

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

JONISLENI DE JESUS RIBEIRO

**ABORDAGEM NO PLANEJAMENTO FAMILIAR NO CONTEXTO
DA MIGRAÇÃO SAZONAL DO PROGRAMA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA DE SERRA NOVADO MUNICÍPIO DE RIO PARDO DE
MINAS**

ARAÇUAÍ – MINAS GERAIS

2013

JONISLENI DE JESUS RIBEIRO

**ABORDAGEM NO PLANEJAMENTO FAMILIAR NO CONTEXTO
DA MIGRAÇÃO SAZONAL DO PROGRAMA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA DE SERRA NOVADO MUNICÍPIO DE RIO PARDO DE
MINAS**

Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em
Atenção Básica em Saúde da Família Universidade
Federal de Minas Gerais para obtenção do certificado de
especialista.

Orientador: Professor Edison José Corrêa

ARAÇUAÍ – MINAS GERAIS

2013

JONISLENI DE JESUS RIBEIRO

**ABORDAGEM NO PLANEJAMENTO FAMILIAR NO CONTEXTO
DA MIGRAÇÃO SAZONAL DO PROGRAMA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA DE SERRA NOVADO MUNICÍPIO DE RIO PARDO DE
MINAS**

Banca examinadora:

Prof. Edison José Corrêa – UFMG

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Dedico este trabalho à minha querida família.

Ao meu grande companheiro, Rafael.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela minha vida,

A minha família, pelo amor desmedido,

A Rafa, pelo companheirismo,

Aos colegas de Taiobeiras, pelo apoio nas viagens.

Então a mulher nunca pode sentir impotente diante de uma coisa dessas.

Tem hora que tem que ver o que a gente faz! Porque o tanto que a gente

trabalha numa casa, não pode falar que a gente... Porque o marido também

Depende bastante da esposa. Ele trabalha na roça pra não faltar o pão na

casa, mas também a mulher tem que dar conta de muita coisa. Desde a

casa, a roupa pra lavar, comida, filho, é muita coisa. Mas só que a gente

tem hora que acha assim, tem que fazer mais. Graças a Deus eu fui me

libertando dessa mente perturbada dessas preocupação, tudo que a gente

faz é pra família. Aqui graças a deus não tem divisão, isso aqui é meu, isso

aqui é seu. Tudo é nosso. É uma vida sofrida, mas sofrendo por amor mesmo.

(Nalva).

Depoimento registrado por Livia Tavares Mendes Froes, em: *Todo mundo pela família: gestão feminina e vida familiar diante do assalariamento sazonal dos homens.*

(Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Antropologia da Universidade Federal Fluminense - Niterói, 2012).

RESUMO

Esse trabalho aborda a questão do planejamento familiar, no território da população adscrita à Equipe de Saúde da Família de Serra Nova (Rio Pardo de Minas – MG), onde uma das características é a migração rural sazonal dos maridos e companheiros, motivada pela busca de empregos. A interrupção dos métodos anticoncepcionais leva, no retorno dos parceiros, a muitas gravidezes não planejadas. Este trabalho teve como objetivo elaborar um projeto de intervenção para aumentar a adesão e a continuidade manutenção das famílias ao planejamento familiar, para a população de Serra Nova do município de Rio Pardo de Minas. Para tato foi realizada uma revisão bibliográfica sobre o tema. No desenvolvimento do trabalho foram trabalhados os nós crítico. Entre vários problemas de saúde local, esse tema “baixa adesão das famílias ao programa de planejamento familiar e a continuidade da participação” foi considerado problema prioritário e, para ele, foi proposto um plano de intervenção que busca responder aos nós críticos identificados e priorizados, como: (1) Falta de processo de educação permanente para a equipe de Saúde da Família, incluindo na temática das reuniões informações sobre o planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis, etc. (2) Baixa adesão masculina ao programa, com pouco entendimento sobre os métodos e a importância da não interrupção do planejamento e (3) Necessidade de organizar e adequar o programa de atenção à mulher, incluindo o planejamento familiar, à realidade da população. Para cada um dos nós críticos foi definido um projeto e detalhados os resultados esperados, os produtos esperados, as ações estratégicas, o responsável, os recursos necessários, o prazo, o acompanhamento e a viabilidade. Conclui-se que o casal é quem define quantos filhos deseja ter, mas o serviço de saúde de provê-los de informações e insumos necessários para a realização do planejamento familiar.

