

**PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA
GERÊNCIA DE PROGRAMAS ESTATÉGICOS
PROGRAMA SAÚDE DA MULHER**

**PROTOCOLO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
DA MULHER**

Florianópolis, abril de 2010.

Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde

Prefeito

Dário Elias Berger

Secretário de Saúde de Florianópolis

João José Cândido da Silva

Secretário Adjunto

Clécio Antônio Espezin

Diretor de Atenção Primária

Carlos Daniel Moutinho Junior

Diretor de Média Complexidade

Evelin Cremonesi

Gerente de Programas Estratégicos

Márcia Sueli Del Castanhel

Coordenação da Elaboração -2006

Carin Iara Loeffler - Enfermeira do Programa Saúde da Mulher

Equipe Técnica de Elaboração - 2006

Adriana dos Santos – Enfermeira do Distrito Norte

Andrea Caldeira de Andrada Ferreira – Médica Ginecologista e Obstetra do Distrito Norte

André Luis Andrade Justino – Médico de Família do Distrito Sul

Daniela Gonçalves – Enfermeira do Distrito Sul

Elizabeth Kessler Becker - Enfermeira do Distrito Sul

Elizamara Ferreira Siqueira – Enfermeira e Coordenadora do Distrito Continente

Roxana Knobel - Médica Ginecologista e Obstetra do Departamento de Tocoginecologia da UFSC

Ramon Tartari - Médico Ginecologista e Obstetra do Distrito Continente

Sonia Maria Polidoro Pereira – Enfermeira do Setor de Controle e Avaliação

Coordenação da Revisão -2008

Daniela Eda Silva – Enfermeira do Programa Saúde da Mulher

Equipe da Revisão - 2008

Ana Cristina Vidor – Médica de Família do Distrito Continente

Angélica Manfroi - Médica de Família do Departamento de Saúde da Família

Duarte S. Costa - Médica Ginecologista e Obstetra do Distrito Norte

Fernanda Vieira Cardoso - Enfermeira do Distrito Norte

Marcela Dohms - Médica de Família do Distrito Leste

Nilta Lídia Espíndola - Enfermeira do Programa Saúde da Mulher

Ricardo Ferreira - Médico Ginecologista e Obstetra do Distrito Leste

Coordenação da Revisão -2010

Caroline Schweitzer de Oliveira – Enfermeira do Programa Saúde da Mulher

Equipe Técnica de Revisão

Elizabeth Kessler Becker - Enfermeira do Distrito Sul

Marcela Dohms Médica de Família do Distrito Leste

Márcia Sueli Del Castanhel – Enfermeira Gerente de Programas Estratégicos

Maria de Fátima Mota Zampieri – Enfermeira Professora do Departamento de Enfermagem da UFSC

Missouri Paixão – Enfermeira Gerente de Unidades Básicas e Regionais de Saúde

Nilta Lidia Espindola - Enfermeira do Programa Saúde da Mulher

APRESENTAÇÃO

O Programa de Saúde da Mulher tem por objetivo promover a assistência integral à saúde da mulher, com vistas à redução da morbimortalidade deste grupo populacional. Normatiza, organiza e monitora, juntamente com os Distritos Sanitários, as ações de atenção à saúde da mulher em todos os níveis de complexidade na Rede Municipal de Saúde de Florianópolis.

As ações estão voltadas para as linhas do cuidado que compreendem os quatro eixos prioritários: planejamento da vida sexual e reprodutiva; pré-natal, parto e puerpério; prevenção e detecção precoce do câncer do colo uterino e da mama.

Garantir a atenção pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal. O início precoce do pré-natal, o acompanhamento pela equipe de saúde da família, a realização dos exames necessários e a referência de assistência ao parto com segurança, promovem uma assistência de qualidade à mulher no ciclo gravídico e puerperal.

A relevância do câncer do colo uterino e da mama, caracterizados pelos elevados índices de incidência e mortalidade, justificam o direcionamento das ações de rastreamento e diagnóstico precoce, através da coleta do exame citopatológico, do exame clínico de mama e da mamografia, com referência para o tratamento e o seguimento dos resultados alterados.

Este protocolo foi revisado e atualizado a partir de um grupo interdisciplinar e representativo da Rede de Atenção do município de Florianópolis, enriquecido pela prática profissional de cada membro deste grupo, levando em conta o diagnóstico situacional da saúde da mulher em nosso município. Tiveram como subsídios as evidências científicas atuais, o Pacto pela Saúde 2006, a Política Nacional de Atenção Básica, a Política Nacional de Atenção Oncológica, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e a Política Nacional de Humanização do SUS.

Que este protocolo seja um referencial para a qualificação da assistência à mulher no município, com impacto positivo na saúde da população.

Compreendemos que não se encerra aqui este trabalho, uma vez que as atualizações e novas revisões deverão ser feitas periodicamente.



João José Candido da Silva
Secretário Municipal de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	06
1 PLANEJAMENTO DA VIDA SEXUAL E REPRODUTIVA	07
1.1 ASSISTÊNCIA ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL	07
1.2 ASSISTÊNCIA À PRÉ-CONCEPÇÃO	08
1.2.1 Orientações e condutas específicas na assistência pré-concepcional	09
1.3 ASSISTÊNCIA À ANTICONCEPÇÃO	10
1.4 MÉTODOS CONTRACEPTIVOS	12
1.4.1 Anticoncepcionais Hormonais Orais Combinados	12
1.4.2 Anticoncepcionais Injetáveis Mensais Combinados	12
1.4.3 Anticoncepcionais Hormonais Orais de Progestógenos	14
1.4.4 Anticoncepção de Emergência	15
1.4.5 Anticoncepcional Injetável Trimestral de Progestogênio	15
1.4.6 Dispositivo intra-uterino (DIU)	16
1.4.7 Métodos comportamentais	17
1.4.8 Métodos de barreira	17
1.4.7 Anticoncepção cirúrgica	18
1.4.7.1 Condutas para o Aconselhamento em Anticoncepção Cirúrgica:	18
1.5 ANTICONCEPÇÃO NA ADOLESCÊNCIA	20
1.6 ASSISTÊNCIA AO CLIMATÉRIO	24
1.6.1 Atenção à saúde da mulher no climatério	25
1.6.1.1 Contra-indicações para o uso da terapia hormonal (TH)	26
1.6.2 Vaginite atrófica	27
2 PRÉ-NATAL	28
2.1 ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL DE BAIXO-RISCO	28
2.2 CAPTAÇÃO E VINCULAÇÃO NO PRÉ-NATAL	32
2.3 ROTEIRO PARA A PRIMEIRA CONSULTA DE PRÉ-NATAL	35
2.3.1 Anamnese	35
2.3.2 Exame físico	36
2.3.3 Suplementação de ácido fólico	36
2.4 EXAMES PRECONIZADOS NO PRÉ-NATAL	37
2.4.1 Aconselhamento pré-teste para diagnóstico de hiv	38
2.4.2 Resultados dos exames laboratoriais na assistência pré-natal e condutas	38

