim, fumo; 100% falaram não. Violência doméstica; 97% não é 3% sim, avaliação relacionadas por violência doméstica e sexual realizada pelo gestor Municipal do programa de atendimento à mulher vítima de violência em Manicoré demonstra que, ao longo dos anos, houve uma diminuição da busca pelo serviço, o que é atribuído à estratégia de divulgação dos serviços e à articulação entre os diferentes setores que prestam assistência às vítimas de violência.

Os programas oferecidos através de ações comunitárias, e é claro grupos de atuação e manutenção de saúde são os seguintes: Quadro 01.

Quadro 01: programas oferecidos através de ações comunitárias.

GRUPO	QUANTIDADE DE PESSOAS ASSISTIDAS
Hiperdia	+/- 1500 pessoas
Diabetes	+/- 900 pessoas
Cegonha	+/- 120 grávidas (mês)
Puerpério	+/- 80 puérperas (mês)
Crianças (0 a 5 anos)	+/- 1900 crianças
Adolescentes	+/- 1000 adolescentes
Adultos	+/- 5000 pessoas
Idosos	+/- 1100 pessoas
Acamados	+/- 230 pessoas

É importante ressaltar pontos, relatar, avaliar e destacar pontos negativos que necessitam de uma melhor atenção, para melhorar atendimento e abrangência da Unidade Básica.

Conforme informações colhidas no Sistema de Informação do DATASUS a cobertura vacinal no município no ano de 2019 está disposta no Quadro 1.

Quadro 1 – Cobertura vacinal em Manicoré, em 2020.

VACINA	PORCENTAGEM
BCG	82,00%
HEPATITE B (Crianças até 30 dias)	73,91%
ROTAVÍRUS HUMANO	49,85%
MENINGOCOCO C	55,01%
HEPATITE B	13,65%
PENTA	13,65%
PNEUMOCÓCICA	62,49%

Fonte: DataSUS, 2020.

Quadro 2- Cobertura vacinal em Manicoré, em 2020.

VACINA	PORCENTAGEM
DUPLA ADULTA E TRÍPLICE ACELULAR	20,65%
dTpa	51,16%

Fonte: DataSUS, 2020.

Historicamente, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período à gravidez e ao parto; segundo o Ministério da Saúde (2004). O papel da mulher era de mãe e doméstica responsável pela educação, criação e pelo cuidado da saúde dos filhos e familiares.

Segundo o Ministério da Saúde (2004) esses programas eram criticados pelo modo que reduziam as mulheres, as quais tinham alguns cuidados de saúde no período gestacional e puerperal, ficando sem assistência na maior parte da vida. Com o movimento feminista, o qual contribuiu para introduzir na agenda da política nacional, questões que eram deixadas em segundo plano. Após muita luta feminista inicia – se uma mudança nas relações sociais entre homens e mulheres, dando suporte á elaboração e execução das políticas da saúde da mulher.

Assim inicia-se um programa de assistência à saúde da mulher onde inclui ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres, segundo Ministério da Saúde.



A importância de falar sobre a mulher é devido seu papel na sociedade, que é de dona do lar, mãe, esposa, filha, empregada, enfim, a mulher assume vários papéis na sociedade brasileira. As mulheres são as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), segundo Goldman (2007), elas freqüentam os serviços de saúde para o seu próprio atendimento e também acompanhando crianças e outros familiares. O programa Saúde da Mulher é um dos mais complexos no ESF, pois os problemas são agravados pela discriminação nas relações de trabalho e a sobrecarga com as responsabilidades do trabalho doméstico, pois saúde envolve diversos aspectos da vida, como relação com o meio ambiente, lazer, alimentação e as condições de trabalho, moradia e renda.

Manicoré conta com cerca de sua maioria de mulheres (51%), e destas cerca de 5000 corresponde a área de abrangência da UBS Lourival Dias de Souza.

A política de saúde pública que ainda adota o método assistencialista centrada na doença e não na pessoa, ainda não realiza um trabalho eficaz no âmbito de acompanhar de perto as mulheres a fim de conscientizá-las sobre as questões específicas do gênero. Essas questões devem abranger desde as comorbidades até os direitos civis das mesmas.

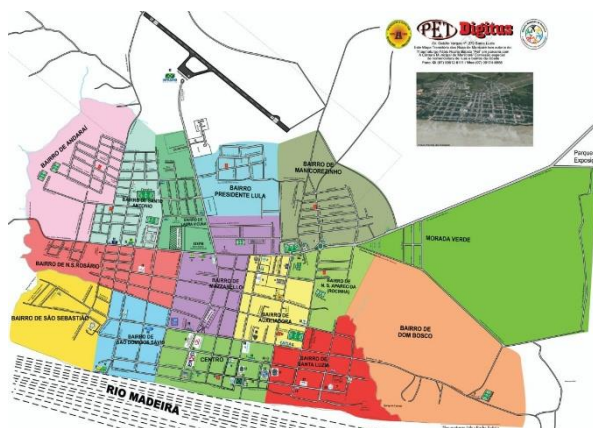
Verificou-se pela revisão bibliográfica que nas atividades de educação em saúde é imprescindível a participação dos sujeitos, pois, quando estão envolvidos, sentem-se mais motivados e, conseqüentemente, corresponsáveis

pela sua saúde e pela mudança da realidade. Sendo assim, é imprescindível que a população alvo seja estimulada a participar do grupo de educação em saúde.

Espera-se que inicialmente possamos agregar as mulheres participando de grupos operativos, das ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, mas almeja-se avançar para atingir uma participação efetiva das mulheres sobre o seu papel social na sociedade, como dona de casa, mãe de família e especialmente, mulher.

Culturalmente, as mulheres são responsáveis pelos cuidados da casa e da família. Porém, nas últimas décadas, as mulheres vêm conquistando cada vez mais direitos e espaços no mercado de trabalho. O que chama à atenção atualmente é a feminização da velhice, o que aumenta a consciência de que é importante identificar e promover condições que permitam a ocorrência de uma velhice longa e saudável, para as mulheres, com custo-benefício favorável as mesmas e às instituições sociais, num contexto de igualdade quanto à distribuição de bens e oportunidade sociais.

No dia a dia de trabalho na UBS, identificam-se os principais problemas com sendo o controle precário dos portadores de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) devido à dificuldade de conscientização dos indivíduos acerca de comorbidades como hipertensão e diabetes, e cuidados com a saúde da mulher; entre outras. A grande parcela da população que busca a UBS é apenas para conseguir encaminhamentos à especialistas que eles julgam ser necessários.



➤ **DADOS CORRESPONDENTES A SEXO FEMENINO:**

FAIXA ETARIA	MASCULINO	FEMIMIINO	TOTAL
Menos de 1 ano	45	46	91
1 a 4 anos	337	330	667
5 a 9 anos	446	492	938
10 a 19 anos	1028	1170	2198
20 a 29 anos	885	886	1771
30 a 39 anos	649	735	1384
40 a 49 anos	366	549	915

50 a 59 anos	319	332	651
60 a 69 anos	238	203	441
70 a 79 anos	114	134	248
80 anos ou mais	70	98	168
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>4615</b>	<b>4975</b>	<b>9590</b>

Descrição	Quantidade
Creche	59
Pré-escola	31
Classe de alfabetização	90
Ensino fundamental 1º a 4º series	441
Ensino fundamental 5º a 8º series	619
Ensino fundamental completo	165
Ensino fundamental – EJA (1º A 4ºseries)	14
Ensino fundamental – EJA (5º A 8ºseries)	35
Ensino médio	262
Ensino médio especial	251
Ensino médio – EJA	33
Superior	129
Alfabetização para adultos	20
nenhum	124
Não informado	2560
<b>TOTAL</b>	<b>4833</b>

Descrição	Quantidade
Empregadora	16
Assalariada sem carteira de trabalho	119
Assalariada com carteira de trabalho	20
Autônoma sem previdência social	233
Autônoma com previdência social	17
Aposentada/pensionista	161
Desempregada	174



Servidora pública/Militar	9
Não informado	3441
<b>TOTAL</b>	<b>4190</b>

Tendo em vista de toda essa população feminina em Manicoré vale ressaltar que as principais causas de morte da população feminina são as doenças:

<b>MOTIVOS DE MORTALIDADE FEMININA EM MANICORÉ</b>	
Doenças cardiovasculares (infarto agudo do miocárdio e/ou acidente vascular cerebral)	37%
Doenças respiratórias (pneumonia, síndrome respiratória aguda)	21%
Doenças endócrinas (Diabetes)	24%
Cancer de mama	9%
Câncer de colo do útero	4%
Câncer de pulmão	2%
Neoplasias	1%
Outros	2%

Após Reuniões com a Equipe de Saúde da Família, verificou-se que a Unidade Básica de Saúde Lourival Dias de Souza, apresenta aspectos que precisam ser modificados ou, no mínimo, repensados, como por exemplo, a não realização de um grupo de educação em saúde destinado à população feminina. Principalmente direcionado às pacientes acima de 40 anos que são dominantes no município.

A realização de grupos em saúde é uma boa maneira da equipe se manter próxima do usuário, conhecer suas dúvidas e dificuldades e, assim, estabelecer uma melhor didática de negociação e abordagem dos mesmos, em busca de uma educação permanente.

Durante o pré-natal, orientamos para que a gestação possa ser tranquila e segura tanto para a mãe e seu filho, e ressaltamos a importância do pré-natal. Neste período são detectadas algumas doenças e tratadas que podem levar ao aborto, à prematuridade e más formações que poderiam ser diagnosticadas por meio de um acompanhamento adequado e regular do pré-natal.

No pré-natal, podemos identificar alguns riscos como: passado obstétrico (aborto), doenças genéticas, doenças crônicas, uso de substâncias ilícitas, idade avançada, gravidez precoce, doenças transmitidas no ato sexual sem proteção. Nesse momento, orientamos e realizamos intervenções adequadas para evitar os desfechos negativos durante a gestação.

Durante o acompanhamento do pré-natal com adolescentes, é preciso identificar no território todas as adolescentes que estão grávidas e em especial as que estão em situação de maior vulnerabilidade (vivendo na rua, em conflito com a lei, usuárias de álcool e outras drogas, indígenas, quilombolas, ribeirinhas, de famílias beneficiadas pelo Programa Bolsa Família) para que sejam acolhidas e recebam cuidados diferenciados, de acordo com as suas necessidades e demandas de saúde.