Palavras-chave: Planejamento familiar. Migração. Saúde da Família.

ABSTRACT

This paper addresses the issue of family planning within the ascribed to the Family Health Team Serra Nova (Rio Pardo de Minas - MG) population, where one of the features is the seasonal migration of rural husbands and partners, motivated by the search for jobs. The disruption of contraception leads on feedback from partners, many unplanned pregnancies. This study aimed to develop an intervention project to increase adherence and continuity maintenance of families to family planning, the population of the municipality of Serra Nova Rio Pardo de Minas. To touch a literature review on the topic was held. In developing this work were worked the critical nodes. Among various local health problems, this theme "low adherence of families to the family planning program and continued participation" was considered a priority issue and, for him, was proposed an action plan that seeks to respond to critical nodes identified and prioritized, as: (1) Lack of permanent education process for the Family Health team, including the theme of the meetings information about family planning, sexually transmitted diseases, etc. (2) Low male joining the program, with little understanding of the methods and the importance of uninterrupted planning and (3) the need to organize and tailor the program of care for women, including family planning, to the population. For each critical we defined a project and details the expected results, the expected product, the strategic actions, responsible, resources needed the term monitoring and viability. It is concluded that the couple is who defines how many kids want to have, but the health service to provide them with information and supplies needed to conduct family planning.

Keywords: Family planning. Migration. Family health.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 JUSTIFICATIVA	12
3 OBJETIVOS	13
4 METODOLOGIA	14
5 BASES CONCEITUAIS	15
5.1 Planejamento familiar	15
5.2 Migração e planejamento familiar	17
5.3 A equipe de Saúde da Família e o planejamento familiar	18
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	21
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
REFERÊNCIAS	27

1 INTRODUÇÃO

O município de Rio Pardo de Minas possui 29.099 habitantes, segundo Censo de 2010 (BRASIL,2013a). No período de 2004-2008 apresentava a terceira maior população dentre os municípios pertencentes à microrregião de Salinas-Taiobeiras, em Minas Gerais. Do total de habitantes em 2008, 11.984 pessoas moravam na zona urbana e 17.195 na área rural – o equivalente a 61,5% da população do município (Plano Municipal de Saúde de Rio Pardo de Minas, 2010-2013).

O município é habilitado na Gestão Plena em Atenção Básica Ampliada e apresenta cobertura total de 100 % de Programa de Saúde da Família (PSF). São 10 equipes: quatro na zona urbana e seis na zona rural.

Uma dessas equipes é o objeto desse estudo: a Equipe de Saúde da Família Serra Nova, localizada na área rural, distante 23 km da zona urbana, no distrito de mesmo nome, onde fica o belíssimo Parque Estadual de Serra Nova, berço de várias nascentes importantes para o abastecimento do município de Rio Pardo de Minas e outras cidades circunvizinhas.

A Estratégia Saúde da Família em Serra Nova foi implantada em 21 de março de 2002, devido a grande cobrança da população. A equipe trabalha numa casa emprestada, em péssimas condições de infraestrutura. Existe a grande expectativa de que em 2014 seja construída a sede própria. É uma equipe modalidade I, e conta com cinco micro áreas. Em novembro de 2013, eram 699 famílias e 2.771 pessoas cadastradas, distribuídas em mais de 10 povoados. A equipe é composta por oito agentes comunitários de saúde (ACS), um auxiliar de enfermagem, uma enfermeira, uma recepcionista, dois funcionários de serviços-gerais, um médico, uma dentista e uma auxiliar de saúde bucal, além do motorista.

O Programa Saúde da Família (PSF) foi estruturado como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, a partir de uma lógica longitudinal, buscando garantir o vínculo de compromisso e corresponsalização entre equipe de saúde, usuários do SUS e a integralidade das ações de saúde.

