

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

ELABORAÇÃO DE PLANO OPERATIVO EM PLANEJAMENTO FAMILIAR

ARIANA OLIVEIRA SILVA

**CAMPOS GERAIS – MG
2014**

ARIANA OLIVEIRA SILVA

ELABORAÇÃO DE PLANO OPERATIVO EM PLANEJAMENTO FAMILIAR

**CAMPOS GERAIS – MG
2014**

ARIANA OLIVEIRA SILVA

ELABORAÇÃO DE PLANO OPERATIVO EM PLANEJAMENTO FAMILIAR

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Ana Angélica Lima Dias

Banca Examinadora

Profa. Ana Angélica Lima Dias orientadora

Profa. Marlene das graças Martins

Aprovado em Belo Horizonte, 18 de fevereiro de 2014.

**CAMPOS GERAIS – MG
2014**

RESUMO

O trabalho teve como objetivo elaborar um plano operativo para o enfrentamento de um problema, considerado prioritário, na área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família São José no município de Perdões - MG: falta de orientação e planejamento familiar. Para elaboração da proposta de intervenção, foram executadas três etapas: diagnóstico situacional, revisão bibliográfica e elaboração do plano de ação, utilizando o Planejamento Estratégico Situacional Simplificado. As causas do problema, selecionados como nós críticos, foram: Nível de instrução, Planejamento familiar, Troca de parceiros, Aumento do nº indesejado de gravidezes. As quatro operações propostas para o enfrentamento dos nós críticos foram: aumentar o nível de informação da população sobre planejamento familiar e métodos contraceptivos; melhorar a estrutura do serviço para o acolhimento e atendimento das famílias, bem como o conhecimento da equipe a respeito dos problemas familiares; aumentar a informação a respeito do uso de preservativos, e dos riscos com troca de parceiros; modificar conceitos e aconselhar para evitar uma gravidez indesejada ou mesmo múltiplas. Além disso, foram feitas uma análise de viabilidade das operações e uma proposta de acompanhamento e avaliação do plano de ação. A elaboração deste plano de ação deverá possibilitar à ESF do São José perceber a importância de se utilizar um método de planejamento como ferramenta para a organização de processo de trabalho, até então feita de forma intuitiva e automática. Com isto, espera-se um acompanhamento mais efetivo das mulheres em idade fértil, bem como uma melhor orientação e informações quanto ao planejamento familiar, favorecendo toda população.

Palavras-chave: Planejamento Familiar, Anticoncepção, Saúde da Mulher.

ABSTRACT

The study aimed to develop an operating plan for dealing with a problem, given priority in the area covered by the Family Health Program San José: lack of guidance and family planning. For preparation of the proposed intervention, were performed three stages: situation analysis , literature review and drafting of the action plan, using the Situational Strategic Planning Simplified. The causes of the problem, as critics we selected were: level of education, family planning , exchange of partners , Increased No unwanted pregnancies . The four proposed transactions to face the critics we were to increase the level of awareness of the population about family planning and contraceptive methods, improve the structure of the service for the reception and care of families as well as staff knowledge about the family problems, increase information about the use of condoms and the risks with trading partners; modify concepts and advise to avoid an unwanted pregnancy or even multiple. Furthermore, a feasibility analysis of the operations and a proposed monitoring and evaluation of the action plan were made. The preparation of this action plan will enable the ESF São José realize the importance of using a method of planning as a tool for the organization of the work process , hitherto made intuitive and automatic way . With this, we expect a more effective monitoring of women of childbearing age, as well as better guidance and information about family planning, favoring as a whole, the population.

Key-Words: Family Planning, Contraception, Women's Health.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Falta de Planejamento Familiar.....	26
QUADRO 2: Desenho de operações para os “nós” críticos do problema Falta de orientação e planejamento familiar	28
QUADRO 3: Identificação dos Recursos Críticos.....	30
QUADRO 4: Propostas de ações para a motivação dos atores.....	31
QUADRO 5: Elaboração do Plano Operativo.....	33
QUADRO 6: Gestão do Projeto.....	35

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da equipe de saúde da família São José.....	23
TABELA 2: Descritores do problema de falta de orientação e planejamento familiar a equipe de saúde da família São José.....	24

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

DIA – Diabetes Mellitus

DIU – Dispositivo intra-uterino

DST`s – Doenças Sexualmente Transmissíveis

ESF – Estratégia de Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

MAC – Métodos Contraceptivos

PES – Programa Estratégico Situacional

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica da Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 JUSTIFICATIVA	12
3 OBJETIVOS	13
3.1 Objetivo Geral	13
4 MATERIAS E MÉTODOS.....	14
4.1 Diagnóstico situacional.....	14
4.2 Revisão Bibliográfica	15
4.3 Plano Operativo.....	16
5 RESULTADOS	18
5.1 Diagnóstico Situacional	18
5.2 Revisão bibliográfica	18
5.2.1 Planejamento Familiar.....	18
5.2.2 Métodos Contraceptivos (MAC)	18
5.2.3 Doenças Sexualmente Transmissíveis.....	23
5.3 Plano Operativo.....	25
5.3.1 Primeiro passo	25
5.3.2 Segundo passo	26
5.3.3 Terceiro passo.....	27
5.3.4 Quarto passo.....	28
5.3.5 Quinto passo	28
5.3.6 Sexto passo.....	30
5.3.7 Sétimo passo.....	32
5.3.8 Oitavo passo	33
5.3.9 Nono passo	34
5.3.10 Décimo Passo	35
6 DISCUSSÃO	38
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
REFERÊNCIAS.....	41

1 INTRODUÇÃO

Perdões é uma das cidades mais bem localizadas entre as regiões centro-oeste e sul de Minas Gerais em relação aos grandes centros comerciais, financeiros e culturais do país. Está a 211 km de Belo Horizonte, a 377 km de São Paulo/SP, a 449 km do Rio de Janeiro/RJ e a 799 km do Distrito Federal. O município de Perdões situa-se na região do Campo das Vertentes, Sudoeste de Minas Gerais e região Sudeste do Brasil (PERDÕES, 2010).

A cidade é cortada por uma das principais rodovias federais do país, a BR-381 – mais conhecida como Fernão Dias, que liga as capitais mineira e paulista, estando situada no Km 674. Perdões também está às margens da BR-354, a principal rota de ligação do Sul de Minas com o Triângulo Mineiro, Brasília, Goiás e o Rio de Janeiro. Além das rodovias, o município também é conectado ao resto do país por uma das principais malhas ferroviárias brasileiras, a Ferrovia Centro-Atlântica, que transporta as riquezas de Minas pela linha Vitória a Belo Horizonte. Portanto, Perdões é uma cidade rica em opções de transporte e logística. Com uma população de 20.292 habitantes, área territorial de 270,657 Km², densidade demográfica de 74,22 hab/Km² (BRASIL, 2012). Por causa da hospitalidade com as pessoas que recebem ou por ela passam, Perdões tem o título de “Cidade da Amizade” (PERDÕES, 2010).

O clima predominante é o tropical de altitude com uma temperatura média anual de 20,8°C. A temperatura média anual do município é de 20°C e a precipitação média anual é de 1.529,7mm (PERDÕES, 2010).

O território de Perdões pertence à bacia do Rio Grande, sendo este o principal rio de Perdões, que vai se unir ao Paraíba, formando a Bacia do Paraná. O município de Perdões é constituído por Mata Atlântica, Cerrado e Campos (PERDÕES, 2010).

A Secretaria de Agricultura, Pecuária e Abastecimento é responsável pela execução de políticas públicas voltadas ao setor agropecuário e de abastecimento, coordenando e promovendo programas e projetos que buscam melhorias na qualidade de vida das populações rurais, do manejo adequado dos recursos naturais, proporcionando o ganho nos preços e aumentando assim a renda do

agricultor, além de dar a eles mais incentivos no dia-a-dia da produção agrícola (PERDÕES, 2010).