Pela possibilidade de vulnerabilidade em adolescentes grávidas na faixa etária de 10 a 14 anos, deve-se promover assistência qualificada, com abordagem diferenciada, considerando a necessidade de um maior número de consultas e as questões éticas e legais. Nesta faixa etária, as principais comorbidades a serem rastreadas são as doenças hipertensivas específicas da gravidez, da anemia, de infecções e da prematuridade (BOUZAS; CADER; LEAO, 2014).

É necessário que a unidade de saúde articule ações intersetoriais que assegurem o direito das adolescentes gestantes: com relação a continuidade dos seus estudos em regime diferenciado (Lei no 6.202, de 17 de abril de 1975), e o apoio da rede de proteção social, quando necessário, para os futuros pais e mães adolescentes.

O caso das infecções sexualmente transmissíveis vem aumentando no Brasil. Em 2018, o Ministério da Saúde publicou um boletim epidemiológico que mostrou um aumento de 28,5% entre as gestantes, com um aumento de 16,4% na sífilis congênita e 31,8% na incidência de sífilis adquirida. (BRASIL, 2018).

O cenário da sexualidade precoce e as infecções sexualmente transmissíveis vêm se apresentando como um dos problemas prioritários na saúde familiar.

Observamos que muitos usuários não procuram os nossos serviços por conta da timidez, ou por até mesmo a grande dificuldade de aceitar ou da compreensão de como é realizado uma avaliação médica.

Por essas atitudes muitos pacientes deixam de ser diagnosticados e tratados adequadamente. Na nossa equipe de saúde da família, priorizamos o cuidado integral da população em geral. Para isso precisamos conhecer a vida dos nossos usuários, o quadro de saúde, e o tratamento adequado para que ele possa ir até o fim do tratamento. Nesse sentido, o objetivo desse trabalho foi elaborar um plano de intervenção que tivesse impacto nos índices de ISTs das gestantes.

A partir disso, é de suma importância apontar os pontos positivos, nos quais são:

1. Unidade Básica de Saúde com boa localização e de fácil acesso;
2. Atende usuários pontualmente entre os horários de 7 da manhã e 5 da tarde;
3. Atende com as todas as partes de atenção primaria, sendo: medicina, enfermagem, odontologia, serviço de emergência para casos não grave;
4. Oferecimento de medicamentos essenciais para doenças rotineiras, contínuas e de serviços emergenciais;
5. Disponibilidade de automóvel exclusivo para uso de UBS, sendo para busca de medicamentos, exames, e claro para realização de visitas domiciliares semanalmente;
6. Rápida execução de encaminhamentos para especialidades junto listas e agendamentos prévios, sendo bem coordenado;
7. Equipe empenhada em oferecer o melhor atendimento e conforto para todos os usuários;
8. tendo em vista que UBS conta com mais de 21 Agentes Comunitários de Saúde, sendo que cada um coordena de forma assídua sua determinada área;
9. conta com materiais para fins de tratamentos contínuos, emergenciais;
10. estruturalmente conta com ampla estrutura, com recepção, farmácia, emergência, sala de coletarem de exames, consultórios para medicina, enfermagem, odontologia, e demais especialidades ofertadas por secretaria de saúde vigente.

11. Informatização do sistema de saúde, com prontuário eletrônico vigente e operante em todas as áreas.
12. Apoio parcial de especialidades atuantes em município, tendo em vista que os mesmos veem de fora (Porto Velho e Manaus).

Apesar de todos os pontos acima mencionados, é necessário e de dever informar pontos negativos que precisam de atenção e soluções, nos quais são:

1. UBS abrange acima do permitido, sendo que existe e atua hoje apenas 2 equipes para cerca de 9 mil pessoas, até porque há uma sobrecarga de serviços para com o pessoal de saúde, em resumo, é necessário contratação de mais profissional para suportar demanda
2. UBS não conta com equipamento completo. Sendo: falta de otoscópio, sonar essenciais para a demanda (usa-se 1 equipamento para dois médicos e dois enfermeiros vigentes), e já pedido um novo, porém SEMSA vigente não tomou nota.
3. Falta de especialidades em partes essenciais, como oftalmologia, psiquiatria contínua, dermatologia (a área administrada de usuários continuamente registra problemas dermatológicos);
4. Falta de aumento de profissionais em área, como fonoaudiologia (apenas 1), nutrição (apenas 1), ambos atendem praticamente toda a população, que em seu total é de quase 50 mil habitantes, segundo IBGE.
5. Especialidades disponíveis de forma periódica em cada UBS, como ginecologia e pediatria, e ortopedia cada mês, ou até mesmo, intercalando meses.
6. Falta visível de capacitação e cursos para a área da saúde e profissionais de saúde como um todo.
7. Atualmente há uma gradual falta de vacinas para todas as idades, sendo que crianças menores de 5 anos são as mais afetadas, como Penta, Tríplice Viral, dentre outras.
8. Falta de climatização em unidade básica, sendo que a mesma se encontra em área tropical.

#### **4. CASO CLÍNICO**

M.S.B 15 anos, feminina, solteira, estudante do quinto ano do ensino fundamental, não trabalha, previamente hígida. Mora com a mãe que é solteira, tem e cinco irmãos menores. A família vive em casa simples. Moradia localizada há três quadras da unidade de saúde, o andar térreo foi cedido pelos avós para que a família de D.R.E. pudesse morar. A renda familiar vem do padrasto que trabalha em padaria próxima e bolsa família; o salário da jovem fica para a mesma utilizar em suas atividades e contas próprias.

A família mantém, em geral, uma boa relação, vivem conflitos persistentes.

M.S.B não possui contato com o pai biológico e mostra ter uma boa relação com a mãe, gosta bastante dos irmãos menores. Nasceu de gestação não planejada e foi criada até os dez anos principalmente pelos avós.

M.S.B buscou atendimento após ter realizado por conta teste de gravidez de farmácia (o qual resultou negativo), após atraso menstrual de aproximadamente um mês após relação desprotegida. Chegou a consulta bastante ansiosa, não desejando estar grávida e referindo não querer seguir o mesmo caminho da mãe (ter filhos durante a adolescência e perder o contato com o pai da criança). Não apresenta comorbidades prévias e não utilizava nenhum método contraceptivo; menarca aos 13 anos e sexarca aos 14 anos (uso apenas de método contraceptivo de barreira desde então); não apresenta relacionamento fixo atualmente. Após escuta inicial, é solicitado a paciente que realize dosagem de BHCG sanguíneo para confirmação de quadro (o mesmo veio negativo no retorno da paciente na semana seguinte). Na mesma semana do fato, foi observado a dificuldade da realização de planejamento familiar dentro da unidade básica, pela mesma não dispor de organização de prontuários, dos métodos utilizados pelas usuárias cadastradas na unidade e falta de grupo de planejamento familiar. Existem 77 gestantes cadastradas na Unidade Básica de Saúde e inúmeros casos de gestação precoce, intervalos interpartais curtos, pacientes jovens com mais de três gestações, além de gestação não planejada. Além disso, observou-se também a falta de preocupação com doenças sexualmente transmissíveis pela população jovem; em sua maioria procuram atendimento com dúvida de gestação, mas sem questionar ISTs. Na consulta seguinte de M.S.B foi possível conversar sobre a necessidade de método

contraceptivo, não só para proteção contra possível gestação, mas também contra infecções sexualmente transmissíveis. Durante a consulta foi frisada a necessidade do momento correto de ter um filho e, que a mesma avaliasse sua situação atual, isto é, seus planos para o futuro, qual o momento de ter um bebê, se a mesma concorda que deve começar o autocuidado com o uso de contracepção. É justamente na adolescência que essas medidas de promoção a saúde devem ser realizadas, de forma a ajudar o futuro desses jovens. Ao final da consulta, foi decidido o início de contracepção oral diária, associada a uso de proteção de barreira (camisinha); realizados testes rápidos na unidade básica (descartadas doenças sexualmente transmissíveis). Conforme o Manual Técnico em Assistência ao Planejamento Familiar do Ministério da Saúde (2012), o planejamento familiar deve ser tratado dentro dos direitos reprodutivos, sendo o objetivo principal garantir às mulheres e aos homens o direito de ter ou não filhos. A atuação dos profissionais de saúde na assistência à anticoncepção envolve: atividades educativas, aconselhamento e atividades clínicas.

#### 1) Atividades educativas

Fornecer conhecimentos necessários para a escolha e o uso de método contraceptivo adequado. Preferencialmente devem ser realizadas em grupo e reforçadas de maneira individual.

#### 2) Aconselhamento

É o processo de escuta ativa individualizado e centrado na pessoa de forma a estabelecer relação de confiança entre paciente e profissional da saúde. A ideia principal do aconselhamento é a troca, ou seja, diálogo que ofereça à paciente oportunidade de sanar dúvida, autoconhecimento e que o mesmo promova sua saúde e transformação.

#### 3) Atividades clínicas

Atendimento periódico e contínuo durante consultas de retorno para avaliar método em uso, além da prevenção, identificação e tratamento de possíveis intercorrências. Conforme o Caderno de Atenção Básica em Saúde Sexual e Reprodutiva (2020), o planejamento reprodutivo é um recurso para a saúde de

homens, mulheres e crianças. Contribui para uma prática sexual mais saudável, possibilita o espaçamento dos nascimentos e a recuperação do organismo da mulher após o parto, melhorando as condições que ela tem para cuidar dos filhos e para realizar outras atividades. Os serviços de saúde devem oferecer ações educativas tanto para o indivíduo, casal e em grupo, acessando informações, meios, técnicas e métodos disponíveis para regulação da fecundidade. De maneira alguma pode comprometer a vida e a saúde das pessoas, mantendo direitos iguais para a mulher, homem ou casal, de forma a se manter num contexto de escolha livre e informada.

## **5. ANEXO - Projeto de Intervenção**

Universidade do Estado do Amazonas (UEA)  
Escola Superior de Ciências da Saúde (ESA)  
Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS  
Curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade

Educação em saúde: Planejamento familiar na unidade Básica de  
Saúde Lourival Dias de Souza.

