ESTRUTURA DO PORTFÓLIO

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - UNA-SUS/UFCSPA

No Curso de Especialização em Saúde da Família da UNA-SUS/UFCSPA, o trabalho de conclusão de curso (TCC) corresponde ao portfólio construído durante o desenvolvimento do Eixo Temático II - Núcleo Profissional. Neste eixo são desenvolvidas tarefas orientadas, vinculando os conteúdos com a realidade profissional. O portfólio é uma metodologia de ensino que reúne os trabalhos desenvolvidos pelo estudante durante um período de sua vida acadêmica, refletindo o acompanhamento da construção do seu conhecimento durante o processo de aprendizagem ensino e não apenas ao final deste. O TCC corresponde, portanto, ao relato das intervenções realizadas na Unidade de Saúde da Família contendo as reflexões do aluno a respeito das práticas adotadas.

A construção deste trabalho tem por objetivos:

I - oportunizar ao aluno a elaboração de um texto cujos temas sejam de conteúdo pertinente ao curso, com desenvolvimento lógico, domínio conceitual, grau de profundidade compatível com o nível de pós-graduação com respectivo referencial bibliográfico atualizado.

II – propiciar o estímulo à ressignificação e qualificação de suas práticas em Unidades de Atenção Primária em Saúde, a partir da problematização de ações cotidianas.

O portfólio é organizado em quatro capítulos e um anexo, sendo constituído por: uma parte introdutória, onde são apresentadas características do local de atuação para contextualizar as atividades que serão apresentadas ao longo do trabalho; uma atividade de estudo de caso clínico, onde deve ser desenvolvido um estudo dirigido de usuários atendidos com patologias e situações semelhantes aos apresentados no curso, demonstrando ampliação do conhecimento clínico; uma atividade de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças; uma reflexão conclusiva e o Projeto de Intervenção, onde o aluno é provocado a identificar um problema complexo existente no seu território e propor uma intervenção com plano de ação para esta demanda.

O acompanhamento e orientação deste trabalho são realizados pelo Tutor do Núcleo Profissional e apresentado para uma banca avaliadora no último encontro presencial do curso.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE - UFCSPA

PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Manoella Balbinotti Ferreira

PLANEJAMENTO FAMILIAR: PROJETO DE INTERVENÇÃO EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Porto Alegre
2017

Manoella Balbinotti Ferreira

Planejamento familiar: projeto de intervenção em Unidade Básica de Saúde

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à UNASUS/UFCSPA, como requisito parcial para conclusão da Pós Graduação em Saúde da Família.

Orientador: Profa. Aline Picoli Benvenutti

Porto Alegre
2017

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 4

2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO 7

3 PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DE DOENÇAS 10

4 VISITA DOMICILIAR 13

5 REFLEXÃO CONCLUSIVA 16

REFERÊNCIAS.....18

ANEXO 1 PROJETO DE INTERVENCAO 19

1 INTRODUÇÃO

Me chamo Manoella Balbinotti Ferreira, tenho 26 anos e sou egressa do curso de medicina da Universidade de Caxias do Sul (formada em dezembro de 2015). Nascida e criada em Caxias do Sul - RS, atualmente trabalho como médica pelo Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) na Unidade Básica de Saúde São Caetano em Caxias do Sul – RS.

Caxias do Sul se configura em uma cidade polo industrial e está localizada na Região Nordeste do Estado do Rio Grande do Sul. Em função de sua pujança é um dos maiores centros da indústria metalomecânica do país, possuindo grandes conglomerados e empresas. Isso acaba refletindo em altos índices de desenvolvimento econômico e humano. Estas características fazem com que receba, diariamente, novos moradores em busca de qualidade de vida e oportunidades profissionais. A taxa de crescimento aponta, segundo dados colhidos no censo demográfico 2010, um percentual entre 25% a 30% por década, o que significa, também, uma população em torno de 485 mil habitantes em 2016.

O crescimento populacional é grande e, com ele, são gerados diversos indicadores de desigualdade social, tais como o surgimento e a criação de muitos bairros, cercados pelos bolsões de miséria. Oficialmente, a cidade é dividida em 65 bairros, 6 distritos e 15 regiões administrativas. Possui 568 loteamentos e cerca de 200 áreas irregulares. Núcleos de sub-habitação, ou seja, as moradias precárias totalizam 100 unidades (Jornal Pioneiro, 16 de agosto de 2016, pág. 19, com base nos dados da Assessoria de Imprensa da Prefeitura Municipal de Caxias do Sul e do Centro POP Rua).

O bairro São Caetano, onde fica localizada a Unidade Básica de Saúde São Caetano, encontra-se na região sudoeste da cidade. Este bairro é formado, basicamente, por trabalhadores nas indústrias pesadas e no comércio local, suscetíveis às oscilações do mercado e às crises econômico-financeiras. É urbanizado, bem organizado e não sofre relevantes processos de favelização, fato comum em outros bairros periféricos. O bairro tem, aproximadamente, 8.000 moradores e possui a Unidade Básica de Saúde (UBS) que atende, além deste, diversos outros bairros e loteamentos que se desenvolveram no seu entorno e população de bairros vizinhos. A estimativa é de atendimento para uma população

de 15.000 habitantes. O bairro é bastante completo, contando com escolas, centro comunitário, praça com academia da terceira idade, supermercados, farmácias. Em geral, a população migra bastante dentro do próprio território, isto é, costumam mudar de residência com frequência, mas não mudam de bairro.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) está localizada na Rua Pixinguinha, nº 2466, num prédio da prefeitura municipal com mais de mil metros quadrados de área. O seu horário de funcionamento é das 7:30 horas até as 16:30 horas, sem fechar ao meio-dia