Perdões e mais 13 municípios compõem o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Rio Grande – CISMARG, com prestação de serviços em especialidades médicas e exames como Mamografia, Ultrassonografia, Eletroencefalograma, Endoscopia Digestiva (PERDÕES, 2010).

Toda produção dos serviços das Unidades Públicas e privadas conveniadas com o Sistema Único de Saúde (SUS), são lançadas nos sistemas de informações (programas/aplicativos padronizados do Ministério da Saúde) (PERDÕES, 2010).

O município é composto de um Hospital geral terceirizado pela Santa Casa de Misericórdia onde atendem a população residente e das localidades próximas por 24 horas/dia, seis Unidades de Saúde da Família (USF) funcionando de segunda a sexta-feira de 7:00 às 17:00 horas, dois centros de saúde onde atendem as especialidades (ginecologia, obstetrícia, pediatria, cardiologia, reumatologia, pequena cirurgia, nutricionista, neurologia, endocrinologia, fonoaudiologia, ortopedia e urologia), um Centro de Fisioterapia, um Centro de Referência em Saúde Mental – CERSAM, uma Associação de Pais e Amigos Excepcionais – APAE e uma Farmácia Municipal.

Em 2009 ocorreu uma grande enchente que atingiu a cidade, sendo decretado estado de calamidade pública. Na USF São José algumas casas da micro-área três ficaram alagadas, os moradores perderam desde documentos, objetos pessoais, móveis, etc. pouco tempo depois, se mudaram para outros lugares, e alugaram as casas que ficam bem próximas do ribeirão por preço bem menor que o de mercado. Muitas famílias de baixa renda se mudaram para estas casas, devido ao baixo aluguel e por serem casas de tamanho médio, em que abrigaria toda a sua família. Nesta micro-área quando se comparado ao restante da população atendida na USF, se percebe a falta de planejamento familiar, associado à baixa renda, a baixa escolaridade, e um menor intervalo entre as gestações.

Nos últimos anos, as mulheres têm influenciado na ocorrência de várias alterações no perfil social brasileiro – a partir de mudanças significativas em seu papel na sociedade –, tais como a redução da taxa de fecundidade, a crescente participação no mercado de trabalho e o aumento da escolaridade, com conseqüente aumento de sua contribuição na renda familiar (COELHO; PORTO, 2009, p. 15-16).

Em 1996, um projeto de lei que regulamenta o planejamento familiar foi aprovado pelo Congresso Nacional e sancionado pela Presidência da República. A Lei estabelece que as instâncias gestoras do SUS, em todos os seus níveis, estão obrigadas a garantir à mulher, ao homem ou ao casal, em toda a sua rede de serviços, assistência à concepção e contracepção como parte das demais ações que compõem a assistência integral à saúde. Define critérios para sua utilização e punições para os profissionais de saúde (BRASIL, 2002).

Planejamento familiar é o direito que toda pessoa tem à informação, à assistência especializada e ao acesso aos recursos que permitam optar livre e conscientemente por ter ou não ter filhos. O número, o espaçamento entre eles e a escolha do método anticoncepcional mais adequado são opções que toda mulher deve ter o direito de escolher de forma livre e por meio da informação, sem discriminação, coerção ou violência (BRASIL 1999 *apud* COSTA; GUILHEM; SILVER, 2006 p. 77).

Apesar de tantas tarefas atribuídas às essas mulheres do século XXI, ainda restam constituir a principal clientela do SUS, fato bem observado nas Unidades Básicas de Saúde. As mulheres procuram atendimento para resolver seus problemas, de seus familiares, amigos, vizinhos e principalmente, dos filhos e cônjuges. Frequentemente, as mulheres se preocupam com as condições de saúde de sua família (COELHO, 2009).

Usar preservativos em todas as relações sexuais (oral, anal e vaginal) é o método mais eficaz para a redução do risco de transmissão das doenças sexualmente transmissíveis (DST's), em especial do vírus da Aids, o HIV (BRASIL, 2009).

As DST's são transmitidas, principalmente, por contato sexual sem o uso do preservativo, de uma pessoa que esteja infectada, e geralmente se manifestam por meio de feridas, corrimentos, bolhas ou verrugas (BRASIL, 2009).

2 JUSTIFICATIVA

Ampliar o acesso de mulheres e homens às informações e aos métodos contraceptivos é imprescindível para garantir o exercício dos direitos reprodutivos no país. Para isso, é preciso ter e manter a oferta de métodos anticoncepcionais na rede pública de saúde e profissionais capacitados para auxiliar a mulher a optar pelo melhor método contraceptivo em cada momento da vida (BRASIL, 2002).

A relevância do estudo está na realidade do país em termos de desigualdade social, o que temos condições de diminuir quando se trabalha em família, contribuindo com o planejamento de suas vidas, principalmente da mulher, já que é esta quem decide quando ter ou não filhos e sua quantidade, quem define a sua família, é ela a protagonista de sua vida e de seu ambiente familiar.

Por inúmeras vezes as feministas enfrentaram a ordem médica e os “planejadores familiares” numa relação conflituosa, a reivindicar direitos sexuais e reprodutivos, apesar de o Brasil ser um país marcado por desigualdades sociais, machismo e governo autoritário (MOURA; SILVA, 2004, p. 2).

A mulher não deve ser vista de forma fragmentada, mas considerar o ambiente e o contexto social a qual está inserida, propiciando-lhe a oportunidade de exercer a cidadania, ter filhos com decência e dignidade, livrando-a de situações humilhantes, perversas, impiedosas e muitas vezes animais, impostas por condições sócio – econômicas e culturais (PRÓPRIO AUTOR).

Na área da ESF, verifica-se mulheres com elevado número de filhos, associada à baixa renda, escolaridade e menor intervalo entre as gestações. No município não há estratégias ou protocolos para realização de planejamento familiar e nem acompanhamento de mulheres em idade fértil, gestantes e puérperas. Sendo assim, faz-se necessário trabalhar de forma elaborada e planejada, por meio de operações coletivas e individuais com o intuito de promover ações eficazes para as mulheres em situação de risco no que tange o planejamento familiar.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Propor um plano operativo em Planejamento Familiar com vistas a propor estratégias que visem o empoderamento das mulheres quanto às escolhas de métodos contraceptivos.

4 MATERIAS E MÉTODOS

O estudo foi desenvolvido para a ESF São José do município de Perdões - MG. Pretende-se desenvolver um método de atendimento e aconselhamento para os profissionais das equipes de saúde desta USF de forma a uniformizar o atendimento às mulheres e/ou casais no planejamento familiar, bem como dar suporte à mulher em suas decisões, de forma a orientá-la quanto à formação de uma família.

Para a elaboração do plano operativo em planejamento familiar foram realizadas três etapas: diagnóstico situacional, revisão bibliográfica e elaboração do plano operativo.

4.1 Diagnóstico situacional

Um dos desafios do processo de planejamento em saúde é a capacidade do grupo que está planejando saber identificar, descrever e explicar os principais problemas de saúde num determinado território, a fim de definir prioridades para reduzir os problemas por meio de um plano de ação com base nas prioridades. Na falta de tempo e/ou dinheiro para coletar informações necessárias para a elaboração de um plano de ação, é valioso um método que ofereça resultados rápidos, que seja capaz de avaliar os aspectos qualitativos e quantitativos dos problemas de saúde com custo mínimo (CAMPOS *et al.*, 2010).

A Estimativa Rápida é um modo de se obter informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para o seu enfrentamento, num curto período de tempo e sem altos gastos, constituindo importante ferramenta para apoiar um processo de planejamento participativo. O objetivo é envolver a população na identificação das suas necessidades e problemas e também os atores sociais – autoridades municipais, organizações governamentais e não-governamentais, etc. – que controlam recursos para o enfrentamento dos problemas. (CAMPOS *et al.*, 2010).