2.5 CONSULTAS SUBSEQUENTES: CONDUTAS E ORIENTAÇÕES	43
2.5.1 Controles maternos	43
2.5.2 Controles fetais	43
2.5.3 Condutas profissionais nas consultas subsequentes	45
2.5.4 Orientações de acordo com as semanas de gestação	45
2.5.6 Sugestões de temas para grupos/ encontros de gestantes e/ou casais	47
2.5.7 Visita a maternidade	47
2.6 SAÚDE BUCAL NA GESTAÇÃO	47
2.6.1 Consulta odontológica da gestante	48
2.6.2 Temas para serem abordados nos grupos de gestantes pelo(a) cirurgião(a) – dentista	48
2.7 CLASSIFICAÇÃO DE PRÉ-NATAL ALTO RISCO	49
2.7.1 Situações para maior controle	49
2.7.2 Situações para encaminhamento à assistência ao pré-natal de alto risco	49
2.7.3 Situações que deverão ser encaminhadas diretamente às maternidades	50
2.7.4 Doença Hipertensiva Específica da Gestação	50
2.7.4.1 Pré-eclâmpsia	50
2.7.4.2 Eclâmpsia	51
2.8 ASSISTÊNCIA AO PUERPÉRIO	52
2.8.1 Condutas na consulta de puerpério	53
2.8.2 Anticoncepção no puerpério	55
3 CÂNCER DE MAMA	56
3.1 RASTREAMENTO E DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA	56
3.1.1 Detecção precoce do câncer de mama	56
3.2 EXAME CLÍNICO DAS MAMAS (ECM)	58
3.3 CONDUTAS EM RELAÇÃO AOS RESULTADOS DA MAMOGRAFIA	58
3.4. CRITÉRIOS PARA INDICAÇÃO DE BIÓPSIA DE MAMA	58
3.4.1 Biópsia aspirativa por agulha fina (BAAF)	58
3.4.2 Biópsia-punção por agulha grossa (BPAG)	59
3.4.3 Condutas frente aos resultados de BPAG e mamotomia	60
3.4.4 Biópsia cirúrgica	60
3.4.5 Condutas frente os casos alterados	60
4 CÂNCER DE COLO DE ÚTERO	61

4.1 RASTREAMENTO E CONTROLE DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO	61
4.1.1 Aspectos anatômicos e fisiológicos do útero	61
4.1.2 Detecção precoce/rastreamento de câncer colo do útero	62
4.1.2.1 Recomendações prévias para a realização da coleta de exame colpocitológico	63
4.2 CONSULTA/COLETA DO EXAME COLPOCITOLÓGICO	64
4.2.1 Fases que antecedem a coleta	64
4.2.2 Roteiro para consulta	65
4.3 CONDUTAS BASEADAS NO RESULTADO DO EXAME COLPOCITOLÓGICO	68
5 ASSISTÊNCIA À MULHERES PORTADORAS DE COLPITES E CERVICITES	73
5.1 CONDUTAS NO TRATAMENTO DE COLPITES	75
5.2. CONDUTAS NO TRATAMENTO DE CERVICITES	80
5.2.1. Tratamento	81
5.3. DOR PÉLVICA	81
5.3.1. Tratamento	82
5.4. INFECÇÃO PELO PAPILOMAVÍRUS HUMANO (HPV)	83
5.4.1. Infecção clínica pelo HPV	84
6 ASSISTÊNCIA À MULHER RELACIONADA AO CICLO MENSTRUAL	86
6.1. VARIAÇÕES DO CICLO MENSTRUAL	86
6.2 CAUSAS DE IRREGULARIDADE MENSTRUAL	87
6.3 SANGRAMENTO UTERINO DISFUNCIONAL	87
6.4 TENSÃO PRÉ-MENSTRUAL	88
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91
APÊNDICES	95
APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO - DIU	96
APÊNDICE B: DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO NO PLANEJAMENTO FAMILIAR PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO	98
APÊNDICE C: TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO - LAQUEADUR A	100
APÊNDICE D: TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO - VASECTOMIA	102

1 PLANEJAMENTO DA VIDA SEXUAL E REPRODUTIVA

A Política Nacional de Planejamento Familiar é concebida hoje, pelo Ministério da Saúde, como Política da Vida Sexual e Reprodutiva, com o propósito de acolher pessoas que têm vida sexual ativa e não estão, necessariamente, planejando uma família.

A Atenção à Vida Sexual e Reprodutiva tem como base a Constituição Brasileira de 1988 e a Lei do Planejamento Familiar de 1996, além do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres.

O planejamento da vida sexual e reprodutiva constitui-se numa questão de cidadania, como reconhecimento e garantia do exercício dos direitos sexuais e reprodutivos, possibilitando que os(as) usuários(as) tenham acesso às informações, à escolha livre e informada dos métodos contraceptivos e possam, assim, decidir livre e responsavelmente sobre ter ou não ter filhos, quando tê-los, de acordo com sua orientação reprodutiva e sexual.

Pautado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é de livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte das instituições oficiais ou privadas. O Planejamento Familiar no Brasil é regulamentado pela Lei nº 9263 de 12/11/1996, que é ampla e abrangente, e garante o Planejamento Familiar como um direito de todos, sob a perspectiva da equidade de gênero. Em seu artigo 3º define um conjunto de ações que garante direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole, pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

A atuação dos(as) profissionais de saúde na assistência pré-concepcional, anticoncepcional e infertilidade envolvem o atendimento individual, para casais, ou em grupo, sendo o aconselhamento parte indissociável desta assistência.

1.1 ASSISTÊNCIA ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Uma das principais preocupações atuais em relação à saúde sexual e reprodutiva é a violência sexual, que atinge milhões de pessoas e, especialmente, as meninas e as mulheres. Diversas pesquisas sobre o tema revelam que esses números são sub-notificados, considerando que a vítima, por medo, falta de credibilidade do sistema legal ou por coerção, não registra sua queixa junto às autoridades policiais. Além disso, destacam que grande parte dessas ocorrências se dá no âmbito doméstico.

Define-se violência sexual como aquela proveniente de condutas que afetam a integridade sexual, física ou psicológica. A violência sexual, além de uma questão importante no campo da segurança, constitui um problema de saúde pública e uma das causas mais relevantes da morbidade e mortalidade materna.

As condutas clínicas na assistência à vítima de violência sexual podem ser divididas em imediatas e tardias. O atendimento deve ser iniciado, preferencialmente, dentro das primeiras 72 horas após a violência, considerando a maior eficácia de algumas intervenções nesse período.

Devem ser oferecidos, de imediato, serviços de anticoncepção de emergência, profilaxia para o HIV, hepatite B, doenças sexualmente transmissíveis, exame ginecológico minucioso, documentando todas as lesões e coletando a secreção vaginal, ou sêmen contendo espermatozoides, para identificação do agressor (VENTURA, 2004).

O município de Florianópolis conta, desde 2000, com a Rede de Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual, RAIVVS, uma rede inter-institucional que atua em consonância com o documento “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes”, publicado pelo Ministério da Saúde em 1999.

A rede visa prevenir e tratar os agravos resultantes da violência sexual contra mulheres, crianças e adolescentes; prevenir a violência doméstica e, em especial, a violência de gênero, proporcionar atendimento integral às vítimas de violência sexual; evitar a revitimização; realizar prevenção e profilaxia do HIV e de outras infecções de transmissão sexual; realizar a interrupção legal da gravidez, quando esta decorrer da violência sexual; incentivar a denúncia das agressões sexuais e favorecer a coleta de provas para diminuir a impunidade dos agressores sexuais.