A equipe é composta por quatro médicos, sendo dois concursados, um professor e um médico do Provab. Completa o quadro profissional quatro enfermeiros, sendo que um deles é gerente da Unidade, seis técnicos de enfermagem, nove agentes de saúde, um dentista, uma auxiliar de saúde bucal, uma nutricionista, uma assistente social, uma terapeuta ocupacional, uma psicóloga e duas higienizadoras. Cada médico atende, em média, 16 pacientes por turno, com consultas agendadas. Vale referir que demandas imediatas são atendidas ou encaminhadas para o Pronto Atendimento 24 horas, unidade centralizadora de atendimentos da Prefeitura Municipal. Diariamente são atendidas diversas queixas clínicas pediátricas (incluindo puericultura, consultas de rotina e agravos de saúde), adultos (destacando-se lombalgia, hipertensão, diabetes, dislipidemias e outras patologias crônicas), gestantes e idosos.

Basicamente são feitas consultas clínicas, procedimentos de administração de medicação, curativos, suturas, nebulizações e coleta de preventivo. Também é feito o encaminhamento para atendimento secundário, com solicitação de exames básicos e encaminhamento ao setor terciário, feito via central de leitos e encaminhamento ao serviço de emergência (SAMU ou Pronto Atendimento 24 horas). É importante destacar a aplicação de vacinas e a farmácia para distribuição de componentes básicos, localizada dentro do posto. Semanalmente ocorre alguma situação de urgência dentro da unidade, momento em que se observa bastante auxílio dos funcionários da unidade.

O Brasil e especificamente, o Rio Grande do Sul, encontra-se em plena transição demográfica, com a redução das taxas de natalidade e aumento da expectativa de vida da população. Segundo o censo do IBGE em 2012, o Rio Grande do Sul apresenta 1,7 filhos por mulher, índice reduzido em comparação a

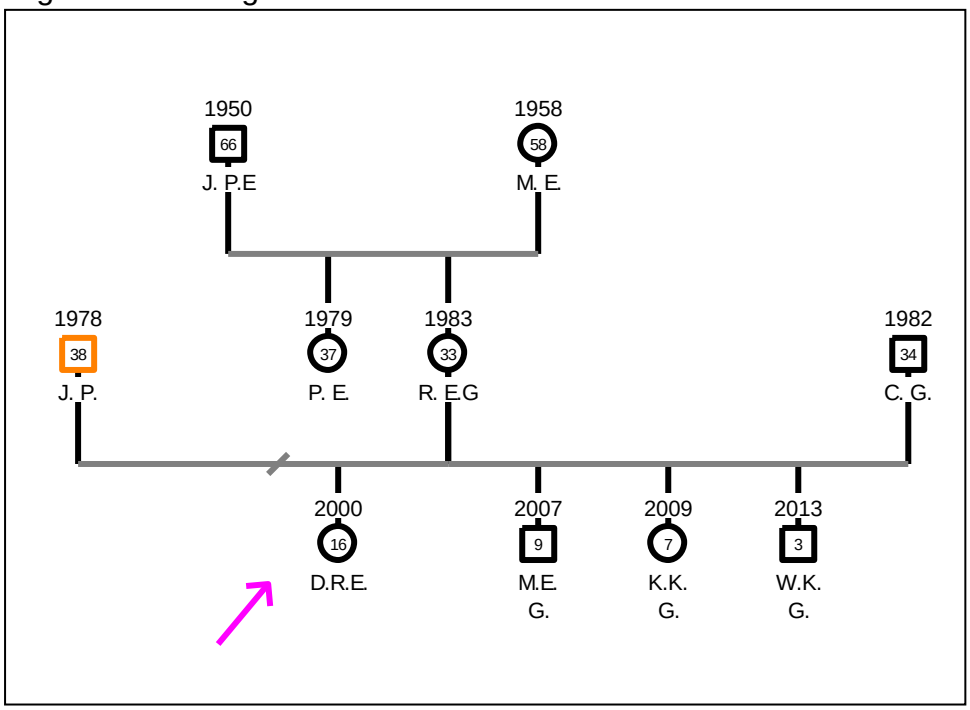
outros estados brasileiros. Todavia, não é possível tratar dessas informações de maneira generalizada, uma vez que ainda existe grande disparidade sócia-econômica, fato que é observado no Rio Grande do Sul e, também, na cidade de Caxias do Sul, levando a surgimento de gestações precoces e tardias, abortamentos, aumento do índice de mortalidade materna e infantil, entre outras.

A partir da vivência diária na UBS, vislumbrou-se o interesse em fazer uma intervenção, atingindo a população atendida através da informação, efetivada pela pesquisa nos prontuários existentes, sobre gravidez precoce, mulheres com mais de três filhos e menos de 30 anos, gestações indesejadas e intervalos interpartais curtos, abordando a prevenção como instrumento capaz de auxiliar no planejamento familiar. Neste sentido, projetou-se a realização de ações efetivas com a comunidade e a participação do médico de estratégia de saúde de família e outros membros da equipe de saúde. O projeto de intervenção se encontra em anexo ao final do trabalho.

2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO

D.R.E, 16 anos, feminina, solteira, estudante do sexto ano do ensino fundamental, trabalha pela manhã como empacotadora do mercado localizado a 100 metros da unidade básica de saúde, previamente hígida. Mora com a mãe, padrasto e três irmãos menores por parte de mãe, além dos avós e tia materna. Toda a família realiza consultas regulares na unidade, principalmente os avós que tratam hipertensão e dislipidemia. A família vive em casa simples, com duas moradias (em cima os avós e a tia materna; no andar térreo mora a paciente D.R.E com o restante da família). 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. Segue na Figura 1 o genograma para melhor visualização da estrutura familiar do caso em estudo.