É uma estratégia para a reorganização da atenção primária que busca a vigilância à saúde por meio de um conjunto de ações individuais e coletivas, situadas no primeiro nível de atenção, voltadas para a promoção, prevenção e tratamento dos agravos à saúde.

Entre os problemas de saúde vivenciados pela Equipe de Saúde da Família podem ser citados alcoolismo, leishmaniose, hipertensão arterial e doença de Chagas.

Uma das questões que pode ser considerada prioritária é a baixa adesão da população ao programa de planejamento familiar, tornado mais agudo pelo fenômeno da migração masculina em determinadas épocas do ano. Por se tratar de uma área rural, o território de abrangência da ESF Serra Nova é caracterizado pela predominância da unidade familiar na agricultura de subsistência e extrativista.

A migração sazonal faz parte do cotidiano desses lavradores. É o tipo de migração que se caracteriza por estar ligada às estações do ano. É uma migração temporária, onde o migrante sai de um determinado local, em determinado período do ano, e posteriormente volta, em outro período do ano (BRASIL, 2013b).

O casamento assume papel central na superação das distâncias. Apesar das migrações constantes, os homens casam-se com mulheres da mesma localidade, que na maioria das vezes, ficam na região cuidando dos filhos e da casa. Essa característica demográfica é determinante para a baixa adesão dessas famílias aos métodos contraceptivos, geralmente abandonados nos períodos de ausência do companheiro. O que incorre em gravidezes não planejadas e recorrentes.

2 JUSTIFICATIVA

O presente trabalho se justifica devido ao grande número de gravidezes não planejadas e reincidentes após o período de estiagem na região, que compreende os meses de maio a outubro. Período em que os homens saem da região, em busca de trabalho em outras áreas do país devido ao longo e extremado período de estiagem na região norte de Minas Gerais. Durante este período, as mulheres que ficam em casa abandonam o planejamento familiar, por acharem desnecessário na ausência do seu parceiro. A descontinuidade do método anticoncepcional diminui sua eficácia, o que acaba resultando em gravidezes inesperadas, no retorno dos companheiros.

3 OBJETIVOS

Geral

Elaborar um projeto de intervenção para aumentar a adesão e a continuidade manutenção das famílias no planejamento familiar, para a população de Serra Nova do município de Rio Pardo de Minas.

Específicos

Realizar e registrar uma revisão de literatura referente ao planejamento familiar, para embasamento teórico da proposta de trabalho.

Organizar e adequar o Programa de Planejamento Familiar à realidade da população da Equipe de Saúde da Família de Serra Nova, com processo para aumentar o uso de outros métodos além dos contraceptivos orais, incluindo, principalmente, o preservativo masculino.

Propor um processo de adesão dos homens, fazendo-os entender sobre os métodos e a importância da não interrupção.

Propor processo de educação permanente para a equipe de Saúde da Família, incluir na temática das discussões informações sobre o planejamento familiar e doenças sexualmente transmissíveis.

4 METODOLOGIA

Como suporte à proposição de um programa para a execução de ações de Planejamento Familiar pela ESF Serra Nova foi realizado primeiramente uma revisão bibliográfica narrativa, para embasamento teórico do trabalho proposto.

A busca foi feita na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/MS) e foram escolhidas publicações das bases de dados LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SciELO (Scientific Electronic Library Online).

Além dessas bases de dados foram também consultados o acervo do Ministério da Saúde, o material dos módulos do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família UFMG e outras fontes oficiais.

Foram analisados os dados referentes às gestantes no Programa SIS-PRENATAL, cadastradas no início e no fim dos anos de 2009 a 2011, para efeitos comparativos.

5 BASES CONCEITUAIS

Como bases conceituais para uma proposta de intervenção, com abordagem em planejamento familiar, no contexto do programa de saúde da família, esse é o primeiro tema submetido a uma revisão bibliográfica.

Considerando o contexto da migração sazonal, em que a questão do deslocamento dos homens para outras áreas com potencial econômico é inevitável, considerando o longo período de seca que compromete as lavouras da maioria das famílias de pequenos agricultores, e diante da incapacidade da própria região em absorver todos esses trabalhadores, essa questão êxodo rural sazonal é, também, objeto de revisão.

