



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

LEICA MILENE FONSECA AQUINO

**PLANEJAMENTO FAMILIAR: DESAFIOS DAS AÇÕES NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

ARIQUEMES – RO

2015

Leica Milene Fonseca Aquino

**PLANEJAMENTO FAMILIAR: DESAFIOS DAS
AÇÕES NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de Graduação
em Enfermagem da Faculdade de
Educação e Meio Ambiente - FAEMA
como requisito parcial à obtenção do
Grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Esp. Mariana
Ferreira Alves de Carvalho.

Ariquemes - RO

2015

Leica Milene Fonseca Aquino

PLANEJAMENTO FAMILIAR: DESAFIOS DAS AÇÕES NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, como requisito parcial a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

COMISSÃO EXAMINADORA

Orientadora: Prof.^a Esp. Mariana F. Alves de Carvalho
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Prof.^o Esp. Gustavo Barbosa Framil
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Prof.^o Esp. Rafael Alves Pereira
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Ariquemes, 02 de dezembro de 2015.

A DEUS que está acima de tudo na minha vida e aos meus pais por todo amor, carinho, pelo apoio irrestrito, sendo assim, meus maiores incentivadores.

AGRADECIMENTOS

Sou grata a DEUS, pelo privilégio da vida, por estar comigo em todos momentos, pelas oportunidades de aprender, de crescer, por não me deixar desanimar em nenhuma circunstância, me fortalecer para enfrentar as dificuldades, por me reanimar toda vez que ficava difícil, e me mostrar que estava sempre comigo.

Agradeço pelo Apoio e Amor Incondicional de minha mãe Elinéia Fonseca, por sempre acreditar em meu potencial, por todas as renúncias em nome dos filhos, pela educação e valores, que me foram transmitidos durante toda vida, meu maior exemplo de honestidade e que sempre me fez ser uma pessoa melhor por demonstrar tamanha confiança e compreensão em todas as situações.

Ao meu pai Abidael Aquino, homem trabalhador, de uma honestidade incomparável, obrigada por pensar tanto em mim, por querer o melhor para mim, por sempre estar comigo mesmo distante fisicamente, por todos os cuidados, por ser meu maior incentivador, por me apoiar em cada passo que eu dei ao decorrer deste tempo.

A minha irmã Sibiluane Stéfany que presenciou esta jornada ao meu lado e ao meu irmão Vitor Hugo por me compreender em minhas ausências e por sempre ter uma palavra de carinho, me lembrando da família abençoada que nós temos.

A minha amiga Camila Costa, especialmente, por tudo que vivemos juntas, por todas as horas que passamos “sonhando” com a concretização de um sonho, pela presença em minha vida, pela alegria, otimismo, por ser um exemplo, sempre me fazer acreditar em dias melhores, pela sinceridade e lealdade dedicadas a mim.

Minha gratidão a minha amiga Fabilaine Cavalcante, por ter me acolhido antes mesmo de me conhecer, por compartilharmos de muitos aprendizados e desafios ao longo destes 5 anos, por estar ao meu lado irrestritamente, por sua generosidade e pela amizade que foi construída e alicerçada solidamente que sempre nos fará participar uma da vida da outra.

A Vanessa Rodrigues por ter me recebido em sua casa, como se eu fosse da família, por ser amiga e exemplo de mulher batalhadora.

Especialmente a minha Orientadora Mariana Carvalho, por ser exemplo de pessoa e profissional, por ensinar sem esquecer o lado humano, que não me deixou desanimar, por dedicar seu tempo, por cobrar de mim quando preciso, por ser tão transparente e por trazer alegria e paz, até mesmo nos momentos mais tensos.

Aos professores da FAEMA que ensinaram com excelência e ética, nos inspirando, professor Dionatas Meneguetti, professor Oliveira que trouxe cultura e responsabilidade social a nossa profissão, nos fazendo refletir sob as desigualdades, Leandro Ramos com seu Guyton na mente enfatizando que “quanto mais se sabe, menos se sabe” , Dr^a Helena Meika profissional coerente acima de tudo, professora Denise Chocair que ensinou com amor e alegria, Professora Sharon Fernandes por demonstrar seu amor pela profissão sendo exemplo de ética e competência, a professora Sonia Carvalho por nos acolher e ensinar humanamente, a professora Silvia Rossetto que com sua simplicidade nos mostrou paixão e realização por sua profissão, a prof.^a Mônica Freiburger que ensinou muito nas aulas de Adulto I e II e disponibilizou-se a ajudar quando precisei, a Dr.^a Rosani por transmitir seus conhecimentos e ser acessível sempre, ao prof.^o Gustavo Framil por ensinar com leveza e inteligência e me encantando com as aulas de Saúde Mental, prof.^a Thays Chiarato que foi de uma equidade, paciência e zelo inigualáveis, que nos conquistou em pouco tempo.

E também grata pelo acolhimento e atenção, sendo exemplo de profissionalismo, as enfermeiras Cristiane Suellen Silva Neves e Leila Boff, nos incentivando ao realizarem com tanto primor sua linda profissão.

E a todos amigos de classe que se tornaram parceiros e aprendemos a conviver com carinho e cuidados.

Sem sonhos, a vida não tem brilho.

Sem metas, os sonhos não têm alicerces.

Sem prioridades, os sonhos não se tornam reais.

Augusto Cury

RESUMO

O planejamento familiar é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde. Compreendendo o direito que todo cidadão possui de receber informações, assistência especializada e obter acesso aos recursos do programa, possibilitando a decisão livre e consciente de ter ou não ter filhos, o número de filhos, o intervalo de tempo entre uma gestação e outra, e avaliar o método anticoncepcional mais apropriado. Este estudo objetivou destacar a importância das ações de Planejamento Familiar no âmbito da Estratégia Saúde da Família. O estudo trata-se de um levantamento bibliográfico descritivo exploratório, as estratégias de busca foram às bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Manuais do Ministério da Saúde e acervo da Biblioteca Júlio Bordignon da Faculdade de Educação e Meio Ambiente-FAEMA. O levantamento bibliográfico ocorreu entre os meses de agosto de 2014 a outubro de 2015. Por meio da leitura e análise dos artigos, percebeu-se que compete ao profissional de enfermagem integrante da Estratégia Saúde da Família desenvolver atividades que tange o programa Planejamento Familiar utilizando instrumentos educativos, atendimento clínico por meio de consultas de enfermagem e inclusive prestar assistência em casos de infertilidade com informações sobre a concepção.

Palavras Chave: Saúde da Mulher, Políticas Públicas, Planejamento Familiar, Gravidez e Enfermeiro.

ABSTRACT

Family planning is an integral part of the set of actions caring for the woman, the man or the couple, in a global vision and integral health care. Being the right that every citizen has to receive information, specialized assistance and able to get access to program resources, enabling the free and conscious decision to have or not have children, the number of children, the time interval between one pregnancy and another, and evaluate the most appropriate contraceptive method. This study aimed to highlight the importance of the actions of Family Planning in the context of the Family Health Strategy. The study deals with an exploratory descriptive literature, search strategies were databases: Virtual Health Library (VHL) Scientific Electronic Library Online (SciELO), Ministry of Health Manuals and Julius Library collection Bordignon of the College of Education and Media Environment-FAEMA. The literature occurred between the months of August 2014 to October 2015. Through reading and analysis of articles, it was noted that the responsibility of the nursing professional, a member of the Family Health Strategy, to develop activities regarding the family planning program using educational tools, clinical care through nursing appointments and even assist in cases of infertility with information on becoming pregnant.

Keywords: Women's Health, Public Policy, Family Planning, Pregnancy and nurse.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CIPD	Conferência Internacional de População e Desenvolvimento
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DIU	Dispositivo Intrauterino
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAEMA	Faculdade de Educação e Meio Ambiente
LILACS	Literatura Latino-americana
MEDLINE	National Library of Medicine
MS	Ministério da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PF	Planejamento Familiar
PSF	Programa Saúde da Família
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
2. OBJETIVOS	13
2.1 OBJETIVO GERAL.....	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
3. METODOLOGIA	14
4. REVISÃO DE LITERATURA	15
4.1 POLÍTICAS PÚBLICAS QUE NORTEAM PLANEJAMENTO FAMILIAR.....	15
4.2 PLANEJAMENTO FAMILIAR.....	19
4.3 FATORES QUE INTERFEREM NO PLANEJAMENTO FAMILIAR.....	25
4.4 PAPEL DO ENFERMEIRO FRENTE AO PLANEJAMENTO FAMILIAR.....	27
CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS	32
ANEXO	38

INTRODUÇÃO

O Planejamento Familiar (PF) compreende o direito que todo cidadão possui de receber informações, assistência especializada e obter acesso aos recursos do programa, possibilitando a decisão livre e consciente de ter ou não ter filhos, o número de filhos, o intervalo de tempo entre uma gestação e outra, e avaliar o método anticoncepcional mais apropriado. (BRASIL, 1999).

