

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

RAIANNY CRISTINA NEISING RACHID

**PLANEJAMENTO FAMILIAR NA UNIDADE DE SAÚDE JORGE ELIZÁRIO
MIGUEL**

CURITIBA

2021

RAIANNY CRISTINA NEISING RACHID

**PLANEJAMENTO FAMILIAR NA UNIDADE DE SAÚDE JORGE ELIZÁRIO
MIGUEL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Pós-graduação em Atenção Básica, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de especialista em Atenção Básica.

Orientador(a): Prof(a). Dr(a). Thais Fernanda Tortorelli Zarili

CURITIBA

2021

A ficha catalográfica

TERMO DE APROVAÇÃO

RAIANNY CRISTINA NEISING RACHID

PLANEJAMENTO FAMILIAR NA UNIDADE DE SAÚDE JORGE ELIZÁRIO MIGUEL.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Pós-Graduação em Atenção Básica, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Atenção Básica.

Prof(a). Dr(a). Thais Fernanda Tortorelli Zarili
Orientador(a) – Departamento de Ciências da Saúde, UFPR

Prof(a). Dr(a)./Msc. _____
Departamento _____, INSTITUIÇÃO

Prof(a). Dr(a)./Msc. _____
Departamento _____, INSTITUIÇÃO

Cidade, ____ de _____ de 2021

Dedico este trabalho primeiramente ao meu bom Deus, por todas as bençãos que tem me concedido, por ele ser o essencial na minha vida, que cuida de mim e é meu refúgio nas horas de angustia, aos meus pais Maria Cristina Niesing Rachid e Youssef Rachid que não mediram os esforços para que eu chegasse até essa etapa da minha vida. Ao me irmão Rodrigo Niesing Rachid, por todo apoio, carinho e cumplicidade que tem comigo. Não posso deixar também de dedicar esse trabalho a Unidade Básica de Saúde (UBS) Dr. Elizário Miguel e a equipe pela ajuda que todos dedicaram junto comigo para realizar esse trabalho.

AGRADECIMENTOS

“Não são os que têm saúde que precisam de médico, mas sim os doentes.” (Mateus 9:12). Jesus reconheceu que as pessoas doentes precisam de médicos. Agradeço a todos aos meus pacientes por depositar a tamanha confiança no meu trabalho, por confiar em mim para poder zelar da sua saúde. Agradeço também a minha família em geral por todo apoio, aos meus amigos que me sempre me alegraram quando estava triste, obrigada pela as palavras de apoio e incentivos. Agradeço também aos meus tutores, que me ajudaram, me ensinaram e me corrigiram durante essa pós, seu o apoio de vocês não teria chegado até aqui.

A persistência é o menor caminho do êxito.

Charles Chaplin

RESUMO

O planejamento familiar é imprescindível uma vez que diminui o risco de mortalidade materno infantil, pois possibilita acompanhar a futura gestante mesmo antes da concepção. Cabe dizer que 100% de nossas gestantes chegam na unidade com queixa de amenorreia (atraso menstrual), náuseas; ou seja, nenhuma delas recebeu atendimento anterior à gestação. Diante das ações propostas por esse trabalho, acredita-se que a futura gestante que possua alguma comorbidade será assistida com maior afinco pela equipe de saúde que poderá interpor e auxiliar na melhora dos parâmetros físicos e/ou laboratoriais antes da gestação, com um acompanhamento humanizado. O objetivo do presente projeto é reduzir a prevalência da gravidez não planejada na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Jorge Elizário Miguel visando. Tratou-se de um projeto de intervenção (pesquisa-ação), que foi realizado na Unidade Básica de Saúde Jorge Elizário Miguel, durante o acompanhamento do pré-natal. A população do estudo em especial foram as 44 gestantes cadastradas em acompanhamento do pré-natal e a população adscrita da nossa unidade de saúde. Os participantes do estudo foram gestantes que estavam fazendo o acompanhamento de pré-natal pelos médicos, enfermeira e obstetra, também incluímos nos estudos 33 homens que acompanham as esposas durante o pré-natal, totalizando 77 pessoas. Foram acolhidos dados desde o primeiro até o nono mês de gestação. Todas gestantes tiveram o atendimento e acompanhamento do pré-natal, também realizaram os testes rápidos para detecção de ISTs, e exames laboratoriais necessários, além da ultrassonografia (USG) de rotina a trimestral, que é disponibilizada pelo SUS. A coleta de dados iniciais evidenciou-se duas pacientes com resultados positivos para sífilis. Durante intervenção, observou-se maior busca por métodos anticoncepcionais, o que garante um planejamento familiar consciente. A escolha pelo método contraceptivo é fundamental na saúde reprodutiva tanto para a mulher quanto para o companheiro, pois contribui para que não ocorra uma gravidez indesejada. Para esse fim, o planejamento familiar deve ser realizado com o intuito de que a população receba orientações quanto aos métodos disponíveis.

Palavras-chave: Planejamento Familiar. Métodos contraceptivos. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The family planning is essential since it decreases the risk of maternal and infant mortality, because it makes it possible to follow the future pregnant woman even before conception. It is worth saying that 100% of our pregnant women come to the unit with complaints of amenorrhea (menstrual delay), nausea; that is, none of them received care prior to pregnancy. Considering the actions proposed by this work, it is believed that the future pregnant woman who has some comorbidity will be assisted with greater effort by the health team that can interpose and assist in the improvement of physical and/or laboratory parameters before pregnancy, with a humanized follow-up. The objective of this project is to reduce the prevalence of unplanned pregnancy in the catchment area of the Basic Health Unit Jorge Elizário Miguel aiming. This was an intervention project (action research), which was carried out in the Basic Health Unit Jorge Elizário Miguel, during prenatal care. The study population in particular was the 44 pregnant women enrolled in prenatal care and the population assigned to our health unit. The study participants were pregnant women who were having prenatal follow-up by the doctors, nurse and obstetrician, we also included in the study 33 men who accompany their wives during prenatal care, totaling 77 people. Data were collected from the first to the ninth month of gestation. All pregnant women had prenatal care and follow-up, also had the rapid tests for detection of STIs, and necessary laboratory tests, in addition to routine to quarterly ultrasonography (USG), which is available by SUS. The initial data collection showed two patients with positive results for syphilis. During the intervention, it was observed a greater search for contraceptive methods, which ensures a conscious family planning. The choice for a contraceptive method is fundamental in reproductive health for both the woman and her partner, as it contributes to avoid unwanted pregnancies, and is indicated for a better adaptation to the woman. For this purpose, family planning should be carried out with the aim of providing the population with guidance on the methods available.