Nome do Aluno(a)

Orientador(a): Marianna Brock

Área temática: Ginecologia e Obstetrícia, saúde familiar

**Manaus - AM**

**2021**

Universidade do Estado do Amazonas (UEA)  
Escola Superior de Ciências da Saúde (ESA)  
Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS  
Curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade



Educação em saúde: Planejamento familiar na unidade Básica de Saúde Lourival Dias de Souza.

Trabalho realizado para conclusão do curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade. Visa elaborar um Projeto de Intervenção em Medicina de Família e Comunidade.

Orientador(a): Marianna Brock

FRANCISCO AUGUSTO NEPOMUCENA DE SOUZA JUNIOR

**Manaus - AM**

**2021**

**SUMÁRIO**

Resumo .....	00
Introdução e Justificativa .....	00
Objetivo Geral.....	00
Objetivos Específicos.....	00
Metodologia da Intervenção.....	00

Recursos necessários para execução .....	00
Proposta de avaliação .....	00
Cronograma .....	00
Referências .....	00

## **RESUMO**

O planejamento familiar tem o intuito de assegurar o acesso da população geral a informação: métodos contraceptivos seguros; oportunidade para que homens e mulheres decidam quando é o momento apropriado de ter filhos, programando as condições mais adequadas para a criação. No que se refere ao planejamento familiar, é possível observar a pouca aderência na unidade e a falta de ações para a realização do mesmo. Atualmente, existem 44 gestantes cadastradas na unidade, sendo que deste número, um grande percentual é de adolescentes, mulheres com intervalos interpartais curtos, gestações indesejadas e mulheres

com menos de trinta anos e com número de gestação superior a três. O objetivo deste trabalho é intervir no planejamento familiar de mulheres usuárias da unidade básica de saúde. A metodologia utilizada foi a revisão de prontuários de gestantes que iniciaram o pré-natal em 2020, associado a revisão literária sobre o tema em plataformas de pesquisa. A partir dos dados encontrados, constatou-se a necessidade de oportunizar um grupo na Unidade Básica de Saúde, com a finalidade de orientações sobre planejamento familiar. Capacitação com médicos para técnicos e enfermeiros, para atuarem em grupo de educação em saúde sobre planejamento familiar e em consultas de rotina. Atentou-se para a criação de agenda especial com os dados de todas as mulheres em idade fértil da unidade, com idade, tipo de método contraceptivo e o correto uso de cada um. Além disso, oferecer durante consultas de puerpério e em consultas clínicas, a possibilidade de discussão sobre métodos de esterilização para homens e mulheres, ambos oferecidos pela rede de saúde pública da cidade. Com a intervenção espera-se aderência da população a grupo de planejamento familiar; capacitação da equipe e organização de prontuários a fim de perpetuar o projeto. Palavras-chave: planejamento familiar; saúde da mulher; método contraceptivo.

## **Introdução e Justificativa**

Com os autos atendimentos esporádicos na área da ginecologia e obstetrícia, vir a necessidade e a importância em intervir no planejamento familiar, uma vez que cerca de 85% dos casos não era planejada. Segundo a lei Nº 9263 (BRASIL, 1996), sancionada em 12 de janeiro de 1996, é direito de todo cidadão o planejamento familiar.

Para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar 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 (BRASIL, 1996, Art. 2).

A lei dispõe sobre o dever que o Estado tem em assegurar o acesso à

população de meios para realização do planejamento familiar, seja para evitar ou não uma gestação futura. Enfatiza desde a assistência à concepção e contracepção, ao atendimento de pré-natal, parto, puerpério, puericultura, assim como na prevenção de ISTs, e de alguns tipos de câncer (colo uterino, mama, próstata e pênis). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020)

O acolhimento deve ter como objetivo ações de educação em saúde, acesso a meios e métodos para prevenção da gestação, de ISTs e de cânceres em órgãos reprodutores, assim como acesso a tratamentos que auxiliem na concepção. O aumento da fecundidade, sem planejamento prévio, cria um cenário desfavorável no aspecto socioeconômico. Provoca o encolhimento do orçamento, devido os gastos com o futuro membro familiar e muitas vezes devido ao afastamento materno do trabalho e/ou da escola. (ARAUJO, 2017).

Presenciamos diariamente o aumento do número de gestantes; atualmente são 44 gestantes, sendo 25% de alto risco e 18% gestantes de risco intermediário. As principais comorbidades são endócrinas (hipertensão, diabetes gestacional e hipertireoidismo), seguido de causas como sangramento uterino, doença cardíaca, e uso de substâncias químicas (etilismo, tabagismo e/ou consumo de outras drogas).

Com o acolhimento das mulheres em idade reprodutiva, a promoção de educação em saúde, seja para fins de prevenção quanto de salubridade antes da concepção é indispensável. A ignorância ainda impera no universo reprodutivo; algumas mães são contra o início da utilização de contraceptivos orais para suas filhas, crendo que resulte em algum malefício orgânico a elas ou então que possa ser incentivo à prática sexual. Adicionalmente, temos ainda o caso de mulheres (algumas acima de 40 anos), múltiparas, que desejam engravidar por estarem com um novo companheiro.

Ao longo das últimas décadas, mudanças de comportamentos importantes vêm acontecendo entre os jovens, dentre elas, está o início precoce da vida sexual. Como consequência disso, surgem a gravidez indesejada na adolescência, não há um planejamento familiar, as doenças que são contraídas

pelo sexo sem proteção, os abortos induzidos e até mesmo óbitos por suas complicações (DO NASCIMENTO, 2020).

Essa iniciação sexual muito precoce vem aumentando o número de adolescentes grávidas e ocasionando vários riscos como o aborto e a exposição a vários tipos de doenças infecciosas (Silva, 2015, pág. 8).

O planejamento é imprescindível uma vez que diminui o risco de mortalidade materno infantil, pois possibilita acompanhar a futura gestante mesmo antes da concepção. (ANTONIO, 2019), 100% de nossas gestantes chegam na unidade com queixa de amenorreia (atraso menstrual), náuseas; ou seja, nenhuma delas recebeu atendimento anterior à gestação.

Diante das ações propostas por esse trabalho, acredita-se que a futura gestante que possua alguma comorbidade será assistida com maior afinco pela equipe de saúde que poderá interpor e auxiliar na melhora dos parâmetros físicos e/ou laboratoriais antes da gestação, com um acompanhamento humanizado. Pacientes com qualquer alteração dos parâmetros de normalidade poderão ter o manejo prévio de tal comorbidade e, após melhora clínica, engravidar. (ALVES, 2017).

Assim, gestantes com desníveis pressóricos, glicêmicos, alterações hormonais (como hipotireoidismo ou hipertireoidismo), com doenças infectocontagiosas ativas e transplacentárias passíveis (como aids, sífilis, hepatite, toxoplasmose), infecções geniturinárias (como infecção do trato urinário, tricomoníase, gonorreia, entre outras), beneficiar-se-iam do tratamento prévio. (CASTRO, 2020)

A planificação também tem o objetivo de diminuir os casos de abortos clandestinos, que infelizmente ocorrem com frequência, e confere à mulher risco de vida como consequência de quadros hemorrágicos e sepse. Ademais, contribui para a redução da evasão escolar ou empregatícia, uma vez que após o parto a taxa de desocupação tende a aumentar (IBGE, 2019) Dos 50 milhões de jovens entre 14 a 29 anos, cerca de 42% eram mulheres, sendo que destas, 23,8% abandonaram os estudos devido a gestação.

O estudo deste tema planejamento familiar é significativo devido ao aumento do número de gestantes nos últimos meses e principalmente pela grande quantidade de gestantes com risco diferente do habitual; seja pela presença de alguma doença (citadas anteriormente), hábito de vida (tabagismo, etilismo ou uso de outras drogas), por estarem nos extremos de idade (adolescentes abaixo de 16 anos e adultas com mais de 40), quanto por deixarem para trás seus objetivos de vida após o parto.

Particularmente, acredito que é um tema relevante, pois, como médica atuante na Atenção Básica primária, vejo que a interferência neste ponto pode ter repercussão ampla em todos os aspectos socioeconômicos. O planejamento familiar confere aos membros familiares a oportunidade de se estabilizarem financeiramente antes da concepção, e isso por si só atua diretamente no bem estar geral entre eles.

Lamentavelmente, uma gravidez nem sempre é bem-vinda; é motivo, muitas vezes, de discussões, agressões e frequentemente casos de abandono familiar paterno. Por outro lado, não é incomum que as crianças dentro deste ambiente familiar sejam negligenciadas e desassistidas com a chegada do novo membro. Com certeza o plano é passível de ser realizado; o bom andamento da proposta dependerá da capacitação dos profissionais que irão realizar o acolhimento, nos atendimentos, da participação da comunidade nas reuniões, do acesso aos meios contraceptivos na UBS. O plano é oportuno nos momentos atuais, e acredito que seja importante por mais alguns anos.

## **Objetivos**

Objetivo geral:

Elaborar um projeto de intervenção para equipe da Unidade Básica de Saúde Lourival Dias de Souza, visando reduzir a prevalência da gravidez não planejada na área de abrangência da unidade.

Objetivos específicos:

- Sensibilizar a equipe de saúde sobre a importância do cuidado pré-concepcional durante o planejamento familiar;

- Implementar capacitação com a equipe de saúde sobre o cuidado pré-concepcional durante o planejamento familiar;
- Articular reuniões e oficinas de sensibilização com a população feminina sobre o cuidado pré-concepcional durante o planejamento familiar.
- Saber orientar o uso dos diferentes métodos contraceptivos.
- Saber identificar as situações em que é permitida a esterilização cirúrgica com base na legislação vigente.

## **Metodologia da Intervenção:**

### **Delineamento do Estudo**

Trata-se de um projeto de intervenção (pesquisa-ação), que foi realizado na da Unidade Básica de Saúde Lourival Dias de Souza, durante o acompanhamento do pré-natal. A população do estudo em especial foram as 44 gestantes cadastradas em acompanhamento do pré-natal e também a população adscrita da nossa unidade de saúde.

Este projeto foi elaborado com o objetivo de minimizar os casos gravidez não planejada. Por se tratar de uma pesquisa-ação foram executadas as seguintes etapas: Exploratória, Tema da pesquisa, Colocação do problema, Base teórica e Elaboração da proposta.