A Estimativa Rápida trabalha identificando principalmente, quais são os problemas de uma comunidade, não definindo, na maioria das vezes, quantas

peças são afetadas por esses problemas; sem uma visão mais profunda dos problemas de uma área geográfica específica ou sobre determinado problema de saúde; resumindo a estimativa é um método de coleta e de análise de informações que subsidiam a elaboração de um plano de ação (CAMPOS *et al.*, 2010).

4.2 Revisão Bibliográfica

Realizou-se uma pesquisa bibliográfica-descritiva. As pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis. São inúmeros os estudos que podem ser classificados sob este título e uma de suas características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados (GIL, 2002).

A pesquisa descritiva faz um aprofundamento sobre determinado tema contemplada de modo satisfatório. Contribuindo para esclarecimento de questões superficialmente abordadas sobre o assunto (RAUPP, BEUREN, 2003). Para estes autores a pesquisa bibliográfica constitui como:

[...] parte da pesquisa descritiva ou experimental, quando objetiva recolher informações e conhecimentos prévios acerca de um problema para o qual se procura resposta ou acerca de uma hipótese que se quer experimentar. Por ser de natureza teórica, a pesquisa bibliográfica é parte obrigatória, da mesma forma como em outros tipos de pesquisa, haja vista que é por meio dela que tomamos conhecimento sobre a produção científica existente (RAUPP & BEUREN, 2003, p. 86).

Foram utilizadas fontes secundárias, localizadas em periódicos indexados em meio eletrônico, livros e demais fontes bibliográficas e descritores como: planejamento familiar, anticoncepção, saúde da mulher.

Foram consultados somente publicações a partir do ano de 1996. Justifica-se delimitar este ano, pois foi quando o projeto de lei que regulamenta o planejamento familiar foi aprovado pelo Congresso Nacional e sancionado pela Presidência da República.

4.3 Plano Operativo

Foi proposto um Plano Operativo constados em operação, resultados, produtos, ações estratégicas, responsáveis e prazos.

Nesta etapa foi elaborada uma proposta de intervenção utilizando o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES), proposta pelo Prof. Carlos Matus, Ministro da Economia (e assessor direto) do governo de Salvador Allende, o então Presidente do Chile. Para Matus (1989; 1993), existem três aspectos fundamentais:

- O **projeto de governo** → refere-se ao plano que uma equipe se propõe a realizar para alcançar seus objetivos;
- A **governabilidade** → diz respeito às *variáveis ou recursos* que a equipe controla ou não e que são necessários para implementar seu plano;
- A **capacidade de governo** → diz respeito à experiência e à acumulação de conhecimentos que uma equipe domina e que são necessários para a implementação de seu plano. Esses três pontos devem ser vistos numa inter-relação dinâmica.

Este método, diante de uma situação-problema requer propostas para solucionar o nó crítico em questão, buscando estratégias a longo, curto e/ou médio prazos.

A situação expressa pela condição da realidade vivida por diferentes indivíduos geram conflitos que podem ser superados por formulação estratégica.

Conceituados ou definidos os problemas elabora-se uma análise situacional. No caso o problema definido como Falta de Planejamento Familiar, requer além de definição, uma análise e planejamento com conseqüente plano estratégico situacional, visando a solucioná-lo, passando por vários momentos.

- **Momento explicativo:** conhecimento da situação atual, identificação, priorização e análise dos problemas.
- **Momento Normativo:** é o momento de elaboração de propostas de solução.
- **Momento estratégico:** formulação de estratégias para alcançar os objetivos traçados.

- **Momento tático- operacional:** é a execução do plano (o que não ocorrerá neste estudo) (CAMPOS *et al.*, 2010).

5 RESULTADOS

5.1 Diagnóstico Situacional

Foram consideradas as fontes principais descritas no método: registros escritos existentes ou fontes secundárias, entrevistas com informantes-chaves e observação ativa da área.

5.2 Revisão bibliográfica

5.2.1 Planejamento Familiar

As ações de planejamento familiar estão diretamente relacionadas ao movimento feminista que clamava pela autonomia das mulheres na escolha dos seus destinos em relação à procriação. Além das fortes críticas lançadas às instituições que atuavam no controle demográfico, o movimento contrapunha-se também aos argumentos pró-natalistas de ocupação do território nacional e outros argumentos afins. O movimento feminista propunha um desfecho às manipulações dos controlistas e dos natalistas sobre o corpo feminino. As mulheres brasileiras vêm desde os anos sessenta, rompendo com o clássico e exclusivo papel social que lhes era atribuído pela maternidade, introduzindo-se e competindo no mercado de trabalho e ampliando suas aspirações de cidadania. Controlar a fecundidade e praticar a anticoncepção passaram a ser aspirações das mulheres, assim como a vivência plena da sexualidade, desvinculando a maternidade do desejo e da vida sexual. Essa conjuntura implicou a necessidade de políticas que permitissem o acesso aos métodos contraceptivos (COSTA, GUILHEM, SILVER, 2006).

O planejamento familiar, por sua vez, foi definido na Carta Magna, como de livre arbítrio das pessoas envolvidas (COSTA, GUILHEM, SILVER, 2006).

É importante que a mulher saiba quando uma gravidez pode ocorrer através do reconhecimento de seu período fértil, com conhecimento básico sobre o ciclo menstrual e suas relações com a saúde reprodutiva. A mulher bem orientada poderá acompanhar seu ciclo menstrual devido a diversas manifestações (ARIE *et.al.*, 2006).

A anticoncepção pode ser utilizada em um plano comunitário, visando à limitação da população ou a melhoria da raça, onde o controle da natalidade é contrário à ética médica, pois interfere com os direitos e a felicidade do indivíduo. Ou num segundo plano individual como parte do planejamento familiar, permite aos casais planejar o número de filhos e o momento apropriado para tê-los, bem como evitar gestações que são indesejadas quaisquer que sejam os motivos (ARIE *et.al.*, 2006).

5.2.2 Métodos Contraceptivos (MAC)

Métodos anticoncepcionais, segundo Aldrighi, Sauerbronn e Petta (2005) *apud* BRASIL (2009) podem ser classificados em temporários (reversíveis) ou definitivos (irreversíveis).

Temporários (reversíveis)

Os métodos temporários podem ser hormonais, de barreiras, intrauterinos e comportamentais. Os métodos hormonais podem ser orais, injetáveis e implantes.

1. Hormonais

a. Oraais: chamados de pílulas anticoncepcionais são esteróides utilizados isoladamente ou em associação, com a finalidade básica de impedir a concepção. Estes se classificam como: Combinados que contêm dois hormônios sintéticos, o estrogênio e o progestogênio, semelhantes aos produzidos pelo ovário da mulher, são dos tipos, monofásicos (mais comuns, a dose dos esteróides é a mesma nos 21 ou 22 comprimidos ativos da cartela), bifásicos (contêm dois tipos de comprimidos ativos, de diferentes cores, com os mesmos hormônios, mas em proporções diferentes), trifásicos (contêm três tipos de comprimidos ativos, de diferentes cores, com os mesmos hormônios, mas em proporções diferentes); Minipílulas apenas com uma dose muito baixa de progestogênio. Eles não contêm estrogênio. São encontrados em embalagens com 28 ou 35 comprimidos ativos. Todos os comprimidos têm a mesma composição e dose (BRASIL, 2009).

b. Injetáveis – Mensais: Os anticoncepcionais injetáveis mensais são combinados e, em suas diferentes formulações, contêm um éster de um estrogênio natural, o estradiol e um progestogênio sintético; Trimestrais: o acetato de

medroxiprogesterona é um método anticoncepcional injetável apenas de progestogênio. É um progestogênio semelhante ao produzido pelo organismo feminino, que é liberado lentamente na circulação sanguínea. É também conhecido como acetato de medroxiprogesterona de depósito – AMP-D (BRASIL, 2009).

c. Implantes subcutâneos: os implantes são métodos contraceptivos constituídos de um sistema de silicone polimerizado com um hormônio no seu interior, responsável pelo efeito anticoncepcional quando liberado na corrente sanguínea. Esse sistema é disponível atualmente no Brasil à base de progestagênio. O mais comercializado contém etonogestrel (3-keto-desogestrel). Os tipos são: Percutâneos (Adesivos), Vaginais (Comprimidos, Anel) e Sistema liberador de levonorgestrel (SIU) (BRASIL, 2009).