Destacam-se atividades educativas e clínicas, aconselhamentos inerentes ao (PF), ponderando, que os profissionais de saúde devem realizar orientações, que além, de abranger os métodos de anticoncepção, enfatizem a dupla proteção através de dois métodos anticoncepcionais, sendo um deles o preservativo, assim, priorizando o atendimento à saúde da mulher de forma integral. (BRASIL, 2002).

As atividades da Estratégia Saúde da Família (ESF) são desempenhadas em Unidade Básica de Saúde (UBS), nas casas e em locais que a população está presente por meio de grupos como, por exemplo, em escolas e ainda fomentar a integração da comunidade visando nortear as atividades com este grupo. (SANTOS, 2009).

De acordo com Guimarães e Witter (2007) a gravidez na adolescência demonstra possíveis falhas em sua prevenção, tanto no âmbito social, quanto pessoal e familiar. Nota-se no campo social, a inserção dos adolescentes nos programas de educação sexual, encontram dificuldades para iniciar e vivenciar de forma segura a sexualidade.

Existe uma tendência, em relação, as mulheres que começam ainda adolescentes a serem mães, estarem suscetíveis a uma quantidade de filhos mais elevada, em muitos episódios a primeira gestação não é planejada, e em alguns casos até mesmo indesejada, portanto, eleva-se a probabilidade que as gestações consecutivas possuam o mesmo traço não planejado. (BERFOLI et al., 2005).

Tendo em vista a compreensão que as mulheres possuem do programa PF, Moura e Silva (2004) referem em sua pesquisa que 40% das mulheres relacionam o PF à oportunidade de ter poucos filhos, e dessa maneira favorecer o conforto, bem-estar, educação e um futuro melhor para eles; 28% relatam que o PF propicia evitar o “sofrimento” causado pelas necessidades básicas insatisfeitas e 18% referem que

o programa oportuniza diminuir à exposição a violência, a qual os filhos estão sujeitos.

Outro ponto que deve ser considerado é o intervalo gestacional, quando menor que dois anos, pois, consiste em fator de risco reprodutivo e ainda favorece o aparecimento de problemas conjugais, familiares e sociais ocasionados pela sobrecarga familiar e especialmente materna. (MOURA et al., 2010).

Os autores Pierre e Clapis (2010) citam que para o PF realizar uma assistência de qualidade são indispensáveis fatores como, por exemplo, o aconselhamento e orientações em relação às consequências da gestação não planejada, a abordagem da sexualidade desprendida de uma gravidez e a inserção do parceiro sexual nas decisões sobre planejamento familiar.

Dessa forma, é de suma importância conhecer e compreender o PF como programa apto para contribuir com a comunidade, destacar a importância da atuação do enfermeiro ao promover ações de educação em saúde, a fim de ampliar o alcance do programa, aumentando assim a captação de usuários.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL:

Evidenciar a importância das ações de Planejamento Familiar no âmbito da Estratégia de Saúde da Família.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Discorrer sobre as políticas públicas de saúde com correspondência ao tema em questão;
- Contextualizar o Programa de Planejamento Familiar na ESF;
- Descrever os principais fatores que interferem na realização do Planejamento Familiar;
- Identificar o Papel do Enfermeiro frente ao programa de PF.

3. METODOLOGIA

Este Trabalho de Conclusão de Curso trata-se do estudo com caráter de revisão de literatura, descritivo e exploratório. A revisão sistemática de literatura consiste em um método rigoroso, de busca e seleção de pesquisas sobre um problema específico, de forma objetiva e reproduzível por meio de descrições minuciosas dos dados oriundos da pesquisa. (GALVÃO; SAWADA; TREVISAN, 2004).

Este estudo foi desenvolvido em duas etapas. A primeira etapa consistiu na pesquisa bibliográfica, por meio de consultas de trabalhos indexados e publicados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Manuais do Ministério da Saúde e o acervo da Biblioteca Júlio Bordignon da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA. Os descritores em Ciências da Saúde (DeCS) utilizados foram: Saúde da Mulher, Políticas Públicas, Planejamento Familiar, Gravidez, Enfermeiro.

O levantamento das fontes de publicações foi do período de agosto de 2014 a outubro de 2015, sendo utilizados os seguintes critérios de inclusão para revisão de literatura, os artigos, manuais do Ministério da Saúde, monografias, dissertações, teses disponíveis na íntegra, publicados e escritos em línguas nacionais e internacionais, no período de 1984 a 2015, coerentes com o tema da pesquisa, sendo excluídos os materiais que não abordavam a temática proposta e/ou não atendiam aos critérios de inclusão descritos anteriormente.

A segunda etapa consiste na leitura e organização dos materiais selecionados para elaboração deste trabalho compreendendo, 51 referências, sendo livros 02, 09 manuais do Ministério da Saúde, 01 Manual da Organização Mundial de Saúde, 01 Conferência Internacional, 01 Legislação publicada em Diário Oficial da União, 04 monografias, 02 dissertações, 28 artigos nacionais e 01 internacional (espanhol).

4. REVISÃO DE LITERATURA

4.1 POLÍTICAS PÚBLICAS QUE NORTEAM O PLANEJAMENTO FAMILIAR

A Saúde da Mulher foi incluída às políticas nacionais de saúde, nas primeiras décadas do século XX, estando restrita aos aspectos da gravidez e o parto. Considerando o papel que estava incumbido as mulheres como mãe, dona de casa, encarregadas da criação, educação e cuidados com a saúde de toda a família, neste sentido, os programas materno-infantis desenvolvidos nas décadas de 30, 50 e 70, reforçavam o conceito do cuidado com a saúde da mulher apenas durante o ciclo gravídico. (BRASIL, 2004).

Tendo em vista as desigualdades sociais encontradas nas diferenças de gênero, as mulheres se organizaram, a fim de expor que a população feminina é a mais atingida pelos problemas de saúde. Buscaram novas propostas nos processos políticos, visando proporcionar a sociedade transformações que agreguem qualidade de vida para a população. (BRASIL, 2004).

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) foi elaborado pelo MS no ano de 1984, propondo uma abordagem a saúde da mulher que envolve todas as fases do ciclo vital. Colaboraram neste processo, os representantes de grupos feministas, gestores e pesquisadores, cumprindo, desse modo, os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 2003).

Em 1984, o PAISM foi difundido e embasado pelo texto: “Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática”, sua finalidade foi explicada no primeiro parágrafo, frisando a ideia de compreender a saúde da mulher de uma forma diferente. (D'OLIVEIRA, 1999).

O atendimento à mulher pelo sistema de saúde tem-se limitado, quase que exclusivamente, ao período gravídico-puerperal, e mesmo assim, de forma deficiente. Ao lado de exemplos sobejamente conhecidos, como a assistência preventiva e de diagnóstico precoce de doenças ginecológicas malignas, outros aspectos, como a prevenção, detecção e terapêutica de doenças de transmissão sexual, repercussões biopsicossociais da gravidez não desejada, abortamento e acesso a métodos e técnicas de controle da fertilidade, têm sido relegados a plano secundário. Esse quadro assume importância ainda maior ao se considerar a crescente presença da mulher na força de trabalho, além de seu papel fundamental no núcleo familiar. (BRASIL. Ministério da Saúde, 1984, p.5).

O PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção à saúde, num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia a estrutura conceitual que embasaria a formulação do SUS. (BRASIL, 2011).

Dessa forma, o SUS foi criado pela Constituição de 1988, associado as três esferas de governo Federal, Estado, Município, sendo assim descentralizado como sistema público e regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde (Lei 8.080/90 e nº 8,142/90). (BRASIL, 2002).

Segundo publicação do Ministério da Saúde (2007) a proposta do SUS é promover atendimentos para população de forma igualitária, prestando cuidados, prevenção e assistência à saúde dos brasileiros. O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, que assegura atendimento gratuito para toda a população do país.

O Brasil é formado por um território excepcional que ao passar dos anos tem buscado a organização de seus sistemas: econômicos, de educação e de saúde. Com o desafio de estruturar-se e planejar-se utilizando seus recursos, para assegurar a sua população qualidade de vida e alcançar a condição de país desenvolvido. Dessa forma, a saúde tem sido arrolada em debates e discussões com intuito de garantir à entrada das pessoas a atenção integral com bom senso entre recursos e demanda. (CAMPOS, 2003; BRASIL, 2006; ANDRADE; BARRETO, 2007; OHARA; SAITO, 2008).