### **Etapas da pesquisa**

Na fase exploratória, foi realizado o diagnóstico situacional a partir do levantamento de dados epidemiológicos da população adscrita da unidade de saúde, acerca da cobertura vacinal, cobertura de pré-natal, das principais doenças na gestação. Foram levantadas também características sociodemográficas da população principalmente das grávidas. Também foram coletados dados das gestantes cadastradas na Unidade Básica de Saúde Lourival Dias de Souza, para saber seu conhecimento sobre o planejamento familiar.

O tema da intervenção, que é o alto índice de gravidez não planejada, foi delimitado a partir de discussões com a equipe de saúde. Assim, foi estabelecido o objetivo de reduzir o índice do não planejamento familiar cadastradas na unidade de saúde.

O próximo passo foi definir a base teórica para fundamentar a intervenção, a partir de uma revisão da literatura sobre o planejamento familiar.

A partir dos dados levantados na comunidade, discussão em equipe e fundamentação teórica foi elaborada a proposta da intervenção. Essa proposta está detalhada no Quadro 2, indicando as ações e seus respectivos indicadores, parâmetros e finalidades.

### Quadro 2 - Elaboração da proposta.

Problema priorizado	Alto índice de gravidez não planejada na Unidade Básica de Saúde Lourival Dias de Souza.				
Ações	Indicadores	Parâmetros	Finalidade	Momento da Realização	Natureza
Capacitar a equipe de saúde da família sobre o planejamento familiar.	Percentual de participação da equipe na atividade.	Ruim < 25% Regular: 25% a 50% Bom: 50% a 75% Ótimo: > 75%	Gerência	Ex -ante	Avaliativa
Orientar individualmente cada gestante atendida na unidade de saúde.	Percentual de gestantes orientadas em 2 meses	Ruim < 25% Regular: 25% a 50% Bom: 50% a 75% Ótimo: > 75%	Gerência	Ex-Post	Normativa
Realizar ações de educação em saúde para grupos de gestantes e outros grupos de	Percentual dos pacientes que participaram das palestras.	Ruim < 25% Regular: 25% a 50% Bom: 50% a 75% Ótimo: > 75%	Decisão	Ex -ante	Avaliativa



interesse na unidade de saúde sobre métodos contraceptivos.					
---	--	--	--	--	--

Fonte: Autora, 2020.

## Plano de Intervenção

Este projeto foi apoiado pela Secretaria Municipal de Saúde junto com a população.

Inicialmente, foi realizada uma busca ativa com a ajuda da equipe, principalmente dos ACS, pois o contato com a população é direto e constante. As informações coletadas pelos ACS foram repassadas para a equipe da unidade.

Na sequência, foram solicitados equipamentos de proteção individual (EPI) a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para proteção de todos os profissionais de saúde envolvidos, por conta da pandemia. Além disso, todos passarão por um rigoroso treinamento em relação à COVID-19.

Os participantes do estudo foram 44 gestantes que estavam fazendo o acompanhamento de pré-natal pelos médicos, enfermeira e obstetra, também incluímos nos estudos 33 homens que acompanham as esposas durante o pré-natal, totalizando 77 pessoas. Foram acolhidos dados desde o primeiro até o nono mês de gestação. Todas gestantes tiveram o atendimento e acompanhamento do pré-natal, também realizaram os testes rápidos para detecção de ISTs, e exames laboratoriais necessários, além da ultrassonografia (USG) de rotina a trimestral, que é disponibilizada pelo SUS.

## REVISÃO DE LITERATURA

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2018), diariamente cerca de 830 mulheres morrem, por causas evitáveis, em decorrência da gestação ou do parto, sendo que 99% delas ocorrem em países em desenvolvimento e os cuidados durante o pré-Natal são responsáveis pela diminuição da mortalidade materno-infantil. (GOIS FILHO,2021).

Adolescentes apresentam um risco maior de complicações e morte, seja pelo desenvolvimento corporal incompleto, como pela baixa adesão ao pré-natal ou tentativas de aborto. Dentre as principais causas de mortalidade materna, destaca-se a hipertensão (pré e eclâmpsia), hemorragias no pós-parto, infecções, complicações no parto e por abortos inseguros. A disparidade socioeconômica, falta de acesso à atenção básica e a baixa qualidade nos serviços prestados estão diretamente ligados ao prognóstico gestacional. (LIMA, 2017).

A taxa de mortalidade materna é “o indicador utilizado para conhecer o nível de morte materna (...) calculado pela relação do n.º de mortes maternas ou de mulheres durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez (VEJA, 2017). É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela” (LAURENTI, 2000). Esse indicador serve como base para apontar o estado de saúde da população feminina, e conseqüentemente da gestão de políticas públicas voltadas para esse público alvo.

Segundo dados do Ministério da Saúde, o Brasil conta com 270 serviços atrelados ao Rede Cegonha (programa do Ministério da saúde que busca estabelecer uma rede de cuidados que visa assistir à mulher desde o planejamento familiar, após a descoberta da gravidez e durante o parto e o puerpério), que completará 10 anos de implantação em 2021. (ALVES, 2017).

É direito de todo casal exercer atividade sexual, podendo planejar o número de filhos. No Brasil, esse direito é assegurado pela Lei 9263, de 12/01/1996, que define planejamento familiar como um conjunto de ações de regulação da fecundidade que devem ser garantidos pelo SUS em toda a sua rede de serviços. Entre tais ações inclui-se atividades preventivas e educativas, além de acesso igualitário aos diferentes métodos contraceptivos. (LEITE, 2018).

A eficácia dos diversos métodos contraceptivos pode ser avaliada pelo número de gestações em cada 100 mulheres utilizando o método por um ano, o que é conhecido como índice de Pearl. (BRANDÃO, 2019).

Logo, quanto menor o índice de Pearl, maior é a eficácia do referido método. Embora a OMS recomende que os métodos de controle da natalidade apresentem índice de Pearl abaixo de 4, os melhores métodos têm taxas de falha em um ano menor do que 1. (QUINTERO,2017).

O índice deve ser calculado levando-se em consideração o uso do método na forma costumeira e na forma perfeita. Muitas mulheres queixam durante as consultas sobre os (esquecimento, vômito, interações medicamentosas etc.).

Abaixo, segue uma tabela com o índice de Pearl de cada método contraceptivo de acordo com a Organização Mundial de Saúde.

**Tabela 1: Índices de Pearl com uso perfeito e típico, dos diversos métodos contraceptivos.**

Método	% de mulheres que experimentam uma gravidez indesejada no 1º ano de uso	
	Uso típico	Uso Perfeito
<b>Nenhum método</b>	<b>85</b>	<b>85</b>
Espermicidas	<b>28</b>	<b>18</b>
Método do padrão de dias	-	<b>5</b>
Método dos dois dias	-	<b>4</b>
Método ovulatório	-	<b>3</b>
Método da temperatura	-	<b>0,4</b>
Coito interrompido	<b>22</b>	<b>4</b>
Esponja	-	-
Mulheres múltíparas	<b>24</b>	<b>20</b>
Mulheres nulíparas	<b>12</b>	<b>9</b>
Camisinha feminina	<b>21</b>	<b>5</b>
Camisinha masculina	<b>18</b>	<b>2</b>
Métodos baseados na percepção de fertilidade	<b>24</b>	-

Diafragma	12	6
Pílulas combinadas	9	0,3
Adesivo cutâneo	9	0,3
Anel vaginal	9	0,3
Anticoncepcional trimestral	6	0,2
DIU de cobre	0,8	0,6
DIU de hormônio	0,2	0,2
Implante subdérmico	0,05	0,05
Esterilização feminina	0,5	0,5
Esterilização masculina	0,15	0,1

Fonte: Sociedade Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 2020.

Quando uma paciente chega a unidade pedindo prescrição para algum método contraceptivos, antes de prescrever qualquer método contraceptivo, devemos ter uma conversa, onde tiramos todas as dúvidas, além de avaliar sua eficácia, devemos excluir suas contraindicações. Para isso, utilizamos os critérios de elegibilidade da OMS, que determinam as situações clínicas que cada método deve ou não ser utilizado, classificando-os em quatro categorias:

- ✓ Categoria 1: não há restrições para o uso do método;
- ✓ Categoria 2: as vantagens no uso do método superam seus riscos;
- ✓ Categoria 3: os riscos no uso do método superam seus benefícios;
- ✓ Categoria 4: o método apresenta um risco inaceitável para indicar o seu uso.

**Tabela 2: resumo das categorias e recomendações.**

Categoria	Descrição	Recomendação
1	Sem restrição	Use o método
2	Benefícios superam os riscos	Use o método
3	Riscos geralmente superam benefícios	Não use o método
4	Risco Inaceitável	Não use o método

Fonte: Sociedade Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 2020.

A Organização Mundial de Saúde divulga periodicamente documentos onde cita as situações clínicas que mais interagem com o uso dos métodos contraceptivos e as classificam em enormes tabelas. Porém, mais importante do que decorar a tabela é aprender quando os métodos contraceptivos não devem ser utilizados. (RIBEIRO,2019).

Na tabela abaixo, trazemos as principais contraindicações ao uso dos anticoncepcionais hormonais combinados, que são os mais cobrados em prova. As indicações e contraindicações dos demais métodos serão abordadas ao longo do capítulo. (CORRÊA, 2017).

**Tabela 3: Situações clínicas com contraindicações absolutas (categoria 4) aos anticoncepcionais hormonais combinados, segundo critério de elegibilidade da OMS.**

TVP/EP atual ou pregressa, independentemente do uso de anticoagulante
Trombofilia conhecida
Cirurgia maior com imobilização prolongada
Lúpus eritematoso sistêmico com ACA positivo ou desconhecido
Doença valvular complicada com hipertensão pulmonar, FA, endocardite bacteriana
Tabagismo (2 15 cigarros/dia) + idade > 35 anos
Doença cardíaca isquêmica atual ou pregressa
Hipertensão arterial sistêmica descompensada (sistólica $\geq$ 160 mmHg ou diastólica $\geq$ 100 mmHg)
Hipertensão arterial sistêmica associada à doença vascular
Múltiplos fatores de risco para DCV (idade avançada, tabagismo, DM, HAS)
Acidente vascular cerebral atual ou pregresso
Enxaqueca com aura
Enxaqueca sem aura + idade > 35 anos para continuar em uso do AHC
Câncer de mama atual
Diabete mellitus complicada com nefropatia, retinopatia ou outra vasculopatia ou mais de 20 anos de doença
Cirrose descompensada, adenoma hepatocelular e hepatoma (categoria 3 se injetável)
Lactante nas primeiras seis semanas pós-parto

## Puérpera não lactante, com fator de risco para TVP, nos primeiros 21 dias

Fonte: World Health Organization (WHO). Medical eligibility criteria for contraceptive use [Internet]. 5rd ed. Geneva: WHO; 2015.