Keywords: Family Planning. Contraceptive methods. Primary health Care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Mapa da região da UBS Dr. Elizário Miguel – Paraná	16
------------	--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Cobertura vacinal em Pirai do Sul em 2020	18
Quadro 2 -	Cobertura vacinal das gestantes em Pirai do Sul em 2020 ..	19
Quadro 3 -	Situações clínicas com contraindicações absolutas (categoria 4) aos anticoncepcionais hormonais combinados, segundo critério de elegibilidade da OMS	26
Quadro 4 -	Etapas do Plano de Intervenção	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Índices de Pearl com uso perfeito e típico, dos diversos métodos contraceptivos	24
Tabela 2 -	Resumo das categorias e recomendações	25

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

ACS	-	Agentes Comunitários de Saúde
DATASUS	-	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCNT	-	Doenças crônicas não transmissíveis
DIP	-	Doença inflamatória pélvica
DIU	-	Dispositivo Intrauterino
DM	-	Diabetes Mellitus
DPOC	-	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
EPI	-	Equipamentos de proteção individual
ESF	-	Estratégia de Saúde da Família
HAS		Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST's	-	Infecções Sexualmente Transmissíveis
IVAS	-	Infecção de Vias Aéreas Superiores
LARC	-	Grupo de métodos contraceptivos reversíveis de longa duração
NASF-AB	-	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS	-	Organização Mundial da Saúde
OPAS	-	Organização Pan-Americana de Saúde
SMS	-	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	-	Sistema Único de Saúde
UBS	-	Unidade Básica de Saúde
UPA	-	Unidade de Pronto Atendimento
USG	-	Ultrassonografia

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
1.1	Justificativa	20
2	REVISÃO DE LITERATURA	23
2.1	Métodos de Comportamento	27
2.2	Métodos de Barreira	29
2.3	Métodos Hormonais Combinados	30
2.4	Progestinico Isolado	31
2.5	Dispositivos Intrauterinos	33
2.6	Contracepção de Emergência	35
2.7	Contracepção Cirúrgica	35
3	OBJETIVOS	37
3.1	Objetivo geral	37
3.2	Objetivos específicos	37
4	METODOLOGIA	38
4.1	Delineamento do estudo	38
4.2	Etapas da pesquisa	38
4.3	Plano de intervenção	38
5	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	40
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
6.1	RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS	42
	REFERÊNCIAS	43

1 INTRODUÇÃO

A área em que hoje ocupa a população de Pirai do Sul foi povoada no início do século XVII, mas apenas em 1882 passou formalmente à categoria de cidade, esta primeiramente chamada de Lança. Apenas em 1947, pelo Decreto-lei Estadual nº 2 de 10 de outubro de 1947, a nomeação da cidade foi alterada para Pirai do Sul, conservando este nome até a presente data (RIBAS, 2020).

A população de Pirai do Sul encontra-se com uma população de 25.291 mil habitantes segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE,2020).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Dr. Elizário Miguel fica localizada na região periférica do município de Pirai do Sul, na rua João Maria de Queiroz, 850, Vila Paraná.

Figura 1- Mapa da região da UBS Dr. Elizário Miguel - Paraná.



Fonte: GoogleMapa, 2020.

A UBS foi fundada em 2013, e funciona de segunda a sexta-feira, das 07:30 às 17h. A equipe é formada por uma equipe multidisciplinar: duas médicas da Saúde da Família, uma assistente administrativa, uma ginecologista obstetra, uma cardiologista, uma pediatra, uma farmacêutica, uma dentista, uma enfermeira, duas

técnicas de enfermagem, uma auxiliar de dentista, um motorista, uma auxiliar de serviços gerais, oito agentes comunitários de saúde, junto com o apoio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).

Possuímos cinco consultórios, uma sala de esterilização de materiais, uma sala de imunização, uma sala para os medicamentos, banheiros e recepção. A UBS é cercada por uma população carente de recursos financeiros, educacionais, acesso à saúde, com grande número de pacientes com comorbidades, doenças infectocontagiosas, usuários de drogas e gestantes.

Realizamos em torno de 3.500 atendimentos mensalmente em geral, sendo eles atendimento médico, odontológico e de enfermagem, atendemos em livre demanda, triagem, e o atendimento da farmácia. Por conta da pandemia, alguns profissionais foram dispensando incluindo o ginecologista obstetra, os atendimentos para pré-natal são agendados. Além dos atendimentos dos usuários cadastrados, é comum acolhermos pacientes advindos de zona rural ou até mesmo de distritos vizinhos.

Com informações obtidas por meio do e-SUS (2020), a área de adscrição da UBS Dr. Elizário Miguel em que atuo conta com 4.248 assistidos; são 2.046 homens e 2.202 mulheres, sendo 44 delas gestantes. Em relação à etnia, 2.065 se classificam como brancos, 2.048 como pardos, 68 como negros, oito como asiáticos e 59 não informaram. Quanto à faixa etária, 690 são crianças, 698 adolescentes, 2.321 adultos e 539 idosos.

Em relação aos pacientes com Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são 448 hipertensos, seguido de 169 diabéticos, 18 pacientes com o diagnóstico de problemas mentais onde faz acompanhamento com o psiquiatra, 17 pacientes com câncer (mama, próstata, útero, pele, colón, pulmão), 13 pacientes portadores de doenças respiratórias (Asma e DPOC), 10 pacientes com cardiopatias e nove pacientes com injúria renais.

As doenças mais prevalentes nos atendimentos na unidade, temos: resfriado comum, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), vômito, candidíase, dislipidemia, lombalgia, diarreia, depressão, esteatose hepática, neoplasias de próstata, mama e pele, ansiedade, Infecção de Vias Aéreas Superiores (IVAS), hipertensão e diabetes, tuberculoses, dengue, dermatites, Covid-19, IST, queixas geniturinárias, assistência ao preventivo - que são muitas e também realizamos

atendimentos para pequenos procedimentos como suturas, curativos, cantoplastia, lavagem otológica, acompanhamento de pré-natal, há muitas queixas de gravidez não planejada referida pela as mulheres durante as consultas de pré-natal. Atendemos em média 64 pacientes por dia, divididos entre duas médicas da família. O maior fluxo é durante o período da manhã e às segundas e quintas-feiras, também realizamos visitas domiciliares uma vez na semana, caso haja necessidade, pode ser duas vezes na semana.

Muitos pacientes iniciam a consulta solicitando analgésicos, anti-inflamatórios, antidepressivos e dão pouca importância à prevenção e às doenças de base.

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

Quadro 1 – Cobertura vacinal em Piraí do Sul em 2020.