Como descrito por Coelho et al. (2009) garantir a inserção das mulheres em ações referentes a saúde feminina, em todas suas etapas e situações pertinentes, permite prestar assistência integral à saúde das mulheres. Desse modo, ao conduzir o cuidado, precisa-se atentar para as interferências de relações de gênero, classe e geração envolvidas no processo de saúde doença das mulheres, acolhendo-as e ouvindo atentamente suas necessidades.

Em consonância com os princípios do SUS surge o Programa Saúde da Família (PSF) com o objetivo de reformular a assistência oferecida pela atenção básica de saúde. O PSF proporciona novas táticas de trabalho, focando na atenção familiar, atuando preventivamente, através de busca ativa, alterando a forma de acesso da população a saúde, ponderando, que o modelo “hospitalocêntrico” não satisfaz as demandas de saúde da população. (ROSA; LABATE, 2005).

O PSF foi instituído em 1994, pelo Ministério da Saúde (MS), amparado pelo impacto positivo adquirido através do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o qual abrangeu as áreas rurais, periféricas e urbanas das regiões norte e nordeste do país. No que diz respeito, a ampliar e qualificar o atendimento ofertado para a população da área adstrita, torna-se imprescindível a prática multiprofissional para o bom funcionamento do PSF. (SAITO, 2008).

O primeiro contato na rede assistencial ocorre por intermédio da Atenção Primária a Saúde (APS), que prioriza a continuidade e integralidade da atenção à saúde, representando a coordenação da assistência, inserida no sistema, a atenção voltada para a família, à orientação e participação comunitária. A sistematização do cuidado, a atenção integral, o cuidado continuado e a entrada através da atenção primária para o sistema de saúde são características indispensáveis. (BRASIL, 2010a).

Segundo Ohara e Saito (2008) a saúde da família como reestruturação do modelo assistencial, suas normas e objetivos operacionais são estabelecidos por meio de equipes multiprofissionais em UBS. Cabem as equipes de saúde assistir uma quantidade de famílias, situadas em uma área geográfica demarcada, devendo elaborar e executar ações de promoção de saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e manutenção da saúde deste grupo populacional.

Para Santos (2009) as atividades da ESF são desempenhadas em UBS, nas casas e em locais que a população está presente por meio de grupos, como por exemplo em escolas e ainda fomentar a integração da comunidade visando nortear as atividades com este grupo, cabendo a cada equipe assistir sua área de abrangência que possui até 1000 famílias.

A singularidade da ESF está presente no trabalho em equipe, como forma de fomentar os recursos e facilitar o desenvolvimento de atividades, através de abordagens específicas em locais onde a estratégia é inserida. A equipe de saúde da família é composta de um enfermeiro, um médico (clínico geral), um a dois técnicos de enfermagem, quatro a seis agentes comunitários de saúde. (ARAÚJO, 2004; OHARA; SAITO, 2008).

Saito (2008) salientou que a ampliação das equipes de saúde da família em diversas localidades do Brasil, ocorreu por causa dos aspectos positivos presentes

no modelo de atenção à saúde da comunidade, acompanhado de apoio político e financeiro pelo MS.

Desde a criação do SUS pela Constituição Federal de 1988 no Brasil, vem ocorrendo nos últimos anos, significativos progressos envolvendo a ampliação da quantidade de equipes de saúde da família, portanto, atingindo maior parcela da população brasileira, com prestação de assistência e mecanismos gestores de melhor qualidade. (BRASIL, 2010a).

A ESF está apta para realizar ações grupais que possibilitem esclarecer informações sobre o PF e métodos contraceptivos, atingindo desta forma o objetivo de entender e trabalhar a partir das vivências pessoais, dos membros da comunidade, tornando-a parceira do programa. (MOURA; SILVA; GALVÃO, 2007).

Entende-se que a população deve ser recebida para a demanda de atendimentos de saúde de forma equânime, ausente de empecilhos econômicos, culturais, físicos, preenchendo assim o preceito de universalidade do SUS. A equidade é expressa através da assistência prestada que enfatiza a necessidade específica, de ações direcionadas a um determinado grupo de pessoas, consolidando assim a justiça. Portanto, a constituição de novos paradigmas de gestão pública resulta do princípio de integralidade, que é possível por meio de contribuições intersetoriais. (PAIM; SILVA, 2010).

Segundo Santos (2009) a atenção básica é estimulada pela ESF, que possui como característica a inclusão e inserção da população em suas atividades, facilitando para a equipe o reconhecimento de suas necessidades, ao mesmo tempo em que, empodera a comunidade nas tomadas de decisões ao que tange as ações de saúde e faz dela um excelente campo para trabalhar com o PF.

Como afirma Saito (2008) à reorganização do modelo assistencial de atenção básica à saúde com alterações na forma de atuação e organização, visa modificar o foco central de atenção e utiliza como estratégia o PSF, que está vinculado aos princípios do SUS e destinado à abordagem da promoção a saúde.

A inserção das pessoas no sistema de saúde é facilitada, quando o primeiro acesso se dá por meio das ações de educação em saúde, pois, quando ocorrem dificuldades na busca dos usuários, reflete-se diretamente nas atividades em grupos e conseqüentemente na atenção prestada pela equipe. (NAGAHAMA, 2009).

Do ponto de vista de Ferreira (2009) a ESF realiza suas atividades centrando-se na família a fim de fortalecer o elo entre unidade de saúde e comunidade, por

consequente, compete aos profissionais de saúde desenvolver ações voltadas para o programa PF, que esclareçam questões sobre a concepção e a contracepção para a população.

Compete ao Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) colaborar com as equipes de ESF no planejamento e prática das ações de PF e abordar a diversidade sexual, cultural, étnica, assim como temas sobre sexualidade envolvendo o afeto, prazer, conhecimento do corpo e autoestima. (BRASIL, 2010a).

O PF é primordialmente, executado por meio da ESF na atenção primária, porém, é atribuição de todos os níveis de atenção à saúde, incluindo média e alta complexidade. Todavia, a ESF possui como uma de suas vertentes a participação da comunidade, o que facilita a identificação e atendimento das necessidades pessoais. (PIERRE; CLAPIS, 2010).

4.2 A CONSTRUÇÃO DO PLANEJAMENTO FAMILIAR

Seguindo as recomendações da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD), realizada na cidade de Cairo em 1994, ocorreu à inserção do PF nas políticas de Saúde da mulher visando à garantia dos direitos reprodutivos. Neste momento, o Brasil conceitua o PF como programa responsável por disponibilizar métodos contraceptivos diversificados, a fim de permitir a mulher a organização e o planejamento de sua vida reprodutiva. (Proceedings of 5th International Conference on Population and Development, 1994, Cairo; MARCOLINO, 2004; PRIMO; BOM; SILVA, 2008).

Na mesma direção Gutiérrez (2013) ressalta que na CIPD, o PF passou a ser entendido como uma estratégia essencial para a saúde, podendo contribuir para o desenvolvimento da população mundial. Evidenciando os direitos à saúde sexual e reprodutiva que cada pessoa possui.

O PF foi aprovado pelo Congresso Nacional e pela Presidência da República, no artigo 226, parágrafo 7, da Constituição da República Federativa do Brasil no ano de 1996 (Segue em Anexo), incluindo práticas de laqueadura de trompas e vasectomia dentro das possibilidades de anticoncepção, estabelecendo critérios para sua utilização e punições para os profissionais de saúde que infringirem a lei, em casos como, por exemplo, de indução ou instigando dolosamente os pacientes para esterilização cirúrgica. (BRASIL, 2002).

Dessa forma, estabelece-se que o PF deve prover todos os métodos contraceptivos, logo, “[...] o SUS em todos os seus níveis, têm a obrigação de garantir a atenção integral à saúde, que inclua a assistência à concepção e à contracepção, [...] respeito aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos. ” (BRASIL, 2010b).

Para garantir a qualidade de atenção em PF um componente imprescindível é a orientação por meio de ações educativas em pequenos grupos que promovam meios para que as pessoas construam uma opinião, sobre seus direitos sexuais e reprodutivos e conheçam as opções de anticoncepcionais, tornando-os aptos para escolher livremente e com consciência. (FAGUNDES; PIRES, 2011).

No estudo de Moura e Silva (2004) são apresentados dados sobre os tipos de atendimentos realizados pelo PF, sendo que, a consulta de enfermagem foi a mais citada, seguida pelo atendimento médico, conseguinte por orientações em grupos na própria unidade de saúde, e ainda, ressaltam a escassez de atividades grupais, realizadas em âmbito externo da unidade.