## 2. MÉTODOS DE COMPORTAMENTO

Os métodos comportamentais baseiam-se na observação dos sinais e sintomas que caracterizam as diversas fases do ciclo menstrual com consequente abstinência sexual no período fértil da mulher, que deve ser de 3 a 4 dias antes da data da ovulação até 3 dias depois, levando em consideração que um espermatozoide permanece vivo dentro do trato genital feminino por 72 horas e o tempo de vida de um óvulo é de aproximadamente 48 horas. (FERREIRA,2017).

Esse grupo inclui diversos métodos que podem ser utilizados sozinhos ou combinados a fim de aumentar sua eficácia, porém, nenhum deles devem ser indicados de rotina, pois, além da baixa eficácia (taxas de falha podem chegar a 20% em um ano), alteram o comportamento sexual do casal, devendo ser resguardados apenas para situações em que a crença religiosa da mulher ou do homem condene outros métodos.

### 2.1. TABELINHA (OGINO-KNAUS)

Nesse método, a mulher deve registrar a duração do seu ciclo menstrual por no mínimo seis meses, observando a diferença entre o ciclo mais longo e o mais curto. Caso essa diferença seja muito grande (superior a 10 dias), o método não pode ser utilizado. Caso contrário, subtrai-se 18 do ciclo mais curto e 11 do ciclo mais longo, encontrando então o período fértil da mulher, quando o casal deve permanecer em abstinência sexual. (KLEINSCHMIDT, 2019).

#### **Exemplo:**

Casal decide usar método comportamental de Ogino -Knaus (tabelinha) para anticoncepção. Após observar o ciclo menstrual por seis meses foi verificado que o ciclo mais curto durou 28 dias e o mais longo 32 dias. A orientação deve ser:

- ✓ Diferença entre o ciclo mais longo e o mais curto:  $32 - 28 = 4$  (método pode ser usado).

- ✓ Subtrai-se 18 do ciclo mais curto:  $28-18 = 10$ . Início do período fértil no 10º dia.
- ✓ Subtrai-se 11 do ciclo mais longo:  $32-11 = 21$ . Término do período fértil no dia 21º dia.
- ✓ casal deve evitar relações sexuais entre o 10º e o 21º dia do ciclo menstrual.

## **2.2. TEMPERATURA CORPORAL BASAL**

De acordo com a fisiologia do ciclo menstrual, sabemos que os níveis de progesterona aumentam logo após a ovulação, que atua no centro termorregulador do hipotálamo promovendo discreto aumento da temperatura basal do corpo da mulher (em geral  $0,39^{\circ}\text{C}$ ) a partir do 12º dia após a liberação do óvulo até 11 a 16 dias depois. (SILVA, 2019).

Esse método baseia-se na aferição da temperatura corporal com termômetro comum (via oral, retal ou vaginal - desde que seja adotada a mesma via durante todo o ciclo) diariamente, pela manhã, após período mínimo de repouso de 5 horas, devendo-se permanecer em abstinência sexual durante todo o primeiro período do ciclo menstrual até o 49º dia após ter verificado aumento da temperatura corporal, devido ao período de 48 horas de vida do óvulo. (PALETTA, 2019).

Possui como inconveniente, além de não prever a ovulação acarretando um longo período de abstinência sexual, o fato de que outros fatores também podem interferir na temperatura corporal, como estados infecciosos, distúrbios do sono etc.

## **2.3. BILLINGS OU MUCO CERVICAL**

O muco produzido na endo cérvix, sob influência hormonal cíclica, muda as suas características ao longo do ciclo menstrual. Na primeira fase do ciclo, o muco cervical é espesso e pegajoso, sendo muitas vezes imperceptível, mas, à medida que a ovulação se aproxima, torna-se mais elástico e viscoso

(semelhante à clara de ovo), promovendo sensação de lubrificação vaginal intensa, voltando então ao aspecto espesso após a ovulação. (DE ARRUDA, 2020).

Logo, nesse método, o período de abstinência sexual deve ser desde a percepção do muco cervical até o quarto dia após essa sensação de lubrificação vaginal máxima.

## **2.4. COITO INTERROMPIDO**

Como o próprio nome sugere, trata-se da interrupção da relação sexual antes da ejaculação. Porém, o método deve ser fortemente desestimulado, pois, além de exigir grande controle por parte do parceiro e interferir no ato sexual do casal, devemos lembrar que a ejaculação é precedida por liberação de muco, que pode conter espermatozoides. As taxas de falha podem ser superiores a 20%. (BORGES, 2020).

## **3. MÉTODOS DE BARREIRA**

Os métodos de barreira constituem um grupo de dispositivos que interpõem barreira mecânica ou química ao espermatozoide durante o ato sexual, impedindo sua ascensão pelo canal vaginal até o útero.

### **3.1. CONDOM**

Corresponde a estruturas de látex ou poliuretano que recobrem o pênis ou a vagina coibindo o contato do espermatozoide com o canal vaginal. O preservativo masculino deve ser colocado durante o intercursos sexual, com o pênis ereto, e o pênis deve ser retirado da vagina logo após a ejaculação, evitando assim que o conteúdo espermático escape do preservativo com a diminuição da ereção. Já o preservativo feminino pode ser inserido até 8 horas antes da relação sexual, porém é desconfortável e pouco estético.

O uso do preservativo deve ser encorajado a todos os casais, pois, além de bastante eficaz (quando utilizado corretamente), é o único método que oferece proteção contra doenças sexualmente transmissíveis. A única contraindicação é a alergia ao látex, no caso do preservativo masculino. O



preservativo feminino é confeccionado com poliuretano, substância menos alergênica, e não possui contraindicações. (ALBUQUERQUE, 2018).

### **3.2. DIAFRAGMA E ESPERMICIDA**

O diafragma é um dispositivo circular e flexível, coberto por uma membrana de silicone ou látex, que deve ser inserido no canal vaginal horas antes do ato sexual (máximo de dois horas) e age como uma barreira mecânica, impedindo que o espermatozoide chegue até o útero. (SOUZA, 2017).

O seu uso exige avaliação médica prévia para escolha do tamanho que melhor se ade que à vagina da paciente, bem como para orientações sobre a forma correta de inserção, visto que, como todo método de barreira, a sua eficácia depende da introdução e localização apropriadas.

A fim de reduzir a taxa de falhas, o diafragma deve ser utilizado preferencialmente em conjunto com um gel espermicida, isto é, substâncias químicas capazes de imobilizar ou destruir os espermatozoides através da lesão de sua membrana celular.

O mais utilizado no Brasil é à base de nonoxinol-9 a 2%. Nesses casos, o dispositivo deve ser deixado no canal vaginal por pelo menos 6 a 8 horas após o intercurso sexual para aumentar o tempo de contato dos espermatozoides com o espermicida.

Tanto o diafragma quanto o gel espermicida podem ser alergênicos à paciente ou ao parceiro. Nesses casos, está contraindicado o uso. Além disso, ambos podem aumentar o risco de infecções genitourinárias e, portanto, devem ser evitados nessas situações.

Falando no espermicida particularmente, há aumento das chances de transmissão de IST, pois sua substância pode causar microfissuras na mucosa vaginal. Por esse motivo, é considerado categoria 4 em pacientes portadores do vírus HIV. (SOUZA, 2017).

Já o diafragma deve ser evitado também quando há qualquer distorção anatômica do trato genital inferior, como prolapso genitais, útero retrovertido, septos vaginais etc.

## **4. MÉTODOS HORMONAIS COMBINADOS**

Os métodos hormonais combinados são resultado da combinação de um componente estrogênico e um progestogênico e podem ser administrados por diferentes vias: oral (a mais utilizada no Brasil e em quase todo o mundo), injetável, vaginal e transdérmico. (BRANDT, 2018).

O estrogênio sintético age, principalmente, inibindo o pico do FSH e, com isso, o recrutamento e desenvolvimento do folículo dominante, além de estabilizar o endométrio e potencializar a ação pro gestínica através do aumento dos receptores de progesterona.

Enquanto o componente progestogênico atua inibindo o pico de LH e a ovulação, espessando o muco cervical, dificultando a ascensão dos espermatozoides e atrofiando o endométrio, tornando-o não receptivo a uma possível implantação. Podemos inferir que todos os métodos hormonais combinados são anovulatórios, sendo o progestogênio o principal hormônio responsável por tal ação.

Os progestínicos utilizados no Brasil podem ser derivados da própria progesterona (17-OH-progesterona), como a ciproterona, que possui efeitos antiandrogênicos; da testosterona (19-nortestosterona), a exemplo da noretisterona, levonorgestrel, desogestrel e gestodeno (possuem ação androgênica, porém menor efeito trombogênico) ou da espironolactona, como a drospirenona, com importante efeito antimineralocorticoide.

Já o estrogênio mais utilizado é o etinilestradiol, em dosagens nas formulações orais que vão de 15 a 35 mcg, sendo as de 15 ou 20 mcg consideradas de muito baixa dosagem e as de 30 ou 35 mcg de baixa dosagem.

Doses maiores que 35 mcg ao dia não são seguras e estão em desuso pelo alto risco de eventos tromboembólicos.

Independentemente da via de administração, o método deve ser iniciado sempre nos primeiros cinco dias do ciclo menstrual (preferencialmente no 1º dia) e repetido periodicamente. No caso da via oral, o uso é diário, a cada 24 horas, e há formulações de 21 dias, com pausa de 7 dias; 24 dias, com 4 dias de intervalo, ou 28 dias contínuos, sem pausa.

A administração injetável deve ser realizada por profissional de saúde e repetida a cada 30 dias, de preferência nas nádegas. Tanto o anel vaginal quanto o adesivo transdérmico são utilizados por três semanas consecutivas, com

pausa de uma semana, sendo que o adesivo deve ser trocado a cada 7 dias e colocado sobre áreas limpas e secas, como nos glúteos, face externa dos braços, abdome ou tronco. Já o anel vaginal é inserido na vagina pela própria mulher e deixado no local por 21 dias, sem necessidade de troca durante esse período ou de avaliação médica, visto que não se trata de método de barreira.