2. Barreira

São aqueles que impedem a trajetória do espermatozóide em direção ao óvulo, impondo obstáculos mecânicos e/ou químicos à penetração dos espermatozóides no canal cervical. São métodos de barreira feminino: o diafragma, espermaticida, esponjas, capuz cervical, preservativo feminino; e masculino: preservativo masculino (BRASIL, 2009).

3. Intrauterinos

O dispositivo intrauterino – DIU é um objeto pequeno de plástico flexível, em forma de T, que mede aproximadamente 31 mm, ao qual pode ser adicionado cobre ou hormônios que, inserido na cavidade uterina, exerce função contraceptiva. É um dos métodos de planejamento familiar mais usados em todo o mundo. Temos os medicados, DIU de cobre, DIU com levonorgestrel; e não medicados (BRASIL, 2009).

4. Comportamentais ou naturais

Os métodos comportamentais, também conhecidos como métodos de abstinência periódica ou de percepção da fertilidade ou métodos naturais, são técnicas para obter ou evitar a gravidez, mediante a identificação do período fértil da mulher. O casal pode concentrar as relações sexuais nessa fase, caso deseje obter uma gravidez, ou abster-se de relações sexuais vaginais, caso deseje evitar a gravidez. Tipos: tabela ou calendário (Ogino-Knaus), curva térmica basal ou de

temperatura, sintotérmico, billings (mucocervical), coito interrompido e duchas vaginais (BRASIL, 2009).

Definitivos (esterilização)

São métodos cirúrgicos e definitivos para mulheres e homens que não desejam mais ter filhos.

Feminino (ligadura tubária)

Também conhecida como laqueadura tubária, ligadura de trompas e anticoncepção cirúrgica voluntária, é um método de esterilização feminina que consiste em algum procedimento cirúrgico de oclusão da trompa de Falópio, com a finalidade de interromper a sua permeabilidade e, conseqüentemente, a função do órgão, com fim exclusivamente contraceptivo (BRASIL, 2009).

Masculino (vasectomia)

É um procedimento cirúrgico simples, de pequeno porte, seguro e rápido. Consiste na ligadura dos ductos deferentes. Tem por objetivo interromper o fluxo de espermatozoides em direção à próstata e vesículas seminais para constituição do líquido seminal. Pode ser realizado em ambulatório, com anestesia local, desde que se observem os procedimentos adequados para a prevenção de infecções. É também conhecida como esterilização masculina e anticoncepção cirúrgica masculina (BRASIL, 2009).

Além da laqueadura e vasectomias que podem ser realizadas pelo SUS, os métodos anticoncepcionais reversíveis adquiridos atualmente pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009):

- Pílula combinada de baixa dosagem (etinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg).
- Minipílula (noretisterona 0,35 mg).
- Pílula anticoncepcional de emergência (levonorgestrel 0,75 mg).
- Injetável mensal (enantato de noretisterona 50 mg + valerato de estradiol 5 mg).
- Injetável trimestral (acetato de medroxiprogesterona 150 mg).
- Preservativo masculino.

- Diafragma.
- DIU Tcu-380 A (DIU T de cobre).

Crêterios de elegibilidade

Os critérios de elegibilidade não são estritos, e sim uma recomenda o, que pode ser adaptada às diversas condi es. Consistem em uma lista de condi es das (os) usuárias(os), que poderiam significar limita es para o uso dos diferentes métodos, e as classificam em quatro categorias, conforme descrito a seguir:

- Categoria 1: o método pode ser usado sem restri es.
- Categoria 2: o método pode ser usado com restri es, utilizando-o com alguma precau o. Se usado, um acompanhamento mais cuidadoso faz-se necessário.
- Categoria 3: os riscos comprovados e teóricos decorrentes do uso do método, em geral, superam os benefícios. Este deve ser de última escolha e, caso seja escolhido,   necessário acompanhamento rigoroso da(o) usuária(o).
- Categoria 4: o método não deve ser usado, pois apresenta risco inaceitável (BRASIL, 2009).

Deve ser considerado, que nem todas as mulheres e/ou casais sofrem dos mesmos problemas, não são iguais, desta forma devem ser tratadas com equidade, sendo respeitada a individualidade, num país com dimensões continentais, muitas culturas e desigualdades sociais alarmantes (GUIMARÃES, 2003).

Sobre os direitos reprodutivos, a liberdade de escolha   imprescindível na área da regula o da fecundidade. As mulheres precisam conhecer e ter acesso a todos os métodos anticoncepcionais (MAC), para optar e/ou escolher livremente o que for mais adequado às suas características e às suas condi es de vida em cada momento. Assim, o planejamento familiar objetiva garantir às mulheres e aos homens um direito básico de cidadania: o direito de ter ou não filho/s, através de seus direitos garantidos, escolha livre de métodos, informa o, profissionais munidos de competência técnica, uma rela o usuária-serviço, um acompanhamento contínuo e uma integra o do planejamento familiar ao atendimento e saúde reprodutiva (OSIS, 2004).

5.2.3 Doenças Sexualmente Transmissíveis

As DST's estão entre os problemas de saúde pública mais comuns no Brasil e em todo o mundo, sendo consideradas, atualmente, o principal fator facilitador da transmissão sexual do HIV. Algumas DST's quando não diagnosticadas e tratadas a tempo, podem evoluir para complicações graves e até mesmo para o óbito (BRASIL, 2006).

Os profissionais de saúde devem estar cientes e empenhar-se em bem informar aos usuários sobre todas as alternativas de anticoncepção e estimulá-los a participar ativamente da escolha do método. Levando em conta a prevenção das DST's, é fundamental que se estimule a prática da dupla proteção, ou seja, a prevenção simultânea das DST's, inclusive a infecção pelo HIV/aids (considerando que a AIDS vem se tornando uma das principais causas de morte entre mulheres jovens), e a gravidez indesejada, feito pelo uso concomitante dos preservativos masculinos e femininos e/ou associado a outro método anticoncepcional da preferência do indivíduo ou casal (BRASIL, 2012).

Segundo BRASIL (2006), as DST's são consideradas como um dos problemas de saúde pública mais comuns em todo o mundo. Em ambos os sexos, tornam o organismo mais vulnerável a outras doenças, inclusive a aids, além de terem relação com a mortalidade materna e infantil. No Brasil, as estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) de infecções de transmissão sexual na população sexualmente ativa, a cada ano, são: Sífilis: 937.000, Gonorréia: 1.541.800, Clamídia: 1.967.200, Herpes genital: 640.900, HPV: 685.400.

A aids causada pela infecção do organismo humano pelo HIV (vírus da imunodeficiência adquirida), compromete o funcionamento do sistema imunológico humano, impedindo-o de executar adequadamente sua função de proteger o organismo contra as agressões externas, tais como: bactérias, outros vírus, parasitas e células cancerígenas (BRASIL, 2006).

O cancro mole também chamada de cancro venéreo, popularmente é conhecida como cavalo. Manifesta-se através de feridas dolorosas com base mole.

O Condiloma acuminado ou HPV é uma lesão na região genital, causada pelo Papilomavirus Humano (HPV). A doença é também conhecida como crista de galo, figueira ou cavalo de crista (BRASIL, 2006).

A Gonorréia é a mais comum das DST's, conhecida pelo nome de blenorragia, pingadeira, esquentamento. Nas mulheres, essa doença atinge principalmente o colo do útero (BRASIL, 2006).