VACINA	PORCENTAGEM
BCG	18,84%
Hepatite B (Crianças até 30 dias)	24,28%
Rotavírus humano	21,74%
Meningococo c	27,17%
Hepatite b	21,74%
Penta	21,74%
Pneumocócica	23,91%
Poliomilite	23,91%
Tríplice viral d2	17,39%
Tríplice viral d1	21,74%
Poliomilite (1º ref)	20,65%
Meningococo c (1º ref)	23,19%
Hepatite a	19,93%
Febre amarela	30,43
Poliomielite (crianças de 4anos)	28,08%

Fonte: DATASUS, 2020.

Quadro 2- Cobertura vacinal das gestantes em Pirai do Sul em 2020.

VACINA	PORCENTAGEM
Dupla Adulta e Tríplice Acelular	3,33%
dTpa	21,00%

Fonte: DATASUS, 2020.

A rede é organizada num processo de referência e contrarreferência entre atenção primária, secundária e em alguns casos e terciária. Não contamos com Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e o Hospital Municipal possui estrutura precária. Assim, em casos de cirurgias ou atendimento especializado, os pacientes são encaminhados aos municípios vizinhos, como Castro e Ponta Grossa.

A cidade conta com 20 escolas com Ensino Fundamental, sendo apenas uma delas localizada em minha área de abrangência e três escolas com Ensino Médio (IBGE, 2018). Em 2018, 3.354 crianças foram matriculadas no Ensino Fundamental e 857 no Ensino Médio. Esta discrepância leva a crer na maior evasão escolar ao longo dos anos, ou então a continuidade do ensino em outros municípios. Poucos dados temos em relação à situação educacional em nossa região. Conforme dados disponíveis no e-SUS, (e-SUS, 2020) até o momento, 65 crianças estão matriculadas no Ensino Fundamental, 16 no Médio e cinco no Ensino Superior.

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

Para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal (BRASIL, 1996, Art. 2).

A lei dispõe sobre o dever que o Estado tem em assegurar o acesso à população de meios para realização do planejamento familiar, seja para evitar ou não uma gestação futura. Enfatiza desde a assistência à concepção e contracepção,

ao atendimento de pré-natal, parto, puerpério, puericultura, assim como na prevenção de ISTs, e de alguns tipos de câncer (colo uterino, mama, próstata e pênis) (BRASIL, 2020)

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

Presencia-se diariamente o aumento do número de gestantes; atualmente são 44 gestantes, sendo 25% de alto risco e 18% gestantes de risco intermediário. As principais comorbidades são endócrinas (hipertensão, diabetes gestacional e hipertireoidismo), seguido de causas como sangramento uterino, doença cardíaca, e uso de substâncias químicas (etilismo, tabagismo e/ou consumo de outras drogas). Realizou-se a assistência de duas pacientes abaixo de 16 anos e outras duas acima de 40. Caso fossem acompanhadas previamente, poderiam ter um desenrolar com bom prognóstico. Assim, a intervenção no planejamento familiar é fundamental na Atenção Básica.

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

1.1 Justificativa

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

um planejamento familiar, as doenças que são contraídas pelo sexo sem proteção, os abortos induzidos e até mesmo óbitos por suas complicações (DO NASCIMENTO, 2020).

Essa iniciação sexual muito precoce vem aumentando o número de adolescentes grávidas e ocasionando vários riscos como o aborto e a exposição a vários tipos de doenças infecciosas (SILVA, 2017, pág. 8).

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

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

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

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

O estudo deste tema - planejamento familiar - é significativo devido ao aumento do número de gestantes nos últimos meses e principalmente pela grande quantidade de gestantes com risco diferente do habitual; seja pela presença de

alguma doença (citadas anteriormente), hábito de vida (tabagismo, etilismo ou uso de outras drogas), por estarem nos extremos de idade (adolescentes abaixo de 16 anos e adultas com mais de 40), quanto por deixarem para trás seus objetivos de vida após o parto.

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

Lamentavelmente, uma gravidez nem sempre é bem-vinda; é motivo, muitas vezes, de discussões, agressões e frequentemente casos de abandono familiar paterno. Por outro lado, não é incomum que as crianças dentro deste ambiente familiar sejam negligenciadas e desassistidas com a chegada do novo membro.

Com certeza o plano é passível de ser realizado; o bom andamento da proposta dependerá da capacitação dos profissionais que irão realizar o acolhimento, nos atendimentos, da participação da comunidade nas reuniões, do acesso aos meios contraceptivos na UBS. O plano é oportuno nos momentos atuais, e acredito que seja importante por mais alguns anos.

A questão cultural é uma barreira difícil de ser transposta, e exige paciência dos médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, educadores, assistentes sociais, agentes comunitários, e outros profissionais que têm contato com o público mais carente e as informações (educação sexual) devem ser repetidas incansavelmente por todos. Especificamente agora, com a pandemia pelo coronavírus, tivemos um aumento considerável na taxa de fecundidade em nossa área, por isso pressuponho que o planejamento deva ser realizado. É interesse de todos os profissionais e da comunidade, a evolução positiva dos dados epidemiológicos; como diminuição da taxa de mortalidade materno-infantil, agravos durante o período gestacional, diminuição do analfabetismo e da desocupação, diminuição de transtornos psicológicos e psiquiátricos (principalmente no pós-parto), redução do abandono familiar pelos genitores. São inúmeros os benefícios com este plano, no que tange à comunidade, como também para os profissionais que fazem parte dela.

2 REVISÃO DE LITERATURA

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

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

A taxa de mortalidade materna consiste em um indicador utilizado para conhecer o nível de morte materna, e seu cálculo se dá pela relação do número de mortes maternas ou de mulheres durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez (VEGA, 2017). A morte materna pode ser causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela (LAURENTI, 2000). Esse indicador serve como base para apontar o estado de saúde da população feminina, e conseqüentemente da gestão de políticas públicas voltadas para esse público alvo.

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

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

A eficácia dos diversos métodos contraceptivos pode ser avaliada pelo número de gestações em cada 100 mulheres utilizando o método contraceptivo por um ano, o que é conhecido como índice de Pearl (BRANDÃO, 2019). Logo, quanto menor o índice de Pearl, maior é a eficácia do referido método. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que os métodos de controle da natalidade apresentem índice de Pearl abaixo de 4 e os melhores métodos têm taxas de falha em um ano menor do que 1 (QUINTERO, 2017). O índice deve ser calculado levando-se em consideração o uso do método na forma costumeira e na forma perfeita. Muitas mulheres queixam durante as consultas sobre alguns fatores como esquecimento, vômito, interações medicamentosas entre outros.