Por outro lado, Berlofi et al. (2006) destacam que a abordagem do PF utilizando meios alternativos para informar a população, seguramente, é um excelente modo para que a população aumente sua aceitação e adesão ao programa, que visa justamente, trabalhar a prevenção na esfera da saúde sexual e reprodutiva.

Na mesma direção Moura, Silva e Galvão (2007) enfatizam que a divulgação dos métodos contraceptivos e a diminuição dos efeitos colaterais são instrumentos facilitadores para o acesso ao programa, ao conhecimento e o prosseguimento do uso dos métodos.

Para Gutiérrez (2013) é papel do estado possuir políticas claras de PF, respeitando a autonomia de homens e mulheres ao planejarem sua vida reprodutiva, assegurando o direito de não haver interferências, assim, como acesso e disponibilidade de métodos contraceptivos diversos.

Os métodos contraceptivos aprovados pelo Ministério da Saúde podem ser classificados como métodos naturais, de barreira, hormonais, mecânicos e esterilização. Os métodos naturais são aqueles que o casal ou a pessoa pode utilizar para evitar ou obter uma gravidez, identificando o período fértil da mulher, está entre eles o muco cervical, temperatura basal e tabela; métodos de barreira evitam a gravidez impedindo a penetração dos espermatozoides no útero, sendo

eles: o preservativo, o diafragma e espermicidas; métodos hormonais: pílulas, injetável, adesivo, anel vaginal combinado e implantes. Método mecânico inclui o Dispositivo intrauterino (DIU), e ainda se apresentam os métodos definitivos por meio de procedimentos cirúrgicos, na mulher é realizada a Laqueadura e no homem a Vasectomia. (BRASIL, 2002, 2010; Jr; CRUZ; DAMIÃO, 2010).

A organização Mundial de Saúde (OMS) apresenta em seu manual, intitulado, Planejamento Familiar: Um manual global para os profissionais e serviços de saúde (2007), os métodos mais utilizados e sua respectiva eficácia (Figura a seguir), visando ampliar o conhecimento e a disseminação de informações sobre o programa.



Figura: Comparação da eficácia dos métodos de planejamento familiar. Fonte: Planejamento Familiar: Um Manual Global para os profissionais e serviços de saúde – OMS.

Para garantir à população seu direito de selecionar livremente o método contraceptivo que melhor se adapte, é essencial que os insumos ofertados possuam variedade e quantidade apropriada. (ARAÚJO, 2004).

Para facilitar o acesso das pessoas ao programa de PF na ESF, os autores Moura, Silva e Galvão (2007) recomendam que as atividades pertinentes ao PF fossem reestruturadas, visando instigar o envolvimento da equipe e a união com outros espaços da comunidade, que possam ser utilizados para divulgação e até mesmo distribuição dos métodos contraceptivos. Vale lembrar que é fundamental incluir o programa nos demais serviços de atenção à saúde, juntamente com o conceito de integralidade da assistência.

A busca pelo atendimento de PF, normalmente, ocorre quando as mulheres são informadas através de amigas, vizinhas, familiares, esposo ou até conhecidos, sendo que algumas mulheres são informadas por profissionais de saúde. Os principais incentivos que levam as mulheres a buscarem o atendimento, são mencionados por Andrade e Silva (2009) como: “conhecer outros métodos”, encaminhamento para Laqueadura e colocar o DIU.

Em concordância, Moura e Silva (2004) constaram que as mulheres associam a relevância do PF a diminuição do número de nascimentos de crianças, o que evidencia a compreensão que as mulheres fazem dos serviços oferecidos pelo PF, como restritos a promoção da anticoncepção.

Segundo publicação do MS, deve-se estabelecer que o PF não se detenha ao enfoque puramente biológico, e sim que supere a prescrição e distribuição de métodos contraceptivos, a fim de realizar abordagem com homens e mulheres sobre sexualidade, propiciando e estimulando a inserção do parceiro, assegurando os direitos sexuais e reprodutivos e trazendo a responsabilidade do PF para o casal, não apenas à mulher. (BRASIL, 2010a).

Em concordância Silva et al. (2011) mencionam que as atividades pertinentes ao PF não devem se restringir apenas a ofertar métodos de anticoncepção, todavia também devem promover relações interpessoais, permitindo troca de experiências, buscando a participação ativa da equipe de profissionais e do companheiro.

Sob o mesmo ponto de vista Moura, Silva e Galvão (2007) propuseram que as atividades de PF inseridas no PSF, ultrapassem o paradigma de meramente distribuição de métodos contraceptivos, devendo também fomentar os vínculos familiares e com a comunidade, oportunizando diálogos para conhecer realidades

distintas e falar sobre a própria vivência em questões sociais, políticas e econômicas, a fim que ocorra integração entre a comunidade e os componentes da equipe.

Contudo Nagahama (2009) notou que embora as UBS acomodem estruturas adequadas para a execução do programa PF, é essencial que gestores e a equipe pensem e debatam a respeito dos métodos de trabalho da equipe e preparem novas táticas a fim de implementar o programa, sem perder a essência do respeito aos direitos sexuais e a prestação de atenção integral.

Durante as consultas de PF permanece a característica de trazer o benefício da promoção, proteção e recuperação da saúde da mulher; após realizar as atividades educativas indica-se a realização de atividades clínicas que incluam: anamnese; exame físico geral e ginecológico, destacando o autoexame das mamas e avaliação da necessidade de realização da coleta de exame preventivo de câncer de colo de útero. (BRASIL, 2002).

De acordo com Pierre e Clapis (2010) o tema mais tratado nas atividades educacionais do PF engloba a orientação a respeito de métodos contraceptivos. Enquanto questões ligadas à saúde sexual e reprodutiva são descuidadas, incluindo ausência de subsídios ao que tange a sexualidade, doenças sexualmente transmissíveis (DST), Síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) e responsabilidades envolvidas quando se tem filhos, são pouco discutidos. Não citando informações quanto a concepção.

É importante salientar que o casal deve buscar espontaneamente os serviços de PF, sendo crucial que conheçam todos os métodos contraceptivos, para que possam escolher o método que melhor se adaptam. (PAZ; DITTERICH, 2009).

Porém, Moreira e Araújo (2004) notaram que normalmente a escolha do método contraceptivo é uma iniciativa feminina e caso ocorra à ausência de suporte do estado, as mulheres precisam de iniciativas pessoais para impedir a gravidez indesejada, assumindo o ônus financeiro e os riscos para a própria saúde ao buscar a farmácia para obter anticoncepção sem devida orientação.

As pessoas devem ter a oportunidade de selecionar o método que atenda suas individualidades e condições de vida, para isso, é fundamental que o programa PF disponha de métodos contraceptivos que abarcam todas as fases da vida, relacionadas a reprodução humana. (BRASIL, 2010b).

Dessa maneira, Osis et al. (2006) perceberam que os atos educacionais voltados ao PF desenvolvidos em grupos ou individualmente dentro das unidades de saúde ou em atividades extra-muro, atingem sobretudo mulheres, sendo que, a presença de homens ocorria quando eles estavam indo como acompanhantes.

Ao que se refere a abordagem de adolescentes no âmbito escolar sobre métodos contraceptivos, saúde sexual e reprodutiva, as ações de educação em saúde direcionadas para o PF, estiveram pouco presentes. De forma geral, foram citadas pelas ESF, ausência de materiais e subsídios para realizar palestras e entregar folders à população. (OSIS et al., 2006).

Conforme os direitos garantidos por lei, para que as pessoas estejam aptas para selecionar o melhor método de contracepção e o momento mais adequado para engravidar, é essencial verificar a aplicação do PF em cada comunidade e fomentar atividades educacionais que chamem atenção e sejam eficazes. (FAGUNDES; PIRES, 2011).

Assim a verificação das ações em saúde e a identificação da necessidade de os gestores considerarem a qualidade da atenção ofertada se torna possível com a participação da comunidade. Salientando que ao avaliar a assistência prestada pelo PF, pode propiciar o apoio por parte dos gestores para aprimorar o atendimento ofertado, suprimindo as necessidades da população. (SANTOS, 2009).

O mesmo autor aborda componentes essenciais para que tenha qualidade na assistência prestada no PF, estão entre eles disponibilização para seleção do método contraceptivo de forma singular, e conhecimentos transmitidos as pessoas. Assim sendo, a ausência de treinamentos para a equipe e falhas na educação em saúde sobre este tema podem refletir na saúde sexual e reprodutiva. Deixando claro assim, que ajustes devem ser feitos para propiciar uma assistência com atributos, neste programa. (SANTOS, 2009).