A Clamídia também é uma DST muito comum e apresenta sintomas parecidos com os da gonorréia, como, por exemplo, corrimento parecido com clara de ovo no canal da urina e dor ao urinar. As mulheres contaminadas pela clamídia podem não apresentar nenhum sintoma da doença, mas a infecção pode atingir o útero e as trompas, provocando uma grave infecção. Nesses casos, pode haver complicações como dor durante as relações sexuais, gravidez nas trompas (fora do útero), parto prematuro e até esterilidade (BRASIL, 2006).

O Herpes manifesta-se através de pequenas bolhas localizadas principalmente na parte externa da vagina e na ponta do pênis. Essas bolhas podem arder e causam coceira intensa. Ao se coçar, a pessoa pode romper a bolha, causando uma ferida (BRASIL, 2006).

O Linfogranuloma venéreo caracteriza-se pelo aparecimento de uma lesão genital de curta duração (de três a cinco dias), que se apresenta como uma ferida ou como uma elevação da pele. Após a cura da lesão primária surge um inchaço doloroso dos gânglios de uma das virilhas. Se esse inchaço não for tratado adequadamente, evolui para o rompimento espontâneo e formação de feridas que drenam pus (BRASIL, 2006).

A Sífilis manifesta-se inicialmente como uma pequena ferida nos órgãos sexuais (cancro duro) e com ínguas (caroços) nas virilhas. A ferida e as ínguas não doem, não coçam, não ardem e não apresentam pus. Após certo tempo, a ferida desaparece sem deixar cicatriz, dando à pessoa a falsa impressão de estar curada. Se a doença não for tratada, continua a avançar no organismo, surgindo manchas em várias partes do corpo (inclusive nas palmas das mãos e solas dos pés), queda de cabelos, cegueira, doença do coração, paralisias (BRASIL, 2006).

O *Trichomonas* apresentam corrimento amarelo-esverdeado, com mau cheiro, dor durante o ato sexual, ardor, dificuldade para urinar e coceira nos órgãos sexuais. Na mulher, a doença pode também se localizar em partes internas do corpo, como o colo do útero. A maioria dos homens não apresenta sintomas. Quando isso ocorre, consiste em uma irritação na ponta do pênis (BRASIL, 2006).

5.3 Plano Operativo

Conforme descrito anteriormente, a proposta de intervenção para a USF São José foi elaborada por meio do Planejamento Estratégico Situacional Simplificado, de acordo com os dez passos descritos a seguir.

5.3.1 Primeiro passo

No momento explicativo, primeiro passo, foi possível identificar, utilizando a estimativa rápida, os principais problemas da área de abrangência.

A população residente na área de abrangência (3268 usuários) da ESF São José é composta em sua maioria por adultos. A população feminina representa 51,8% e a masculina 48,16%. As crianças (0 a 14 anos) correspondem a 19,73% da população, adolescentes (15 a 19 anos) são 8,2%, adultos 60,15% e idosos apenas 11,9%. A renda média mensal predominante é de um a dois salários mínimos. A estrutura de saneamento básico na comunidade é regularizada em toda a população, todas as famílias possuem rede de esgoto, saneamento básico, água tratada e coleta de lixo pela prefeitura. Pequena parte da comunidade vive em moradias bastante precárias e em locais com risco de enchentes. Todas as casas estão conectadas a rede de energia elétrica, recebem água potável encanada, e coleta de lixo seis vezes por semana. Em relação ao destino das águas residuais, 100% dos domicílios possuem rede de coleta, não há despejo a céu aberto e fossa séptica. Quanto à alfabetização 92,15% da população menor de 15 anos estão na escola, e 98,93% dos maiores de 15 anos são alfabetizadas.

Em observação ativa percebe-se que a maior parte da população é instruída, possui ensino médio completo e até mesmo ensino superior. São poucas as famílias que se encontram em risco, geralmente são passageiras na USF, pois moram em casas de aluguel, e logo vão embora por não conseguir manter-se. E algumas moram na Micro-área três (3) onde possui casas em risco de enchentes por proximidade com o ribeirão.

As doenças que mais acometem a população adulta (a partir de 20 anos) são: Hipertensão Arterial Sistêmica (14,7%), diabetes mellitus (3,1%), e etilismo (0,33%).

De acordo com os relatos ou registros da população da área de abrangência da ESF São José, pode-se observar que os principais problemas apresentados

eram: Famílias que vivem em áreas de risco de enchentes; Prostituição; Falta de orientação e planejamento familiar.

5.3.2 Segundo passo

No segundo passo foi realizada a priorização dos problemas. Após a identificação, tornou-se necessária a seleção ou priorização daqueles problemas que seriam enfrentados, uma vez que, dificilmente, todos poderão ser resolvidos ao mesmo tempo, principalmente, pela falta de recursos (financeiros, humanos, materiais etc). Como critérios para seleção dos problemas, a Equipe de Família da Saúde considerou: a importância do problema, sua urgência e a própria capacidade para enfrentá-los, conforme descritos na TABELA 1.

TABELA 1: Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da equipe de saúde da família São José, Perdões, 2013.

Principais problemas	Importância	Capacidade de enfrentamento	de Seleção
Famílias que vivem em áreas de risco de enchentes.	ALTA	FORA	3
Prostituição.	ALTA	PARCIAL	2
Falta de orientação e planejamento familiar.	ALTA	PARCIAL	1

Assim, o problema selecionado pela equipe como prioritário foi “Falta de Planejamento Familiar”, observados que os demais problemas identificados poderiam ter sido evitados, com um planejamento. Já que muitas das vezes, é a falta de instrução e orientação com que acarretam algumas medidas rápidas, sem o prévio planejamento.

5.3.3 Terceiro passo

O planejamento familiar tem por finalidade divulgar e ampliar o acesso de mulheres, homens e casais às informações e orientações sobre os métodos contraceptivos, sua utilização para prevenir gestações indesejadas, abortamentos e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (BRASIL, 2002).

TABELA 2: Descritores do problema de falta de orientação e planejamento familiar a equipe de saúde da família São José.

Descritores	Valores	Fontes
Famílias cadastradas	962	SIAB
Famílias de baixa renda	97	Ficha A, registro da equipe
Quantidade de crianças menores de 15 anos	645	SIAB
Estimativa de crianças menores de 15 anos por família	0,67	
Número real de famílias com quantidade aumentada de filhos que a média estimada	25	Registro da equipe
Média de renda dessas famílias	Um salário mínimo	Ficha A

Por meio das famílias cadastradas no SIAB, foi realizado um levantamento das famílias de baixa renda, e constatados 97, que representa um percentual de 10,08, através de dados da Ficha A e registros da equipe. No SIAB constam 645 menores de 15 anos, o que representa 0,67 menores de 15 anos por família. Considerando a renda e a posição social da família, constatamos 25 (25,77%) das famílias que necessitam de acompanhamento contínuo por parte dos profissionais, pois fogem da realidade do restante da população cadastrada no PSF. A maioria mora na micro-área três, em casas de aluguel, tem renda menor que R\$190,00 por membro da família.