Em caso de vítimas que sofreram violência nas últimas 72 horas, os(as) profissionais de saúde devem encaminhá-las conforme o Protocolo de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual, disponível em <http://portal.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/>

1.2 ASSISTÊNCIA À PRÉ-CONCEPÇÃO

A Assistência à pré-concepção tem como objetivo orientar e assistir as mulheres/casal que queiram engravidar, com o intuito de identificar os fatores de risco ou doenças que interferem na evolução saudável de uma futura gestação.

A equipe de saúde deverá, ao assistir as mulheres/casais, prevenir, detectar e tratar fatores que possam interferir na fertilidade e na concepção.

1.2.1 Orientações e condutas específicas na assistência pré-concepcional

- Orientação sobre os riscos do tabagismo e do uso rotineiro de bebidas alcoólicas e outras drogas lícitas ou ilícitas e verificação da necessidade de assistência especializada.
- Orientação sobre prevenção de doenças sexualmente transmissíveis como vírus da Imunodeficiência Humana (HIV/Aids), sífilis, gonorréia, clamídia e outras e de outras infecções como toxoplasmose, hepatite B, vírus da Inclusão Citomegálica. (JIMENEZ, KRAJDEN, UHLIG, 2005).
- Instituir outras medidas educativas, como a orientação para o registro sistemático das datas das menstruações.
- Realizar anamnese, exame físico, exame ginecológico completo, avaliação vacinal e solicitação de exames laboratoriais (Sorologia para Lues, rubéola, HbsAg, toxoplasmose e HIV; dosagem de hemoglobina e glicemia em jejum).
- Realizar avaliação do estado geral de saúde, com aferição dos sinais vitais e do peso pré-gravídico. Aquelas que apresentarem desnutrição, sobrepeso ou obesidade deverão ser encaminhadas à orientação nutricional, visando à promoção do estado nutricional equilibrado. Alterações dos sinais vitais devem ser avaliadas pela equipe profissional.
- Realizar o exame preventivo de câncer de colo uterino, caso não o tenha feito há mais de um ano.
- Realizar avaliação quanto à presença de patologias crônicas que necessitem de uso prolongado, ou mesmo esporádico, de medicação que possa comprometer a fertilidade, a concepção e o feto: menopausa prematura; quimioterápicos (provocam alterações das funções ovarianas e testiculares); lítio (causa ablação da tireóide fetal); antagonistas dos folatos (aumentam o risco de malformações do SNC; o uso prolongado pode acarretar diminuição da absorção do ácido fólico); e prednisolona. (JIMENEZ, KRAJDEN, UHLIG, 2005).
- Adequar a situação vacinal (rubéola, tétano e hepatite B) após avaliação pela equipe de saúde.
- Avaliar as condições de trabalho, verificando o risco de exposição a tóxicos ambientais, agentes químicos e radioativos, e realizar a orientação sobre seus efeitos deletérios na concepção e na saúde em geral: chumbo (presente nas tintas e vernizes); óxido de etileno (usado na esterilização de materiais cirúrgicos e em

alguns pesticidas); dibromo cloropropano (e outros agentes encontrados em inseticidas) e radiação ionizante. (JIMENEZ, KRAJDEN, UHLIG, 2005).

- Realizar aconselhamento genético, esclarecendo sobre riscos como idade materna e/ou paterna avançada; filhos (as) afetados (as) em gestações anteriores; antecedentes de familiares com doença genética e características étnicas especiais.
- Prescrever ácido fólico 5mg, via oral, 1x/dia, iniciando 60 a 90 dias antes da concepção estendendo até a 12ª semana gestacional, para a prevenção de defeitos congênitos do tubo neural. **A prescrição cabe ao(a) profissional médico(a) ou enfermeiro(a).**

1.3 ASSISTÊNCIA À ANTICONCEPÇÃO

No que se refere à anticoncepção, a orientação/aconselhamento constitui a informação correta, completa e de acordo com as necessidades do(a) usuário(a) sobre todos os métodos anticoncepcionais disponíveis e cientificamente comprovados, bem como reflexão sobre conhecimentos, valores, atitudes e práticas dos(as) usuários que facilitem ou dificultem a utilização de anticoncepcionais. Por meio de uma orientação efetiva o(a) usuário(a) pode escolher o método mais adequado às suas necessidades, seu estilo e seu momento de vida atual. (BEMFAM, 2007).

A escolha de um método anticoncepcional depende de vários fatores, como: história pessoal (idade, frequência das relações sexuais, paridade, aleitamento); condições clínicas que possam contra-indicar algum método; vulnerabilidade a infecções de transmissão sexual; acesso ao método; intenções reprodutivas e condições de diálogo com o(a) parceiro(a), além de questões culturais e mitos sobre a anticoncepção.

Após a seleção dos métodos, o(a) profissional deve fornecer informações detalhadas sobre o mesmo e certificar-se de que o(a) usuário tenha compreendido as informações essenciais: uso correto, eficácia, vantagens e desvantagens, efeitos secundários, facilidade de uso, possíveis complicações e importância da consulta de retorno e do acompanhamento.

Do ponto de vista clínico a seleção de um método anticoncepcional está normatizada pelos critérios clínicos de elegibilidade, definidos pela Organização Mundial de Saúde (BRASIL, 2002), e tem como objetivo auxiliar os(as) profissionais de saúde na orientação das usuárias referente à escolha dos métodos anticoncepcionais. Esses critérios são divididos em quatro categorias, baseadas nos riscos e benefícios do uso de cada método.

- Categoria 1: Condições clínicas em que o método é isento de riscos e pode ser usado sem restrições;
- Categoria 2: Condições clínicas em que os benefícios em usar o método superam os riscos teóricos e comprovados. Em geral, o método pode ser usado, mas com acompanhamento médico.
- Categoria 3: Condições clínicas em que os riscos do método ultrapassam os benefícios. Sob estas condições, normalmente, o método não deve ser utilizado. Entretanto, se outros métodos não estiverem disponíveis ou não forem aceitáveis para o/a usuário, pode eventualmente ser usado. Nesse caso, é imprescindível um acompanhamento médico mais rigoroso;
- Categoria 4: Condições clínicas sob as quais o método representa risco inaceitável para a saúde e não deve ser usado.

A prescrição dos métodos contraceptivos é de responsabilidade do **profissional médico(a) e do(a) enfermeiro(a)**. No entanto, o(a) profissional enfermeiro(a) somente poderá prescrever os métodos contraceptivos se a paciente se enquadrar na categoria 1 dos critérios de elegibilidade clínica da OMS.

Quadro 1: Atribuições dos (as) profissionais na Assistência ao Planejamento Vida Sexual e Reprodutiva.