Figura 1 – Genograma do caso clínico D.R.E.



Fonte: Elaborada pela própria autora.

A família mantém, em geral, uma boa relação, sem conflitos persistentes. D.R.E não possui contato com o pai biológico e mostra ter uma boa relação com o

padrasto; gosta bastante dos irmãos menores. Frequentemente tem discussões com a mãe em casa, fato que era mais comum na infância, devido à idade baixa da mãe ao tê-la (aos dezessete anos), o que gerava angústias na mãe. Nasceu de gestação não planejada e foi criada até os dez anos principalmente pelos avós.

D.R.E 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 92 gestantes cadastradas na Unidade Básica de Saúde São Caetano 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 DSTs.

Na consulta seguinte de D.R.E foi possível conversar sobre a necessidade de método contraceptivo, não só para proteção contra possível gestação, mas também contra doenças 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 (2013), 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 visa 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.

3 PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Os casos clínicos apresentados de números 11 a 17 demonstraram situações cotidianas, vivenciadas com muita recorrência por médicos de unidade básica de saúde. Um fato que foi bastante frisado durante a leitura e entendimento dos casos, foi a necessidade da realização de promoção e prevenção da saúde.

A Unidade Básica São Caetano, localizada no município de Caxias do Sul – RS, foi o local onde realizei durante um ano as atividades de médica de Estratégia de Saúde da Família. Diariamente atendia adultos, gestantes, puérperas, idosos e crianças. Em todas elas consegui organizar algum ponto crítico ou ter mais atenção em relação a consulta, especialmente nas consultas de puericultura.

A unidade sempre teve uma preocupação especial com as consultas de puericultura desde antes da minha entrada no programa. Todas as gestantes cadastradas na unidade básica têm consulta marcada de puerpério e de puericultura ainda durante a internação hospitalar do pós-parto imediato. A Secretaria de Saúde da cidade tem o controle de todos os nascimentos e de todas as consultas agendadas. As consultas são agendadas por enfermeiras responsáveis da Unidade de Internação Obstétrica dos hospitais-maternidade da cidade.

O prontuário da criança é diferenciado dos demais prontuários. Na página inicial existe já os locais para colocação do tipo de parto, peso, estatura, pré-natal e número de consultas, intercorrências na gestação, irmãos, utilização de complementação de ferro e vitaminas pela mãe. É dividido em meses (até 24 meses) e posteriormente em anos. Existe mensalmente espaços para preenchimento de dados antropométricos, além de orientações gerais a serem dadas a mãe no final da consulta (inclui discutir sobre retorno ao trabalho, atentar sobre acidentes na infância, relacionamento da criança com os outros membros da família)

A puericultura é uma ferramenta de extremo valor para a avaliação global da criança; por meio dela são obtidas informações sobre crescimento e desenvolvimento, estado imunológico da criança, alimentação, higiene e observação de negligências. O acompanhamento mensal é fundamental para melhor observação do desenvolvimento neurológico e ter um cuidado especial com a criança.

Pude observar durante meu trabalho na unidade que muitas áreas eram bastante controladas pelas enfermeiras, principalmente no que dizia respeito ao

controle das consultas mensais e a manutenção do calendário vacinal. Entretanto, pude perceber a falta de controle acerca de triagem neonatal, em especial a auditiva. Os recém-nascidos já vinham das maternidades com o Teste do Olhinho e o Teste do Coraçãozinho, eram encaminhados na primeira semana de vida para o Teste do Pezinho, mas o da Orelhinha (triagem auditiva) por vezes não era solicitado e/ou não havia por parte da equipe o esclarecimento às mães da necessidade de levar os recém-nascidos para realizar o teste.

Conforme as Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal, 278 milhões de pessoas tem perdas auditivas de grau moderado a profundo e, dessas, 80% vivem em países em desenvolvimento. A deficiência auditiva varia de um a seis neonatos para cada mil nascidos vivos (em comparação, a anemia falciforme 2:10.000 neonatos).

A Triagem Auditiva Neonatal objetiva identificar o mais precoce possível a deficiência auditiva em neonatos/lactentes. Consiste na realização de teste e reteste, medidas fisiológicas e eletrofisiológicas da audição. É observado que o diagnóstico e a intervenção antes dos seis meses trazem resultados melhores no desenvolvimento da função auditiva. Deve ser realizada até o primeiro mês de vida dos neonatos ou até o terceiro mês de vida dos lactentes. Todos recém-nascidos devem realizar (independente de indicadores de risco), já que a deficiência pode ser encontrada em qualquer criança.

São considerados lactentes com indicadores de risco para deficiência auditiva:

- Preocupação dos pais com desenvolvimento da criança (audição, fala ou linguagem);
- Antecedente familiar de surdez permanente, com início desde a infância, sendo assim considerado como risco de hereditariedade;
- Permanência na UTI por mais de cinco dias ou a ocorrência de qualquer uma das seguintes condições (independentemente do tempo de UTI): ventilação assistida, exposição a drogas ototóxicas, hiperbilirrubinemia, anóxia grave, Apgar de 0 a 4 no primeiro minuto ou 0 a 6 no quinto minuto, peso inferior a 1500g ao nascer;
- Infecções congênitas;
- Síndromes genéticas (Alport, Waardenburg, Pendred);
- Distúrbios neurodegenerativos;

- Infecções bacterianas ou virais pós-natais (citomegalovírus, herpes, sarampo, varicela e meningite);

- Traumatismo craniano;

- Quimioterapia.