Para viabilizar o programa de PF torna-se essencial a participação dos profissionais de saúde, principalmente a equipe de enfermagem que deve compreender a peculiaridade presente em cada mulher, peculiaridades estas, acarretadas por interferências do âmbito físico, cultural, situação financeira e ainda devem compreender os direitos de cidadania inerentes a cada mulher. (ANDRADE; SILVA, 2009).

4.3 FATORES QUE INTERFEREM NA EFICIÊNCIA DO PLANEJAMENTO FAMILIAR

Segundo publicação do MS, podem ser citados alguns pontos que justificam a grande quantidade de gestações não planejadas. Considerando primeiro, que o PF não supre todas as necessidades das pessoas, pois, os métodos contraceptivos não estão totalmente acessíveis ou devido à deficiência de informações; outro ponto, é que todos os métodos são passíveis de falha e ainda deve ser ponderada a violência sexual. (BRASIL, 2005).

Através da observação do número expressivo de gestações recorrentes na adolescência, compreende-se a ausência de PF, que repercute diretamente na vida acadêmica e profissional da juventude, demonstrando a necessidade de atividades dos programas de saúde que proporcionem a promoção de informações e meios que ensejem uma postura crítica e consciente sobre sua sexualidade. (BERLOFI et al., 2006).

A pesquisa realizada pelos autores Fagundes e Pires (2011) mostra que, 31,3% engravidaram antes de receber informações relativas ao PF, assim as mulheres que demoram mais tempo para serem informadas sobre o PF estão mais suscetíveis à gestação não planejada, pois, somente são informadas sobre os métodos anticoncepcionais durante as consultas com os profissionais de saúde.

É importante ressaltar que o intervalo da primeira para a segunda gestação entre sete e doze meses é admitido como ineficiente para garantir a recuperação das condições fisiológicas femininas para um processo obstétrico seguro, principalmente em adolescentes. (BERLOFI et al., 2006).

Compete aos profissionais de saúde que compõem a ESF, fomentar o uso de métodos anticoncepcionais seguros, a atenção a gestações de risco e promover a divulgação do programa. Ponderando que a busca de adolescentes e mulheres no climatério por atendimentos referentes ao PF, é pequena, faz destes grupos prioridade de Agentes Comunitários de Saúde (ACS). (MOURA et al., 2010).

As ações educativas em PF são promovidas, primordialmente, em particular, no momento de visitas domiciliares, ou nas dependências da UBS durante consultas médicas ou de enfermagem e raramente são desenvolvidas em grupos e outros locais como, escolas, reuniões de bairro. Portanto, prevalece assim, o atendimento

singular, afastando-se da perspectiva coletiva, indicada pelo PSF. (PIERRE; CLAPIS, 2010).

Entre os motivos que resultam na gestação não planejada, está a baixa abordagem dos métodos anticoncepcionais, sobretudo em países subdesenvolvidos, entraves na inserção da população nos programas de saúde, desorganização dos mesmos ou outros fatos sociais, tais como, violência sexual e repressão. Apesar dos países desenvolvidos também apresentarem altos indicadores ao que concernem as gestações não planejadas. (PRIETSCH et al., 2011).

De acordo com Andrade e Silva (2009) as mulheres quando indagadas sobre quais foram os métodos contraceptivos já utilizados em algum momento de sua vida, os mais frequentes foram: anticoncepcional oral 41 (82%), preservativo 36 (72%) e anticoncepcional injetável 10 (20%), os métodos utilizados por elas no momento da pesquisa foram o anticoncepcional oral e o preservativo.

Diante disso, Andrade e Silva (2009) mencionam como principal motivo que interfere na seleção do método contraceptivo, a ausência de informações sobre os mesmos, intervindo assim no exercício pleno da saúde sexual e reprodutiva.

Moura e Pedroso (2007) enfatizam que as maiores dificuldades encontradas pelo programa PF, são decorrentes da ausência de insumos financeiros e recursos humanos. Tendo em vista que os métodos mais utilizados pela população são os anticoncepcionais orais e o preservativo masculino, que são disponibilizados facilmente pelo programa, e ainda a cirurgia de laqueadura é muito buscada, porém, há várias etapas, que dificultam o acesso a este procedimento.

Ainda neste sentido, Nagahama (2009) ressaltou a insuficiência de métodos contraceptivos, a precariedade quanto aos treinamentos dos profissionais e a desvalorização do PF frente às demais atuações básicas de saúde, demonstrando assim, como ocorre a atenção no PF no país.

Assim como a ausência de sistemas de referência e contrarreferência, que se constituem em obstáculos para o emprego dos recursos disponíveis, para o desenvolvimento das atividades de PF. (OSIS et al., 2006).

Segundo Fagundes e Pires (2011) o PF foi aderido completamente por 7,6% das mulheres entrevistadas, ou seja, elas obtiveram o número de gestações desejadas, precisamente idêntico a quantidade de gravidezes que tiveram e às gestações previamente planejadas. Desse modo, se almejavam zero, um ou dois

filhos, obtiveram e planejaram os mesmos, e quase metade (44,4%) dessas mulheres tem idade entre 15 e 24 anos.

Em sua pesquisa Moura et al. (2010) constataram que a escolaridade foi um dado considerado positivo, a maior parte (62,4%) possuem mais de 5 até 11 anos de estudos e quando inferior a quatro anos de estudos evidenciou-se maior risco para o não uso de métodos anticoncepcionais. Neste sentido, à aprendizagem e aceção de informações indicam a presença de um fator facilitador, tornando as pessoas aptas para decidir acerca do PF.

Na opinião de Vieira (2010) as atividades profissionais que exigem um nível mais elevado de escolaridade estão relacionadas ao maior número de gestações planejadas, uma maior quantidade de trabalhadoras com nível de escolaridade médio planejou a gravidez, comparado as trabalhadoras com escolaridade fundamental.

Nesta mesma direção, Cardoso e Tavares Neto (2010) pontuaram os níveis de escolaridade e nível social das pessoas em questão, como aspectos que interferem na disseminação de conhecimentos referentes ao PF, a promoção das informações e métodos do programa.

O estudo de Paz e Ditterich (2009) evidenciou que a estabilidade socioeconômica das mulheres inseridas no PF, é um fator que proporciona avanço na qualidade de vida, no que tange a autonomia financeira e mesmo que não possuam conhecimentos referentes ao seu método anticoncepcional, com a utilização deste método planejam o melhor momento para engravidarem.

Para Fagundes e Pires (2011) os incentivos direcionados às ações educativas relacionadas ao PF mostram-se benéficos, assim como, treinamentos realizados com a equipe, visando assim aperfeiçoar o conhecimento dos usuários, para que eles possam planejar suas famílias inteirados sobre o assunto.

4.4 PAPEL DO ENFERMEIRO FRENTE AO PLANEJAMENTO FAMILIAR

Compete ao profissional de enfermagem na APS um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, que envolvem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação. As unidades de APS representam uma porta de entrada importante para o sistema de atenção à saúde no Brasil, e respondem por um grande número de consultas e outros procedimentos. (STARFIELD, 2002).

Em relação à consulta de enfermagem a mesma é considerada uma ação de interatividade entre o enfermeiro e o paciente, sendo uma atividade independente que proporciona melhoria da qualidade de vida, por meio de uma abordagem contextualizada e participativa. Essa interação tem como objetivo promover à saúde, prevenir doenças e limitar danos. (SILVA, 2009).

De acordo com Meireles, Negreiros e Silva (2014) o enfermeiro está diretamente envolvido com a saúde e qualidade de vida das pessoas, da família e comunidade, atuando em concordância aos regulamentos éticos e legais na promoção, prevenção e reabilitação da saúde com independência.

Os autores Osis et al. (2006) citam que as ações de PF são mais eficazes em locais, onde a ESF é melhor executada. Embora, os gestores municipais ressaltem que as ações voltadas ao PF sejam prioridades, assim como as demais ações referentes à saúde da mulher, o foco central ainda permanece ligado ao período gestacional e puerpério, portanto o PF recebe menos atenção.

Do mesmo modo Silva et al. (2011) compreendem que os serviços prestados pelo PF não podem ser considerados como o ideal, considerando que as atividades não são tratadas como prioridades, ao contrário dos outros programas desempenhados na ESF. Enfatizam ainda que as atividades realizadas devem ultrapassar o âmbito da UBS, facilitando o acesso ao programa, e possibilite às pessoas ter ciência de seus direitos reprodutivos, incluindo o acesso aos métodos disponíveis pelo programa.