<i>Planejamento da Vida Sexual e Reprodutiva</i>	
<i>Atribuições</i>	<i>Profissionais</i>
Captação da clientela	Multiprofissional (principalmente da ESF)
Orientação sobre necessidade de uso dos métodos	Multiprofissional
Prescrição de anticoncepcionais (orais e injetáveis)	Médico(a) e enfermeiro(a)
Prescrição do anticoncepcional de emergência	Médico(a) e enfermeiro(a)
Aplicação de anticoncepcionais injetáveis	Auxiliares, técnico(a) em Enfermagem ou enfermeiro(a)
Prescrição do DIU	Médico(a) e enfermeiro(a)
Inserção e remoção de DIU	Médico(a) capacitado(a)
Revisão do DIU	Médico(a)
Prescrição de Laqueadura ou Vasectomia	Médico(a) e enfermeiro(a)
Orientação e/ou indicação do preservativo masculino e feminino	Multiprofissional (principalmente da ESF)
Aconselhamento e prescrição do Diafragma	Médico(a) e enfermeiro(a)
Aconselhamento e prescrição dos métodos naturais e comportamentais	Médico(a) e enfermeiro(a)
Consultas de rotina	Médico(a) e enfermeiro(a)
Consulta subsequente e acompanhamento da paciente que optou a adesão ao contraceptivo hormonal oral e/ou injetável	Médico(a) ou enfermeiro(a)
Dispensação e orientação sobre efetividade e segurança dos métodos	Farmacêutico(a) e Equipe de Enfermagem

1.4 MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

1.4.1 Anticoncepcionais Hormonais Oraís Combinados

Disponíveis na rede: Etinilestradiol 0,02mg + Gestodeno 0,075mg, Etinilestradiol 0,03mg + Desogestrel 0,15mg, Etinilestradiol 0,03mg + Lenonorgestrel 0,015mg.

1.4.2 Anticoncepcionais Injetáveis Mensais Combinados

Disponíveis na rede: Noretisterona 50mg + Estradiol 5mg/ml (Mensal). Modo de uso: Aplicar no primeiro dia do ciclo menstrual.

Algestona 150mg + Estradiol 10mg/ml (Mensal). Modo de uso: Aplicar no oitavo dia do ciclo menstrual.

Quadro 2: Roteiro para avaliação do uso de anticoncepcionais orais combinados e ou injetáveis mensais combinados.

Faça as perguntas abaixo; qualquer resposta “SIM” contra-indica o uso destes métodos; neste caso, a mulher deve ser orientada conforme as instruções abaixo, segundo a Categoria 1 dos Critérios de Elegibilidade. Apenas o(a) profissional médico(a) poderá manter a indicação deste método, em casos específicos e sob acompanhamento rigoroso.

<p>1. Você fuma e tem 35 anos ou mais? Não. Sim. Não forneça anticoncepcionais orais combinados ou anticoncepcionais injetáveis mensais combinados. Ajude a escolher um método sem estrogênio.</p>
<p>2. Você tem pressão alta? Não. Sim. Se a pressão arterial (PA) for entre 140-159/90-99: pode-se fornecer anticoncepcionais orais combinados ou anticoncepcionais injetáveis mensais combinados e verificar PA no retorno; se persistir nessa faixa, recomendar outro método ou monitorar cuidadosamente a PA em cada retorno. Se PA de 160/100 ou mais: não fornecer anticoncepcionais orais combinados ou anticoncepcionais injetáveis mensais combinados. Ajude a escolher um método sem estrogênio.</p>
<p>3. Você está amamentando um bebê com menos de 6 meses? Não. Sim. Se a amamentação não for exclusiva, orientar para associar preservativos ou espermicidas. Outros métodos também eficazes são melhores escolhas do que os anticoncepcionais orais combinados ou anticoncepcionais injetáveis mensais combinados, contra-indicados quando a mulher está amamentando, independentemente da idade do bebê.</p>
<p>4. Você tem qualquer problema sério no coração ou de circulação? Você já teve tais problemas? Que problemas foram esses? Não. Sim. Não forneça anticoncepcionais orais combinados ou anticoncepcionais injetáveis mensais combinados se a mulher referir história atual ou passada de doença cardiovascular, AVE, trombose venosa profunda, diabetes há mais de 20 anos ou com lesão ocular, neurológica ou renal: ajude-a a escolher outro método eficaz.</p>
<p>5. Você tem ou teve câncer de mama? Não. Sim. Não forneça anticoncepcionais orais combinados ou anticoncepcionais injetáveis mensais combinados. Ajude a escolher outro método não-hormonal.</p>
<p>6. Você tem icterícia, cirrose hepática, hepatite aguda ou tumor no fígado? Não. Sim. Não forneça anticoncepcionais orais combinados ou anticoncepcionais injetáveis mensais combinados e oriente-a na escolha de outro método não hormonal.</p>
<p>7. Você sofre de cefaléia intensa com visão turva com frequência? Não. Sim. Se a mulher sofre de enxaqueca e refere visão turva, perda temporária de visão, escotomas cintilantes ou linhas em zigue-zague, dificuldade de fala ou locomoção: não forneça anticoncepcionais orais combinados ou anticoncepcionais injetáveis mensais combinados e ajude-a na escolha de outro método sem estrogênio.</p>
<p>8. Você está tomando medicamentos para convulsões? Está tomando rifampicina ou griseofulvina? Não. Sim. Se a mulher está tomando fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, rifampicina, griseofulvina, forneça-lhe preservativos ou espermicidas para usar junto com os anticoncepcionais orais combinados ou anticoncepcionais injetáveis mensais combinados, ou assista-a na escolha de outro método eficaz, se o tratamento for prolongado ou se ela preferir.</p>

9. Você acha que pode estar grávida? Não.

Sim. Forneça-lhe preservativo ou espermicida para usar até ter certeza de que não está. Então ela poderá iniciar anticoncepcionais orais combinados ou anticoncepcionais injetáveis mensais combinados.

10. Você tem tido sangramento vaginal maior do que o usual? Não.

Sim. Se a possibilidade de gravidez é baixa e a mulher tem sangramento vaginal que sugere uma condição médica subjacente, ela pode usar os anticoncepcionais orais combinados ou anticoncepcionais injetáveis mensais combinados, pois nem a condição nem o seu diagnóstico serão afetados pelo método. Avalie e trate a condição adequadamente e reavalie o uso de anticoncepcionais orais combinados ou anticoncepcionais injetáveis mensais combinados de acordo com os achados.

11. Você deverá submeter-se a uma cirurgia que a deixará acamada por uma ou mais semanas? Você teve um parto nos últimos 21 dias? Não.

Sim. Se há possibilidade de cirurgia que exija repouso por algumas semanas, o ideal é a interrupção temporária do método. Nos primeiros 21 dias após o parto os anticoncepcionais orais combinados ou anticoncepcionais injetáveis mensais combinados não devem ser administrados e deverá receber instruções sobre quando começar a tomá-los posteriormente.

Fonte: Adaptado do Manual de Orientação em Anticoncepção. FEBRASGO, 2004.

1.4.3 Anticoncepcionais Hormonais Orais de Progestógenos

Disponíveis na rede: Noretisterona 0,35mg (Minipílula).

Quadro 3: Roteiro para avaliação do uso de anticoncepcionais orais de progestógenos “minipílula”.

Faça as perguntas abaixo; qualquer resposta “SIM” contra-indica o uso destes métodos, e a mulher deve ser orientada conforme as instruções abaixo, segundo a Categoria 1 dos Critérios de Elegibilidade. Apenas o(a) profissional médico(a) poderá manter a indicação deste método, em casos específicos e sob acompanhamento rigoroso.