É dever da unidade básica de saúde realizar os encaminhamentos para a realização da triagem auditiva neonatal. Além disso, deve-se encaminhar qualquer criança que apresentar desenvolvimento aquém do esperado ou quando os pais (em qualquer momento) tenham suspeita de deficiência auditiva. O controle auditivo é de suma importância para o desenvolvimento na faixa pediátrica, sendo necessário do médico que observe pequenos detalhes na criança conforme quadro 1 a seguir.

Quadro 1 – Escala para acompanhamento do desenvolvimento da audição e da linguagem

Recém-nascido	Acorda com sons fortes
0 – 3 meses	Acalma com sons moderadamente fortes e músicas
3 – 4 meses	Presta atenção nos sons e vocaliza
6 – 8 meses	Localiza a fonte sonora; balbucia sons, ex.: "dada"
12 meses	Aumenta a frequência do balbucio e inicia a produção das primeiras palavras; entende ordens simples, ex.: "dá tchau"
18 meses	Fala, no mínimo, seis palavras
2 anos	Produz frases com duas palavras
3 anos	Produz sentenças

Fonte: OMS, 2006.

Obs.: Considerar a idade corrigida no caso de recém-nascidos prematuros.

4 VISITA DOMICILIAR

Na Unidade Básica de Saúde São Caetano a visita domiciliar sempre esteve dentro do cronograma semanal de cada médico, sendo que para cada profissional existe um turno da semana disponibilizado para essa prática. Logo que comecei as atividades, pude observar que não existia um padrão para o uso da visita domiciliar e, muitas vezes, eram agendadas pelas agentes comunitárias de saúde sem que o restante da equipe soubesse o motivo.

Inicialmente resolvemos organizar uma lista de pacientes com a necessidade de visita domiciliar conforme o relato de agente comunitária e, também, conforme o que a enfermeira e eu achássemos prudente realizar visita, uma vez que na unidade básica, uma visita domiciliar equivalia a quatro consultas clínicas, sendo importante atentar para as reais necessidades de visitas. Associado a isso, entramos em contato com as famílias para ver se os pacientes já tinham médicos assistentes com os quais realizavam acompanhamento (muitos pacientes incluídos na unidade utilizam também plano de saúde). Além disso, conseguimos criar um cronograma de visitas e já avisar aos pacientes aproximadamente quando seria a próxima, para que esses não ficassem ansiosos ou levando reclamação ao posto pela falta da mesma.

Os principais pacientes com acompanhamento domiciliar, eram com sequelas de AVC ou por algum motivo tivessem restrições maiores para deslocamento a unidade básica. Muitas vezes eram pacientes de visita domiciliar apenas por alguns meses, por exemplo por fratura de fêmur ou pós artrodese de coluna lombar. Acompanhei especialmente duas pacientes com doenças terminais para analgesia com opioides e necessidade de encaminhamento para especialidades ou exames durante todo o ano de trabalho na unidade. Observei, principalmente ao tratar de suas queixas, uma grande dificuldade em encaminhamento para esses pacientes, uma vez que o deslocamento era difícil para a família realizar e a prefeitura da cidade não consegue levá-los com transporte devido à enorme demanda. A mesma situação para exames que muitas vezes são essenciais para conduta.

Nunca realizei visitas para casos de doenças agudas, já que os cuidadores ou a família geralmente optavam em levar o doente diretamente para emergência da cidade. Entretanto, normalmente entravam em contato com a unidade básica posteriormente para reportar o acontecido.

As visitas domiciliares sempre eram realizadas com transporte da prefeitura, com o acompanhamento da agente de saúde daquela região e da enfermeira da equipe. Além de observar o relato naquele dia da família e suas queixas crônicas, conseguíamos realizar exame físico, sinais vitais e glicemia capilar. Já levávamos junto uma mochila com curativos, materiais para úlceras e feridas, receituários e solicitação de exames. A enfermeira entrava em contato com a família no dia anterior para avisar sobre a visita e ver a disponibilidade dos moradores e questionava sobre o estado de saúde do paciente naquela semana.

O fato de existir agentes de saúde em toda área de abrangência se tornava essencial após as visitas domiciliares, pois as mesmas conseguiam manter acompanhamento com os pacientes, observavam se estavam seguindo o plano terapêutico ou se os pacientes não haviam se adaptado as condutas médicas ou da enfermagem. Uma vez por semana conseguíamos reunir a equipe para discussão desses casos e criar juntos estratégias para melhorar cada questão de maneira individualizada. Aliado a isso, podíamos sempre contar com o auxílio do NASF, inclusive realizamos algumas visitas domiciliares em conjunto. Em casos que precisávamos do apoio da família ou reabilitação de paciente, íamos juntos e discutíamos as melhores opções de maneira individualizada.

O principal obstáculo para a realização de visitas domiciliares era a disponibilidade do motorista da prefeitura, o qual estava com muitas licenças expirando, assim as utilizava a cada quinze dias, ficando grandes períodos sem ir à unidade. Muitas vezes tivemos que cancelar as visitas na última hora por questões de logística.

A visita domiciliar deve ser vista como um trabalho em conjunto, tanto para a unidade básica, quanto para o paciente e sua família que são beneficiadas com a mesma. Deve ser um trabalho feito a longo prazo, baseado nas queixas atuais, mas também nas doenças e problemas antigos, as quais foram os motivos iniciais para o paciente se enquadrar no uso da visita domiciliar. Dividir o cuidado e a responsabilidade, fazendo com que a saúde e sua melhoria seja a principal chave desse trabalho.