Por fim, há de se considerar as bases conceituais e operacionais sobre o processo de trabalho da equipe de Saúde da Família na questão planejamento familiar.

5.1 Planejamento familiar

“Assegurado pela Constituição Federal e também pela Lei nº 9.263, de 1996, o planejamento familiar é um conjunto de ações que auxiliam as pessoas que pretendem ter filhos e também quem prefere adiar o crescimento da família” (BRASIL, 2011).

Nesse sentido, é um programa preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) e tem como finalidade precípua a ação de prevenção na assistência primária à saúde.

A ampliação do acesso de mulheres e homens à informação e aos métodos contraceptivos é uma das ações imprescindíveis para que possamos garantir o exercício dos direitos reprodutivos no país. Para que isto se efetive, é preciso manter a oferta de métodos anticoncepcionais na rede pública de saúde e contar com profissionais capacitados para auxiliar a mulher a fazer sua opção contraceptiva em cada momento da vida (BRASIL, 2002, p. 5).

A Organização das Nações Unidas recomenda que haja acesso universal aos serviços de planejamento familiar e que esses serviços façam parte dos serviços de saúde pública dos países.

A legislação brasileira deixa claro que o planejamento familiar é parte integrante do conjunto de ações de atenção à saúde da mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão global e integral à saúde (BRASIL, 1996).

Em todos os seus níveis, métodos estão obrigados 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.

Do ponto de vista formal, essa medida democratiza o acesso aos métodos de anticoncepção ou de concepção nos serviços públicos de saúde, ao mesmo tempo em que regulamenta essas práticas na rede privada, sob o controle do SUS.

Neste sentido, o Planejamento Familiar deve ser tratado dentro do contexto dos direitos reprodutivos, tendo, portanto, como principal objetivo garantir às mulheres e aos homens um direito básico de cidadania, previsto na Constituição Brasileira: o direito de ter ou não filhos/as.

O programa de planejamento familiar é uma atividade que não diz respeito somente ao casal que a prática, mas envolve toda a sociedade, sendo uma das ações preventivas mais importantes na área da saúde ao proporcionar aos casais as informações e os meios necessários na decisão de ter uma prole de forma consciente e voluntária (ESPÍRITO-SANTO, 2004).

O Sistema Único de Saúde oferece oito opções de métodos contraceptivos para que possam escolher a maneira mais confortável de planejar, quando, como e se vão ter filhos. É uma decisão livre do casal, no entanto as informações sobre os métodos e a educação continuada é responsabilidade da equipe da Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2002).

No Brasil a política nacional de planejamento familiar foi criada em 2007, sendo responsáveis pela diminuição da fecundidade e inclui oferta de métodos

contraceptivos gratuitos e também a venda de anticoncepcionais a preços reduzidos na rede Farmácia Popular.

5.2 Migração e planejamento familiar

A migração sazonal é uma estratégia de complementação da renda para as famílias de agricultores da região, e parte da renda obtida na migração é utilizada para melhoramentos dos sítios, moradias e transporte. Há indicações que, pelo menos, 23.220 trabalhadores migram sazonal e anualmente na região (Estado de Minas, 05/05/2006); uma pesquisa de campo indica que cada ciclo migratório representa um saldo médio de nove salários mínimos per capita (RIBEIRO; CALISTO; GALIZONI, 2007).

Os destinos que se configuram por essa mobilidade são variados. O contingente de população masculina que se movimenta é, na maioria das vezes, maior que a feminina. Usualmente, no lugar de origem ficam as mulheres, as filhas e os filhos menores, os idosos e aqueles que, por motivos de saúde ou outras limitações físicas e psicológicas, não estão ou não são vistos como dotados de condições para participar dessa empreitada. Afinal, ela pode implicar viagens longas, trabalho braçal intenso, precariedade de moradia e disponibilidade de gestão emocional com relativa autonomia (FRÓES, 2012).