1. Você tem ou teve câncer de mama? Não.

Sim. Não forneça minipílula. Ajude a escolher outro método não-hormonal.

2. Você tem icterícia, cirrose hepática, hepatite ou tumor no fígado? Não

Sim. Não forneça minipílula. Encaminhe-a para avaliação e tratamento e oriente-a na escolha de outro método não hormonal.

3. Você está amamentando um bebê com menos de 6 semanas? Não.

Sim. Orientar para iniciar quando tiver mais de 6 semanas.

4. Você tem tido sangramento vaginal maior do que o usual? Não.

Sim. Se a probabilidade de gravidez é baixa e a mulher apresenta sangramento vaginal inexplicado, que sugere uma condição médica subjacente, ela pode receber minipílula desde que não interfira na condição subjacente ou no seu diagnóstico. Se for apropriado, investigue e trate qualquer problema subjacente ou encaminhe-a. Reavalie o uso de minipílula de acordo com os achados.

5. Você está tomando medicamentos para convulsões? Está tomando rifampicina ou griseofulvina? Não.

Sim. Se a mulher está tomando fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, rifampicina, griseofulvina, forneça-lhe preservativos ou espermicidas para usar junto com a minipílula, ou assista-a na escolha de outro método eficaz, se o tratamento for prolongado ou

se ela preferir. O uso destes medicamentos não contra-indica o uso da mini-pílula, mas diminui sua eficácia.

6. Você acha que pode estar grávida? Não.

Sim. Forneça-lhe preservativo ou espermicida para usar até ter certeza de que não está. Então ela poderá iniciar a minipílula.

Fonte: Adaptado do Manual de Orientação em Anticoncepção. FEBRASGO, 2004.

1.4.4 Anticoncepção de Emergência

Disponíveis na rede: Levonorgestrel 0,75mg.

As pílulas anticoncepcionais de emergência (Levonorgestrel 0,75 mg) são métodos usados após a relação sexual desprotegida, para evitar gravidez inoportuna ou indesejada. Não deve ser usado como método de rotina.

Principais indicações:

- Violência sexual;
- Ruptura do preservativo;
- Deslocamento ou expulsão do DIU e diafragma;
- A relação sexual sem uso de método contraceptivo, ou uso inadequado do método contraceptivo, como esquecimento prolongado do contraceptivo oral, atraso na data do injetável mensal, cálculo incorreto do período fértil, erro no período de abstinência, ou interpretação equivocada da temperatura basal (BRASIL, 2005).

Posologia: 01 comprimido a cada 12 horas, com a primeira dose iniciada, no máximo, até 72 horas após a relação desprotegida, ou 02 comprimidos via oral (VO) em dose única. Evidenciam-se efeitos protetores até cinco dias após a relação sexual desprotegida, prazo dentro do qual a pílula de emergência ainda pode ser tomada. No entanto, a eficácia do método é inversamente proporcional à demora no seu uso (BRASIL, 2005). Se houver vômitos até 01 hora após a ingestão dos comprimidos, repetir a dose após alimentar-se, precedido do uso de um antiemético, conforme prescrição médica.

Em caso de vítimas que sofreram violência sexual nas últimas 72 horas, os profissionais de saúde devem encaminhá-las conforme o Protocolo de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual, disponível em

<http://portal.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/>

1.4.5 Anticoncepcional Injetável Trimestral de Progestogênio

Disponíveis na rede: Acetato de Medroxiprogesterona 150mg/ml (trimestral).

Quadro 4: Roteiro para avaliação do uso de anticoncepcional injetável trimestral.

Faça as perguntas abaixo; qualquer resposta “**SIM**” contra-indica o uso deste método, e a mulher deve ser orientada conforme as instruções abaixo, segundo a Categoria 1 dos Critérios de Elegibilidade. Apenas o(a) profissional médico(a) poderá manter a indicação deste método, em casos específicos e sob acompanhamento rigoroso.

1. Você está amamentando um bebê com menos de 6 semanas? Não.

Sim. Orientar para iniciar quando tiver mais de 6 semanas.

2. Você tem qualquer problema sério no coração ou de circulação? Você já teve tais problemas? Que problemas foram esses? Não.

Sim. Não forneça anticoncepcional injetável trimestral se a mulher referir infarto, derrame cerebral, doença coronariana, dor intensa no peito com falta de ar, hipertensão grave, diabetes por mais de 20 anos ou dano à visão, aos rins ou ao sistema nervoso, decorrentes do diabetes. Ajude a escolher outro método eficaz.

3. Você tem ou teve câncer de mama? Não.

Sim. Não forneça anticoncepcional injetável trimestral. Ajude-a a escolher um outro método não-hormonal.

4. Você teve cirrose hepática grave, hepatite ou tumor no fígado? Não.

Sim. Não forneça anticoncepcional injetável trimestral. Encaminhe-a para avaliação e tratamento. Ajude-a a escolher um método não-hormonal.

5. Você tem tido sangramento vaginal maior do que o usual? Não.

Sim. Se a probabilidade de gravidez é pequena e a mulher apresenta sangramento vaginal inexplicado que sugere uma condição médica subjacente, ela pode receber o anticoncepcional injetável trimestral, uma vez que nem a condição subjacente nem seu diagnóstico serão afetados. Se for apropriado, investigue e trate qualquer problema subjacente ou encaminhe. Reavalie o uso de o anticoncepcional injetável trimestral de acordo com os achados.

Fonte: Adaptado do Manual de Orientação em Anticoncepção. FEBRASGO, 2004.

1.4.6 Dispositivo intra-uterino (DIU)

Disponíveis na rede: DIU TCu 380A.

Orientações que os profissionais de saúde devem fornecer à usuária/casal na indicação do DIU:

- Orientar sobre os outros métodos contraceptivos existentes;
- Esclarecer os possíveis efeitos colaterais do DIU;
- A usuária deve estar incluída nas categorias 1 ou 2 dos critérios de elegibilidade da OMS (2002);
- A usuária deve assinar o Termo de Consentimento Informado às Usuárias de DIU TCu 380A (apêndice A);

- Encaminhar para o(a) ginecologista de referência ou médico(a) habilitado(a).

Quadro 5: Roteiro para avaliação do uso do DIU.

Faça as perguntas abaixo; qualquer resposta “SIM” contra-indica o uso destes métodos, e a mulher deve ser orientada conforme as instruções abaixo, segundo a Categoria 1 dos Critérios de Elegibilidade. Apenas o(a) profissional médico(a) poderá manter a indicação deste método, em casos específicos e sob acompanhamento rigoroso.

1. Você acha que pode estar grávida? Não.

Sim. Investigue a possibilidade de gravidez. Não insira o DIU. Forneça espermicida e/ou preservativo para a mulher usar até ter certeza de que ela não está grávida.

2. Nos últimos três meses, você teve sangramento vaginal anormal, especialmente nos intervalos entre menstruações ou após as relações sexuais? Não.

Sim. Se a mulher teve sangramento vaginal inexplicado, que sugira uma condição médica subjacente, não insira o DIU até identificar o problema, tratar ou encaminhar para tratamento.

3. Você teve um parto há mais de 48 horas e menos de quatro semanas? Não.

Sim. Adie a inserção do DIU até quatro semanas ou mais depois do parto. Se necessário, forneça preservativo ou espermicida para a mulher usar até então.