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

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

Método	% de mulheres que experimentam uma gravidez indesejada no 1º ano de uso	
	Uso típico	Uso Perfeito
Nenhum método	85	85
Espermicidas	28	18
Método do padrão de dias	-	5
Método dos dois dias	-	4
Método ovulatório	-	3
Método da temperatura	-	0,4
Coito interrompido	22	4
Esponja	-	-
Camisinha feminina	21	5
Camisinha masculina	18	2
Métodos baseados na percepção de fertilidade	24	-
Diafragma	12	6

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

Fonte: Sociedade Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 2020.

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

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

Tabela 2: Resumo das categorias e recomendações.

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

Fonte: Sociedade Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 2020.

A Organização Mundial de Saúde divulga periodicamente documentos onde cita as situações clínicas que mais interagem com o uso dos métodos contraceptivos e as classificam em enormes tabelas. Porém, mais importante do que decorar a tabela é aprender quando os métodos contraceptivos não devem ser utilizados (RIBEIRO et al., 2019). No quadro abaixo, apresento as principais contraindicações ao uso dos anticoncepcionais hormonais combinados, que são os mais cobrados em prova. As indicações e contraindicações dos demais métodos serão abordadas ao longo do capítulo (CORRÊA et al., 2017).

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

TVP/EP atual ou progressiva, independentemente do uso de anticoagulante
Trombofilia conhecida
Cirurgia maior com imobilização prolongada
Lúpus eritematoso sistêmico com ACA positivo ou desconhecido
Doença valvular complicada com hipertensão pulmonar, FA, endocardite bacteriana
Tabagismo (2 15 cigarros/dia) + idade > 35 anos
Doença cardíaca isquêmica atual ou progressiva
Hipertensão arterial sistêmica descompensada (sistólica ≥ 160 mmHg ou diastólica ≥ 100 mmHg)
Hipertensão arterial sistêmica associada à doença vascular
Múltiplos fatores de risco para DCV (idade avançada, tabagismo, DM, HAS)
Acidente vascular cerebral atual ou progressivo
Enxaqueca com aura
Enxaqueca sem aura + idade > 35 anos para continuar em uso do AHC
Câncer de mama atual
Diabete mellitus complicada com nefropatia, retinopatia ou outra vasculopatia ou mais de 20 anos de doença
Cirrose descompensada, adenoma hepatocelular e hepatoma (categoria 3 se injetável)
Lactante nas primeiras seis semanas pós-parto
Puérpera não lactante, com fator de risco para TVP, nos primeiros 21 dias

Fonte: World Health Organization (WHO) 2015.

2.1 Métodos de Comportamento

Os métodos comportamentais baseiam-se na observação dos sinais e sintomas que caracterizam as diversas fases do ciclo menstrual com consequente abstinência sexual no período fértil da mulher, que deve ser de 3 a 4 dias antes da data da ovulação até 3 dias depois, levando em consideração que um espermatozoide permanece vivo dentro do trato genital feminino por 72 horas e o tempo de vida de um óvulo é de aproximadamente 48 horas (FERREIRA et al., 2019).

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

2.1.1 Tabelinha (OGINO-KNAUS)

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

2.1.2 Temperatura Corporal Basal

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

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

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

2.1.3 Billings ou Muco Cervical

O muco produzido na endocérvice, sob influência hormonal cíclica, muda as suas características ao longo do ciclo menstrual. Na primeira fase do ciclo, o muco cervical é espesso e pegajoso, sendo muitas vezes imperceptível, mas, à medida que a ovulação se aproxima, torna-se mais elástico e viscoso (semelhante à clara de ovo), promovendo sensação de lubrificação vaginal intensa, voltando então ao aspecto espesso após a ovulação (DE ARRUDA et al., 2020). Logo, nesse método, o período de abstinência sexual deve ser desde a percepção do muco cervical até o quarto dia após essa sensação de lubrificação vaginal máxima.

2.1.4 Coito Interrompido

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

2.2 Métodos de Barreira

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

2.2.1 Camisinha

Corresponde a estruturas de látex ou poliuretano que recobrem o pênis ou a vagina cobrindo o contato do espermatozoide com o canal vaginal. O preservativo masculino deve ser colocado durante o intercursos sexual, com o pênis ereto, e o pênis deve ser retirado da vagina logo após a ejaculação, evitando assim que o conteúdo espermático escape do preservativo com a diminuição da ereção. Já o preservativo feminino pode ser inserido até 8 horas antes da relação sexual, porém é desconfortável e pouco estético (SANTOS, 2019).

O uso do preservativo deve ser encorajado a todos os casais, pois, além de bastante eficaz (quando utilizado corretamente), é o único método que oferece proteção contra doenças sexualmente transmissíveis. A única contraindicação é a alergia ao látex, no caso do preservativo masculino. O preservativo feminino é confeccionado com poliuretano, substância menos alergênica, e não possui contraindicações (ALBUQUERQUE et al., 2018).

2.2.2 Diafragma e Espermicida

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

O seu uso exige avaliação médica prévia para escolha do tamanho que melhor se adequa à vagina da paciente, bem como para orientações sobre a forma correta de inserção, visto que, como todo método de barreira, a sua eficácia depende da introdução e localização apropriadas (SANTOS, 2019).

A fim de reduzir a taxa de falhas, o diafragma deve ser utilizado preferencialmente em conjunto com um gel espermicida, isto é, substâncias

químicas capazes de imobilizar ou destruir os espermatozoides através da lesão de sua membrana celular (SANTOS, 2019).

O mais utilizado no Brasil é à base de nonoxinol-9 a 2%. Nesses casos, o dispositivo deve ser deixado no canal vaginal por pelo menos 6 a 8 horas após o intercurso sexual para aumentar o tempo de contato dos espermatozoides com o espermicida (SANTOS, 2019).

Tanto o diafragma quanto o gel espermicida podem ser alergênicos à paciente ou ao parceiro. Nesses casos, está contraindicado o uso. Além disso, ambos podem aumentar o risco de infecções geniturinárias e, portanto, devem ser evitados nessas situações. Falando no espermicida particularmente, há aumento das chances de transmissão de IST, pois sua substância pode causar microfissuras na mucosa vaginal. Por esse motivo, é considerado categoria 4 em pacientes portadores do vírus HIV. (SOUZA, 2017).

Já o diafragma deve ser evitado também quando há qualquer distorção anatômica do trato genital inferior, como prolapso genitais, útero retrovertido, septos vaginais etc. (SOUZA, 2017).

2.3 Métodos Hormonais Combinados

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

O estrogênio sintético age, principalmente, inibindo o pico do hormônio folículo-estimulante e, com isso, o recrutamento e desenvolvimento do folículo dominante, além de estabilizar o endométrio e potencializar a ação progestínica através do aumento dos receptores de progesterona (BRANDT et al., 2018).