A prática da visita domiciliar, sem dúvidas, é extremamente importante para o cuidado com o paciente com necessidades especiais. É possível entender o contexto que o doente mora, a casa, a família e a rede de apoio. Consegue-se

adaptar a terapêutica e o cuidado de maneira individualizada, principalmente quando existe o apoio familiar. É gratificante ver que pequenas intervenções podem ter um efeito muito grande para o paciente, voltando-se para suas necessidades específicas.

5 REFLEXÃO CONCLUSIVA

Ao finalizar o curso de especialização em Medicina de Família, pude ver um crescimento pessoal e profissional importante, por meio das aulas, dos módulos, das atividades presenciais, da discussão das atividades com os colegas, entre outros. Com atividades que contemplavam casos fictícios, mas com problemas corriqueiros, foi possível a atualização frente a protocolos, práticas e novos guidelines para manejo das mais diversas patologias e situações. A utilização de materiais de aula que remetem muito a vivência na unidade básica de saúde, com casos muitas vezes semelhantes àqueles que atendia diariamente na unidade, facilitou muito meu trabalho. De forma clara, objetiva e com conteúdos novos, pude atualizar a informação com protocolos, artigos, vídeos.

Logo no início do meu trabalho como médica de estratégia de saúde de família, não compreendia muito bem a necessidade de reuniões de equipe, de dividir as dúvidas e os problemas encontrados com pacientes com as diferentes áreas que trabalhavam comigo. Ao longo dos módulos e das discussões com os colegas, sem dúvidas, se tornou essencial a troca de informações e o auxílio das diferentes áreas. Pude criar mais vínculo com a equipe e me senti à vontade para trazer os casos que havia observado necessidade de um acompanhamento da equipe.

Gostaria de ter mais tempo para discutir com os próprios pacientes sobre terapêutica e como os mesmos se sentiam em relação as patologias e problemas em geral, entretanto as consultas se davam a cada quinze minutos, totalizando 16 pacientes por turno. Acredito que para melhor aproveitamento como estratégia de saúde da família, menos consultas deveriam ser exigidas por turno, facilitando o acompanhamento do paciente como um todo.

Pude observar, por meio dos fóruns, que a minha unidade já oferecia uma boa estrutura em relação a consultas, isto é, contava com turnos para pré-natal, puericultura, hiperdia e visita domiciliar. Além de uma excelente estrutura física, oferecendo materiais para curativos, suturas, medicação, nebulização e materiais para casos de urgência e emergência. O uso de grupos e sala de espera ainda é pouco utilizada na unidade, principalmente pela cultura da comunidade em ir à unidade somente para consultas. Houveram tentativas de alguns grupos durante o ano, os principais foram de diabéticos e hipertensos e o de tabagismo – esse último

com ótimos números relacionados a cessação do tabagismo e com fila de espera para os próximos.

Os prontuários da unidade básica seguem o método SOAP, facilitando consultas posteriores com outros profissionais. A área um pouco prejudicada – a qual foi meu projeto de intervenção – é em relação ao controle de natalidade na unidade e agendas específicas para isso. Ao contrário das crianças que existe controle de vacinação e ida as consultas de puericultura, ainda existe um viés em relação a puérperas e as mulheres em idade fértil.

Pude notar também certa falta de preparo na unidade básica para situações de emergência médica. Durante o ano tivemos casos de parada cardiorrespiratória, crises convulsivas, insuficiências respiratórias em que faltava treinamento de técnicos e enfermeiros. E situações como essas aconteciam pelo menos mensalmente. Ao meu ver, seria importante treinamentos na atenção primária para esse tipo de situação, uma vez que na maioria das vezes a UBS é o primeiro local que o usuário lembra de levar um familiar com esse tipo de situação.

A estratégia de saúde de família é uma das poucas áreas na medicina em que é possível criar vínculo e confiança com o paciente de tal forma que, em muitas vezes, não existe necessidade de especialistas, um médico apenas consegue suprir grande parte da demanda do usuário. Além disso, propicia conhecer o meio em que o mesmo se insere, suas relações, sua moradia, seu contexto familiar. A principal característica que eu observei ao trabalhar em unidade básica de saúde foi a importância do comprometimento de toda a equipe para assistir ao usuário; do técnico, do enfermeiro, do dentista, da psicóloga, da nutricionista, da fisioterapeuta, do médico. A ação individual de cada membro da equipe auxilia e/ou interfere no trabalho do colega, podendo assim tornar mais fácil e prazeroso o trabalho diário.

Acredito que o programa deveria se estender por períodos mais longos, sendo benéfico tanto para o profissional, quanto para a população. O vínculo com a comunidade é gradual e quando estamos habituados com as situações de muitas famílias e problemas de saúde que estamos tratando, nosso contrato termina. Ao término do programa vi a quanto acolhida eu havia sido pela comunidade e como sentiria falta de vê-los diariamente em meu consultório. Tenho certeza que cresci muito nesse período, não só profissionalmente, mas como pessoa também.

REFERÊNCIAS

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas e Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

ANEXO 1 PROJETO DE INTERVENCAO

Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

Manoella Balbinotti Ferreira

Planejamento familiar: projeto de intervenção em Unidade Básica de Saúde localizada na região sudoeste da cidade de Caxias do Sul - RS

Caxias do Sul
Agosto/2016

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. A Unidade Básica de Saúde São Caetano localiza-se na cidade de Caxias do Sul, com uma área de abrangência de 14000 indivíduos. 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 92 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 2016, 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 São Caetano 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 eletrônica 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.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 4

2 PROBLEMA 6

3 JUSTIFICATIVA 7

4 OBJETIVO 8

4.1 Objetivo geral 8

4.2 Objetivos específicos 8

5 REVISÃO DE LITERATURA 9

6 METODOLOGIA 12

7 CRONOGRAMA 14

8 RECURSOS NECESSÁRIOS 16

9 RESULTADOS ESPERADOS 17

REFERÊNCIAS 18

1 INTRODUÇÃO

A cidade de Caxias do Sul se configura em cidade polo industrial e está localizada na Região Nordeste do Estado do Rio Grande do Sul. Em função de sua pujança é um dos maiores centros da indústria metalomecânica do país, possuindo grandes conglomerados e empresas. Isso acaba refletindo em altos índices de desenvolvimento econômico e humano.