4. Você teve uma infecção após o parto? Não.

Sim. Se a mulher apresenta infecção do trato genital durante os primeiros 42 dias após o parto, não insira o DIU. Encaminhe para tratamento. Ajude a escolher um outro método eficaz.

5. Você teve uma doença sexualmente transmissível (DST) ou doença inflamatória pélvica (DIP) nos últimos três meses? Você tem uma DST ou DIP, ou outra infecção qualquer nos órgãos genitais, atualmente? (Os sinais e sintomas de DIP são: infecção pélvica grave com dor no baixo ventre e, muitas vezes, corrimento vaginal anormal, febre, polaciúria e disúria). Não.

Sim. Não insira o DIU agora. Recomende enfaticamente o uso de preservativo para proteção contra DST. Encaminhe ou trate a mulher e o(s) parceiro (s). O DIU pode ser inserido três meses após a cura da infecção, a menos que haja a probabilidade de reinfeção.

6. Você está infectada com o HIV? Você tem AIDS? Não.

Sim. Se a mulher tem AIDS, está infectada com HIV ou está sendo tratada com medicação que deprime o seu sistema imunológico, a decisão de inserir um DIU deve ser feita com muito cuidado. Em geral, não insira o DIU a menos que outros métodos não sejam aceitáveis ou não estejam disponíveis. Seja qual for o método escolhido, recomende enfaticamente o uso de preservativo.

7. Você acha que pode contrair uma DST no futuro? Você ou o seu parceiro têm mais de um parceiro sexual? Não.

Sim. Se a mulher corre risco de contrair uma DST, explique que as DST's podem levar à esterilidade. Encoraje a usar preservativo para proteção contra DST. Não insira o DIU. Ajude-a a escolher um outro método.

8. Você tem câncer nos órgãos genitais ou tuberculose pélvica? Não.

Sim. Se a mulher tiver câncer cervical, de endométrio, de ovário, doença trofoblástica benigna ou maligna ou tuberculose pélvica, não insira o DIU. Encaminhe para tratamento. Ajude a escolher um outro método eficaz.

Fonte: Adaptado do Manual de Orientação em Anticoncepção. FEBRASGO, 2004.

1.4.7 Métodos comportamentais

São conhecidos como métodos de abstinência periódica, aqueles que implicam modificações do comportamento sexual do casal, mediante a auto-observação de sinais e sintomas que ocorrem no organismo feminino ao longo do ciclo menstrual.

- Método de Ogino-Knaus (Calendário ou Tabela)
- Método do Muco cervical ou Billings
- Método da Temperatura Basal Corporal
- Método Sintotérmico

1.4.8 Métodos de barreira

Disponíveis na rede: preservativo masculino, preservativo feminino, diafragma, espermicida (nonoxinol).

Quadro 6: Periodicidade de retorno da usuária ao Centro de Saúde X Métodos contraceptivos.

MÉTODOS CONTRACEPTIVOS	PERIODICIDADE
Preservativo Masculino	Primeiro retorno depois de um mês para avaliar uso correto, efeitos colaterais e eficácia do método. Demais retornos de acordo com a disponibilidade.
Preservativo Feminino	Primeiro retorno depois de um mês para avaliar uso correto, efeitos colaterais e eficácia do método. Demais retornos de acordo com a disponibilidade.
Diafragma	Na primeira semana, para avaliar o uso correto. Retornos posteriores: anuais.
Minipílula (Noregestisterona)	Na primeira semana, para avaliar o uso correto. Retornos posteriores: bimensais.
Contraceptivo hormonal oral	Primeiro retorno depois de um mês. Retornos subsequentes: semestrais
Contraceptivo hormonal injetável	Primeiro retorno depois de um mês. Retornos subsequentes: semestrais.
Anticoncepção de emergência	Retorno depois de um mês.
DIU	Primeiro retorno depois de um mês. Retornos subsequentes: trimestrais.

Fonte: Adaptada de Brasil (2002) e Halbe (2000).

1.4.9 Anticoncepção cirúrgica

Como a laqueadura e a vasectomia são métodos definitivos, sua indicação deve obedecer aos critérios pré-estabelecidos, respeitando a legislação vigente: Lei nº. 9.263, de 12/01/96. Tanto o profissional médico(a) quanto enfermeiro(a) poderão indicar tal procedimento.

1.4.9.1 Condutas para o Aconselhamento em Anticoncepção Cirúrgica

- Realizar consulta individual ou ao casal, e/ou atividade educativa;
- Orientar sobre os métodos contraceptivos reversíveis existentes;
- Esclarecer sobre os riscos da cirurgia e possíveis efeitos colaterais e as dificuldades de sua reversão;
- Solicitar os exames pré-operatórios: Glicose, hemograma, TAP, TTPa, PU, BHCG e, para usuários(as) acima de 40 anos, ECG.

Segundo a Lei do Planejamento Familiar nº 9.263 de 12/01/96, Art. 10º, somente é permitida a Esterilização Voluntária nas seguintes situações:

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 através da laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, sendo vedada através 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.

Encaminhamentos necessários para anticoncepção cirúrgica:

O (a) usuário (a) deverá receber:

- Declaração de Participação no Planejamento Familiar (apêndice B);
- Termo de Consentimento Informado que deverá ser assinado e reconhecido em cartório, e que somente terá validade legal para a realização do procedimento após decorridos 60 (sessenta) dias (apêndice C e D).

O Centro de Saúde deverá:

Encaminhar **a listagem dos(as) usuários(as)** para a Regulação, respeitando os 60 dias da assinatura do Termo de Consentimento para o agendamento da anticoncepção cirúrgica.

Após o agendamento, o(a) usuário(a) deverá ser orientado(a) a levar:

- Declaração de Participação no Planejamento Familiar e Termo de Consentimento;
- Documento de Identidade, Cartão Nacional de Saúde e Cartão SUS;
- Resultados dos exames solicitados.

1.5 ANTICONCEPÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

A anticoncepção na adolescência constitui-se como medida de prevenção de situações como a gravidez indesejada e o aborto, causando danos muitas vezes irreparáveis à saúde das adolescentes. No caso brasileiro, do total de abortos, 7% a 9% são de adolescentes, sendo a maioria entre 17 e 19 anos de idade (BRASIL, 2009).

A adolescência é uma fase que acarreta importantes mudanças biopsicossociais e que determina especificidades emocionais e comportamentais que repercutem na saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes, de ambos os sexos. (FEBRASGO,2005).

A atenção à saúde do adolescente requer do profissional de saúde o conhecimento e cumprimento dos princípios fundamentais prescritos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (*Lei n. 8069, de 13/07/1990*) e pelos Códigos de Ética das categorias

profissionais, levando em consideração o respeito, a autonomia, a liberdade, a privacidade, a confiabilidade e o sigilo das informações compartilhadas.