5.3.4 Quarto passo

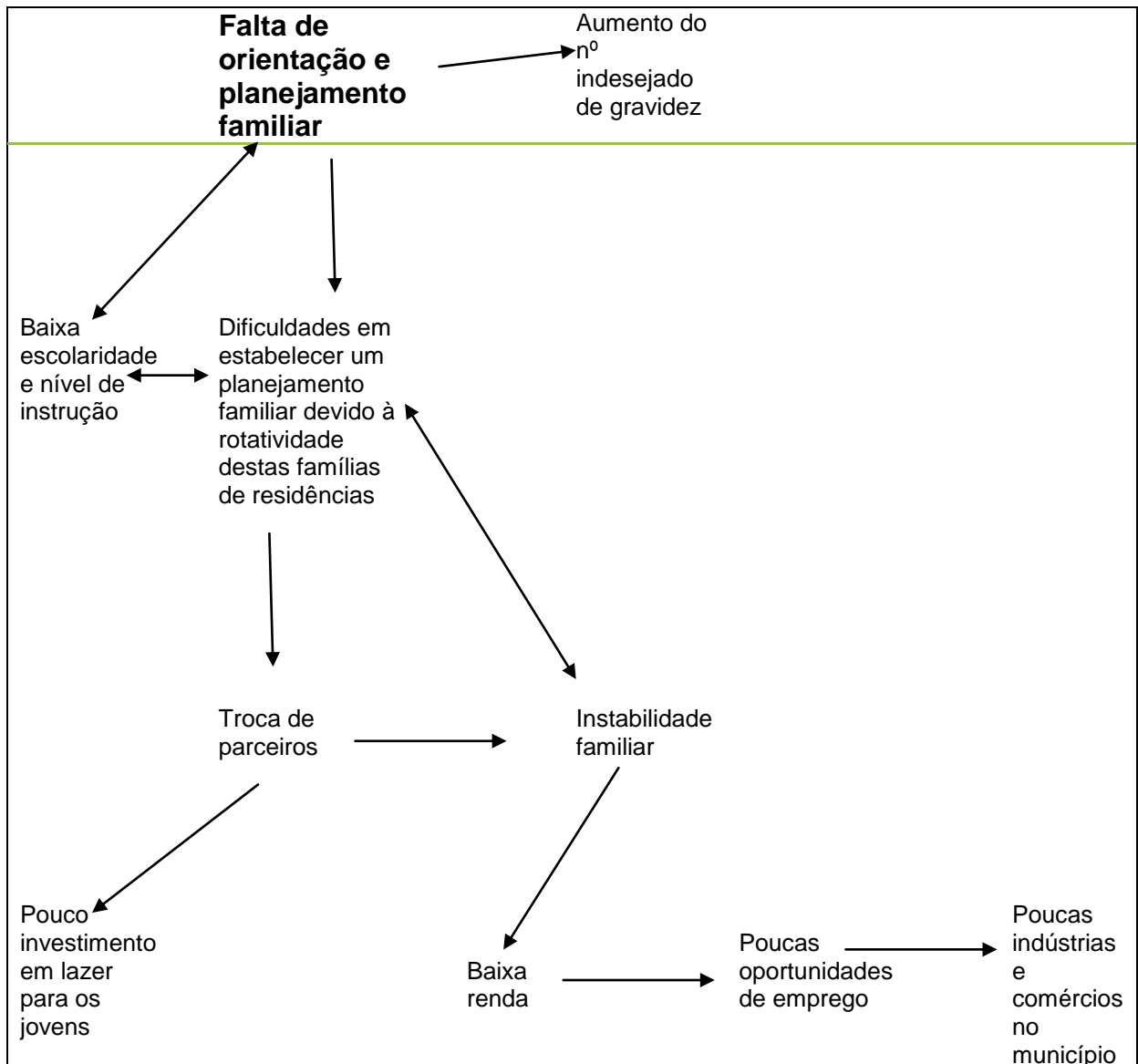
A falta de orientação e planejamento familiar acarreta um grave problema de saúde pública levando ao número indesejado de gravidezes, além de agravar o controle de natalidade já deficiente no país (BRASIL, 2002).

Na USF São José, a equipe pôde constatar que o trabalho proposto com foco em ações educativas para as famílias, se torna um pouco complicado quando se refere ao cumprimento de um planejamento, devido à rotatividade das famílias do território adscrito em função da instabilidade familiar e troca de parceiros.

No município há pouco investimento em lazer para os jovens, poucas oportunidades de empregos, poucas indústrias e comércios, principalmente para as mulheres, que acabam por procurar nos parceiros uma estabilidade tão sonhada e ainda com o conceito de formar uma família e ser “dona de casa”. Não é raro deparar com uma jovem de vinte anos no seu segundo casamento (também considerados os amasiados), outras grávidas na tentativa de “salvar” o relacionamento.

O quadro a seguir mostra os problemas e suas consequências, se observados todos originados da falta de orientação e planejamento familiar.

QUADRO 1: Falta de Planejamento Familiar



5.3.5 Quinto passo

“Nós críticos”: Falta de orientação e planejamento familiar

- Nível de instrução
- Planejamento familiar
- Troca de parceiros

- Aumento do nº indesejado de gravidezes

Esses são os “Nós críticos” que a equipe pretende modificar, por meio de melhores orientações e informações a respeito de métodos contraceptivos, planejamento familiar em parceria com a assistência social, orientação e suporte dos relacionamentos, bem como, a prevenção de doenças e gravidezes indesejadas. Os demais problemas são políticos e demandam outros setores da prefeitura como a educação, esporte e assistência social.

Temos então como primeiro nó crítico, o nível de instrução, entendido que quanto maior o nível de escolaridade e informação, menor será a instabilidade financeira e maior possibilidade para melhor planejamento de suas vidas.

O segundo nó crítico definido como planejamento familiar, requer uma melhor estrutura do serviço e um maior nível de informação e instrução da equipe, dessa forma espera-se um menor número de gravidezes indesejadas.

O terceiro nó crítico troca de parceiros, busca diminuir a promiscuidade, uma alternativa a qual também visa não só uma gravidez indesejada e sem planejamento de uma formação familiar, mas também a prevenção de DST's (Doenças Sexualmente Transmissíveis).

O quarto e último nó crítico, aumento do número indesejado de gravidezes, feito o controle de gestações indesejadas teremos mulheres mais bem preparadas.

5.3.6 Sexto passo

O sexto passo é feito após a explicação do problema e identificação das causas consideradas as mais importantes. Este passo consiste na descrição das operações para o enfrentamento das causas selecionadas como “nós críticos”; identificação dos produtos e resultados para cada operação definida; identificação dos recursos necessários para a concretização das operações (CAMPOS, 2010).

Preocupados em sanar os nós críticos, observadas as deficiências dos principais atores deste cenário, visto que ainda não existem trabalhos e/ou protocolos específicos para este fim no município. Preocupando-se com as famílias que ainda são assistidas de forma individual, esquecendo que este constitui em uma família, e esta também merece ser trabalhada de forma diferenciada e coletiva de

acordo com suas características, respeitando seus valores sociais, étnicos e culturais.

Estabelecido os nós críticos foi possível traçar projetos, prever os resultados e produtos esperados, incluindo os recursos necessários (QUADRO 2), tais projetos foram criados pelo autor do trabalho e como proposta para que o município articule parcerias e desenvolva os projetos: Saber +, Viver melhor, Cuidar melhor e + Saúde.

QUADRO 2: Desenho de operações para os “nós” críticos do problema Falta de orientação e planejamento familiar

Nó crítico	Operação/ projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Nível de instrução	Saber + Aumentar o nível de informação da população sobre planejamento familiar e métodos contraceptivos	Famílias melhores informadas sobre o planejamento familiar	Campanhas educativas, distribuição de preservativos, avaliação sobre o nível de informação da população.	Organizacional: para organizar capacitação da equipe em repassar informações. Cognitivo: informação sobre o tema e estratégias de comunicação Político: parceria com o setor de educação Financeiro: recursos audiovisuais para promoção de palestras.
Planejamento familiar	Viver melhor Melhorar a estrutura do serviço para o acolhimento e atendimento das famílias, bem como o conhecimento da equipe a respeito dos problemas familiares	Diminuir o nº de gravidezes indesejadas	Aumentar o número de visitas para estas famílias em que se percebe falta de planejamento familiar; acompanhar e aconselhar; estímulo da família sobre estudos e renda familiar.	Organizacional: para organizar e planejar o atendimento e conhecimento das famílias de risco Cognitivo: atendimento e visitas para informações, organização da agenda;
Troca de parceiros	Cuidar melhor Aumentar a informação a respeito do uso de preservativos, e dos riscos com troca de parceiros.	Diminuir a promiscuidade	Capacitar a equipe para abordagem do tema e expor os riscos para o paciente.	Financeiro: recursos e parcerias para abordar o tema em questão.