Enquanto o componente progestogênico atua inibindo o pico de hormônio luteinizante e a ovulação, espessando o muco cervical, dificultando a ascensão dos espermatozoides e atrofiando o endométrio, tornando-o não receptivo a uma possível implantação. Podemos inferir que todos os métodos hormonais combinados são anovulatórios, sendo o progestogênio o principal hormônio responsável por tal ação (BRANDT et al., 2018).

Independentemente da via de administração, o método deve ser iniciado sempre nos primeiros cinco dias do ciclo menstrual (preferencialmente no 19º dia) e repetido periodicamente. No caso da via oral, o uso é diário, a cada 24 horas, e há formulações de 21 dias, com pausa de 7 dias; 24 dias, com 4 dias de intervalo, ou 28 dias contínuos, sem pausa (BRANDT et al., 2018).

A administração injetável deve ser realizada por profissional de saúde e repetida a cada 30 dias, de preferência nas nádegas. Tanto o anel vaginal quanto o adesivo transdérmico são utilizados por três semanas consecutivas, com pausa de uma semana, sendo que o adesivo deve ser trocado a cada sete dias e colocado sobre áreas limpas e secas, como nos glúteos, face externa dos braços, abdome ou tronco. Já o anel vaginal é inserido na vagina pela própria mulher e deixado no local por 21 dias, sem necessidade de troca durante esse período ou de avaliação médica, visto que não se trata de método de barreira (SOUZA, 2017).

Mulheres que usam métodos hormonais combinados, além da contracepção, em geral experimentam outros benefícios como melhora da tensão pré-menstrual e da dismenorreia, além de redução do fluxo menstrual e do risco de câncer de ovário e endométrio (SOUZA, 2017).

Em contrapartida, efeitos colaterais com náuseas e vômitos, mastalgia, ganho de peso, cefaleia, fadiga, irritabilidade, acne, sangramento uterino irregular, aumento dos níveis tensionais ou elevação do risco de eventos tromboembólicos podem ocorrer, a depender sobretudo do tipo de progestínicos utilizado (SOUZA, 2017).

2.4 Progestinico Isolado

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

As formas de apresentação disponíveis no Brasil são a via oral, de uso diário e contínuo, sem intervalo, o injetável trimestral, o implante subdérmico e o sistema intrauterino medicado com levonorgestrel (o último será discutido na seção de dispositivos intrauterinos) (PEREIRA et al., 2021).

Em relação à via oral, apenas o contraceptivo medicado com 75 mcg de desogestrel é considerado anovulatório. Os demais possuem dosagens hormonais baixíssimas (minipílulas), com taxa de anovulação em apenas 40% dos ciclos (GIGLIO et al., 2017).

Devem ser resguardadas para situações em que a fertilidade da mulher está naturalmente reduzida, como durante a lactação e a perimenopausa. O injetável trimestral contém acetato de medroxiprogesterona, progestínico derivado da 17-OH-progesterona, e sua via de administração é a intramuscular profunda. Ambos devem ser iniciados no 19 dia do ciclo menstrual (PEREIRA et al., 2021).

No Brasil, o implante subdérmico disponível (Implanon) é uma haste de acetato de etileno medicada com 68 mg de etonogestrel (metabólito ativo do desogestrel), que deve ser inserida por profissional habilitado no membro superior não dominante da paciente em qualquer momento do ciclo menstrual, desde que haja a certeza da ausência de gravidez (em geral, recomenda-se associar um método de barreira nos próximos sete dias após a inserção) (GIGLIO et al., 2017).

A liberação hormonal é lenta e dura aproximadamente três anos, quando o dispositivo deve ser retirado ou trocado. Seu mecanismo de ação é anovulatório. Mulheres com sobrepeso ou obesas podem apresentar maior risco de falha do método (VIUNISKI; LONDERO, 2018).

Todas as usuárias de métodos progestogênicos isolados devem ser orientadas quanto aos principais efeitos adversos: sangramento uterino irregular, ganho de peso e alterações do humor, além do retorno à fertilidade, que pode levar até um ano após a interrupção do método. O acetato de medroxiprogesterona de depósito particularmente tem sido associado à redução da massa óssea, devendo-se evitar seu uso prolongado sobretudo em adolescentes e mulheres na perimenopausa (GIGLIO et al., 2017).

As únicas contraindicações absolutas (categoria 4) ao uso desses métodos são gravidez e câncer de mama atual, mas, em algumas situações, como história atual de TVP ou TEP, LES com anticorpos antifosfolípidos positivos, tumor hepático maligno e cirrose descompensada, devem ser evitados (categoria 3) (GIGLIO et al., 2017).

2.5 Dispositivos Intrauterinos

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

No Brasil, há classicamente dois dispositivos dispo níveis: DIU de Cobre T380A e DIU de levonorgestrel 20 mcg (Mirena). Ambos não são anovulatórios e têm ação local, promovendo reação inflamatória na cavidade uterina por simularem um corpo estranho, tornando o ambiente inóspito para espermatozoides e óvulos, além de interferirem no muco cervical e na motilidade tubária. O levonorgestrel tem ainda efeito antiproliferativo sobre o endométrio, provocando atrofia endometrial e impedindo possível implantação (RODRIGUES, 2019).

O melhor período para inserção dos dispositivos intrauterinos é durante a menstruação, pois o orifício interno do colo encontra-se entreaberto, facilitando a sua introdução, porém, em teoria, podem ser colocados em qualquer fase do ciclo menstrual desde que excluída gestação (RODRIGUES, 2019).

No pós-parto, pode ser inserido nas primeiras 48 horas ou após quatro semanas, devido ao maior risco de expulsão nesse intervalo. Após um abortamento, pode ser inserido imediatamente desde que não haja sinais de infecção (RODRIGUES, 2019).

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

Os principais efeitos adversos relacionados ao DIU de cobre são aumento da dismenorrea e do fluxo menstrual, ao contrário das usuárias do DIU de levonorgestrel, que em geral costumam experimentar alívio das cólicas e redução do sangramento menstrual (a maioria entrará em amenorrea após o primeiro ano de uso), apesar de muitas apresentarem sangramento intermenstrual de spotting, principal efeito colateral associado ao método (FINOTTI et al., 2018).

Outros inconvenientes dos dois tipos de dispositivo intrauterino são o aumento relativo das taxas de gravidez ectópica (caso ocorra uma falha, há maior chance de haver implantação fora da cavidade uterina) e o risco de doença

inflamatória pélvica, que é motivo de inúmeras discordâncias na literatura, mas atualmente sabe-se que o aumento do risco se dá somente poucos meses após a inserção possivelmente por uma infecção genital vigente durante o procedimento que ascendeu pelo canal cervical ou por técnicas de assepsia inadequadas (FINOTTI et al., 2018).