A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), respaldadas pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), ONU (Cairo, 1999) e Código de Ética Médica, após o “Fórum 2002 - Adolescência, Contracepção e Ética”, estabeleceram as seguintes diretrizes em relação à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes:

1. O adolescente tem direito à privacidade, ou seja, de ser atendido sozinho, em espaço privado de consulta. Deve-se lembrar que a privacidade não está, obrigatoriamente, relacionada à confidencialidade.
2. Confidencialidade é definida como um acordo entre o profissional de saúde e o cliente, no qual as informações discutidas durante e depois da consulta ou entrevista, não podem ser passadas aos seus pais e/ou responsáveis sem a permissão expressa do adolescente. A confidencialidade apóia-se em regras da bioética médica, através de princípios morais de autonomia.
3. A garantia de confidencialidade e privacidade, fundamental para ações de prevenção, favorece a abordagem de temas como sexualidade, uso de drogas, violência, entre outras situações.
4. Destaca-se a importância da postura do profissional de saúde, durante o atendimento aos jovens, respeitando seus valores morais, sócio-culturais e religiosos.
5. O sigilo médico é um direito garantido e reconhecido pelo artigo 103 do Código de Ética Médica.
6. Em situações de exceção, como déficit intelectual importante, distúrbios psiquiátricos, desejo do adolescente de não ser atendido sozinho, entre outros, faz-se necessária a presença de um acompanhante durante o atendimento.
7. Nos casos em que haja referência explícita ou suspeita de abuso sexual, o profissional está obrigado a notificar o conselho tutelar, de acordo com a lei federal 8069-90, ou a Vara da Infância e Juventude, como determina o ECA, sendo relevante a presença de outro profissional durante a consulta. Recomenda-se a discussão dos casos em equipe multidisciplinar, de forma a avaliar a conduta, bem como o momento mais adequado para a notificação.
8. O profissional de saúde deve aproveitar as oportunidades de contato com adolescentes e suas famílias para promover a reflexão e a divulgação de informações sobre temas relacionados à sexualidade e à saúde reprodutiva.
9. A orientação deve incidir sobre todos os métodos, com ênfase na dupla proteção (uso de preservativos), sem juízo de valor.
10. A prescrição de métodos anticoncepcionais deverá estar relacionada à solicitação dos adolescentes, respeitando-se os critérios de elegibilidade, independentemente da idade.
11. A prescrição de métodos anticoncepcionais a adolescente menor de 14 anos, desde que respeitados os critérios acima, não constitui ato ilícito por parte do médico(a).

12. Na atenção a menor de 14 anos sexualmente ativa, a presunção de estupro deixa de existir, frente à informação que o profissional possui de sua não ocorrência, a partir da informação da adolescente e da avaliação criteriosa do caso, que deve estar devidamente registrada no prontuário.
13. O médico(a)/enfermeiro(a) pode prescrever contracepção de emergência, com critérios e cuidados, por ser um recurso de exceção, às adolescentes expostas ao risco iminente de gravidez, nas seguintes situações:
 - a. não estar usando qualquer método contraceptivo
 - b. falha do método contraceptivo utilizado
 - c. violência sexual

Observações:

- a contracepção de emergência não é um método abortivo, conforme as evidências científicas demonstram.
 - deixar de oferecer a contracepção de emergência nas situações em que está indicada, pode ser considerada uma violação do direito do paciente, uma vez que este deve ser informado a respeito das precauções essenciais.
14. Nos casos de violência sexual, devem ser respeitadas as normas do Ministério da Saúde, que inclui a contracepção de emergência, devendo a mesma estar disponibilizada nos serviços que atendem essas adolescentes.
 15. Os adolescentes de ambos os sexos tem direito à educação sexual, ao sigilo sobre sua atividade sexual, ao acesso e disponibilidade gratuita dos métodos. A consciência desse direito implica em reconhecer a individualidade do adolescente, estimulando a responsabilidade com sua própria saúde. O respeito à sua autonomia faz com que eles passem de objeto a sujeito de direito.

A consulta de aconselhamento para anticoncepção é um momento no qual surgem dúvidas e informações íntimas são reveladas. Nesse sentido, além do conhecimento técnico e científico, o profissional de saúde deve desenvolver empatia, confiança e respeito, para que o(a) adolescente estabeleça vínculo de confiança, garantindo atendimento humanizado, integral e acolhedor.

Para identificar o método ideal, deve-se abordar seus costumes e individualidades: frequência da atividade sexual, número de parceiros, motivação para iniciar o método, efeitos e paraefeitos da terapia contraceptiva sobre o organismo feminino, riscos de contrair DST, entre outros. (Giordano, M.V; Giordano, L.A., 2009).

De uma forma geral, as adolescentes podem usar a maioria dos métodos contraceptivos. Entretanto, alguns são mais adequados para esse grupo etário, conforme o quadro a seguir.

Quadro 7: Indicações e contra-indicações dos métodos contraceptivos para adolescentes.

MÉTODOS	CARACTERÍSTICAS
Métodos Comportamentais	As variações dos ciclos menstruais nesta faixa etária são significativas e não há possibilidade de prever o período fértil com segurança. Os métodos relacionados às transformações do muco cervical, temperatura basal e sintotérmico, além de sofrerem prejuízo pelas conseqüências das variações do ciclo, exigem disciplina e autocontrole, características pouco freqüentes nesta idade. Além disso não protegem contra nenhum tipo de DST.
Preservativo Feminino e Preservativo Masculino	Devem ser utilizados em toda a relação sexual, independente do uso de outro método anticoncepcional, pois oferecem dupla proteção: previnem as doenças sexualmente transmissíveis e a gravidez indesejada. Se usados corretamente em todas as relações, os preservativos se mostram com alta eficácia.
Diafragma	Uso restrito, pois exige altos níveis de colaboração, participação e instrução da usuária. Necessita avaliação médica prévia.
DIU	O DIU poderá ser indicado somente para adolescentes que tiveram gestação anterior, pois apresenta maior risco de expulsão nas nulíparas, além de maior risco para DIP.
Anticoncepcionais Hormonais Orais Combinados	Recomenda-se os de baixa dose. Podem ser utilizados nos casos de ciclos irregulares. Avaliar riscos e benefícios. Recomenda-se iniciar após 6 meses da menarca; mas se o risco de gravidez for grande, pode ser iniciada logo após a menarca.
Anticoncepcionais Hormonais Orais de Progestógenos (minipílula)	Têm menor eficácia, provocam alterações menstruais e devem ser usados no caso de contra-indicação da pílula combinada, ou se o aleitamento materno for exclusivo.
Anticoncepcionais Injetáveis Mensais Combinados	Deve ser usado o de mais baixa dosagem. Recomenda-se iniciar 2 anos após a menarca.

Anticoncepcional Injetável Trimestral de Progestogênio	Deve ser indicado para adolescentes que não toleram outros métodos ou que não os usam corretamente. Suas principais indicações são: não inibe a lactação, previne a anemia e diminui a ocorrência de candidíase vulvovaginal. Recomenda-se iniciar 2 anos após a menarca.
Anticoncepção de Emergência	Pode ser prescrita às adolescentes expostas ao risco iminente de gravidez, em algumas situações com critérios e cuidados, por ser um recurso de exceção(ver item 1.4.4).

Fonte: Adaptado Protocolo Planejamento Familiar, Curitiba, 2005 e Manual de Orientação: Saúde da adolescente, FEBRASGO, 2004.