Mulheres que usam métodos hormonais combinados, além da contracepção, em geral experimentam outros benefícios como melhora da tensão pré-menstrual e da dismenorreia, além de redução do fluxo menstrual e do risco de câncer de ovário e endométrio.

Em contrapartida, efeitos colaterais com náuseas e vômitos, mastalgia, ganho de peso, cefaleia, fadiga, irritabilidade, acne, sangramento uterino irregular, aumento dos níveis tensionais ou elevação do risco de eventos tromboembólicos podem ocorrer, a depender sobretudo do tipo de progestínicos utilizado.

## **5. PROGESTINICO ISOLADO**

Os métodos hormonais à base de progestínicos isolado são uma importante alternativa às pacientes que apresentam contraindicação ao uso do estrógeno. Os tipos de progestogênico e seus mecanismos de ação são semelhantes ao já discutido na sessão anterior. (GIGLIO, 2017).

As formas de apresentação disponíveis no Brasil são a via oral, de uso diário e contínuo, sem intervalo, o injetável trimestral, o implante subdérmico e o sistema intrauterino medicado com levonorgestrel (o último será discutido na seção de dispositivos intrauterinos).

Em relação à via oral, apenas o contraceptivo medicado com 75 mcg de desogestrel é considerado anovulatório. Os demais possuem dosagens hormonais baixíssimas (minipílulas), com taxa de anovulação em apenas 40% dos ciclos.

Devem ser resguardadas para situações em que a fertilidade da mulher está naturalmente reduzida, como durante a lactação e a perimenopausa. O injetável trimestral contém acetato de medroxiprogesterona, progestínico derivado da 17-OH-progesterona, e sua via de administração é a intramuscular profunda. Ambos devem ser iniciados no 19 dia do ciclo menstrual.

No Brasil, o implante subdérmico disponível (Implanon) é uma haste de acetato de etileno medicada com 68 mg de etonogestrel (metabólito ativo do desogestrel), que deve ser inserida por profissional habilitado no membro superior não dominante da paciente em qualquer momento do ciclo menstrual, desde que haja a certeza da ausência de gravidez (em geral, recomenda-se associar um método de barreira nos próximos sete dias após a inserção).

A liberação hormonal é lenta e dura aproximadamente três anos, quando o dispositivo deve ser retirado ou trocado. Seu mecanismo de ação é anovulatório. Mulheres com sobrepeso ou obesas podem apresentar maior risco de falha do método.

Todas as usuárias de métodos progestogênicos isolados devem ser orientadas quanto aos principais efeitos adversos: sangramento uterino irregular, ganho de peso e alterações do humor, além do retorno à fertilidade, que pode levar até um ano após a interrupção do método. O acetato de medroxiprogesterona de depósito particularmente tem sido associado à redução da massa óssea, devendo-se evitar seu uso prolongado sobretudo em adolescentes e mulheres na perimenopausa.

As únicas contraindicações absolutas (categoria 4) ao uso desses métodos são gravidez e câncer de mama atual, mas, em algumas situações, como história atual de TVP ou TEP, LES com anticorpos antifosfolípides positivos, tumor hepático maligno e cirrose descompensada, devem ser evitados (categoria 3).

## **6. DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS**

Os dispositivos intrauterinos constituem, junto com o implante subdérmico, o grupo de métodos contraceptivos reversíveis de longa duração (LARC) e são os métodos não definitivos mais utilizados no mundo. (RODRIGUES, 2019).

No Brasil, há classicamente dois dispositivos dispo níveis: DIU de Cobre T380A e DIU de levonorgestrel 20 mcg (Mirena).

Ambos não são anovulatórios e têm ação local, promovendo reação inflamatória na cavidade uterina por simularem um corpo estranho, tornando o ambiente inóspito para espermatozoides e óvulos, além de interferirem no muco cervical e na motilidade tubária. O levonorgestrel tem ainda efeito

antiproliferativo sobre o endométrio, provocando atrofia endometrial e impedindo possível implantação.

O melhor período para inserção dos dispositivos intrauterinos é durante a menstruação, pois o orifício interno do colo encontra-se entreaberto, facilitando a sua introdução, porém, em teoria, podem ser colocados em qualquer fase do ciclo menstrual desde que excluída gestação.

No pós-parto, pode ser inserido nas primeiras 48 horas ou após quatro semanas, devido ao maior risco de expulsão nesse intervalo. Após um abortamento, pode ser inserido imediatamente desde que não haja sinais de infecção.

A principal complicação associada à inserção e a perfuração uterina, que felizmente é um evento raro. Seus efeitos são imediatos após a confirmação de que o dispositivo se encontra normoimplantado na cavidade uterina, tendo o DIU de cobre duração de 10 anos e o Mirena de 5 anos. (Finotti MC, 2018).

Os principais efeitos adversos relacionados ao DIU de cobre são aumento da dismenorreia e do fluxo menstrual, ao contrário das usuárias do DIU de levonorgestrel, que em geral costumam experimentar alívio das cólicas e redução do sangramento menstrual (a maioria entrará em amenorreia após o primeiro ano de uso), apesar de muitas apresentarem sangramento intermenstrual de spotting, principal efeito colateral associado ao método.

Outros inconvenientes dos dois tipos de dispositivo intrauterino são o aumento relativo das taxas de gravidez ectópica (caso ocorra uma falha, há maior chance de haver implantação fora da cavidade uterina) e o risco de doença inflamatória pélvica, que é motivo de inúmeras discordâncias na literatura, mas atualmente sabe-se que o aumento do risco se dá somente poucos meses após a inserção possivelmente por uma infecção genital vigente durante o procedimento que ascendeu pelo canal cervical ou por técnicas de assepsia inadequadas.

Recentemente, muito tem se falado sobre DIU de prata e mini DIU. Ambos são nada mais do que novas versões do DIU de cobre.

O primeiro traz associação do cobre com a prata na tentativa de estabilizar os efeitos do cobre, diminuindo a dismenorreia e o sangramento. Porém, por se tratar de um método novo, ainda não há estudos consistentes que

comprovem esse benefício. E o segundo é um dispositivo também de cobre em tamanho reduzido, como alternativa para mulheres que apresentam útero com maior diâmetro menor que 6 cm. Ambos têm duração de cinco anos.

As principais contraindicações ao uso dos dispositivos intrauterinos são:

Contraindicações absolutas (categoria 4);

- ✓ Gravidez;
  - ✓ Doença inflamatória pélvica (DIP) ou doença sexualmente transmissível (DST) atual, recorrente ou recente (nos últimos três meses);
  - ✓ Sepses puerperal;
  - ✓ Imediatamente pós-aborto séptico;
  - ✓ Cavidade uterina severamente deturpada;
  - ✓ Hemorragia vaginal inexplicada;
  - ✓ Câncer cervical ou endometrial;
  - ✓ Doença trofoblástica maligna;
  - ✓ Alergia ao cobre (para DIUS de cobre);
  - ✓ Câncer de mama atual (para DIU de LNG).
- Contraindicações relativas (categoria 3):
- ✓ Fator de risco para DSTs ou HIV;
  - ✓ Imunodeficiência;
  - ✓ De 48 horas a quatro semanas pós-parto;
  - ✓ Câncer de ovário;
  - ✓ Doença trofoblástica benigna;
  - ✓ Tumor hepático maligno ou adenoma hepatocelular (para DIU de LNG);
  - ✓ TVP/TEP atual (para DIU de LNG);
  - ✓ Lúpus eritematoso sistêmico com anticorpo antifosfolípide positivo ou desconhecido (para DIU de LNG).

## **7. CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA**

A contracepção de emergência não deve em hipótese alguma ser utilizada de rotina, suas principais indicações são: abuso sexual, ruptura do condom ou deslocamento do DIU. Atualmente, o método mais recomendado para este fim é o uso via oral de levonorgestrel 1,5 mg dose única ou 0,75 mg de 12 em 12 horas, podendo ser utilizado até cinco dias após o ato sexual, mas idealmente nas primeiras 72 horas (VIEIRA, 2018).

Quando administrado na primeira fase do ciclo menstrual, seu mecanismo de ação é através da inibição do pico de LH e, portanto, da ovulação. Já na segunda fase do ciclo, atua espessando o muco cervical, alterando a motilidade tubária e atrofiando o endométrio.

Quanto mais próximo do intercurso sexual for usado, maior a eficácia. Por se tratar de método ocasional, não há contraindicações absolutas ao seu uso, além da presença de gravidez. No entanto, podem ocorrer efeitos adversos como náuseas, vômitos, fadiga, tontura, cefaleia, mastalgia e irregularidade menstrual. As pacientes devem ser orientadas de que pode haver atraso da menstruação de, no máximo, uma semana da data esperada. Caso o atraso ultrapasse sete dias um teste de gravidez deve ser realizado.

## **8. CONTRACEPÇÃO CIRURGICA**

Único método contraceptivo irreversível, que inclui tanto a laqueadura tubária para as mulheres quanto a vasectomia (ressecção do ducto deferente) no caso dos homens. Por se tratar de método definitivo, a legislação vigente (Lei 9263, que regulamenta o planejamento familiar no Brasil) é extensa e rigorosa. Destacamos abaixo os pontos mais importantes que você precisa saber para as provas: (BARROS, 2019).

### **Quando fazer?**

Homens e mulheres com capacidade civil plena, maiores de 25 anos ou com pelo menos 2 filhos vivos, com prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade (expressa em documento escrito e firmado) e o ato cirúrgico.

Risco de vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto (testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos).

### **Quando não fazer?**

Vedada em períodos de parto, aborto ou até o 420 dia de pós-parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade por cesarianas sucessivas anteriores, ou quando a mulher for portadora de doença de base e a exposição a segundo ato anestésico ou cirúrgico representar maior risco para sua saúde (necessário relatório escrito e assinado por dois médicos). Vedada através de histerectomia ou ooforectomia.

### **Recursos necessários para execução do projeto.**

O projeto preconizou acompanhamento das gestantes durante as consultas de pré-natal e também por meio de palestras educativas nas quais poderiam participar também seus esposos. Essas ações foram planejadas na Unidade Básica de Saúde Lourival Dias de Souza a partir do diagnóstico situacional com o levantamento dos problemas da comunidade em relação à gravidez e os riscos das principais ISTs acometidas pelas mulheres. Na sequência, foram realizadas palestras na unidade para a população. (Ação 1).