Recentemente, muito tem se falado sobre DIU de prata e mini DIU. Ambos são nada mais do que novas versões do DIU de cobre (FINOTTI et al., 2018).

O primeiro traz associação do cobre com a prata na tentativa de estabilizar os efeitos do cobre, diminuindo a dismenorreia e o sangramento. Porém, por se tratar de um método novo, ainda não há estudos consistentes que comprovem esse benefício. E o segundo é um dispositivo também de cobre em tamanho reduzido, como alternativa para mulheres que apresentam útero com maior diâmetro menor que 6 cm. Ambos têm duração de cinco anos (MACHADO, 2017).

As principais contraindicações ao uso dos dispositivos intrauterinos são (MACHADO, 2017):

- ✓ Contraindicações absolutas (categoria 4);
- ✓ Gravidez;
- ✓ Doença inflamatória pélvica (DIP) ou doença sexualmente transmissível (DST) atual, recorrente ou recente (nos últimos três meses);
- ✓ Sepses puerperal;
- ✓ Imediatamente pós-aborto séptico;
- ✓ Cavidade uterina severamente deturpada;
- ✓ Hemorragia vaginal inexplicada;
- ✓ Câncer cervical ou endometrial;
- ✓ Doença trofoblástica maligna;
- ✓ Alergia ao cobre (para DIUS de cobre);
- ✓ Câncer de mama atual (para DIU de LNG).
- ✓ Contraindicações relativas (categoria 3):
- ✓ Fator de risco para DSTs ou HIV;
- ✓ Imunodeficiência;
- ✓ De 48 horas a quatro semanas pós-parto;
- ✓ Câncer de ovário;
- ✓ Doença trofoblástica benigna;

- ✓ Tumor hepático maligno ou adenoma hepatocelular (para DIU de LNG);
- ✓ TVP/TEP atual (para DIU de LNG);
- ✓ Lúpus eritematoso sistêmico com anticorpo antifosfolípide positivo ou desconhecido (para DIU de LNG) (MACHADO, 2017).

2.6 Contracepção de Emergência

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

Quando administrado na primeira fase do ciclo menstrual, seu mecanismo de ação é através da inibição do pico de LH e, portanto, da ovulação. Já na segunda fase do ciclo, atua espessando o muco cervical, alterando a motilidade tubária e atrofiando o endométrio (VIEIRA et al., 2018).

Quanto mais próximo do intercurso sexual for usado, maior a eficácia. Por se tratar de método ocasional, não há contraindicações absolutas ao seu uso, além da presença de gravidez. No entanto, podem ocorrer efeitos adversos como náuseas, vômitos, fadiga, tontura, cefaleia, mastalgia e irregularidade menstrual. As pacientes devem ser orientadas de que pode haver atraso da menstruação de, no máximo, uma semana da data esperada. Caso o atraso ultrapasse sete dias um teste de gravidez deve ser realizado (VIEIRA et al., 2018).

2.7 Contracepção Cirúrgica

Único método contraceptivo irreversível, que inclui tanto a laqueadura tubária para as mulheres quanto a vasectomia (ressecção do ducto deferente) no caso dos homens. Por se tratar de método definitivo, a legislação vigente (Lei 9263, que regulamenta o planejamento familiar no Brasil) é extensa e rigorosa. Destaca-se abaixo os pontos mais importantes que você precisa saber para as provas (BARROS et al., 2019). Homens e mulheres com capacidade civil plena, maiores de 25 anos ou com pelo menos 2 filhos vivos, com prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação

da vontade (expressa em documento escrito e firmado) e o ato cirúrgico (BARROS et al., 2019).

Risco de vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto (testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos). Vedada em períodos de parto, aborto ou até o 420 dia de pós-parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade por cesarianas sucessivas anteriores, ou quando a mulher for portadora de doença de base e a exposição a segundo ato anestésico ou cirúrgico representar maior risco para sua saúde (necessário relatório escrito e assinado por dois médicos). Vedada através de histerectomia ou ooforectomia (BRASIL, 1999).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Reduzir a prevalência da gravidez não planejada na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Jorge Elizário Miguel visando.

3.2 Objetivos específicos

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

4 METODOLOGIA

4.1 Delineamento do estudo

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

4.2 Etapas da pesquisa

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

Na fase exploratória, foi realizado o diagnóstico situacional a partir do levantamento de dados epidemiológicos da população adscrita da unidade de saúde acerca da cobertura vacinal, cobertura de pré-natal e das principais doenças na gestação. Foram levantadas também características sociodemográficas da população principalmente das grávidas. Também foram coletados dados das gestantes cadastradas na UBS Jorge Elizário Miguel, para saber seu conhecimento sobre o planejamento familiar. O tema da intervenção, que é o alto índice de gravidez não planejada, foi delimitado a partir de discussões com a equipe de saúde. Assim, foi estabelecido o objetivo de reduzir o índice do não planejamento familiar cadastradas na unidade de saúde. O próximo passo foi definir a base teórica para fundamentar a intervenção, a partir de uma revisão da literatura sobre o planejamento familiar.

4.3 Plano de intervenção

Este projeto foi apoiado pela Secretaria Municipal de Saúde junto com a população. Inicialmente, foi realizada uma busca ativa com a ajuda da equipe, principalmente dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), pois o contato com a população é direto e constante. As informações coletadas pelos ACS foram repassadas para a equipe da unidade. Na sequência, foram solicitados

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

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

A execução do projeto seguiu o plano de intervenção proposto no Quadro 4.

Quadro 4 – Etapas do Plano de Intervenção.

Objetivo	Estratégia	Duração	Envolvidos	População alvo	Data	Recursos Educacionais (RE)	Locais de divulgação dos RE
Capacitar a equipe de saúde sobre planejamento familiar	Realizar duas capacitações para a equipe.	4 horas	Médico e Obstetra	Equipe de saúde	03/11/2020	Apresentação de slides.	UBS
Orientar individualmente cada gestante atendida na unidade de saúde sobre as ISTs.	Orientar sobre IST durante a consulta de pré-natal	2 meses	ACS, Médico, Técn. Enfermagem, Enfermeira e Obstetra	Gestantes cadastradas	03/11/2020 até 01/01/21	Folder e métodos de prevenção (camisinha s femininas e masculinas)	UBS e Domicílios
Realizar ações de educação sexual em saúde, métodos de contracepção, ISTs para grupos de gestantes e outros grupos de interesse na unidade de saúde.	Rodas de conversa com as gestantes.	1 semana	ACS, Médico, Técnico de enfermagem Enfermeiro e Obstetra	Gestantes cadastradas	03/11/2020	Folder	UBS

Fonte: Autora, 2021.