Este autor comenta que

[...] seria equivocado afirmar que a ausência física pressupõe também uma ausência social desses homens, visto que esta é uma das condições do exercício dos papéis que lhes são designados. Eles se fazem presentes de outras formas, como, por exemplo, por comentários saudosos de suas esposas e filhos, por constantes alertas das mães na afirmação da autoridade do pai, exigindo dos filhos o cumprimento de tarefas deixadas sob responsabilidade deles, formas de reafirmação da autoridade que são também assumidas pelos pais por ligações telefônicas regulares, facilitadas pelo acesso atual e difundido de telefone celular. E ainda pelos pedidos de proteção celestial durante as cerimônias religiosas, principalmente as dominicais (FRÓES, 2012, p. 69).

Entretanto, a influência exercida pelos homens sobre as respectivas companheiras, ainda é notória na sociedade brasileira, principalmente em algumas comunidades do interior do país, onde as mulheres continuam dependentes, cultural e economicamente de seus companheiros (ESPÍRITO-SANTO, 2004).

5.3 A equipe de Saúde da Família e o planejamento familiar

O programa de planejamento familiar é uma atividade que não diz respeito somente ao casal que a pratica, mas envolve toda a sociedade, sendo uma das ações preventivas mais importantes na área da saúde ao proporcionar aos casais as informações e os meios necessários na decisão de ter uma prole de forma consciente e voluntária (ESPÍRITO-SANTO, 2004).

Dentre as atribuições do PSF está o Planejamento Familiar que é definido, segundo a OMS, como um modo de pensar e viver adotado voluntariamente por indivíduos e casais baseando-se em conhecimentos, atitudes e decisões tomadas (BRASIL, 2002). É um campo também de debate, como registrado pela Revista Radis.

O direito ao planejamento familiar está previsto na Constituição de 1988, e foi regulamentado pela Lei 9.263, de 1996 (BRASIL, 1996). Por ela, mulheres e homens têm o direito de decidir livremente sobre o número de filhos, e devem ter acesso aos meios para regular sua fecundidade — que abrangem a educação sexual, o acesso aos serviços de saúde, ao uso de contraceptivos e à esterilização voluntária. O que o governo está propondo, portanto, é simplesmente o cumprimento da lei.

Para a antropóloga feminista Sonia Corrêa, o grande problema dessa discussão é o desconhecimento da mídia e dos próprios políticos sobre o que já existe. Em janeiro de 2004, por exemplo, a então ministra Emília Fernandes, petista gaúcha que comandava a Secretaria de Políticas para as Mulheres, propôs contrapartida ao Bolsa-Família: só receberia quem aceitasse informações sobre planejamento familiar.

As feministas protestaram: a proposta lembrava controle de natalidade. As igrejas contribuíram para a confusão (no Rio, a prefeitura suspendeu a distribuição da pílula do dia seguinte a

pedido do arcebispo católico), porque misturam questões de foro íntimo com moral religiosa. A imprensa, que repercutiu por meses a polêmica, nada esclareceu, pois historicamente associa pobreza e fecundidade. Embora esteja provado que essa relação é equivocada — países que forçaram a redução da taxa de fertilidade continuam pobres —, esse debate ultrapassado chega sempre aos jornais. Ultimamente, até se atribui a violência ao “alto índice de fecundidade dos pobres”, desconsiderando as raízes da exclusão social. Assim, para dar certo, qualquer programa nesta área exige ações educativas e campanhas de esclarecimento (Debate ultrapassado, 2005 online).

Embora, a taxa de natalidade esteja decrescendo no Brasil, de 6,28 filhos por mulher, para 1,9 na década 2010 (Quadro um), o planejamento familiar continua como dever do sistema de saúde e direito dos cidadãos — direitos sexuais e reprodutivos —, sob responsabilidade, na ponta do sistema de atenção, da equipe de saúde da família.

Quadro 1-Variação da média de filhos por mulher de acordo da década de 1940 a 2010, Brasil.

Década	Média de filhos por mulher de acordo com década
1940	6,16
1950	6,21
1960	6,28
1970	5,76
1980	4,35
1990	2,89
2000	2,38
2010	1,9

Fonte: IBGE (2010)

No Brasil, apesar de o planejamento familiar ser de responsabilidade de todos os níveis de atenção em saúde, é desenvolvido, principalmente, na Atenção Básica, por meio das equipes de saúde da família, que tem, dentre suas diretrizes, a participação comunitária, considerada fator que possibilita identificar e atender as necessidades das pessoas.