Aumento do nº de indesejadas gravidezes	+ Saúde Modificar conceitos e aconselhar para evitar uma gravidez indesejada ou mesmo múltiplas.	Aumento da oferta do número de atendimento com ginecologistas bem como os medicamentos anticoncepcionais e outros métodos contraceptivos disponibilizados pelo SUS.	Aumento da oferta das consultas para mulheres em idade fértil ao ginecologista; Aumentar as consultas para estas mulheres na unidade de saúde a fim de aumentar a prevenção do Câncer de CO e assim abordar o tema em forma de prevenção e promoção da saúde.	Organizacional: organizar agenda Político: aumentar a oferta de profissionais na área. Financeiro: protocolos para aquisição de novos métodos e/ou medicações preventivas.
--	--	---	---	--

5.3.7 Sétimo passo

O objetivo desse passo é identificar os recursos críticos (QUADRO 3) que devem ser consumidos em cada operação, uma atividade fundamental para analisar a viabilidade de um plano. Os recursos críticos são indispensáveis para a execução de uma operação e não estão disponíveis e, por isso, é importante que a equipe tenha clareza de quais são esses recursos, para que se possa viabilizá-los (CAMPOS, 2010).

QUADRO 3: Identificação dos Recursos Críticos

Operação/Projeto	Recursos críticos
Saber +	Organizacional: para organizar capacitação da equipe em repassar informações. Político: parceria com o setor de educação
Viver melhor	Organizacional: para organizar e planejar o atendimento e conhecimento das famílias de risco.
Cuidar melhor	Financeiro: recursos e parcerias para abordar o tema em questão.
+ Saúde	Político: aumentar a oferta de profissionais na área. Financeiro: protocolos para aquisição de novos métodos e/ou medicações preventivas.

5.3.8 Oitavo passo

Análise da Viabilidade do Plano

O ator que planeja não controla os recursos necessários para executar o plano, sendo necessário identificar quais atores controlam os recursos críticos e o seu posicionamento em relação ao problema, analisar a motivação desses atores quanto aos objetivos pretendidos, e após desenhar as ações estratégicas para motivar os atores e construir a viabilidade da operação (CAMPOS, 2010), descritos no QUADRO 4, a seguir:

QUADRO 4: Propostas de ações para a motivação dos atores

Operações/ projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
Saber + Aumentar o nível de informação da população sobre planejamento familiar e métodos contraceptivos	Organizacional: para organizar capacitação da equipe em repassar informações. Político: parceria com o setor de educação	<ul style="list-style-type: none"> Gerente da equipe (enfermeiro) Secretaria de educação e saúde 	Favorável Sem conhecimento desses atores envolvidos devido a troca de gestão.	Não é necessário.
Viver melhor Melhorar a estrutura do serviço para o acolhimento e atendimento das famílias, bem como o conhecimento da equipe a respeito dos problemas familiares	Organizacional: para organizar e planejar o atendimento e conhecimento das famílias de risco.	Enfermeiro da unidade de saúde e médico.	Favorável	Apresentar Protocolo à gestão de saúde.
Cuidar melhor Aumentar a informação a respeito do uso de preservativos, e dos riscos com troca de parceiros.	Financeiro: recursos e parcerias para abordar o tema em questão.	Secretário de saúde	Sem conhecimento desses atores envolvidos devido à troca de gestão.	Não é necessário.
+ Saúde Modificar conceitos e aconselhar para evitar uma gravidez indesejada ou mesmo múltiplas.	Político: aumentar a oferta de profissionais na área. Financeiro: protocolos para aquisição de novos	Prefeito municipal, Secretário de Saúde	Sem conhecimento desses atores envolvidos devido à troca de gestão.	Apresentar projeto à gestão de saúde.

	métodos e/ou medicações preventivas.			
--	--	--	--	--

5.3.9 Nono passo

O nono passo é a elaboração do plano operativo (QUADRO 5), objetivando o desígnio dos responsáveis pelas operações e a definição de prazos para a execução destas. O responsável (ou gerente) se responsabiliza pelo acompanhamento da execução de todas as ações definidas, mas não de executá-las. É importante o envolvimento e apoio de outras pessoas. Esse passo garante que as ações sejam executadas de forma coerente e sincronizadas (CAMPOS, 2010).

QUADRO 5: Elaboração do Plano Operativo

OPERAÇÕES	RESULTADOS	PRODUTOS	AÇÕES ESTRATÉGICAS	RESPONSÁVEL	PRAZO
Saber + Aumentar o nível de informação da população sobre planejamento familiar e métodos contraceptivos	Famílias melhores informadas sobre o planejamento familiar	Campanhas educativas, distribuição de preservativos, avaliação sobre o nível de informação da população.	Não é necessário.	Enfermeiro e Aux. de enfermagem	Dois meses para capacitar os profissionais.
Viver melhor Melhorar a estrutura do serviço para o acolhimento e atendimento das famílias, bem como o conhecimento da equipe a respeito dos problemas familiares	Diminuir o nº de gravidezes indesejadas	Aumentar o número de visitas para estas famílias em que se percebe falta de planejamento familiar; acompanhar e aconselhar; estímulo da família sobre estudos e renda familiar.	Apresentar Protocolo á gestão de saúde e promover parcerias com a assistência social.	Enfermeiro e Aux. de enfermagem	Quatro meses para apresentar protocolo à instituição e após aprovado dois meses para adequar a unidade para início das atividades, levando em conta que a estrutura esteja modificada.
Cuidar	Diminuir a	Capacitar a	Não é	Enfermeiro	Dois meses

melhor Aumentar a informação a respeito do uso de preservativos, e dos riscos com troca de parceiros.	promiscuidade	equipe para abordagem do tema e expor os riscos para o paciente.	necessário.		para capacitar a equipe, seis meses de informação junto à população, e dois meses para avaliação desta.
+ Saúde Modificar conceitos e aconselhar para evitar uma gravidez indesejada ou mesmo múltiplas.	Aumento da oferta do número de atendimento com ginecologistas bem como os medicamentos anticoncepcionais e outros métodos contraceptivos disponibilizados pelo SUS.	Aumento da oferta das consultas para mulheres em idade fértil ao ginecologista; Aumentar as consultas para estas mulheres na unidade de saúde a fim de aumentar a prevenção do Câncer de CO e assim abordar o tema em forma de prevenção e promoção da saúde.	Apresentar projeto à gestão de saúde.	Enfermeiro	Seis meses para apresentar projeto, dois meses para adequar unidade de saúde, seis meses a um dano para avaliar.

5.3.10 Décimo Passo

O décimo passo consiste em desenhar um modelo de gestão do plano de ação, discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos, como mostra o QUADRO 6. Com estrutura e desenvolvimento das operações, estando sujeitas as correções. Esse último passo também cuida da utilização dos recursos de forma eficiente, com a comunicação entre os planejadores e executores (CAMPOS, 2010).

QUADRO 6: Gestão do Projeto na USF**Planilha para acompanhamento de projetos**

Operação "Saber +"					
Coordenação:					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
1. Campanhas educativas,	ENFERMEIRO	2 meses	Já é feito campanhas educativas sobre sexo seguro.		
2. Distribuição de preservativos,	ACS	2 meses	A USF distribui preservativo, principalmente nos clientes identificados de risco.		
3. Avaliação sobre o nível de informação da população.	ENFERMEIRO	2 meses	Nunca foi feito avaliação.	Projeto ainda não apresentado.	Dentro do prazo previsto.

Operação: Viver Melhor					
Coordenação:					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
1. Aumentar o número de visitas para estas famílias em que se percebe falta de planejamento familiar;	ENFERMEIRO E AUXILIAR DE ENFERMAGEM	4 meses	Ainda não foi feito um diagnóstico completo destas famílias.	Projeto não apresentado.	Dentro do prazo previsto.
2. Acompanhar e aconselhar;	ENFERMEIRO E AUXILIAR DE ENFERMAGEM	Seis meses	Já é feito aconselhamento nas consultas de enfermagem.		
3. Estímulo da família sobre estudos e renda familiar.	EQUIPE	Seis meses		Projeto não apresentado.	Dentro do prazo previsto.