Este projeto de intervenção será realizado no Bairro São Caetano, localizado na região sudoeste da cidade. O bairro tem, aproximadamente, 8.000 moradores e possui uma Unidade Básica de Saúde (UBS) que atende, além deste, diversos outros bairros e loteamentos que se desenvolveram no seu entorno e população de bairros vizinhos. A estimativa é de atendimento para uma população de 15.000 habitantes.

O Brasil e especificamente, o Rio Grande do Sul, encontra-se em plena transição demográfica, com a redução das taxas de natalidade e aumento da expectativa de vida da população. O Rio Grande do Sul apresenta 1,7 filhos por mulher, índice reduzido em comparação a outros estados brasileiros. Todavia, não é possível tratar dessas informações de maneira generalizada, uma vez que ainda existe grande disparidade sócia-economica, fato que é observado no Rio Grande do Sul e, também, na cidade de Caxias do Sul, levando a surgimento de gestações precoces e tardias, abortamentos, aumento do índice de mortalidade materna e infantil, entre outras (ZANUAZZI, 2015)

O planejamento familiar abrange um conjunto de serviços e atividades que possibilitam a mulher (e aos casais) poder planejar a vinda da prole no momento desejado e os intervalos entre gestações. Além disso, é na unidade básica que a mulher pode sanar dúvidas a respeito da gestação, doenças sexualmente transmissíveis, do melhor método contraceptivo individuado, entre outros. Em adolescentes o atraso no ato de gestar, auxilia na redução de problemas de saúde e mortalidade materno-infantil (MOURA; GOMES, 2014). Observa-se, ao reduzir as taxas de gestação indesejada, redução da necessidade de abortos inseguros, os quais respondem por 13% da mortalidade materna global. (World Health Organization - WHO, 2011).

Trata-se de um instrumento para a assistência materno-infantil o qual foi criado a partir de informação e educação aos casais e também à população em geral, sobre reprodução, importância da família junto a comunidade e de seus laços; além de dividir os papeis de pai, mãe e filho. É um mecanismo que bastante valor na prevenção primária, auxiliando usuárias com informações importantes pré e pós-natal e para mulheres na menacme. (SANTOS; FREITAS, 2011)

No que se refere ao planejamento familiar, observa-se a falta do mesmo na unidade básica de saúde São Caetano. A partir da vivência diária na UBS, vislumbrou-se o interesse em fazer uma intervenção, atingindo a população atendida através da informação, efetivada pela pesquisa nos prontuários existentes, sobre gravidez precoce, mulheres com mais de três filhos e menos de 30 anos, gestações indesejadas e intervalos interpartais curtos, abordando a prevenção como instrumento capaz de auxiliar no planejamento familiar. Existem atualmente 92 gestantes cadastradas na unidade e destas, grande número encontram-se nas características supracitadas.

Não existem na unidade de saúde projetos relacionados ao planejamento familiar; inexistência de grupos e ausência de profissionais qualificados para organização do mesmo.

Neste sentido, projeta-se a realização de ações efetivas com a comunidade e a participação do médico de estratégia de saúde de família e outros membros da equipe de saúde.

2 PROBLEMA

Ausência de grupo e falta de organização da UBS São Caetano a respeito do planejamento familiar, abrangendo métodos de contracepção, gestação indesejada, múltiplos partos em idade precoce e gravidez nos primeiros anos da adolescência.

3 JUSTIFICATIVA

Na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde São Caetano, existem aproximadamente 14000 indivíduos cadastrados, entre pacientes que utilizam exclusivamente o sistema único de saúde e pacientes que o utilizam eventualmente, por possuírem plano particular de saúde.

Atualmente, existem 92 gestantes cadastradas e realizando pré-natal na unidade. Por meio de consultas pré-natais e acolhimento com a equipe de saúde da unidade, pode-se perceber a faixa etária precoce, gestações indesejadas, adolescentes já iniciando a vida sexual, além de mulheres jovens com múltiplas gestações.

A partir deste cenário, tem-se por objetivo e justificativa abordar o planejamento familiar da unidade como maneira de organizar e promover a atenção primária para a população.

4 OBJETIVO

4.1 Objetivo geral

Intervir no planejamento familiar de usuárias da UBS, incluindo mulheres gestantes que iniciaram o pré-natal na unidade desde janeiro de 2016.

4.2 Objetivos específicos

Ampliar o conhecimento dos usuários (mulher, homem e casais) sobre informações de métodos contraceptivos, além da prevenção de gestação indesejada e abortamentos;

Criar grupo sobre planejamento familiar com gestantes e usuárias que tenham interesse no assunto;

Organizar agenda com dados sobre uso de métodos contraceptivos e realizar busca ativa a mulheres sem aderência aos mesmos

5 REVISÃO DE LITERATURA

O planejamento familiar foi criado com 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. (BRASIL, 2002).