Dessa forma, os clientes podem controlar as ações de saúde, potencializando a reconstrução de práticas, de modo a atender suas expectativas e necessidades, e, como consequência, desencadear a obrigatoriedade de os gestores avaliarem a qualidade da atenção oferecida (PIERRE, 2010).

Um serviço de planejamento familiar deve estar fundamentado em: práticas educativas permeando as ações de saúde; garantia de acesso aos usuários; equipe profissional multidisciplinar envolvida, livre escolha do método contraceptivo, disponibilidade contínua dos métodos contraceptivos cientificamente aceitos, consultas e acompanhamento médico para os usuários; assistência nos casos de infertilidade conjugal (COELHO, 2009).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Apenas como exemplo, para caracterizar a população gestante em Serra Nova, o SIAB mostrava os seguintes números. Em 2009, no mês de maio, haviam 10 gestantes cadastradas. Em dezembro do mesmo ano, esse número subiu para 17. Em 2010, o número aumentou em menor proporção. Em maio eram 13 e em dezembro 16.

Traçando um paralelo com estimativas oficiais, para o cálculo do número estimado de gestantes multiplica-se a taxa bruta de natalidade padronizada pela população total, acrescentando-se 10%, devido a perdas resultantes de abortos e subnotificação. Ou seja, Método de Cálculo: $(\text{população total} \times \text{taxa bruta de natalidade} \times 0,001) + 10\%$. Mesmo não se considerando o acréscimo de 10%, a projeção de grávidas, para a população de 2.771 cadastradas pela equipe de Saúde da Família taxa bruta de natalidade de 13,82 (BRASIL, 2013c), segundo o IBGE (2013), a estimativa de gestantes seria de 38.

No sentido de melhor organizar a atenção à saúde da mulher, essa estimativa e esse número têm de ser revistos, para estabelecimento do planejamento desejado.

Em relação à população feminina em idade fértil, também deve ser estimado seu número e as repercussões para o atendimento, pois, paralelamente às mulheres em programa de planejamento familiar podem se beneficiar dessa proposta.

Reforçando uma das linhas do direito das mulheres, situações de dificuldade em engravidar também devem ser revistas e encaminhadas. Com o respaldo nas informações colhidas na revisão da literatura, que corroboram a importância da manutenção do planejamento familiar, definimos que a proposta desse trabalho, como atenção a um problema prioritário, é sobre a “baixa adesão das famílias ao programa de planejamento familiar e a continuidade da participação”, apesar da migração de seus parceiros sexuais em função de emprego.

Para esse problema prioritário, foram definidos três nós críticos, que guardam relação, também, com os objetivos específicos desse trabalho. Para cada nó crítico é proposta uma ação (projeto) de intervenção, a saber:

1. Falta de processo de educação permanente para a equipe de Saúde da Família, incluindo na temática das reuniões informações sobre o planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis, etc. (Quadro 2).
2. Baixa adesão masculina ao programa, com pouco entendimento sobre os métodos e a importância da não interrupção do planejamento (Quadro 3).
3. Necessidade de organizar e adequar o programa de atenção à mulher, incluindo o planejamento familiar, à realidade da população (Quadro 4).

Quadro 2 - Projeto de intervenção “Educação Permanente em Saúde”, sobre o nó crítico relativo ao problema prioritário — equipe de Saúde da Família Serra Nova / Rio Pardo de Minas (Minas Gerais).

Problema Prioritário	Baixa adesão das famílias ao programa de planejamento familiar e à continuidade da participação.
Nó crítico 1	Falta de processo de educação permanente para a equipe de Saúde da Família, incluindo na temática das reuniões informações sobre o planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis, etc.
Projeto	“Educação permanente da equipe”.
Resultados esperados	Equipe de saúde permanentemente qualificada.
Produtos esperados	Melhor capacidade de resposta da equipe para o planejamento e para a interação com a comunidade.
Ações estratégicas	Reunião quinzenal da equipe e convidados.
Responsável	Enfermeiro e profissionais de nível superior.
Recursos necessários	Disponibilização de espaço e horário, montagem de infraestrutura.
Prazo	Um mês após aprovação coletiva do projeto.
Acompanhamento	Mensal, através da avaliação na equipe e na coordenação da Unidade de Saúde.
Viabilidade	Boa viabilidade. Depende de: aprovação pela equipe e gestor, adesão de toda a equipe.