Todos os participantes foram bem articulados e recebidos ao expor suas dúvidas durante as consultas e palestras, e também por compartilhar os seus conhecimentos sobre o tema abordado. Observou-se que alguns participantes tinham os entendimentos satisfatórios sobre os sinais, sintomas e modo de transmissão das IST. Todos esses pontos foram explicados de forma ampla, clara e relacionados a possíveis situações cotidianas vivenciadas por elas.

Reforçamos a importância do pré-natal, para o grupo de gestantes e aos pais acompanhá-las durante as consultas. O intuito da capacitação realizada na equipe na Unidade Básica de Saúde Lourival Dias de Souza foi de oferecer treinamento na abordagem e na busca efetiva de pacientes assintomáticos e sintomáticos na população adscrita da unidade de saúde. Com os esforços voltados à educação sexual e pré-natal contínuos, foi possível compartilhar o conhecimento, e tendo o feedback constante da equipe e da população.

A motivação, incentivo e colaboração de todos os envolvidos permitiu identificar as potencialidades e limitações da intervenção, levando a equipe a agir de forma sincronizada e trabalhando com união.

As orientações realizadas durante as consultas na UBS e nas visitas domiciliares, possibilitou ressaltar a importância do sexo seguro, do acompanhamento médico contínuo. Ainda, foi enfatizado sobre os cuidados que o casal deve ter no relacionamento conjugal, quando o casal opta a não fazerem o uso de preservativo, na qual a importância da confiança, da fidelidade, e isso



condizente muito sobre a qualidade da vida sexual saudável do casal, além das orientações do acompanhamento médico anualmente.

Foi oferecido apoio com uma equipe multidisciplinar a todos pacientes que testaram positivo.

Para a realização das palestras com a população de 15 a 40 anos de idade, foi feito um convite verbal e divulgação pela rádio local, também foram convidados os pais e esposos para que pudessem participar e saber da importância deles durante a gestação. (Ação 2)

No primeiro encontro, promoveu-se uma roda de conversa reunindo todos os profissionais de saúde, pais e jovens que estavam grávidas ou não. A finalidade dessa atividade foi conhecer seus anseios, necessidades, dificuldades, dúvidas sobre o sexo seguro, gravidez e as ISTs (seus riscos e tratamentos disponíveis), para melhor direcionar as estratégias de educação em saúde a serem desenvolvidas (Ação 3).

Nas atividades educativas realizadas, foram utilizados banners, panfletos que atraíram mais a atenção dos participantes. Ressalta-se que os banners utilizados nas palestras continuam expostos na nossa unidade. Foram abordados: diálogo com os pais sobre sexo, métodos contraceptivos, gravidez na adolescência e gravidez tardia, ISTs tais como sífilis, gonorreia, herpes genitais.

O desenvolvimento das ações teve o apoio dos agentes comunitários, equipe de enfermagem, médico da família, secretaria de saúde, em especial, o departamento epidemiológico. Também foram realizadas consultas domiciliares, principalmente para as gestantes que por motivos da pandemia da COVID-19, não estavam indo até a unidade de saúde. (ação 5).

### **Proposta de avaliação:**

A execução do projeto seguiu o plano de intervenção proposto no Quadro 2.

### **Quadro 2– Etapas do Plano de Intervenção.**

Objetivo	Estratégia	Duração	Envolvidos	População alvo	Data	Recursos Educacionais (RE)	Locais de divulgação dos RE
Capacitar a equipe de saúde sobre planejamento familiar	Realizar duas capacitações para a equipe.	4 horas	Médico e Obstetra	Equipe de saúde	03/01/2021	Apresentação de slides.	UBS
Orientar individualmente cada gestante atendida na unidade de saúde sobre as ISTs.	Orientar sobre IST durante a consulta de pré-natal	2 meses	ACS, Médico, Téc. Enfermagem, Enfermeira e Obstetra	Gestantes cadastradas	04/01/2022 até 03/03/21	Folder e métodos de prevenção (camisinha femininas e masculinas)	UBS e domicílios
Realizar ações de educação sexual em saúde, métodos de contracepção, ISTs para grupos de gestantes e outros grupos de interesse na unidade de saúde.	Rodas de conversa com as gestantes.	1 semana	ACS, Médico, Técnico de enfermagem Enfermeiro e Obstetra	Gestantes cadastradas	08/03/2021	Folder	UBS

Fonte: Autora, 2021.

Foram planejadas algumas atividades educativas na unidade trimestrais voltado para as gestantes.

A organização da palestra educativa foi planejada através de convite para a população com idade de 16 aos 40 anos, realizado com dias alternados para as gestantes e os acompanhantes com todas as normas de prevenção para o COVID-19 (Máscara, distanciamento e álcool em gel).

As primeiras palestras foram apenas com as gestantes, segunda palestras com os esposos e a terceira palestras foi com as gestantes junto com os esposos.

Durante as palestras educativas foi possível sanar as dúvidas e todos os palestrantes ficaram mais à vontade acompanhados.

Durante as palestras foram ofertados folders e um banco de perguntas sobre o tema. As atividades educativas foram planejadas e construídas baseadas na literatura e protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e OMS. Além de duas capacitações para equipe e saúde, uma com o tema “Sobre Planejamento Familiar”

## APÊNDICE 1– QUESTIONÁRIO APLICADO COM AS GESTANTES

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

DATA: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ anos

- 1) O que eu aprendi sobre o planejamento familiar?
- 2) O que precisa melhorar para que possa seguir um planejamento?

- 3) O que eu irei levar de ensinamentos para a minha vida?
  - 4) O que é planejamento familiar?
  - 5) Quais os métodos contraceptivos?
  - 6) Durante a gravidez ou parto, a mãe pode passar as ISTs para a criança?
  - 7) Você acha que só transar com pessoas que aparentam ter boa saúde é uma maneira de se proteger das ISTs?
  - 8) Você acha que transar usando camisinha é uma forma de se proteger?
  - 9) Você acha que tratar a mulher grávida que tem alguma IST pode evitar que ela transmita o para o bebê?
  - 10) Se aparecessem feridas no seu pênis ou vagina, você pensaria estar com uma doença venérea?
  - 11) E se você percebesse estar com corrimento no canal da urina, pensaria estar com uma doença venérea?
  - 12) E se aparecessem verrugas no seu pênis, vagina ou ânus, você pensaria estar com uma doença venérea?
  - 13) Você já fez o exame de alguma IST?
  - 14) Se já fez, foi buscar o resultado? Se você nunca fez o exame, não marque nada nesta questão.
  - 15) Nestes últimos seis meses, você transou com alguém que você considere um parceiro fixo ou parceira fixa, ou seja marido, mulher, companheiro, companheira, noivo, noiva, namorado, namorada ou amante?
  - 16) você procurou o serviço de saúde por causa da ferida no pênis ou vagina?
  - 17) Você teve algum corrimento pelo canal da urina nos últimos seis meses?
- 

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este projeto objetivou reduzir os casos de gravidez não planejada nas pacientes cadastradas unidade Básica de Saúde Lourival Dias de Souza, para isso, foram envolvidas as gestantes adultas, adolescentes e a população masculina, incluindo os esposos e pais, procurando investigar os motivos que houve uma gravidez sem planejamento. Foi identificada uma alta de gravidez indesejada pelas as mulheres solteiras na UBS nessa população associada a atividade sexual desprotegida.

A capacitação da equipe favoreceu o alcance dos outros objetivos da intervenção. Isso permitiu que cada membro da equipe participasse de forma efetiva em todo o trabalho. Além disso, proporcionou conhecimento sobre a importância de minimizar os casos das gravidez, abortamento na UBS. A integração da equipe trouxe motivação para a continuidade das ações e revelou as habilidades de vários profissionais de saúde que não eram aproveitadas. O envolvimento total da equipe de saúde foi o maior propulsor para o alcance de todos os objetivos estabelecidos.

A orientação durante as consultas médicas permitiu que as gestantes compreendessem cada método contraceptivo, a importância do seu uso, como também a importância que alguns métodos podem trazer para a saúde sexual do casal.

As principais dificuldades enfrentadas foram o desânimo das pacientes de usar anticoncepcional oral e o uso do preservativo, alegando que o parceiro não sente bem na hora da relação.

Desafios político-institucionais, questões ligadas ao financiamento e capacitação para a equipe de saúde foram superadas. Atualmente as ações de planejamento são realizadas com a participação dos gestores nas questões organizativas, de modo a atender às reais necessidades da população e buscando superar processos de trabalho.

A garantia dos cuidados integrais exige um equilíbrio entre a abordagem individual e a comunitária, em tempo oportuno, para enfrentar os determinantes sociais.

## Referências

VEGA, Carlos Eduardo Pereira; SOARES, Vânia Muniz Néquer; LOURENÇO FRANCISCO NASR, Acácia Maria. Mortalidade materna tardia: comparação de dois comitês de mortalidade materna no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00197315, 2017.

BOMBAS, T. et al. Recomendações clínicas na interrupção médica de gravidez no 2.º e 3.º trimestre e na morte fetal. **Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa**, v. 11, n. 2, p. 132-143, 2017.

GOIS FILHO, Edson Santana; SOUZA, Júlia Beatriz Araujo; OLIVEIRA, Halley Ferraro. Aspectos psicossociais da gravidez na adolescência-revisão de literatura. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 1, p. 1033-1037, 2021.

LIMA, Maryama Naara Felix de Alencar et al. Adolescentes, gravidez e atendimento nos serviços de atenção primária à saúde. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 2075-2082, 2017.

VEGA, Carlos Eduardo Pereira; SOARES, Vânia Muniz Néquer; LOURENÇO FRANCISCO NASR, Acácia Maria. Mortalidade materna tardia: comparação de dois comitês de mortalidade materna no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00197315, 2017.

RODRIGUES, Francisca Alice Cunha et al. Violência obstétrica no processo de parturição em maternidades vinculadas à Rede Cegonha. **Reprodução & Climatério**, v. 32, n. 2, p. 78-84, 2017.

LOPES, Giovanna De Carli et al. Atenção ao parto e nascimento em hospital universitário: comparação de práticas desenvolvidas após Rede Cegonha. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27, 2019.

ALVES, Ângela Gilda et al. Política de humanização da assistência ao parto como base à implementação rede cegonha: revisão integrativa. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 691-702, 2017.