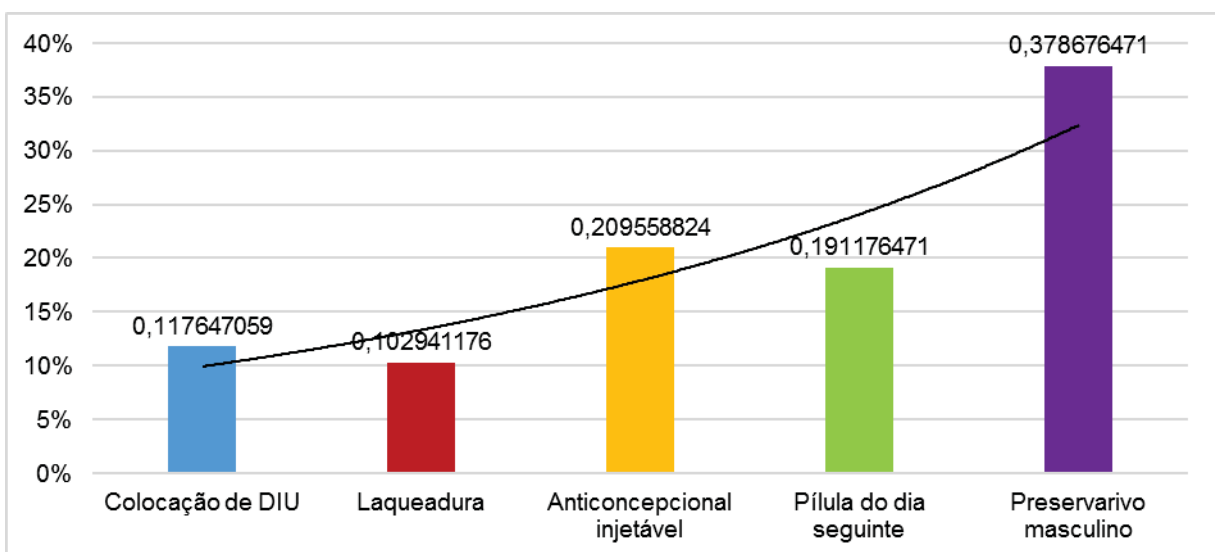
5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Foram planejadas algumas atividades educativas na unidade trimestrais voltado para as gestantes. A organização da palestra educativa foi planejada através de convite para a população com idade de 16 aos 40 anos, realizado com dias alternados para as gestantes e os acompanhantes com todas as normas de prevenção para o COVID-19 (Máscara, distanciamento e álcool em gel). As primeiras palestras foram apenas com as gestantes, segunda palestras com os esposos e a terceira palestras foi com as gestantes junto com os esposos.

Durante as palestras educativas foi possível sanar as dúvidas e todos os palestrantes ficaram mais à vontade acompanhados. Foram ofertados folders (Anexo 1) e um banco de perguntas sobre o tema.

Do momento da aplicação do projeto, até o momento, percebeu-se o aumento da procura da população pelos métodos contraceptivos. Aumentou-se o número de adolescentes em busca de anticoncepcionais orais, de informações sobre a colocação do DIU, laqueadura e interesse por outros métodos (anticoncepcional injetável e preservativo masculino). Pois apesar de ter sido direcionado às gestantes, a população de jovens tiver interesse em conhecer o Planejamento Familiar e com isso se orientar quanto a gravidez não planejada e não desejada.

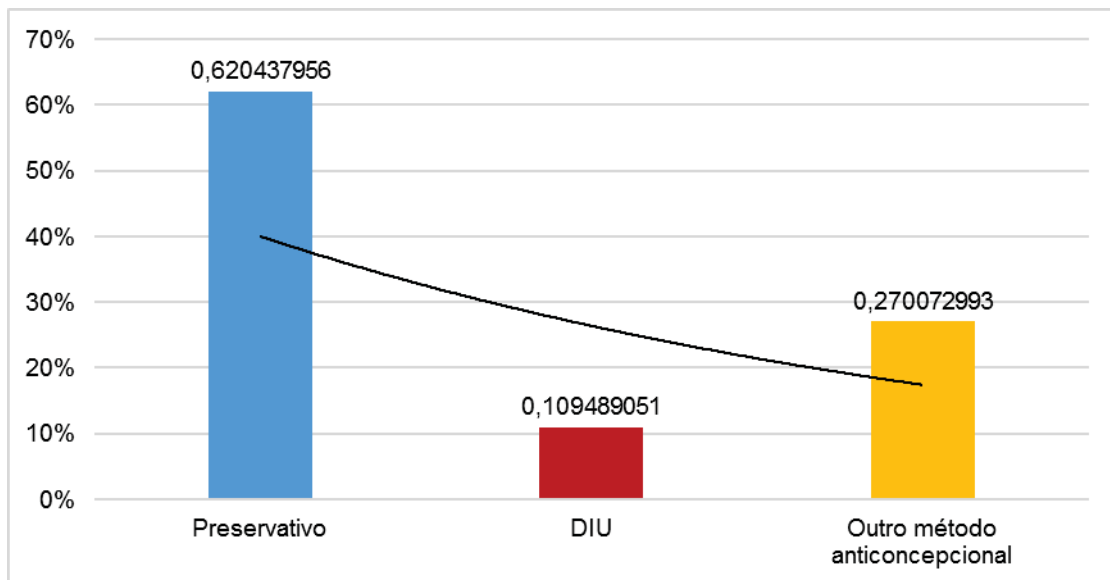
Gráfico 1 – Demonstrativo do aumento da procura por métodos contraceptivos.



Fonte: Autora, 2021.

A participação da comunidade durante a palestra e as atividades foi de suma importância para disseminar as informações passadas e com isso temos notado maior interesse no assunto (prevenção de doenças e planejamento familiar). Foram mais de 85 preservativos distribuídos (durante a visitas domiciliares), 15 dispositivos intrauterinos implantados e iniciado outro método anticoncepcional com 37 mulheres (entre elas adolescentes e adultas sexualmente ativas). O principal meio feminino escolhido foi o anticoncepcional oral combinado, seguido pela injetável mensal e por último o dispositivo DIU (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Demonstrativo de distribuição de métodos contraceptivos durante palestra.



Fonte: Autora, 2021.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta de intervenção sugere uma qualificação no atendimento em planejamento familiar no contexto da Estratégia de Saúde da Família (ESF) para que seja redimensionada, de maneira a facilitar o acesso dos usuários aos métodos anticoncepcionais, promovendo maior participação do auxiliar de enfermagem e dos Agentes Comunitários de Saúde nas ações.