A saúde reprodutiva dos brasileiros, vem ao longo das últimas décadas, apresentando uma série de problemas, em decorrência principalmente das mudanças no comportamento sexual da população, comportamentos sexuais impostos por padrões culturais, além de respostas do campo médico e político a estas mudanças. (SANTANA, 2005.)

A Lei Nº. 9.263 de 12 de janeiro de 1996, declara que o planejamento familiar é direito de todo cidadão e está embasado no exercício da paternidade responsável e no direito de livre escolha consciente por parte do casal ao método contraceptivo que melhor lhe agradar; além de acesso aos casais de meios para esta regulação da fecundidade (acesso a serviços de saúde, esterilização voluntária, educação sexual). (BRASIL, 2002)

O Ministério da Saúde elaborou, em 2004, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, realizando uma parceria com setores da sociedade, em especial com os gestores do SUS e o movimento de mulheres. Ela reflete o compromisso com a implementação de ações de saúde que têm como objetivo a garantia dos direitos humanos das mulheres reduzam a morbimortalidade de patologias preveníveis e evitáveis. (BRASIL, 2002). Esta política enfatiza a melhoria da atenção em obstetrícia, planejamento familiar, atenção ao abortamento inseguro e às mulheres em situação de violência sexual.

Os gestores municipais devem garantir infraestrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, recursos materiais, tecnologias corretas, equipamentos e insumos suficientes para que se consiga a plena concretização das ações de planejamento familiar. Além disso, deve apoiar processos de educação permanente e estruturar a rede de referências fora do âmbito da Atenção Básica. (BRASIL, 2002).

A assistência a anticoncepção envolve três tipos de atividades: atividades educativas, aconselhamento e atividades clínicas. Os profissionais de saúde devem realizar de forma integrada, de forma que visitas ao serviço de saúde servem como oportunidade para praticar ações educativas, abrangendo todos os aspectos da saúde integral da mulher. Deve-se, entre as atividades clínicas, focar na oferta dos métodos anticoncepcionais autorizados e disponíveis no Brasil – Billings, tabela, temperatura, sintotérmico, camisinha masculina e feminina, diafragma, espermicida, dispositivo intra-uterino (DIU), hormonais orais e injetáveis, laqueadura e vasectomia. (BRASIL, 2002).

Realizar o planejamento familiar em unidade básica de saúde significa dedicação e estudo sobre o tema. A competência profissional inclui além de conhecimentos técnico-científicos e culturais, a necessidade de direcionar as necessidades específicas de casal; inclui-se também habilidade de orientar, informar e comunicar, participando da conversa e da tomada de decisões quanto a métodos contraceptivos, respeitando a vontade de cada paciente em particular. (MOURA, 2007).

Uma rede apropriada para oferecer serviço de planejamento familiar deve estar próxima do local onde as pessoas vivem, promovendo autonomia dos usuários, além de entregar métodos de forma descentralizada. (MOURA, 2007)

> O planejamento familiar consiste em um método de prevenção e de intervenção na saúde da família, dessa forma deve considerar a unidade familiar e não apenas a mulher. A fase do ciclo de vida da família deve ser avaliada, bem como valores, tradições e crenças. O planejamento deve ser conduzido na forma de programa, passo a passo, com tarefas para tornar o processo ativo para os usuários. Assim, é necessária a organização da unidade para que, aos poucos, se consiga intervir na população e que a mesma entenda a importância do planejamento. (SANTOS; FREITAS, 2011)

Os serviços de planejamento familiar têm impacto positivo sobre o bem-estar de uma família, principalmente no que diz respeito a redução da probabilidade de gravidez de risco, início e acompanhamento completo do pré-natal, redução da incidência de aborto e mortalidade materna. (SILVETRIN, 2004). O controle da natalidade é uma prioridade em saúde pública, de forma que o planejamento familiar serve como um conjunto de ações que tem a competência de passar informação e

conhecimento a mulher/ ao casal para organização da família e do ato de gestar, influenciando na promoção a saúde. (COELHO, 2005)

6 METODOLOGIA

Para a realização deste projeto de intervenção foi realizada a revisão de prontuários de todas as gestantes que iniciaram o pré-natal em 2016 na Unidade Básica de Saúde São Caetano; utilizou-se a coleta de dados para avaliação de idade, intervalos interpartais, número de gestações e desejo de gestar. Não foram observadas longitudinalmente até o puerpério; tratando-se de um estudo clínico intervencional.

Foi realizada também revisão bibliográfica nas bases de dados PubMed e plataforma Scielo, pesquisando por artigos e publicações. Foram utilizadas as seguintes palavras-chave na busca: planejamento familiar; saúde da mulher; método contraceptivo. Além disso, também foram utilizados manuais técnicos de planejamento familiar disponibilizados pelo Ministério da Saúde.

A partir dos dados encontrados, constatou-se a necessidade de oportunizar grupo na Unidade Básica de Saúde São Caetano com a finalidade de orientações sobre planejamento familiar. Inicialmente, realizar dois dias de capacitação dos médicos junto a equipe de enfermagem e agentes comunitários de saúde, de forma a esclarecer dúvidas da própria equipe de forma a auxiliar na organização do planejamento familiar junto a unidade. Junto da equipe, buscou-se datas para realizar cronogramas de encontros e convidar os usuários da unidade para participar de grupo de educação em saúde sobre planejamento familiar.

Os grupos, inicialmente, funcionarão por meio de convite aos usuários para participar; serão realizados encontros mensais, na sala de reuniões da unidade básica de saúde, com o limite de 30 participantes em casa encontro. Na primeira reunião será definido o cronograma de atividades, sempre abrindo espaços para novos membros.