Operação: Cuidar Melhor					
Coordenação:					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
1. Capacitar a equipe para abordagem do	Enfermeiro	2 meses		Não foi elaborado	Dentro do prazo

tema e expor os riscos para o paciente.				roteiro para capacitação.	previsto.
---	--	--	--	---------------------------	-----------

Operação: +Saúde					
Coordenação:					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
1. Aumento da oferta das consultas para mulheres em idade fértil ao ginecologista;	Enfermeiro	Seis meses		Não elaborado protocolo para apresentação da gestão.	Dentro do prazo previsto.
2. Aumentar as consultas para estas mulheres na unidade de saúde a fim de aumentar a prevenção do Câncer de CO e assim abordar o tema em forma de prevenção e promoção da saúde.	Enfermeiro	Seis meses		Não elaborado protocolo para apresentação da gestão.	Dentro do prazo previsto.

6 DISCUSSÃO

Foi identificado no estudo uma série de medidas os quais pretende incentivar e promover o planejamento familiar. Sabe-se que planejar é a melhor forma de obter sucesso em qualquer ocasião da vida, ou seja, é a receita mais certa.

Entende-se que propor um plano operativo, é agir com as famílias no sentido de perceber que faltam orientações e informações acerca dos métodos contraceptivos no sentido de prevenir uma gravidez indesejada e o contágio com DST.

Como ressaltado, a iniciação sexual cada vez mais cedo, as dificuldades de acesso aos métodos anticoncepcionais, desagregação familiar, falsas expectativas e falta de informação são causas da gravidez precoce e/ou indesejada. A oferta de métodos contraceptivos nos serviços de atenção básica do SUS, como camisinha, pílulas anticoncepcionais e diafragma ainda é deficiente e não atende a toda a clientela de forma satisfatória. A informação é fundamental na prevenção de uma gravidez indesejada. A discussão do tema é a maneira de fazer com que todos falem sobre sexualidade e percebam a necessidade de atenção adequada. Trata-se de oportunidade de informar os adolescentes e adultos sobre os métodos contraceptivos disponíveis e formas de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, como a Aids (BRASIL, 2012).

A falta do planejamento familiar influencia não só na família, como reflete negativamente na sociedade. A partir de orientações e planejamentos consegue-se contribuir para a estabilização da família, além de outros reflexos em outros setores sociais, educativos, financeiros, políticos e na saúde de toda comunidade (BRASIL, 2012).

O planejamento familiar poderá ajudar as famílias desajustadas a prevenir os problemas que uma gravidez indesejada acarreta, e dessa maneira, influenciar positivamente em outros indicadores de saúde, como índice de abortos, baixa renda, DST's, câncer de colo do útero, transtornos psicológicos causados por estresse, dentre outros etc.

Com a elaboração do plano de ação e colocando-o em prática conforme o planejamento, o resultado embasado em todos os passos será sem dúvida uma redução desse impacto social, desigualdade, que se encontra na área.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa procurou propor um plano operativo visando fornecer subsídios de trabalho para sanar o problema falta de orientação e planejamento familiar, procurando compreender os comportamentos das mulheres. Conhecer a forma como uma determinada população percebe, sente e vive a saúde, é o primeiro passo para definir estratégias de intervenções mais eficientes e adequadas às reais necessidades da comunidade.

A informação é entendida como uma condição multifacetada, com influências socioeconômicas, políticas e culturais, como responsabilidade da atenção básica, é a saída para protagonizar a mulher em seu ambiente familiar, onde estas se conscientizam de seus direitos e benefícios ao serem orientadas sobre o planejamento familiar.

Vale salientar, portanto, que os projetos educativos em saúde sejam direcionados não somente para a necessidade de divulgação, mas também sejam trabalhados e discutidos em coletividade com a participação das famílias na importância e nos benefícios proporcionados como também, uma abordagem sobre a importância de manter a mulher informada de seus direitos, visto que a negligência por parte dos profissionais em mantê-las informadas pode interferir muito na decisão na hora de ter ou não filhos.

Essa pesquisa ressaltou a necessidade de atuação diferenciada dos profissionais da saúde na assistência à saúde das mulheres, com envolvimento e respeito à sua intimidade, à privacidade, ao direito de conhecer e poder conversar sobre as alternativas que são oferecidas pelo SUS.

As transformações no acompanhamento de uma adolescente até a idade adulta, passando pela idade fértil só é possível modificar se for levado em consideração, a mulher como um ser fragmentado e frágil, se for modificado o pensamento do profissional e este ser capacitado para atender e respeitá-las quanto aos seus direitos.

REFERÊNCIAS

ARIE, W. M. Y. et. al. Saúde da Mulher: Anticoncepção. **Revista Brasileira de Medicina**, v.64, n. 03, 2006. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=3533>. Acesso: 11 dez. 2013.

BIBLIOTECA Virtual em saúde. DeCS – Descritores em Ciências da Saúde. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/40dst.html>>. Acesso em: 11 jan. 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência em planejamento familiar: Manual Técnico**. Brasília, DF, n. 40. 60 p., 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **DST no Brasil**. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/dst-no-brasil>>. Acesso em: 11 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. HIV/Aids, hepatites e outras DST. **Cadernos de Atenção Básica**, 1. ed. Brasília, n.18 , 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde sexual e saúde reprodutiva. **Cadernos de Atenção Básica**, 1.ed. Brasília, n.26, 2009.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Nescon/UFMG, Coopmed, 2010.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A.; SILVA, R. **Metodologia Científica**. 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

COELHO, S.; PORTO, Y. F.. **Saúde da Mulher**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. **Iniciação à metodologia científica: participação em eventos e elaboração de textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2011.

COSTA, A. M.; GUILHEM, D.; SILVER, L.D. Planejamento familiar: a autonomia das mulheres sob questão. **Rev. Bras. Saude Mater, Infant.**, v.6, n.01. jan./mar., 2006.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292006000100009&script=sci_arttext>. Acesso em: 25 nov. 2013.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado da Saúde de Distrito Federal. **Orientação sobre planejamento familiar**. Agência Brasília: O portal de notícias do governo do distrito federal. Disponível em: <<http://www.df.gov.br/noticias/item/3520-orienta%C3%A7%C3%A3o-sobre-planejamento-familiar.html>>. Acesso em: Nov. 2013.

GIL, A. C.. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. p. 42.

GUIMARÃES, A. M. d'Á. N.; VIEIRA, M. J.; PALMEIRA, J. A. Informações dos Adolescentes sobre Métodos Anticoncepcionais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. São Paulo, v. 11, n.3, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n3/16537.pdf>>. Acesso em: 11 jan. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico de 2012**. Perdões, MG: IBGE, 2012. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>>. Acesso em: 15 set. 2013.

OSIS, M. J. D. et al. Escolha de Métodos Contraceptivos entre usuárias de um serviço público de saúde. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.6, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/16.pdf>>. Acesso em: 11 jan. 2014.

PERDÕES. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde: gestão de 2010 à 2013**. Perdões, jul. 2010.

MARCOLINO, C.; GALASTRO, E. P.; As visões feminina e masculina acerca da participação de mulheres e homens no Planejamento familiar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 9, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n3/11502.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2013.

MOURA, E. R. F.; SILVA, R. M. Informação e planejamento familiar como medidas de promoção da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, n. 9, v. 4, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n4/a23v9n4.pdf>>. Acesso em: 18 jan. 2014.

RAUPP, Fabiano Maury; BEUREN, Ilse Maria. **Metodologia da Pesquisa Aplicável às Ciências Sociais**. Santa Catarina, 2003. Disponível em:

<http://www.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/metodologia_de_pesquisa_aplicavel_as_ciencias_sociais.pdf>. Acesso em: 12 mai. 2013.