LEITE, Vanessa Cavasotto. O consentimento do cônjuge como condição para realização de laqueadura no Brasil: votação da autonomia sobre o corpo e do direito ao livre planejamento familiar. 2018.

BRANDÃO, Elaine Reis. Métodos contraceptivos reversíveis de longa duração no Sistema Único de Saúde: o debate sobre a (in) disciplina da mulher. 2019.

QUINTERO, Lisbeth et al. Cálculo del Índice de Pearl de etinilestradiol 30 mcg/drospirenona 3 mg (Genesa®). **Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela**, v. 77, n. 1, p. 51-57, 2017.

BARROS, Kédma Suelen Braga. Planejamento familiar na unidade básica de saúde: uma estratégia de prevenção da gravidez na adolescência.

RIBEIRO, Wanderson Alves et al. A gravidez na adolescência e os métodos contraceptivos: a gestação e o impacto do conhecimento. **Nursing (São Paulo)**, p. 2990-2994, 2019.

CORRÊA, Daniele Aparecida Silva et al. Fatores associados ao uso contraindicado de contraceptivos orais no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 1, 2017.

FERREIRA, Hellen Livia Oliveira Catunda et al. Determinantes Sociais da Saúde e sua influência na escolha do método contraceptivo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 4, p. 1044-1051, 2019.

KLEINSCHMIDT, Thea K. et al. Vantagens de determinar a janela fértil com o algoritmo de ciclos naturais individualizados sobre métodos baseados em calendário. **The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care**, v. 24, n. 6, pág. 457-463, 2019.

SILVA, Dayane Maria Melo da. MÉTODOS CONTRACEPTIVOS E A REPRESENTAÇÃO SOCIAL APRESENTADA EM LIVROS DIDÁTICOS DE CIÊNCIAS ADOTADOS EM ESCOLAS PÚBLICAS DA CIDADE DE CODÓ-MA. 2019.

PALETTA, Gabriela Cabral; NUCCI, Marina Fisher; MANICA, Daniela Tonelli. Aplicativos de monitoramento do ciclo menstrual e da gravidez: corpo, gênero, saúde e tecnologias da informação. **Cadernos Pagu**, n. 59, 2020.

BORGES, Ana Luiza Vilela et al. Satisfação com o uso de métodos contraceptivos entre usuárias de unidades básicas de saúde da cidade de São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 17, n. 4, p. 749-756, 2017.

DE ARRUDA, Cledinete Dias et al. PLANEJAMENTO FAMILIAR: VIVÊNCIA DOS CASAIS COM O MÉTODO DE OVULAÇÃO BILLINGS. **TCC-Enfermagem**, 2020.

ALBUQUERQUE, Jeovana Soares et al. Métodos anticoncepcionais reversíveis: uma revisão. 2018

SOUZA, Élide de Fátima Diniz et al. A importância do planejamento familiar com uso adequado dos métodos anticoncepcionais na Estratégia de Saúde da Família. 2017.

DIAS, Nikole Sousa; ARAÚJO, Karla Laís Ribeiro da Costa. ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA ELEVAR OS CONHECIMENTOS SOBRE IST'SE PLANEJAMENTO FAMILIAR ENTRE JOVENS DE BAIXA RENDA.

SOUZA, Élide de Fátima Diniz et al. A importância do planejamento familiar com uso adequado dos métodos anticoncepcionais na Estratégia de Saúde da Família. 2017.

BRANDT, Gabriela Pinheiro; OLIVEIRA, A. P. R.; BURCI, Lígia Moura. Anticoncepcionais hormonais na atualidade: um novo paradigma para o planejamento familiar. **Revista Gestão & Saúde. RGS**, v. 18, n. 1, p. 54-62, 2018.

GIGLIO, Margareth Rocha Peixoto et al. Conhecimentos dos médicos residentes de ginecologia e obstetrícia sobre contracepção hormonal em situações especiais. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 41, n. 1, p. 69-78, 2017.

RODRIGUES, Brenda Diniz et al. Modelo de Treinamento para Inserção de Dispositivos Intrauterinos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, n. 4, p. 47-53, 2019.

VIEIRA, Gilson Valente et al. FATORES ASSOCIADOS AO USO ABUSIVO DO CONTRACEPTIVO DE EMERGÊNCIA E SEUS EFEITOS INDESEJADOS EM ACADEMICAS DA ÁREA DA SAÚDE DE UMA FACULDADE DE ARIQUEMES RONDÔNIA. 2018.



BARROS, Mariana Barbosa et al. Práticas e saberes de mulheres que optaram por realizar a laqueadura tubária como método contraceptivo. 2019.

Finotti MC, Magalhães J, Martins LA, Franceschini AS. Métodos anticoncepcionais reversíveis de longa duração. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. (Protocolo FEBRASGO - Ginecologia, no. 71/ Comissão Nacional Especializada em Anticoncepção).

Guazzelli CA, Sakamoto LC. Anticoncepcional hormonal apenas de progestagênio e anticoncepção de emergência. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. (Protocolo FEBRASGO - Ginecologia, no. 70/Comissão Nacional Especializada em Anticoncepção).

Brito MB, Monteiro IM, Di Bella ZI. Anticoncepção hormonal combinada. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. (Protocolo FEBRASGO - Ginecologia, no. 69/Comissão Nacional Especializada em Anticoncepção).

World Health Organization (WHO). Medical eligibility criteria for contraceptive use [Internet]. 5rd ed. Geneva: WHO; 2015.

Williams H. Ginecologia de Williams. Porto Alegre, 2014.

ALVES, Nayara Cristina de Carvalho et al. Complicações na gestação em mulheres com idade maior ou igual a 35 anos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 4, 2017.

ANTONIO, Julia Camille Santos; DEZOTI, Ana Paula; SCUSSIATO, Louise Aracema. EDUCAÇÃO CONTINUADA PARA ADOLESCENTES GESTANTES SOBRE PLANEJAMENTO FAMILIAR EM UMA UBS DE CURITIBA-PR. **Anais do EVINCI-UniBrasil**, v. 5, n. 1, p. 326-326, 2019.

ARAÚJO, Alice Braga de. Gravidez não planejada e suas implicações: intervenções em atenção primária à saúde. 2017.

BATISTA, Yusnely Alfaro. Planejamento familiar com mulheres em idade fértil na UBS Seriema, Tutóia-MA. Bhering, M. J. (2016). História do Planejamento Familiar. *História, Ciência e Saúde*, 23(1), 224-48.

BRANDT, Gabriela Pinheiro; OLIVEIRA, A. P. R.; BURCI, Lígia Moura. Anticoncepcionais hormonais na atualidade: um novo paradigma para o planejamento familiar. **Revista Gestão & Saúde. RGS**, v. 18, n. 1, p. 54-62, 2018.

Brasil. (2013). Ministério da saúde. Saúde sexual e reprodutiva. Caderno de atenção básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília (DF): ministério d saúde, 2013. Recuperado em 14 de setembro de 2018, <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cab13.pdf>

Brasil. (2017). Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436 DE 21 de Setembro de 2017. Aprova a nova Política Nacional de Atenção Básica. 2017.

CASTRO, Antônia Tainá Bezerra et al. Planejamento familiar na gestação. **Revista de Educação Popular**, v. 19, n. 3, p. 306-318, 2020.

Costa, A., Rosado, L., Florêncio, A., & Xavier, E. (2013). História do Planejamento familiar e sua relação com os métodos contraceptivos. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 37(1), 74-86.

DALCOL FILHO, PEDRO et al. MUNICÍPIO DE PIRAÍ DO SUL.

Ferreira, R. V., Costa, M. R., & Melo, C. S. (2014). Planejamento Familiar: gênero e significados. *Textos & contextos*, 13(2), 387-97.

Lacerda, C. S., Balbino, C. M., Sá, S. P. C., Silvino, Z. R., Silva Júnior, P. F., Gomes, E. N. F., & Joaquim, F. L. (2020). Confrontation of women with breast cancer. *Research, Society and Development*, 9(7), 1-18.

Maranhão, T. A., Gomes, K. R. O., & Barros, I. C. (2016). Fatores atribuídos ao aborto entre jovens com experiência obstétrica. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 19 (3), 494-508.

Morais, A. C. B., Ferreira, A. G., Almeida, K. L., & Quirino, G. S. (2014). Participação masculina no planejamento familiar e seus fatores intervenientes. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 4(3), 498-508.

Moura, L. N. B., & Gomes, K. R. O. (2014). Planejamento familiar: uso dos serviços de saúde por jovens com experiência de gravidez. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(3), 853-863.

njos, K. F., Santos, V. C., Souza, R., & Eugênio, B. G. (2013). Aborto e saúde pública no Brasil: reflexões sob a perspectiva dos direitos humanos. *Saúde em Debate*, 37(98), 504-515.

OSIS, Maria José Duarte et al. Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, p. 2481-2490, 2006.

Polit, D. F.; & Beck, C. T. (2006). Using research in evidence-based nursing practice. In: Polit, D. F. Beck, C. T. Editors. *Essentials of nursing research. Methods, appraisal and utilization*. Philadelphia (USA): Lippincott Williams & Wilkins. p. 457-94.

RIBAS, Filipe Pedroso et al. História, ensino e juventudes: um estudo de caso sobre a cultura histórica entre os jovens de Piraí do Sul, PR (2017-2019). 2020.

Santos, J. C., & Freitas, P. M. (2011). Planejamento familiar na perspectiva do desenvolvimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (3), 1813-20.

Silva, C. C., Savian, C. M., Prevedello, B. P., Zamberlan, C., Dalpian, D. M., & Santos, B. Z. dos. (2020). Access and use of dental services by pregnant women: An integrative literature review. *Ciencia e Saude Coletiva*, 25 (3), 827– 835.

SILVA, Jaqueline Miranda Barros; NUNES, Maryelle Alves. Planejamento familiar: uma base de dados Family planning: a database. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 9, n. 2, p. 510-519, 2017.

SILVA, Jaqueline Miranda Barros; NUNES, Maryelle Alves. Planejamento familiar: uma base de dados Family planning: a database. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 9, n. 2, p. 510-519, 2017.

SILVA, Raimunda Magalhães da et al. Planejamento familiar: significado para mulheres em idade reprodutiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 2415-2424, 2011.

.

.