Outro aspecto abordado é a criação de agenda eletrônica com os dados de todas as mulheres em idade fértil da unidade, com idade, tipo de método contraceptivo e o correto uso de cada (se a mulher vem ao posto realizar contraceptivo injetável, se está retirando mensalmente anticoncepcional). A agenda serviria como ponte para organização da população feminina atendida pela unidade, por meio de programa de

computador que ofereça o arquivamento de informações e a disponibilidade das mesmas se necessário; traga lembretes semanais sobre dispensação de contracepção e de mulheres em atraso nas medicações injetáveis e em seus exames de cuidado da mulher. 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.

7 CRONOGRAMA

Procedimento	Julho/16	Agosto/16	Setembro/16	Outubro/16	Novembro/16
Busca de prontuários pacientes em acompanhamento pré-natal Responsável: médica estratégia e estagiárias	X				
Revisão bibliográfica Responsável: médica estratégia	X				
Reunião com equipe de saúde para discussão sobre planejamento familiar Responsáveis: médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, agentes comunitários de saúde, nutricionista, assistente social		X			
Capacitação da equipe		X	X		

Responsáveis: médica estratégia e enfermeira da equipe					
Convite para participação no Grupo de Planejamento Familiar Mensal Responsáveis: técnicos em enfermagem, agentes comunitários de saúde		x	x	x	X
Criação e organização de agenda com métodos contraceptivos e o uso por usuárias da unidade Responsáveis: enfermeira, estagiárias e uma agente comunitária de saúde de cada área				x	X

8 RECURSOS NECESSÁRIOS

- Prontuários pacientes em acompanhamento pré-natal para revisão
- Sala de reuniões para: reunião da equipe para discussão de planejamento familiar; capacitação de agentes e técnicos em enfermagem; reunião do Grupo de Planejamento Familiar com usuários e equipe da unidade
- Equipamento multimídia
- Pastas para arquivar materiais do grupo
- Livro-ata para reuniões e participantes do grupo
- Profissionais: médico, enfermeiro, técnicos em enfermagem e agentes comunitários em saúde
- Agenda para atualização de métodos contraceptivos dispensados na farmácia e pacientes com método em atraso
- Boletim de atendimento coletivo
- Prontuários para atualização de pacientes em uso de contracepção
- Sala e horário para discussão particular sobre métodos de esterilização
- Folhas e canetas para criação de cartazes
- Receituário médico para atualização da prescrição contraceptiva

9 RESULTADOS ESPERADOS

A partir do projeto de intervenção, espera-se uma melhor aderência da população junto da unidade de saúde, onde este seja um local que as pacientes se sintam bem-vindas para sanar dúvidas e acolhidas para discussão de métodos contraceptivos e do desejo de gestar.

Espera-se também organização da equipe a respeito do tema, principalmente pós capacitações, para permanência do grupo de planejamento familiar. O desejo maior é que a equipe perceba a necessidade do planejamento e busque manter em dia prontuário, listagem de métodos contraceptivos disponíveis na unidade e a frequência com que as mulheres os vem utilizando.

Persistir com o registro da equipe (médicos, técnicos e enfermeiros) em prontuários. Organizar lista de mulheres com interesse em métodos definitivos e organizar listagem mensal, garantindo o desejo individual de cada paciente.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei do planejamento familiar. **Lei nº 9.263**, de 12 de Janeiro de 1996. Disponível em: http://www. planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9263.htm. Acesso em: 20 set. 2016.

_____. Ministérios da Saúde. **Planejamento familiar**: manual para o gestor. Série Normas e Manuais Técnicos. Brasília – DF, 2002.

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

COELHO, E. B. S. **Enfermagem e o planejamento familiar**: as interfaces da contracepção. Rev. bras. enferm. v. 58, n. 6, p. 665-672, Dez 2005.)

IBGE Projeção da população. Disponível em: https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjYhpudwfTPAhXMI5AKHUhmB1gQFggcMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ibge.gov.br%2Fapps%2Fpopulacao%2Fprojecao%2F&usg=AFQjCNEtym9RF8BJo5GJnC2qmwYZGxuhow&bvm=bv.136593572,d.Y2I. Acesso em: 20 set. 2016.

MOURA, E. R. F.; SILVA, R. M. **Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no Programa Saúde da Família no Brasil**. Cad. Saúde Pública. v. 23, n. 4, p. 961-970. Abr, 2007.

MOURA, Laís Norberta Bezzera de; GOMES, Keila Rejane Oliveira. **Planejamento familiar**: uso dos serviços de saúde por jovens com experiência de gravidez. Ciencia e saúde coletiva, 19 (3) 853-863, 2014.

SANTANA, T. C. F. F.; COELHO, T. C. B. Planejamento familiar e integralidade em um sistema municipal de saúde. **Rev. Baiana de Saúde Pública**. v. 29, n. 2, p. 214-225 JUL, 2005.)

SANTOS, Júlio César dos; FREITAS, Patrícia Martins de. **Planejamento familiar na perspectiva do desenvolvimento**. Ciência e Saúde, 16 p. 1813-1820, 2011.

SILVETRIN, E. **Planejamento Familiar**. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais - CESCAGE. Ponta Grossa, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Fact sheet on family planning**. Family planning. N° 351. Abril 2011. Disponível em: http://www.who.int/ mediacentre/ factsheets/. Acesso em: 15 nov. 2016.

ZUANAZZI, Pedro Tonon. **A Taxa de Fecundidade no RS por Regiões Funcionais e características socioeconômicas**: o desafio da transição demográfica. 2015.

UNA-SUS
Universidade Aberta do SUS

UNA-SUS Universidade Aberta do SUS

FIOCRUZ

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Ministério da Saúde