As equipes de saúde da família devem trabalhar com caráter interdisciplinar, desde o momento do planejamento das atividades, facilitando a elaboração e execuções dessas ações, para que assim, seja possível ofertar atenção integral ao programa PF. Neste contexto, as atividades de educação em saúde devem ser incentivadas a fim de propiciar diálogos com a comunidade, e desse modo a equipe consiga identificar com maior facilidade as necessidades da comunidade. (MAIA; FILHO; ANTUNES, 2007).

É essencial a formação de uma estratégia nacional para o PF, que compreenda a competência que o profissional de enfermagem possui para gerir o programa e os métodos contraceptivos, devido estar apto legalmente e assim poder contribuir com a execução do programa. (MOURA; SILVA; GALVÃO, 2007).

Para Meireles, Negreiros e Silva (2014) o conhecimento científico que o profissional de enfermagem possui no que concerne aos cuidados permite a

obtenção de independência, assim, cabendo a ele a tomada de decisões assegurada por sua competência, o saber e o domínio do que lhe é encarregado.

Recomenda-se ao enfermeiro da ESF apoiar o atendimento em PF, incluindo neste processo outros profissionais de saúde como o técnico de enfermagem, o ACS e um integrante que possa representar a população, após a realização de orientações, treinamentos e educação continuada que garantam a confiabilidade e a segurança, visando à descentralização do poder inerente aos profissionais. (MOURA; SILVA; GALVÃO, 2007).

Para Moura e Pedroso (2007) torna-se imprescindível à atuação do enfermeiro no âmbito de educação em saúde, uma vez que as orientações amparam, modificam e elucidam as situações vivenciadas pelas pessoas. Esta possibilidade de intervir aplicando a teoria de educação para adultos através de explicações e orientações que instiguem o público alvo, devem ser desempenhadas sem esquecer-se de avaliar os efeitos alcançados de suas ações e a implementabilidade das mesmas.

Em concordância com os autores supracitados, o profissional de enfermagem deve valer-se dos instrumentos educativos, conselhos, atendimento clínico e prestar assistência aos casos de infertilidade com informações sobre a concepção. (BRASIL, 2002; PRIMO; BOM; SILVA, 2008).

Por conseguinte, incumbe-se a todos os componentes da ESF abordar o PF na esfera de educação em saúde, visando a atuação preventiva. Neste contexto Primo, Bom e Silva (2008) destacam que o profissional de enfermagem se sobrecarrega das atividades diárias que lhe compete realizar durante sua rotina de atendimentos, e por isso, torna-se desafiador trabalhar o PF por meio de ações educativas.

É interessante destacar que durante as reuniões em grupo há maior abertura para o diálogo entre o enfermeiro e a população, ao incluir nestas reuniões momentos para exposição de dúvidas, contribui com as pessoas que tem mais dificuldades em questionar sobre o PF em consultas individuais. (NUNES et al., 2013).

De acordo com Moura, Silva e Galvão (2007) o enfermeiro e/ou a equipe de saúde instrui os usuários do serviço de saúde sobre os efeitos adversos, dificuldades e falha do método, com intuito de promover o uso adequado e identificar

os sinais e sintomas ocasionados pela sua utilização, para que quando for o caso, busquem o atendimento de saúde.

Considera-se que no âmbito da ESF podem-se encontrar rotineiramente casos de gestações não planejadas que expõem a riscos e consequências às futuras mães e seus filhos. De acordo com Ton (2014) uma excelente forma para os profissionais de enfermagem enfrentar a situação vivenciada na ESF está na implementação de um plano de ações de PF que visem à prevenção ou reduzir a quantidade de gestações não planejadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O PF é um dos programas utilizados pela ESF para atender a população, especificamente, em sua área de abrangência. Compete ao SUS ofertar meios para desenvolver atividades voltadas ao PF, disponibilizar métodos anticoncepcionais, realizar ações de educação em saúde que inclua temas sobre saúde sexual e reprodutiva, concepção, não estando somente restrita aos métodos anticoncepcionais; tanto no próprio âmbito da UBS, como também em atividades extra-muro.

Diante do que foi exposto no decorrer da pesquisa bibliográfica, deve-se frisar que o PF não deve estar restrito ao enfoque puramente biológico, e sim que supere a prescrição e distribuição de métodos contraceptivos, a fim de realizar abordagem com homens e mulheres sobre sexualidade, propiciando e estimulando a inserção do parceiro, assegurando os direitos sexuais e reprodutivos e trazendo a responsabilidade do PF para o casal e não apenas à mulher.

Podem se destacar como as maiores dificuldades encontradas na realização do programa PF, a insuficiência na disponibilização de métodos, materiais educativos e recursos humanos, que deveriam ser ofertados pelo estado, conforme previsto por lei. A escolaridade e fatores socioeconômicos apresentam representatividade ao considerar que os maiores índices de gestações não planejadas, estão ligadas aos menores níveis de escolaridade.

Portanto, é fundamental transmitir para comunidade informações sobre os métodos de contracepção, orientando e promovendo a seleção de métodos que satisfaçam as necessidades pessoais em cada fase da vida. Desse modo, as atividades educativas realizadas em grupos, ou mesmo individualmente são instrumentos de grande valia nesse processo.

O profissional de enfermagem está apto para abordar o PF, incluindo-o em suas atividades diárias na ESF, realizar ações educativas que possam fornecer a população informações, que permitam assim, as pessoas planejar suas famílias de forma livre e consciente.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C. **SUS Passo a Passo: História e regulamentação financiamento políticas nacionais**. 2º ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

ANDRADE, E. C.; SILVA, L. R. Planejamento familiar uma questão de escolha. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**. Goiás, v. 11, n.1, 2009. pag.85-93. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a11.htm>>. Acesso em: 08 mar. 2015.

ARAÚJO, F. M. **Ações de educação em saúde no Planejamento familiar nas unidades de saúde da família do município de Campina Grande- PB**. UEPB, 2004. 79p. Monografia (pós-graduação em saúde da família) - Universidade estadual da paraíba – UEPB. Campina Grande, 2004. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2004/especializacao/MonografiaFlaviaMentorAraujo.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática**. Brasília: Centro de Documentação, Ministério da Saúde, 1984. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2015.

_____. Lei nº 9.263, DE 12 DE JANEIRO DE 1996 21. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 15 jan. 1996. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=15/01/1996&jornal=1&pagina=2&totalArquivos=56>>. Acesso em: 17 out. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 48, de 11 de fevereiro de 1999. **Planejamento Familiar**. Brasília, 1999.

_____. Ministério da Saúde. **Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico**. 4º ed. Brasília, 2002. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0102assistencia1.pdf>>. Acesso em: 08 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços desafios e reafirmações dos seus princípios e diretrizes**. Brasília, 2003. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desenvolvimento_sus.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes**. Brasília, 2004. 82p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em: 19 out. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Direitos sexuais e direitos reprodutivos uma prioridade do governo**. Brasília, 2005. 26 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_direitos_sexuais_reprodutivos.pdf>. Acesso em: 30 set. 2014 .

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva. Série A. Normas e Manuais Técnicos**. Cadernos de Atenção Básica, n. 26, Brasília, 2010b. 300 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/ab_cad26.pdf>. Acesso em: 20 out. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes**. Brasília, 2011. 44 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf>. Acesso em: 19 set. 2014.

BERLOFI, L. M. et al. Prevenção da reincidência de gravidez em adolescentes: efeitos de um Programa de Planejamento Familiar. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 2, p.196-200, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/a11v19n2.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2014.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.569-584, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232003000200018>. Acesso em: 21 ago. 2015.

CARDOSO, C. S.; TAVARES NETO, J. Q. Dificuldade de adesão ao planejamento familiar: um estudo de caso. **Faculdade Atenas**, v. 1, n.201, 2010. Disponível em: <<http://www.faculdadeatenas.edu.br/arquivos/NucleoIniciacaoCiencia/1SEM2010/artigo%207%201%202010.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2015.

COELHO, E. A. C. et al. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da Prática profissional. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.** Rio de Janeiro, v.13, n.1, p. 154-160, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a21>>. Acesso em: 22 ago. 2015.

Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa (SRP) da Organização Mundial da Saúde (OMS) e Escola Bloomberg de Saúde Pública/Centro de Programas de Comunicação (CPC) da Universidade Johns Hopkins, Projeto INFO. Planejamento Familiar: Um Manual Global para Prestadores de Serviços de Saúde. Baltimore e Genebra: CPC e OMS, 2007. Disponível em: <search.newtabtvplussearch.com/?affilid=jvXhsVjil3zbtPzcMS3znAU9LjKRyr&src=newtabtvplus_t1_nt&tpl=movie_t>. Acesso em: 24 out. 2015.