1.6 ASSISTÊNCIA AO CLIMATÉRIO

O climatério é um dos períodos evolutivos da vida da mulher. É uma fase de transição, complexa, que pode ser encarada como fenômeno patológico ou saudável, dependendo da compreensão que a mulher tem deste período, da influência familiar, dos cuidados relativos à sua saúde, das atividades sociais e profissionais desenvolvidas, da sua personalidade, das crenças e valores, do contexto em que vive e do grau de escolaridade, entre outros. (ZAMPIERI, 2005).

Os(as) profissionais de saúde têm um papel primordial junto às mulheres que vivenciam este período, prestando atenção primária à saúde, em nível individual ou grupal; compartilhando conhecimentos com as mulheres e familiares sobre as mudanças e cuidados necessários; propiciando oportunidades para que estas expressem seus sentimentos, medos e dúvidas; desenvolvendo ações de promoção e recuperação da saúde e prevenção de doenças; trabalhando as questões de gênero e fortalecendo os potenciais e capacidades das mulheres para enfrentar as dificuldades vividas nesta etapa de transição da vida. (ZAMPIERI, 2005).

A fase do climatério não tem um limite preciso para seu início ou término, podendo ir desde os 35 aos 60 anos.

A instalação da menopausa é definida pela cessação completa ou permanente de menstruação (12 meses de amenorréia). Ocorre freqüentemente no climatério e a idade média é de 51,4 anos. (BRASIL, 2009).

O diagnóstico do climatério e da menopausa é eminentemente clínico:

Na **perimenopausa**, que pode ser definida como o período de tempo próximo da menopausa, as alterações hormonais tornam-se mais intensas, gerando um encurtamento ou alongamento dos ciclos, além daqueles considerados normais.

A maior parte dos ciclos são anovulatórios, podendo gerar sangramentos irregulares, acompanhados ou não de sintomas (neurovegetativos, neuropsíquicos ou genitais). Essa irregularidade também está relacionada com o hiperestímulo estrogênico sem contraposição da progesterona, resultando em alterações endometriais. Nesta fase, uma vez que já não há produção da progesterona suficiente pelo corpo lúteo, pode ser necessária a complementação de progesterona cíclica, para evitar hemorragias, indesejáveis em qualquer período da vida das mulheres e indicativas de investigação endometrial. (BRASIL, 2009).

A **pós-menopausa** ocorre principalmente nas mulheres em idade compatível com a menopausa natural, em amenorréia há mais de um ano, com ou sem sintomas (neurovegetativos, neuropsíquicos ou genitais como o comprometimento do trofismo vaginal).

Nesta fase o FSH poderá estar aumentado cerca de 10 a 15 vezes, enquanto que o LH, de 3 a 5 vezes. O estradiol, por sua vez diminuído em até 80%, vai sendo nesta fase substituído pela estrona, que predomina na pós-menopausa. O estradiol sérico é então resultante da conversão periférica dos androgênios produzidos pelos ovários (estroma) e supra-renais em estrona. Essa conversão, através da aromatização, pode ocorrer no tecido adiposo, fígado, músculos, rins e provavelmente na pele. Nas mulheres obesas, principalmente naquelas com resistência à insulina, há uma diminuição na produção da globulina carreadora dos hormônios esteróides (SHBG), com uma maior quantidade de androgênios livres, que são transformados periféricamente em estrogênios. Também na dependência dessas conversões hormonais, existem mulheres assintomáticas, com sintomatologia discreta ou ainda com manifestações androgênicas. (BRASIL, 2009).

1.6.1 Atenção à saúde da mulher no climatério

O uso de hormônios ainda é controvertido, sendo necessária uma seleção prévia para escolher quais mulheres poderiam, de um modo efetivo, beneficiar-se com este tratamento.

As mulheres no climatério não sofrem de uma doença (carência hormonal); portanto, o tratamento hormonal deve ser encarado como uma opção terapêutica para os casos em que existam indicações específicas. É fundamental que os profissionais de saúde estejam informados e atualizados para procederem com uma abordagem menos agressiva e invasiva

possível. Por outro lado, há práticas e terapias tradicionais como a fitoterapia, homeopatia e/ou acupuntura que, aliadas a um estilo de vida adequadamente saudável no referente à alimentação, atividade física, saúde mental e emocional podem apoiar de forma satisfatória a mulher durante o climatério. (BRASIL, 2009).

O tratamento e aconselhamento às mulheres no climatério / menopausa devem ser orientadas no sentido da evolução natural dos sintomas. É importante reforçar a necessidade de uma dieta equilibrada e rica em cálcio, a realização de exercícios físicos regulares e adequados para cada mulher e a exposição ao sol em horários não nocivos. Para essas mulheres, é importante a escuta terapêutica, e seria de grande ajuda a formação de grupos de apoio. Também devem ser reforçados aspectos da vida social, atividades de lazer e sexualidade.

A propedêutica das mulheres no climatério consiste na realização de testes de “*screening*” para câncer de mama, ovário, colo uterino, endométrio, cólon, de acordo com as diretrizes propostas. Também devem ser rastreados o diabetes e a dislipidemia; investigação de DST/HIV podem ser necessárias para essas mulheres.

A densitometria óssea estaria indicada, se possível, em pacientes com risco aumentado para osteoporose em duas situações principais: mulheres na pós-menopausa tardia e que não fizeram reposição hormonal ou na pós-menopausa recente, na qual o seu resultado possa ajudar na decisão do uso ou não da reposição hormonal.

Todavia, a terapia hormonal pode ser utilizada sempre que houver indicação, individualizando cada caso, optando-se pelo esquema mais adequado, com a menor dose e pelo menor período necessários.

Dessa forma, o uso da Terapia Hormonal (TH) deverá ser indicado individualmente, de comum acordo com a usuária, baseado na avaliação dos riscos e benefícios de cada caso. Quando houver sintomatologia, existe indicação clara para o uso da TH, pelo menos por curto tempo. A TH não será prescrita se houver uma contra-indicação ou uma decisão da paciente em não usar, desde que adequadamente informada. O uso prolongado da TH para a prevenção de doenças degenerativas, especialmente em mulheres assintomáticas, deve ser decidido individualmente, de acordo com as características e riscos de cada mulher.

Medicações disponíveis na rede:

- Estrogênio conjugado 0,3 mg comprimido, estrogênio conjugado 0,625mg creme vaginal.

1.6.1.1 Contra-indicações para o uso da terapia hormonal (TH)

- Câncer de endométrio (contra-indicação relativa).
- Câncer de mama ou lesão suspeita ainda sem diagnóstico;
- Doença isquêmica cerebral/cardíaca recente;
- Doença tromboembólica recente;
- Hepatopatia grave ou recente;
- Hiperplasia ductal atípica na mama;
- Hipertensão arterial grave, sem controle;
- Sangramento vaginal de causa não estabelecida;

Diante das diversas possibilidades, é necessário que as mulheres tenham acesso à informação sobre limites, riscos e vantagens de cada uma e acesso a atendimento humanizado e de qualidade que garanta seus direitos de cidadania.

1.6.2 Vaginite atrófica

Tratamento indicado: Terapia Hormonal (TH) local: estrogênios conjugados em creme vaginal, 1x/dia na primeira semana e 02x/semana, conforme orientação clínica. Pode ser orientado o uso de lubrificantes vaginais à base de água (gel) nas relações sexuais.

O tratamento é de competência dos profissionais médicos(as) e enfermeiros(as).