Quadro 3. Projeto de intervenção “Também participo”, sobre nó crítico relativo ao problema prioritário — equipe de Saúde da Família Serra Nova / Rio Pardo de Minas.

Problema Prioritário	Baixa adesão das famílias ao programa de planejamento familiar e a continuidade da participação
Nó crítico 2	Baixa adesão masculina ao programa, com pouco entendimento sobre os métodos e a importância da não interrupção do planejamento.
Projeto	“Também participo”
Resultados Esperados	Aumenta de participantes masculinos ao programa
Produtos esperados	Homens com maior nível de adesão e participação
Ações estratégicas	Criação de grupos operativos para maridos, companheiros e interessados.
Recursos necessários	Vídeo-aulas, televisão, aparelho de DVD, cartilhas, cartazes.
Responsável	Profissional de nível superior do sexo masculino
Prazo	Dois meses para busca ativa
Acompanhamento	Mensal, através de visita domiciliar obrigatória.
Viabilidade	Viável, pois não depende de atividades fora da rotina da ESF.

Quadro 3. Projeto de intervenção “Processo de trabalho da equipe: Família”, sobre o nó crítico relativo ao problema prioritário — equipe de Saúde da Família Serra Nova / Rio Pardo de Minas-(Minas Gerais).

Problema prioritário	Baixa adesão das famílias ao programa de planejamento familiar e a continuidade da participação.
Nó crítico 2	Necessidade de organizar e adequar o programa de atenção à mulher, incluindo o planejamento familiar, à realidade da população.
Projeto 2	“Processo de trabalho da equipe: Família”.
Resultados esperados	Maior participação, envolvimento e continuidade nas ações.
Produto	<p>Para gestantes:</p> <p>Busca ativa, convite, acolhimento e integração de todas as gestantes que optarem, com cadastramento e instrumento de acompanhamento.</p> <p>Controle de não optantes.</p> <p>Agenda que atenda à demanda espontânea e programada de gestantes.</p> <p>Execução de ações paralelas obrigatórias: prevenção de câncer de colo e mama.</p> <p>Referência secundária e terciária bem estabelecida.</p> <p>Para não gestantes:</p> <p>Busca ativa, convite, acolhimento e integração de todas as mulheres que optarem pelo programa de planejamento familiar.</p> <p>Agenda que atenda à demanda espontânea e programada de gestantes.</p> <p>Disponibilidade de contraceptivo oral, anticoncepcionais de dose mínima, pílula do dia seguinte, preservativos (condo).</p> <p>Referência secundária e terciária bem estabelecida.</p>
Ações estratégicas	<p>Agenda de atendimentos</p> <p>Visitas domiciliares</p>
Responsável	A equipe.
Prazo	Indeterminado
Acompanhamento e avaliação	Mensal
Viabilidade	Viável, embora dependa dos membros participarem.

A atuação dos profissionais de saúde na assistência à anticoncepção envolve, necessariamente, três tipos de atividades: atividades educativas, aconselhamento e atividades clínicas.

Essas atividades devem ser desenvolvidas de forma integrada, tendo-se sempre em vista que toda visita ao serviço de saúde constitui-se numa oportunidade para a prática de ações educativas que não devem se restringir apenas às atividades referentes à anticoncepção, no enfoque da dupla proteção, mas sim abranger todos os aspectos da saúde integral da mulher e alguns fatores individuais, relacionados aos usuários do método, devem ser levados em consideração na hora de planejar as ações. São eles: condições econômicas, estado de saúde, características da personalidade da mulher e/ou do homem, fase da vida, padrão de comportamento sexual, aspirações reprodutivas, fatores outros, como medo, dúvidas e vergonha.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Planejamento familiar é o controle do número de filhos e intervalos entre gestações. Tem como objetivo o bem estar da criança e do casal, pois podem escolher o momento propício para a chegada dos filhos. Para casais que não conseguem ter filhos, o ideal é se programar para métodos como a fertilização *in vitro*, inseminação artificial ou adoção.

A informação adequada provoca um impacto no cliente, levando-o a elaborar suas próprias opiniões, tomar decisões e perceber-se na relação consigo, com a família, com a comunidade, enfim, com o mundo.

Um ponto importante questionado neste estudo foi a dominação e subordinação feminina aos seus companheiros. Trata-se da população de uma área rural onde grande parte é analfabeta. Além, também, da questão cultural, que vê nos métodos contraceptivos uma ameaça à fidelidade feminina e à questão religiosa que, neste território, é extremamente expressiva.

A falta de planejamento pode gerar problemas sociais, pois pessoas sem condições de criar os filhos muitas vezes recorrem às instituições de adoção, ao aborto, ou simplesmente os abandonam nas ruas. Famílias muito pobres acabam ficando ainda mais pobres quando tem muitos filhos, não tendo o que comer e nem o que vestir. A taxa de natalidade nas classes menos favorecidas é consideravelmente maior e é causada pela falta de prevenção e informação. A educação também é um dos fatores. Uma mulher com curso superior tem em média dois filhos, enquanto uma analfabeta tem em média cinco.

Os trabalhos direcionados ao planejamento familiar têm que levar em consideração a realidade cultural, econômica e social dos participantes. Essa informação adequada é essencial para adesão e continuidade ao programa. A equipe de saúde também tem papel crucial, pois sua opinião tem grande valia na decisão da mulher.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei 9.263**, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm>. Acesso em: 15 dez. 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Assistência ao Planejamento familiar**. Manual técnico. Brasília, Secretária Nacional de Assistência à Saúde, 2002. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0102assistencia1.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2013.

BRASIL. Portal Brasil – Saúde. **Planejamento familiar**. [online], 2011. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2011/09/planejamento-familiar>>. Acesso em: 15 dez. 2013.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades@. Rio Pardo de Minas**. Minas Gerais [online]. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=315560>>. Acesso em: 15 dez. 2013.

BRASIL. Brasil Escola. **Êxodo rural**. [online], 2013b. Disponível em: <http://www.brasilecola.com/geografia/exodo-rural.htm>. Acesso em: 18 dez. 2013.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Taxa Bruta de Natalidade por mil habitantes – Brasil – 2000 a 2013**. [online], 2013c. Disponível em: <http://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-brutas-de-natalidade>>. Acesso em: 18 dez. 2013.

Debate ultrapassado, **Revista Radis** [online], 2005. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/33/reportagens/sus-no-planejamento-familiar>>. Acesso em: 15 dez. 2013.

ESPÍRITO-SANTO, D.; CERQUEIRA, D.O.; TAVARES-NETO, J. **A visão masculina sobre métodos contraceptivos em uma comunidade rural da Bahia, Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/25.pdf>>. Acesso em: 18 dez. 2013.

FRÓES, L.T.M. **Todo mundo pela família: gestão feminina e vida familiar diante do assalariamento sazonal dos homens**. Dissertação, 2012.

Disponível em:

<<http://www.propi.uff.br/ppga/sites/default/files/dissertacaoliviafroes.pdf>>.

Acesso em: 18 dez. 2013.

PIERRE, L.A.S.; CLAPIS, M.J. Planejamento familiar em Unidade de Saúde da Família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online], nov-dez2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt_17.pdf> Acesso em: 17 dez. 2013.

RIBEIRO, M.E.; CALIXTO, S.J.; GALIZONI, F.M. **Agricultura familiar e reflorestamento no Alto Jequitinhonha**. XLV Congresso da Sociedade Brasileira de economia, administração e sociologia rural. UEL. Londrina, PR.2007. Disponível em: <http://www.academia.edu/4637463/AGRICULTURA_FAMILIAR_E_REFLORESTAMENTO_NO_ALTO_JEQUITINHONHA>. Acesso em: 15 dez.2013.