Durante intervenção, observou-se maior busca por métodos anticoncepcionais, o que garante um planejamento familiar consciente. A escolha pelo método contraceptivo é fundamental na saúde reprodutiva tanto para a mulher quanto para o companheiro, pois contribui para que não ocorra uma gravidez indesejada, e é indicado para que para melhor adaptação à mulher. Para isso, o planejamento familiar deve entrar em ação através de profissionais para que recebam orientações quanto ao método, que é mais provável para o casal avaliar e examinar o mais acessível.

O cuidado que o profissional de saúde deve ter é de não transmitir a ideia de planejamento familiar como uma simples estratégia de controle da natalidade, e nem impor limites reservados ao casal delimitar. É oferecer instrumentos que auxiliem a família no seu planejamento, além de prestar assistência tanto na concepção, como na contracepção, sem deixar de incluir, com certeza, os requisitos estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

6.1 RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS

Recomenda-se que ações de planejamento familiar no contexto da ESF da referida UBS e demais rompam com o simples ato de entrega de anticoncepcionais e promovam relações familiares, comunitárias e sociais mais saudáveis, com espaços para conversarem e trocarem experiências sobre as condições de vida (sociais, econômicas, políticas), visando à participação comunitária e de todos os membros da equipe.

7. REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Jeovana Soares et al. **Métodos anticoncepcionais reversíveis: uma revisão**. 2018
- ALVES, Ângela Gilda et al. Política de humanização da assistência ao parto como base à implementação rede cegonha: revisão integrativa. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 691-702, 2017.
- ALVES, Nayara Cristina de Carvalho et al. Complicações na gestação em mulheres com idade maior ou igual a 35 anos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 4, 2017.
- ANTONIO, Julia Camille Santos; DEZOTI, Ana Paula; SCUSSIATO, Louise Aracema. Educação continuada para adolescentes gestantes sobre planejamento familiar em uma UBS de Curitiba-PR. **Anais do EVINCI-UniBrasil**, v. 5, n. 1, p. 326-326, 2019.
- BARROS, Mariana Barbosa et al. Práticas e saberes de mulheres que optaram por realizar a laqueadura tubária como método contraceptivo. 2019.
- BOMBAS, T. et al. Recomendações clínicas na interrupção médica de gravidez no 2.º e 3.º trimestre e na morte fetal. **Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa**, v. 11, n. 2, p. 132-143, 2017.
- BORGES, Ana Luiza Vilela et al. Satisfação com o uso de métodos contraceptivos entre usuárias de unidades básicas de saúde da cidade de São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 17, n. 4, p. 749-756, 2017.
- BRANDÃO, Elaine Reis. Métodos contraceptivos reversíveis de longa duração no Sistema Único de Saúde: o debate sobre a (in) disciplina da mulher. **Ciência & Saúde Coletiva**, 24(3):875-879, 2019
- BRANDT, Gabriela Pinheiro; OLIVEIRA, A. P. R.; BURCI, Lúgia Moura. Anticoncepcionais hormonais na atualidade: um novo paradigma para o planejamento familiar. **Revista Gestão & Saúde. RGS**, v. 18, n. 1, p. 54-62, 2018.
- CASTRO, Antônia Tainá Bezerra et al. Planejamento familiar na gestação. **Revista de Educação Popular**, v. 19, n. 3, p. 306-318, 2020.
- CORRÊA, Daniele Aparecida Silva et al. Fatores associados ao uso contraindicado de contraceptivos orais no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 1, 2017.
- DE ARRUDA, Cledinete Dias et al. Planejamento Familiar: vivência dos casais com o método de ovulação billings. **TCC-Enfermagem**, 2020.
- FERREIRA, Hellen Lúvia Oliveira Catunda et al. Determinantes Sociais da Saúde e sua influência na escolha do método contraceptivo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 4, p. 1044-1051, 2019.

FINOTTI MC, et al. **Métodos anticoncepcionais reversíveis de longa duração**. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO): 2018.

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

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

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

LACERDA, C. S., et al. (2020). Confrontation of women with breast cancer. *Research, Society and Development*, 9(7), 1-18.

LEITE, Vanessa Cavasotto. O consentimento do cônjuge como condição para realização de laqueadura no Brasil: votação da autonomia sobre o corpo e do direito ao livre planejamento familiar. 2018. Disponível em: <http://repositorio.unesc.net/handle/1/6099>

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

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

MACHADO, Rogério Bonassi. Uso de dispositivos intrauterinos (DIU) em nulíparas - São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2017. (Série Orientações e Recomendações FEBRASGO, no. 1/Comissão Nacional Especializada em Anticoncepção). 13p.

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

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

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

PEREIRA, Ana Cláudia Costa et al. Comparação entre contraceptivos hormonais combinados e progestágenos isolados na efetividade do tratamento da endometrio-

se: uma revisão de literatura. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 2, p. 4081-4093, 2021.

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

RIBAS, Filipe Pedroso et al. História, ensino e juventudes: um estudo de caso sobre a cultura histórica entre os jovens de Piraí do Sul, PR (2017-2019). 2020. Disponível em: <https://tede2.uepg.br/jspui/handle/prefix/3273>

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

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

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

SANTOS, Fausi dos. Corpo e sexualidade em diferentes suportes: da pré-história à era digital. 2019. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/190988>

SILVA, Dayane Maria Melo da. Métodos contraceptivos e a representação social apresentada em livros didáticos de ciências adotados em escolas públicas da cidade de Codó-MA. 2019. Disponível em: <https://rosario.ufma.br/jspui/bitstream/123456789/4041/1/Dayane%20Maria%20Melo%20da%20Silva.pdf>

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

SOUZA, Élide de Fátima Diniz et al. A importância do planejamento familiar com uso adequado dos métodos anticoncepcionais na Estratégia de Saúde da Família. TCC(especialização) - Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Linhas de Cuidado em Saúde Materna, Neonatal e do Lactante . 2017.

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

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

VIEIRA, Gilson Valente et al. Fatores associados ao uso abusivo do contraceptivo de emergência e seus efeitos indesejados em acadêmicas da área da saúde de uma Faculdade de Ariquemes Rondônia. 2018. Disponível em: <http://repositorio.faema.edu.br/handle/123456789/2359>

VIUNISKI, Verena Subtil; LONDERO, Renata Gomes. Análise dos registros de orientação sobre tabagismo e uso de anticoncepcional às pacientes portadoras de migrânea com aura no ambulatório de cefaleias do HCPA. **Headache Medicine. Barra Mansa: SBCE**, 2018.

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

Anexo 1. Folder

PLANEJAMENTO FAMILIAR

Planejar sua família é um ato de amor!
Venha conhecer os métodos contraceptivos
disponíveis no SUS e conversar conosco sobre
Planejamento Familiar.



Dia: 09 de janeiro de 2021
Horário: 10:00h
Local: Unidade de Saúde Jorge Elizário Miguel