D'OLIVEIRA, A. F. L. Saúde e Educação: a discussão das relações de poder na atenção à saúde da mulher. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**.

Botucatu, v.3, n.4, p.105-122, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v3n4/09.pdf>>. Acesso em: 21 ago. 2015.

FAGUNDES, M. G.; PIRES, T. M. S. Planejamento familiar: perfil das usuárias de uma unidade de saúde de Curitiba. **Revista brasileira de medicina de família e comunidade**. Florianópolis, v. 6, n. 21, p.230-238, 2011. Disponível em: <<http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/240/386>> Acesso em: 21 set. 2014.

FERREIRA, J. C. L. **Planejamento familiar na unidade básica de saúde de Queimadas, horizonte (CE): proposta de uma nova estratégia de atendimento em anticoncepção**. 2009.25f. Monografia (Pós-graduação em Práticas Clínicas em Saúde da Família). Escola de Saúde Pública do Ceará, Fortaleza, 2009. Disponível em: <http://www.convibra.com.br/uploa_d/paper/2012/38/2012_38_4601.pdf> Acesso em: 07 ago. 2015.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; TREVIZAN, M. A. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, maio-junho; v.12, n.3, p.549-556, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n3/v12n3a14.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2015.

GUIMARÃES, E. A.; WITTER, G.P. Gravidez na adolescência: conhecimentos e prevenção entre jovens. **Boletim Academia Paulista de Psicologia**, São Paulo, Ano XXVII, n. 2/07, pag.167-180, 2007. Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bapp/v27n2/v27n2a14.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2014.

GUTIÉRREZ, M. La planificación familiar como herramienta básica para el desarrollo. **Rev Peru Med Exp. Salud Publica**, Lima, v.30, n.3, p.465-470, 2013. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000300016>. Acesso em: 11 out. 2015.

Jr, J.A.D.R.; CRUZ, D.S.L.C.; DAMIÃO, R. Planejamento Familiar. In: 48º CONGRESSO DO HUPE "SAÚDE DO HOMEM", 2010, Rio de Janeiro. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**. Rio de Janeiro: [s.n.], 2010. p.60-68. Disponível em: <http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=254>. Acesso em: 26 jun. 2015.

MAIA, B. A. B.; FILHO, J. B. C.; ANTUNES, V. H. Desafios para implementação do programa do planejamento familiar em uma comunidade de baixa renda em Aracaju (Sergipe), Brasil. **Rev. Bras. Med. Fam. e Com.**, Rio de Janeiro, v.2, n.8, p.271-281. Disponível em: <<http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/66/57>>. Acesso em: 07 ago. 2015.

MARCOLINO, C. Representações de uma equipe de saúde acerca de planejamento familiar e esterilização feminina. **Rev. esc. enferm. USP [online]**, São Paulo, v.38, n.4, p.422-428, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342004000400008>. Acesso em: 10 out. 2015.

MEIRELES, G. M. S.; NEGREIROS, L. T.; SILVA, J. C. A atuação do enfermeiro no planejamento familiar. **Revista Recien**. São Paulo, v.4, n.10, p.18-23, 2014.

Disponível em: <<http://www.recien.com.br/online/index.php/Recien/article/view/65>>. Acesso em: 24 ago. 2015.

MOURA, E. R. F.; SILVA, R. M. Informação e planejamento familiar como medidas de promoção de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Fortaleza, v.9, n.4, p.1023-1032, 2004. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0967.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2014.

MOURA, E. R. F.; SILVA, R. M.; GALVÃO, M. T. G. Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no Programa Saúde da Família no Brasil. **Cad. Saúde Pública [online]**, Rio de Janeiro, v.23, n.4, p.961-970, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102311X2007000400023&script=ci_artext>. Acesso em: 24 ago. 2015.

MOURA, E. R. F. et al. Perfil demográfico, socioeconômico e de saúde reprodutiva de mulheres atendidas em planejamento familiar no interior do Ceará. **Revista Baiana de Saúde Pública**. Bahia, v. 34, n.1, p.119-133, 2010. Disponível em: <<http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/22/22>>. Acesso em: 22 set. 2014

MOURA M.J.S.; PEDROSO M.A. Educação da comunidade no planejamento familiar. **Rev. Enferm. UNISA**, São Paulo, 2007; v.8. Disponível em: <<http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2007-09.pdf>>. Acesso em: 24 ago. 2015.

MOREIRA, M. H. C.; ARAÚJO, J. N. G. Planejamento familiar: autonomia ou encargo feminino?. **Psicologia em Estudo**. Maringá, v. 9, n. 3, p.389-398, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v9n3/v9n3a06.pdf>>. Acesso em: 06 out. 2014.

NAGAHAMA, E. E. I. Avaliação da implantação de serviços de saúde reprodutiva no Município de Maringá, Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.25, n.1, p.279-290, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001400010>. Acesso em: 23 set. 2015.

NUNES, W. B. et al. Investigação das ações de enfermagem no planejamento familiar em cidades do Curimataú Paraibano. **Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança**. João Pessoa, v.11, n.1, p.31-45, 2013. Disponível em: <<http://www.facene.com.br/wpcontent/uploads/2010/11/INVESTIGA%E2%94%9C%2587%E2%94%9C%2583O-DASA%E2%94%9C%2587%E2%94%9C%2595ES-DE-ENFERMAGEM.pdf>>. Acesso em: 24 ago. 2015.

OHARA, E. C. C.; SAITO R. X. S. **Saúde da Família: Considerações Teóricas e Aplicabilidade**. São Paulo: Martinari, 2008.

OSIS, M. J. D. et al. Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.22 n.11, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n11/23.pdf>>. Acesso em: 11 ago. 2015

PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**, São Paulo, v.12, n.2, 2010. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s15181812201000200002&lng=pt&nrm=iso#_en1>. Acesso em: 14 ago. 2015.

PAZ, E. C. M.; DITTERICH, R. G. O conhecimento das mulheres sobre os métodos contraceptivos no planejamento familiar. **Revista Gestão & Saúde**. Curitiba, v.1, n.1, p.01-10. 2009. Disponível em: <<http://www.herrero.com.br/revista/Edicao%201%20Artigo%204.pdf>>. Acesso em: 11 out. 2015.

PIERRE, L. A. S.; CLAPIS, M. J. Planejamento familiar em Unidade de Saúde da Família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v.18, n.6, p.01-08, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt_17.pdf>. Acesso em: 21 set. 2014.

PRIETSCH, S.O.M et al. Gravidez não planejada no extremo Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol.27 n.10, p.1906-1916, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2011001000004>. Acesso em: 21 set. 2015.

PRIMO, C. C.; BOM, M.; SILVA, P. C. Atuação do enfermeiro no atendimento à mulher no programa saúde da família. **R. Enferm UERJ**. Rio de Janeiro, v.6, n.1, p.76-82, 2008. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v16n1/v16n1a12.pdf>>. Acesso em: 24 ago. 2015.

PROCEEDINGS OF 5TH INTERNATIONAL CONFERENCE ON POPULATION AND DEVELOPMENT, Cairo, [s.l.], 1994 Sept 5-13, Cairo. **Eport of the international conference on population and development*** United Nations Publications, 1995. 232p Disponível em: <<http://www.un.org/popin/icpd/conference/offen g/poa.html>>. Acesso em: 11. Out. 2015.

ROSA, W.A.G.; LABATE R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v.13, n.6, p.1027-1034, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>>. Acesso em: 24 ago. 2015.

SAITO, R. X. S. (Org). **Integralidade da atenção: organização do trabalho no programa saúde da família na perspectiva sujeito-sujeito**. São Paulo: Martinari, 2008.

SANTOS, L. A. **Assistência em planejamento familiar em um programa de saúde da família no município de Ribeirão Preto-SP**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009. 154f. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-01042009-114228/ptr.php>>. Acesso em: 10 out. 2015.

SILVA, R. M. et al. Planejamento familiar: significado para mulheres em idade reprodutiva. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.16, n.5, p.2415-2424, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n5/a10v16n5>>. Acesso em: 20 set. 2015.

SILVA, R. O. L. **A visita domiciliar como ação para promoção da saúde da família**: um estudo crítico sobre as ações do enfermeiro Mestrado [Dissertação em enfermagem]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2009. 105f. Disponível em:<rescac.com.br/rescac/index.php/ojs/article/download/23/23>. Acesso em: 24 out. 2014.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf >. Acesso em 24 out. 2014.

VIEIRA, S. M. **Planejamento familiar na estratégia de saúde da família**. Belo Horizonte, 2010. 26f. Trabalho de Conclusão de Curso (pós-graduação em atenção básica em saúde da família)- Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2010. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/Imagem/2681.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2015.

TON, A. P. **Plano de Intervenção para a Contribuição do Planejamento Familiar da estratégia da saúde da família na prevenção da gravidez não planejada**. 2014. 42f. Monografia (pós-graduação em atenção básica em saúde da família) – Universidade Federal de Minas Gerais. Governador Valadares, 2014. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Plano_de_intervencao_para_contribuicao_do_planejamento_familiar_da_Estrategia_Saude_da_Familia_na_prevencao_da_gravidez_nao_planejada_/310>. Acesso em: 10 ago. 2015.

ANEXO

LEI Nº 9.263, DE 12 DE JANEIRO DE 1996 21

Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA: Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

CAPÍTULO I
DO PLANEJAMENTO FAMILIAR

Art. 1º O planejamento familiar é direito de todo cidadão, observado o disposto nesta Lei.

Art. 2º 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.

Parágrafo único – É proibida a utilização das ações a que se refere o caput para qualquer tipo de controle demográfico.

Art. 3º O planejamento familiar é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde.

Parágrafo único – As instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde, em todos os seus níveis, na prestação das ações previstas no caput, obrigam-se a garantir, em toda a sua rede de serviços, no que respeita a atenção à mulher, ao homem ou ao casal, programa de atenção integral à saúde, em todos os seus ciclos vitais, que inclua, como atividades básicas, entre outras:

I – a assistência à concepção e contracepção;

II – o atendimento pré-natal;

III – a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato;

IV – o controle das doenças sexualmente transmissíveis;

V – o controle e prevenção do câncer cervico uterino, do câncer de mama e do câncer de pênis.

Art. 4º O planejamento familiar orienta-se por ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade.

Parágrafo único – O Sistema Único de Saúde promoverá o treinamento de recursos humanos, com ênfase na capacitação do pessoal técnico, visando a promoção de ações de atendimento à saúde reprodutiva.

Art. 5º – É dever do Estado, por meio do Sistema Único de Saúde, em associação, no que couber, às instâncias componentes do sistema educacional, promover condições e recursos informativos, educacionais, técnicos e científicos que assegurem o livre exercício do planejamento familiar.

Art. 6º As ações de planejamento familiar serão exercidas pelas instituições públicas e privadas, filantrópicas ou não, nos termos desta Lei e das normas de funcionamento e mecanismos de fiscalização estabelecidos pelas instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde.

Parágrafo único – Compete à direção nacional do Sistema Único de Saúde definir as normas gerais de planejamento familiar.

Art. 7º – É permitida a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros nas ações e pesquisas de planejamento familiar, desde que autorizada, fiscalizada e controlada pelo órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde.

Art. 8º A realização de experiências com seres humanos no campo da regulação da fecundidade somente será permitida se previamente autorizada, fiscalizada e controlada pela direção nacional do Sistema Único de Saúde e atendidos os critérios estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde.

Art. 9º Para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção.

Parágrafo único. A prescrição a que se refere o caput só poderá ocorrer mediante avaliação e acompanhamento clínico e com informação sobre os seus riscos, vantagens, desvantagens e eficácia.

Art. 10. Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações: (Artigo vetado e mantido pelo Congresso Nacional – Mensagem nº 928, de 19.8.1997 <[Mensagem_Veto/Mv928-97.htm](#)>)

I – em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce;

II – risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

§ 1º É condição para que se realize a esterilização o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

§ 2º É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores.

§ 3º Não será considerada a manifestação de vontade, na forma do § 1º, expressa durante ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente.

§ 4º A esterilização cirúrgica como método contraceptivo somente será executada por meio da laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, sendo vedada por meio da histerectomia e ooforectomia.

§ 5º Na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges.

§ 6º A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei.

Art. 11. Toda esterilização cirúrgica será objeto de notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde. (Artigo vetado e mantido pelo Congresso Nacional)
Mensagem nº 928, de 19.8.1997 <[Mensagem_Veto/Mv928-97.htm](#)>

Art. 12. É vedada a indução ou instigamento individual ou coletivo à prática da esterilização cirúrgica.

Art. 13. É vedada a exigência de atestado de esterilização ou de teste de gravidez para quaisquer fins.

Art. 14. Cabe à instância gestora do Sistema Único de Saúde, guardado o seu nível de competência e atribuições, cadastrar, fiscalizar e controlar as instituições e serviços que realizam ações e pesquisas na área do planejamento familiar.

Parágrafo único. Só podem ser autorizadas a realizar esterilização cirúrgica as instituições que ofereçam todas as opções de meios e métodos de contracepção reversíveis. (Parágrafo vetado e mantido pelo Congresso Nacional) Mensagem nº 928, de 19.8.1997 <[Mensagem_Veto/Mv928-97.htm](#)>

CAPÍTULO II DOS CRIMES E DAS PENALIDADES

Art. 15. Realizar esterilização cirúrgica em desacordo com o estabelecido no art. 10 desta Lei. (Artigo vetado e mantido pelo Congresso Nacional) Mensagem nº 928, de 19.8.1997 <[Mensagem_Veto/Mv928-97.htm](#)>

Pena – reclusão, de dois a oito anos, e multa, se a prática não constitui crime mais grave.

Parágrafo único – A pena é aumentada de um terço se a esterilização for praticada:

I – durante os períodos de parto ou aborto, salvo o disposto no inciso II do art. 10 desta Lei.

II – com manifestação da vontade do esterilizado expressa durante a ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente;

III – por meio de histerectomia e ooforectomia;

IV – em pessoa absolutamente incapaz, sem autorização judicial;

V – por meio de cesária indicada para fim exclusivo de esterilização.

Art. 16. Deixar o médico de notificar à autoridade sanitária as esterilizações cirúrgicas que realizar.

Pena – detenção, de seis meses a dois anos, e multa.

Art. 17. Induzir ou instigar dolosamente a prática de esterilização cirúrgica.

Pena – reclusão, de um a dois anos.

Parágrafo único – Se o crime for cometido contra a coletividade, caracteriza-se como genocídio, aplicando-se o disposto na [Lei nº 2.889, de 1º de outubro de 1956](#) <[L2889.htm](#)>.

Art. 18. Exigir atestado de esterilização para qualquer fim.

Pena – reclusão, de um a dois anos, e multa.

Art. 19. Aplica-se aos gestores e responsáveis por instituições que permitam a prática de qualquer dos atos ilícitos previstos nesta Lei o disposto no caput e nos §§ 1º e 2º do art. 29 do Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 <../Decreto-Lei/Del2848.htm> – Código Penal.

Art. 20. As instituições a que se refere o artigo anterior sofrerão as seguintes sanções, sem prejuízo das aplicáveis aos agentes do ilícito, aos co-autores ou aos partícipes:

I – se particular a instituição:

a) de duzentos a trezentos e sessenta dias-multa e, se reincidente, suspensão das atividades ou descredenciamento, sem direito a qualquer indenização ou cobertura de gastos ou investimentos efetuados;

b) proibição de estabelecer contratos ou convênios com entidades públicas e de se beneficiar de créditos oriundos de instituições governamentais ou daquelas em que o Estado é acionista;

II – se pública a instituição, afastamento temporário ou definitivo dos agentes do ilícito, dos gestores e responsáveis dos cargos ou funções ocupados, sem prejuízo de outras penalidades.

Art. 21. Os agentes do ilícito e, se for o caso, as instituições a que pertençam ficam obrigados a reparar os danos morais e materiais decorrentes de esterilização não autorizada na forma desta Lei, observados, nesse caso, o disposto nos arts. 159, 1.518 e 1.521 e seu parágrafo único do Código Civil, combinados com o art. 63 do Código de Processo Penal.

CAPÍTULO III

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 22. Aplica-se subsidiariamente a esta Lei o disposto no Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 <../Decreto-Lei/Del2848.htm> – Código Penal, e, em especial, nos seus arts. 29, caput, e §§ 1º e 2º; 43, caput e incisos I, II e III; 44, caput e incisos I e II e III e parágrafo único; 45, caput e incisos I e II; 46, caput e parágrafo único; 47, caput e incisos I, II e III; 48, caput e parágrafo único; 49, caput e §§ 1º e

2º; 50, caput, § 1º e alíneas e § 2º; 51, caput e §§ 1º e 2º; 52; 56; 129, caput e § 1º, incisos I, II e III, § 2º, incisos I, III e IV e § 3º.

Art. 23. O Poder Executivo regulamentará esta Lei no prazo de noventa dias, a contar da data de sua publicação.

Art. 24. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 25. Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 12 de janeiro de 1996; 175º da Independência e 108º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO