



Diretrizes para o Cuidado à Saúde Reprodutiva



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Ceará (Estado). Secretaria da Saúde

Diretrizes para o cuidado à saúde reprodutiva
[livro eletrônico] / Ceará (Estado). Secretaria da
Saúde. -- Fortaleza, CE : Secretaria da Saúde do
Estado do Ceará, 2024. -- (Instrumentos técnicos e
informativos para o fortalecimento das políticas e o
cuidado integral à saúde)

PDF

Vários colaboradores.

Bibliografia.

ISBN 978-85-5326-079-9

1. Adolescentes - Saúde 2. Homens - Saúde
3. Mulheres indígenas 4. Mulheres negras
5. Saúde da mulher 6. Saúde reprodutiva I. Título.
II. Série.

CDD-612.6

NLM-WQ-205

24-219594

Índices para catálogo sistemático:

1. Reprodução humana : Ciências médicas 612.6

Eliane de Freitas Leite - Bibliotecária - CRB 8/8415

Governador do Estado do Ceará
Elmano de Freitas da Costa

Secretária da Saúde do Ceará
Tânia Mara Silva Coelho

**Secretário Executivo de
Vigilância em Saúde**
Antonio Silva Lima Neto

**Secretário Executivo de Atenção à
Saúde e Desenvolvimento Regional**
Lauro Vieira Perdigão Neto

**Secretário Executivo
Administrativo-financeiro**
Luiz Otávio Sobreira Rocha Filho

**Secretária Executiva de Atenção
Primária e Políticas de Saúde**
Maria Vaudelice Mota

**Secretária de Planejamento
e Gestão Interna**
Carla Cristina Fontenele Barroso

2024. Secretaria da Saúde do Estado.

Secretaria Executiva de Atenção
Primária e Políticas de Saúde (SEAPS)
Coordenadoria de Políticas em Gestão
do Cuidado Integral à Saúde (COGEC)

**Série: Instrumentos técnicos e
informativos para o fortalecimento
das Políticas e o Cuidado Integral à
Saúde**

Email: cogecsesa.ce@gmail.com



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

Coordenação Geral

Maria Vaudelice Mota

Secretária Executiva de Atenção Primária e Políticas de Saúde (SEAPS)

Luciene Alice da Silva

Coordenadora de Políticas de Gestão do Cuidado Integral à Saúde (COGEC/SEAPS)

Coordenação Técnica

Marley Carvalho Feitosa Martins

Assessora Técnica da Coordenadoria de Políticas de Gestão do Cuidado Integral à Saúde (COGEC/SEAPS)

Elaboração

Antônio Rodrigues Ferreira Junior

Coordenador da Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Evanézia de Araujo Oliveira

Assessora Técnica da Coordenadoria de Políticas de Assistência Farmacêutica e Tecnologia em Saúde (COPAF/SEAPS)

Isabel Maria Nobre Vitorino Kayatt

Assessora Técnica da Coordenadoria de Atenção Primária à Saúde (COAPS/SEAPS)

Débora Fernandes Britto

Médica Ginecologista/Assessora Técnica da Superintendência de Fortaleza (SRFOR/SESA)

Eliana Rodrigues Freitas

Responsável Técnica da Saúde Prisional do Estado do Ceará/SESA

Emilcy Rebouças Gonçalves

Médica da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC/UFC)

Flaviana Bezerra de Castro Alves

Distrito Sanitário Especial de Saúde Indígena/DSEI-Ceará

Jordana Farias da Silva

Assistente Técnica da Saúde Prisional do Estado do Ceará/SESA

Juliana Alencar Moreira Borges

Orientadora da Célula de Atenção Primária e Promoção da Saúde (CEPRI/SEAPS)

Léa Maria Moura Barroso Diógenes

Assessora Técnica da Célula de Informação e Respostas às Emergências em Saúde Pública (CEREM/COVEP/SEVIG)

Luciene Alice da Silva

Coordenadora de Políticas de Gestão do Cuidado Integral à Saúde (COGEC/SEAPS)

Maria Vilani de Matos Sena

Orientadora da Célula de Informação e Respostas às Emergências em Saúde Pública (CEREM/COVEP/SEVIG)

Marley Carvalho Feitosa Martins

Assessora Técnica da Coordenadoria de Políticas de Gestão do Cuidado Integral à Saúde (COGEC/SEAPS)



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

Mônica Medeiros de Vasconcelos

Coordenadora do Serviço de Planejamento Familiar do
Hospital Geral de Fortaleza/HGF

Rosy Denyse Pinheiro de Oliveira

Enfermeira Obstetra e Neonatal do Hospital Geral
César Cals (HGCC) e da Maternidade Escola Assis
Chateaubriand (MEAC)/QualiNEO Ceará.

Ana Valéria Escolástico Mendonça

Orientadora da Célula de Atenção à Saúde das
Populações Tradicionais, Povos Originários e Populações
Específicas – CEPOP/COAPS/SEAPS/SESA

Zenilda Vieira Bruno

Chefe da Divisão Médica- Maternidade Escola Assis
Chateaubriand (MEAC/UFC)

Colaboração

Almir de Castro Neves Filho

Médico do Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS)

Ana Maria Martins Pereira

Assessora Técnica da Célula
Materno-Infantil-Coordenadoria de Redes de Atenção à
Saúde- (CEMAI/CORAS/SEADE)

Isley Nayra de Lima Negromonte Barreto Assessora
Técnica da Coordenadoria de Políticas de Saúde e
Gestão do Cuidado (COGEC/SEAPS)

Flávio Lúcio Ponte Ibiapina

Médico/coordenador da Obstetrícia do Hospital Geral
César Cals (HGCC)

Jordana Parente Paiva

Médica da Maternidade Escola Assis Chateaubriand
(MEAC/UFC)

Márcia Lessa Fernandes Ribeiro

Assessora Técnica da Coordenadoria de Atenção
Primária à Saúde (COAPS/SEAPS)

Rosana Pereira Diógenes Parente

Médica do Instituto de Prevenção do Câncer do Ceará
(IPCC)

Saiwori de Jesus Silva Bezerra dos Anjos Professora
da Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará
(UECE)

Talyta Alves Chaves Lima

Assessora Especial da Secretaria Executiva de Atenção
Primária e Políticas de Saúde/SESA

Thalita Helena Christian Oliveira

Assessora Técnica da Coordenadoria de Políticas de
Saúde e Gestão do Cuidado (COGEC/SEAPS)

Revisão

Christina Cordeiro Benevides de Magalhães

Diretora Geral do Instituto de Prevenção do Câncer do
Ceará (IPCC)

Antônio Rodrigues Ferreira Junior

Coordenador da Pós-Graduação em Saúde Coletiva da
Universidade Estadual do Ceará (UECE)



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

Sumário

Apresentação.....	7
1. Saúde Reprodutiva – Marcos Legais.....	8
2. Saúde Reprodutiva.....	11
3. Planejamento Familiar.....	13
4. Métodos Contraceptivos.....	16
5. Medicamentos e insumos para saúde reprodutiva.....	24
6. Ações Preventivas à Saúde das Pessoas com ISTs e com HIV.....	27
7. Saúde Reprodutiva de jovens e adolescentes.....	36
8. Saúde Reprodutiva da Mulher Adulta.....	40
9. Saúde Reprodutiva da Mulher no Climatério.....	45
10. Saúde Reprodutiva da Mulher Negra.....	46
11. Saúde Reprodutiva da Mulher Indígena.....	47
12. Saúde Reprodutiva da Mulher com Deficiência.....	49
13. Saúde Reprodutiva dos Homens.....	51
14. Saúde Reprodutiva das Pessoas LGBTQIA+.....	53
15. Saúde Reprodutiva das Pessoas Privadas de Liberdade.....	56
16. Saúde Reprodutiva Inclusiva.....	61
Anexos.....	63
Referências.....	66

Apresentação

Este documento faz parte da Série: Instrumentos técnicos, gerenciais e informativos para implementação e fortalecimento das Políticas e o Cuidado Integral à Saúde, da Secretaria Executiva da Atenção Primária e Políticas de Saúde/ Coordenadoria de Políticas e Gestão do Cuidado Integral à Saúde.

Esse instrumento apresenta um conjunto de recomendações e de práticas baseadas em evidências científicas que contribuam para o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção, comunicação e cuidados à saúde sexual e reprodutiva no Estado do Ceará.

A elaboração dessa diretriz contou com a participação de representantes de diversas instituições do Estado do Ceará, técnicos, gestores, especialistas convidados, no intuito de elaborar um referencial teórico-prático sobre saúde reprodutiva numa perspectiva de abordagem integrada e colaborativa.

Considera-se que o acesso à informação e aos recursos para a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos são fundamentais para todas as pessoas sem discriminação, sem preconceitos ou privilégios. Portanto, é imperativo que os cuidados à saúde reprodutiva devam ser seguros, eficazes, acessíveis e adequados às necessidades de cada grupo populacional, reconhecendo o direito à igualdade de gênero e ao acesso universal aos serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva.

Maria Vaudelice Mota
Secretária Executiva de Atenção Primária e Políticas de Saúde (SEAPS)

1 – Saúde Reprodutiva: Marcos Legais

No âmbito Internacional, a partir da Declaração Universal dos Direitos Humanos, adotada no ano de 1948, a comunidade internacional, por meio da Organização das Nações Unidas (ONU), vem firmando em convenções internacionais um conjunto de direitos considerados básicos consagrados: Direitos Humanos.

1994 - Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD)-Cairo.

A Conferência destaca a promoção dos direitos humanos, a promoção da igualdade de gênero, a eliminação da violência contra as mulheres e a superação da imposição do governo sobre a vida reprodutiva de homens e mulheres como forma de controle do crescimento populacional (ONU, 1994).

1995 - IV Conferência Mundial sobre a mulher – realizada em Beijing-Pequim.

Nessa conferência foram reafirmados acordos estabelecidos no Cairo e avançou-se na definição dos direitos sexuais e direitos reprodutivos como parte dos princípios dos Direitos Humanos, tendo redigido, em seu parágrafo 96:

Os direitos humanos das mulheres incluem seu direito a ter controle e decidir livre e responsabilmente sobre questões relacionadas à sua sexualidade, incluindo a saúde sexual e reprodutiva, livre de coação, discriminação e violência. Relacionamentos igualitários entre homens e mulheres nas questões referentes às relações sexuais e à reprodução, inclusive o pleno respeito pela integridade da pessoa, requerem respeito mútuo, consentimento e divisão de responsabilidades sobre o comportamento sexual e suas consequências.

2015 - Agenda 2030 – ONU Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS).

A agenda é um Plano Global, elaborada em 2015, adotada por 193 Estados-membros da Organização das Nações Unidas (ONU), composta por 17 objetivos, com diferentes temas, desdobrados em 169 metas.

A Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva foram reafirmadas pela Agenda 2030 nas seguintes Metas¹:

Meta 3 (3.7): “assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais”.

¹ Objetivos do Desenvolvimento Sustentável 3 (Saúde e Bem-Estar) e 5 (Igualdade de Gênero). Disponíveis em <<https://brasil.un.org/pt-br/sdgs/3>> e <<https://brasil.un.org/pt-br/sdgs/5>>.

Meta 5 (5.6): *“assegurar o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva e os direitos reprodutivos, como acordado em conformidade com o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, com a Plataforma de Ação de Pequim e os documentos resultantes de suas conferências de revisão”.*

Destacam-se alguns avanços nas políticas públicas brasileiras:

1984 - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM).

O programa faz abordagem integral da saúde da mulher em todas as fases do seu ciclo vital. Consolidou as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços no âmbito do Movimento Sanitário, o que embasou a formulação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 1984).

1996 - Lei do Planejamento Familiar Nº 9.263/1996 - Regula o §7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar. Alterada pela Lei nº 14.443, de 2 de setembro de 2022, para determinar prazo para oferecimento de métodos e técnicas contraceptivas e disciplinar condições para esterilização.

2004 - Proposta de Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM).

Essa proposta de política e plano de ação foi elaborada pelo Ministério da Saúde, estruturada em dois documentos: o primeiro, “Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes”, objetivos gerais e específicos, estratégias, referentes a cada objetivo. O segundo documento, Plano de Ação 2004-2007.

2005 - Direito ao acompanhante no parto. Lei Nº 11.108 de 7 de abril de 2005.

Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

2011 - Rede Cegonha - Portaria Nº 1.459/ GM/MS de 24 de junho de 2011.

Consiste em uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, tendo como objetivos: I - Fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses. II- Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade e III- Reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.

2011 - Política Nacional de Saúde Integral LGBT" - Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais - Portaria N° 2836 de 1º de dezembro de 2011.

Esta política objetiva promover a saúde integral desta população, eliminando a discriminação e o preconceito institucional e contribuindo para a redução das desigualdades e para consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo.

2022 - Planejamento Familiar. Lei N° 14.443, 2 de setembro de 2022.

Esta Lei altera a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, para determinar o prazo para oferecimento de métodos e técnicas contraceptivas e disciplinar condições para esterilização no âmbito do planejamento familiar.

2 – Saúde Reprodutiva

Os direitos sexuais e reprodutivos são direitos humanos, reconhecidos em leis nacionais e documentos internacionais. Incluem o direito à vida, à sobrevivência, ao desenvolvimento, à educação, à informação e devem ser assegurados a todos os seres humanos, sem discriminação.

Os **Direitos Humanos** são direitos fundamentais de toda pessoa sem distinção, independentemente do sexo, da orientação sexual, da raça, da etnia, da idade ou da religião. São considerados fundamentais, indispensáveis a qualquer pessoa para que ela possa viver com dignidade, liberdade de opinião e expressão na sociedade (ONU, Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948).

Esses direitos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência [...] (Programa de Ação do Cairo, 1995).

2.1 – Saúde Sexual

A saúde sexual significa, de forma ampla, o exercício da sexualidade com bem-estar físico, emocional e social de todas as pessoas, independente do gênero, livres de coerção, violência e discriminação. Implica que todas as pessoas tenham acesso ao aconselhamento e cuidados relacionados à sexualidade, à identidade sexual e a relações sexuais seguras e protegidas (OMS, 2020).

2.2 – Saúde Reprodutiva

Compreende a possibilidade de cada ser humano decidir livremente se quer ou não ter filhos/as, com quem, quantos, quando, acesso aos serviços e insumos necessários para a garantia desse direito. Um planejamento reprodutivo adequado só é possível quando há acesso a informações de qualidade sobre a fecundidade e o corpo, bem como acesso aos serviços de saúde, informações e métodos contraceptivos eficientes e seguros.

2.3 – Cuidados à Saúde Reprodutiva

Os serviços de saúde com atendimento em saúde reprodutiva, deverão nortear suas ações, entre outras:

- Humanização no atendimento, sem discriminação em relação à orientação sexual, classe social, gênero, idade ou religião, e sem qualquer forma de preconceito;
- Privacidade, sigilo, segurança de dados e informações;
- Ampliação de serviços em saúde reprodutiva, disponibilização e acesso aos medicamentos e insumos;
- Informações adequadas, de fácil compreensão e de forma imparcial;
- Inclusão do planejamento familiar em todos os serviços de atenção à saúde da mulher;
- Cuidado à saúde reprodutiva em conformidade à orientação sexual;
- Qualificação dos profissionais de saúde de todos níveis de atenção, com ênfase na saúde sexual e saúde reprodutiva;
- Redução de gravidez não planejada e/ou precoce, e consequentemente, dos danos do aborto inseguro;
- Trabalho em rede, de forma articulada, integrada, com cuidado longitudinal e ações intersetoriais;
- Inclusão do homem em todas as ações da saúde reprodutiva, com responsabilidades compartilhadas, baseadas na igualdade de gênero e na garantia dos direitos sexuais e reprodutivos;
- Produção e disseminação de conhecimentos na área da saúde reprodutiva;
- Distribuição de insumos, medicamentos e métodos contraceptivos, com base em dados populacionais, epidemiológicos e critérios técnicos.

3 – Planejamento Familiar

Toda pessoa têm o direito de decidir se quer ou não ter filho(a), quantos, em que momento, dispor de acesso aos métodos e técnicas para a concepção e a anticoncepção, de informações, acompanhamento por profissional da saúde, o direito de exercer sua sexualidade e reprodução de forma livre escolha e informada, sem discriminação, imposição e violência.

O Planejamento Familiar é parte integrante de um conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde.²

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.

A Constituição de 1988, Art. 226, §7º, fundamentado nos princípios da dignidade humana e paternidade responsável, ressalta que o **Planejamento Familiar** é livre decisão do casal. Cabe ao Estado (Poder Público) propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, **vedada qualquer forma coercitiva** por parte de instituições oficiais ou privadas.

Responsabilidade dos Gestores do SUS:

A Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, estabeleceu um conjunto de ações e responsabilidades para os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), no que diz respeito à saúde reprodutiva, devendo garantir programa de atenção integral à saúde da mulher e do homem, em todos os níveis de atenção, que incluam, **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 e a prevenção das Infecções sexualmente transmissíveis;
- V. O Controle e a prevenção dos cânceres cérvico-uterino, de mama, de próstata e de pênis³;

² Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o §7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Alterada pela Lei nº 14.443, de 2 de setembro de 2022., para determinar prazo para oferecimento de métodos e técnicas contraceptivas e disciplinar condições para esterilização no âmbito do planejamento familiar.

³ Lei nº 13.045, de 25 de novembro de 2014. Altera as Leis nºs 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que "regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências".

VI. A promoção de treinamento de recursos humanos, com ênfase na capacitação do pessoal técnico, visando a promoção de ações de atendimento à saúde reprodutiva.

Responsabilidade dos profissionais da saúde:

Para concretização das ações de planejamento familiar, os gestores do SUS devem garantir infraestrutura necessária ao funcionamento dos serviços de saúde, pessoal capacitado, recursos materiais, tecnológicos, medicamentos e insumos para o atendimento de forma permanente, articulada à rede de serviços.

A assistência à anticoncepção deve ser realizada de forma integrada entre os profissionais, envolvendo: **aconselhamento, educação em saúde e acompanhamento clínico.**

I - Aconselhamento:

Possibilitar a escolha informada mediante esclarecimentos sobre cada método, em conformidade às necessidades específicas de cada pessoa, em ambiente adequado que contemple a privacidade.

- Promover comunicação empática com escuta qualificada, com estabelecimento de vínculo e confiança;
- Considerar o contexto de vida da pessoa ou do casal, os aspectos sociais, econômicos, ambientais, culturais e pessoais;
- Disponibilizar informações claras e objetivas, com linguagem simples e compreensiva, e em acordo com as evidências científicas atualizadas.

II - Educação em Saúde

Promover ações educativas individuais ou em grupo, coordenada por profissional capacitado, de preferência antes da consulta clínica.

- Garantir acesso às informações sobre os métodos contraceptivos: implicações de uso, benefícios, limitações, eficácia, efeitos secundários e riscos para a saúde;
- Orientar sobre seu corpo e o autocuidado, fortalecendo a autoestima e a autonomia;
- Considerar o conhecimento prévio dos(as) participantes, permitindo a troca de experiências;
- Formar grupos homogêneos e específicos;
- Motivar e mobilizar lideranças comunitárias como agentes de mudança;
- Abordar as questões de gênero e mitos relacionados a utilização de métodos contraceptivos;

- Cada serviço deve utilizar o que melhor se adapte às suas disponibilidades de pessoal, de tempo, de espaço, capacidade instalada e demandas da população.

III - Acompanhamento Clínico:

Realizar atividades clínicas com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. A primeira consulta deve ser feita após as atividades educativas, incluindo:

- Anamnese, diagnóstico precoce, tratamento dos agravos e prevenção de danos relacionados à saúde reprodutiva, avaliando necessidades de encaminhamento;
- Exame físico geral e ginecológico;
- Ações de prevenção e tratamento de ISTs, rastreamento e prevenção do câncer de colo de útero, mama, pênis e próstata;
- Avaliação de critérios de elegibilidade para o uso de métodos contraceptivos, considerando as indicações clínicas e limitações, ponderando os riscos e benefícios;
- Descartar a condição de gravidez, para prescrição da contracepção quando desejada;
- Encorajar cada cliente para que se sinta à vontade para retornar quando quiser—caso tenha alguma alteração importante em sua saúde, dúvidas ou queira usar outro método.

4 – Métodos Contraceptivos

A assistência em anticoncepção pressupõe a oferta de todas as alternativas de métodos contraceptivos, bem como o conhecimento de suas indicações, contraindicações e implicações de uso, garantindo à mulher, ao homem ou ao casal os elementos necessários para a opção livre e consciente do método que a eles melhor se adapte. Pressupõe, ainda, o devido acompanhamento clínico-ginecológico, independentemente do método escolhido (NICE, 2023).

4.1 – Fatores a serem considerados:

- Individuais e situacionais (saúde, personalidade, estilo de vida, idade, padrão de comportamento sexual);
- Proteção às Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs);
- Características dos métodos: eficácia; efeitos secundários; aceitabilidade; disponibilidade; facilidade de uso; reversibilidade.

4.2 – Critérios de elegibilidade:

- Realizar avaliação sobre a elegibilidade para os métodos contraceptivos: histórico obstétrico, familiar, menstrual, estilo de vida e comportamento sexual;
- Fornecer informações sobre os riscos, benefícios, vantagens e desvantagens;
- Excluir a possibilidade de gravidez;
- Garantir o consentimento informado com assinatura dos Termos de autorização (anexos) para a prescrição de métodos definitivos.

Mediante as queixas de efeitos colaterais ou problemas relacionados ao uso do método contraceptivo, ouça suas preocupações, aconselhe-a e, se conveniente, trate-os. Para uma mulher cujos efeitos colaterais persistem, forneça apoio na escolha de outro método, caso ela assim o queira, ou se os problemas não puderem ser superados.

4.3 – Classificação dos Métodos Contraceptivos

Os métodos contraceptivos são recursos que podem ser naturais, medicamentosos ou cirúrgicos. Existem métodos femininos e masculinos, reversíveis e irreversíveis.

- Os métodos reversíveis são aqueles que, após a interrupção do uso, a fertilidade é retomada.
- Os métodos irreversíveis, são procedimentos cirúrgicos que visam a impedir a fertilização de forma irreversível, como a laqueadura tubária nas mulheres e a vasectomia nos homens.

Quadro 1 – Métodos Reversíveis e Irreversíveis.

Reversíveis	Irreversíveis ou Definitivos
Barreira: - Diafragma -Espermicida -Preservativo: masculino e feminino Hormonais: -Adesivo de pele contendo hormônios progesterona e estrogênio -Anel de uso intravaginal contendo hormônios progesterona e estrogênio -Contraceptivos orais combinados (COC) -Anticoncepcionais orais só de progestógeno (Minipílula) - Contracepção oral de emergência -Injetáveis - contendo progestógeno isolado ou em combinação com estrógeno, podendo ser de uso trimestral ou mensal. Ação prolongada: long-acting reversible contraception -(LARC): -Dispositivo Intrauterino de Cobre (DIU de cobre) -Dispositivo Intrauterino Hormonal - Implante Subdérmico com progestógeno.	Esterilização feminina: Laqueadura tubária (LT) Esterilização masculina: Vasectomia

Fonte: OMS, 2015

4.3.1 – Métodos Contraceptivos Reversíveis de Barreira

Diafragma

Anel feito de silicone ou látex, bordas firmes e flexíveis. O método é uma opção importante para mulheres que não se adaptam aos métodos hormonais e pode ser interrompido a qualquer momento, praticamente não apresenta efeitos colaterais, nem contra indicações.

Preservativos: masculino e feminino

Dispositivos utilizados pelo homem ou pela mulher, que atuam como obstáculos mecânicos, impedindo o acesso do espermatozóide no trato genital feminino.

4.3.2 – Métodos Contraceptivos Reversíveis Hormonais

Contraceptivos orais combinados

Contêm dois hormônios similares produzidos pelos ovários da mulher: o estrogênio e a progesterona. Funcionam, primariamente, impedindo a liberação de óvulos pelos ovários (ovulação).

- Podem ser usadas por quase todas as mulheres com segurança e eficácia;
- Devem ser tomadas sem interrupções, durante 21 dias, de preferência no mesmo horário, todos os dias;
- Uso por mulheres a partir da primeira menstruação, desde que não apresentem nenhuma contraindicação para o seu uso;
- Não deve ser utilizada durante a amamentação, pois interfere na qualidade e na quantidade do leite materno.

Anticoncepcionais orais de progestógeno (Minipílula)

- Contém apenas um dos hormônios, a progesterona;
- Mais indicada durante a amamentação, iniciando o seu uso na 6ª semana após o parto.

Contracepção oral de emergência

- Atuam inibindo ou retardando a ovulação, alterando o transporte do óvulo (altera a mobilidade tubária) e dos espermatozoides e modificando o muco cervical;
- Podem prevenir a gravidez quando tomadas preferencialmente em um prazo de até 72 horas após a relação sexual desprotegida. Quanto antes forem ingeridas, maior será a sua eficácia;
- Destina-se ao uso em situações de emergência, tais como: após relação sexual desprotegida, uso incorreto de anticoncepcionais orais ou injetáveis, rompimento do preservativo, deslocamento do diafragma ou sua retirada antes de seis horas após a última relação sexual, deslocamento ou expulsão do DIU ou, ainda, em caso de estupro (Brasil, 2006);
- A prioridade é o uso de anticoncepcionais regulares e a proteção contra IST/AIDS.

Anticoncepcionais injetáveis

Os anticoncepcionais injetáveis são produzidos por hormônios similares aos das mulheres. Existem dois tipos de injetáveis: injetável mensal e injetável trimestral.

- As injeções mensais são compostas de estrogênio e progesterona;
- Com a interrupção da injeção mensal, a fertilidade da mulher logo retorna;
- Com o uso da injeção trimestral, é muito frequente a mulher ficar em amenorreia por até um ano e, o retorno da fertilidade (ovulação) pode ocorrer, em média, cerca de nove meses após a última injeção (OPAS, 2018);
- A injeção trimestral pode ser usada durante a amamentação e, nesse caso, seu uso deve ser iniciado seis semanas após o parto;
- A amenorréia após a interrupção de injeções trimestrais não significa que a mulher esteja protegida contra a gravidez, se ela tiver relações sexuais desprotegidas, deve ser administrado um novo método;
- As mulheres que desejam gestar dentro de um a dois anos devem ser orientadas sobre a possível duração prolongada do efeito deste método contraceptivo para considerar a troca do método.

4.3.3 – Métodos Contraceptivos Reversíveis de Longa Duração (LARCs)

Os métodos contraceptivos reversíveis de longa duração (LARCs, sigla em inglês para *Long-Acting Reversible Contraception*) são opções seguras de alta eficácia para evitar a longo prazo a gestação não planejada, sem a necessidade da intervenção diária da paciente. Possuem diversas vantagens em relação aos outros métodos contraceptivos: início de ação efetiva após a inserção; rápido retorno à fertilidade com a descontinuação; ideal para o período do puerpério por não afetar o sistema de coagulação ou lactação (Zaconeta et al, 2019).

Dispositivo Intrauterino (DIU)

- É um dispositivo de caráter temporário e reversível;
- Deve ser inserido por um profissional treinado;
- Pode ser retirado quando a pessoa desejar, permitindo o retorno da fertilidade imediatamente;
- Não interfere nas relações sexuais nem na qualidade ou quantidade do leite materno.

Classificação: DIU de cobre e o DIU Hormonal (Mirena)

DIU de cobre: Melhor custo-benefício – custo baixo e disponível na rede pública; Prático e de longa ação – dura até 10 anos após a sua inserção; Retorno rápido à fertilidade; Não interfere na lactação.

Sistema Intrauterino (DIU) Hormonal: possui levonorgestrel, funciona pela supressão do crescimento da membrana que recobre a parede da cavidade uterina (endométrio). É absorvido

pelo organismo em uma quantidade bem inferior a outro anticoncepcional hormonal, reduzindo os riscos de efeitos colaterais e trombose.

- Para a inserção do DIU, recomenda-se o registro de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE;
- Uma via do termo deve ser entregue à paciente;
- O estabelecimento de saúde que realiza a inserção do DIU deve disponibilizar atendimento para casos de intercorrências, ou estar vinculado a um serviço que o faça.

(Nota Técnica/MS Nº31/2023-Art. 2.20)

Implante Hormonal Subdérmico⁴

- Possui elevada eficácia e longa duração, sendo imediatamente reversíveis após a remoção;
- A colocação e a remoção devem ser feitas por um profissional treinado para este fim;
- Recomendáveis inclusive em populações de maior risco (adolescentes, fumantes, puérperas, pós-aborto).



Incorporar o implante subdérmico de etonogestrel, condicionada à criação de programa específico, na prevenção da gravidez não planejada para mulheres em idade fértil; em situação de rua; com HIV/AIDS em uso de dolutegravir; em uso de talidomida; privadas de liberdade; trabalhadoras do sexo; e em tratamento de tuberculose em uso de aminoglicosídeos, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

Quando a mulher deve buscar atendimento após a inserção dos LARCS

- Mediante os sintomas de doença inflamatória pélvica (aumento ou dor aguda na parte inferior do abdômen, dor durante o sexo, descarga vaginal incomum, febre, calafrios, náusea e/ou vômitos), especialmente nos primeiros 20 dias após a inserção;
- Toda mulher deve retornar à consulta de revisão entre 30 a 45 dias após a inserção dos LARCS.

Dada a situação de elevados índices de infecções sexualmente transmissíveis, torna-se imprescindível a abordagem da prevenção com ênfase na dupla proteção – uso combinado do preservativo masculino ou feminino com outro método anticoncepcional - tendo como finalidade, promover a proteção simultânea contra a gravidez inesperada e a prevenção da infecção pelo HIV/Aids e outras IST.

⁴ Portaria SCTIE/MS Nº 13, de 19 de Abril de 2021, (Art. 1º).

4.3.4 – Métodos Contraceptivos Definitivos: Esterilização Voluntária Masculina e Feminina

A Lei nº 14.443/2022, alterou a Lei nº 9.263/1996, para disciplinar as condições para o acesso à esterilização voluntária no âmbito do planejamento familiar. As alterações trazidas pela nova redação dizem respeito principalmente aos métodos contraceptivos definitivos: a laqueadura tubária e a vasectomia.

Principais alterações na Lei⁵:

Quadro 2 - Critérios para esterilização, métodos e técnicas contraceptivas, de acordo com a legislação.

Idade para realização de esterilização cirúrgica (Vasectomia e Laqueadura)
Em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de 21 (vinte e um) anos de idade ou, pelo menos, com 2 (dois) filhos vivos.
Manifestação da vontade
É condição para realização do procedimento cirúrgico, o registro de manifestação expressa da vontade em documento escrito e firmado. Observar o prazo mínimo de 60 (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, inclusive aconselhamento por equipe multidisciplinar (Art. 10). Não será considerada a manifestação da vontade, ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente.
Esterilização durante o parto
A esterilização cirúrgica em mulher durante o período de parto será garantida se observado o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico.
Consentimento para realização de laqueadura ou vasectomia
Não é mais necessário o consentimento expresso de ambos os cônjuges para a realização de laqueadura tubária ou vasectomia.

Fonte: Lei nº 14.443, de 02 de setembro de 2022.

OBSERVAÇÕES:

- A maternidade poderá realizar o procedimento no momento do parto somente mediante a indicação da via de parto, conforme critérios clínicos analisados pela equipe;
- Na indicação de cesariana, o procedimento será realizado durante o ato cirúrgico (procedimento: Parto Cesariano com Laqueadura Tubária - 04.11.01.004-2);
- Em caso de parto normal, poderá realizar laqueadura tubária com incisão periumbilical (procedimento: Laqueadura Tubária – código 04.09.06.018-6);

⁵ Lei nº 14.443, de 02 de setembro de 2022.

- Caso não seja possível realizar o procedimento no momento do parto a gestante deverá ser encaminhada ao procedimento de forma eletiva após o puerpério, que poderá ser pela própria maternidade (caso disponha deste serviço) ou solicitar o devido encaminhamento na Atenção Primária à Saúde.

Consequências da realização da esterilização em desacordo com a lei:

- **Pena de dois a oito anos de reclusão e multa.**
- **A pena pode ser aumentada em um terço nas seguintes situações:**
 - I. Durante o parto ou aborto sem manifestação prévia de 60 dias;
 - II. Manifestação da vontade 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. Em cirurgias de histerectomia e ooforectomia (retirada de útero e ovários, respectivamente);
 - IV. Em pessoa absolutamente incapaz, sem autorização judicial;
 - V. Na cesárea indicada exclusivamente para esterilização.

Credenciamento de novos serviços.

- I. Os estabelecimentos de saúde devem solicitar ao seu respectivo gestor de saúde por meio da ficha, o registro das habilitações no Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES, após as devidas deliberações na instância da Comissão Intergestores Bipartite (CIB)⁶⁶;
- II. Cabe aos gestores municipais de saúde que possuem a gestão do teto da média e alta complexidade, procederem ao credenciamento das unidades de saúde para a realização dos procedimentos.

Crítérios para Credenciamento no âmbito do SUS.

- I. Autorização do gestor estadual ou municipal;
- II. Promover o acesso a todos os métodos contraceptivos disponíveis no SUS, abrangendo os convencionais e os reversíveis, disponíveis na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) vigente;
- III. Comprovação da existência de médicos capacitados para realização do procedimento.

Ambos os procedimentos estão incorporados ao SUS, com os seguintes códigos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (Portaria SAES/MS nº. 405/2023):

⁶⁶ Art. 222 e o Anexo XXXIX da Portaria de Consolidação Nº 1, de 22 de fevereiro de 2022.

04.09.04.024-0 - Vasectomia

04.09.06.018-6 - Laqueadura tubária

04.11.01.004-2 - Parto cesariano c/ laqueadura tubaria

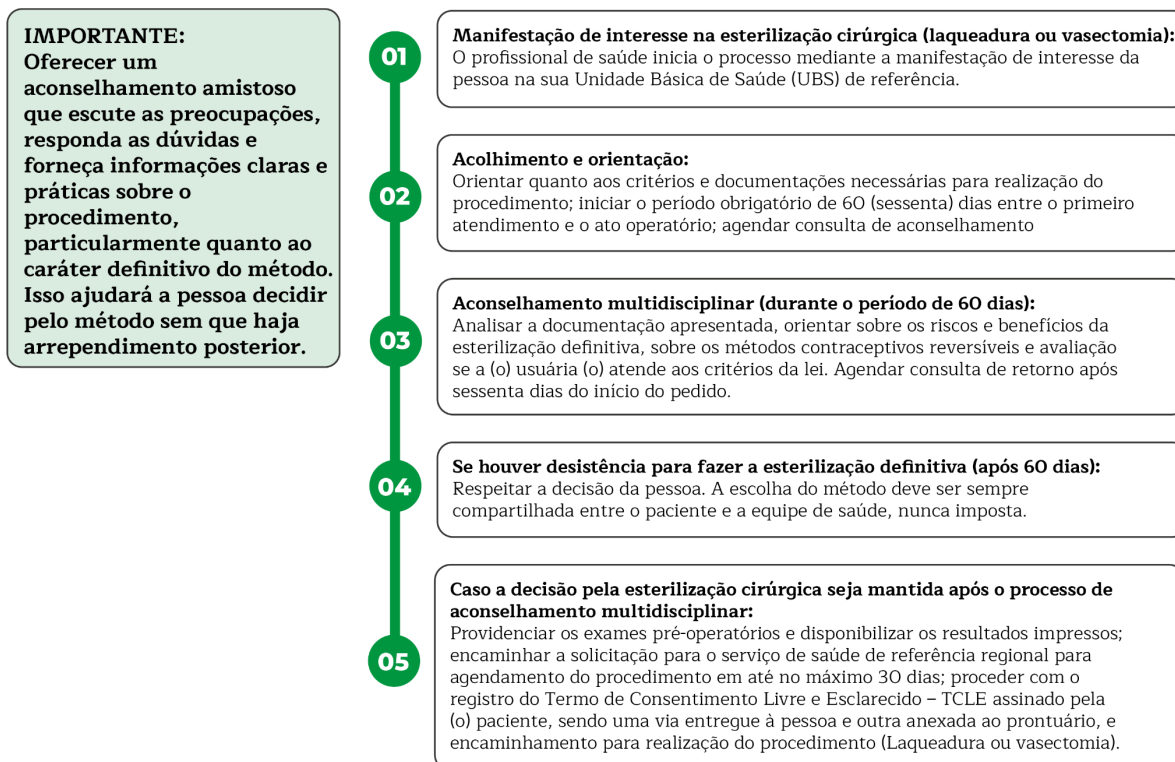


Responsabilidades da Atenção Primária em Saúde em relação à Esterilização Voluntária.

- I. Iniciar o processo mediante a manifestação do interesse da pessoa na sua Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência;
- II. Inserir a solicitação de consulta na especialidade de ginecologia ou urologia;
- III. Apresentar o conteúdo descritivo mínimo no encaminhamento, para que o médico regulador possa priorizar adequadamente os casos;
- IV. Realizar busca ativa de pacientes em pós-operatório, orientando sobre possíveis sinais de complicação e cuidado.

Organização do Fluxo para a realização da Esterilização Voluntária.

Com o intuito de assegurar o direito estabelecido pela nova lei, os gestores devem reorganizar a rede de atenção à saúde, abrangendo a atenção primária à saúde e serviços especializados ambulatoriais e hospitalares, respeitando o seguinte fluxo (Brasil, 2022):



5 – Medicamentos e insumos para a Saúde Reprodutiva

Os medicamentos contraceptivos e insumos do Programa Saúde da Mulher são adquiridos de forma centralizada pelo Ministério da Saúde (MS) e distribuídos aos Estados no sentido de contribuir para o planejamento familiar e para redução da morbidade e mortalidade feminina e melhoria da atenção obstétrica⁷.

"Art. 36. Cabe ao Ministério da Saúde o financiamento e a aquisição dos medicamentos contraceptivos e insumos do Programa Saúde da Mulher, constantes do Anexo I e IV da RENAME vigente, sendo a sua distribuição realizada nos seguintes termos: (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 6º)

I -A entrega é direta ao Distrito Federal, aos Municípios das capitais dos Estados e aos Municípios com população superior a 500.000 (quinhentos mil) habitantes; e (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 6º, I)

II - Nas hipóteses que não se enquadrarem nos termos do inciso I do "caput", entrega às Secretarias Estaduais de Saúde para posterior distribuição aos demais Municípios. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 6º, II)"

"Art. 37. Os quantitativos dos medicamentos e insumos do Programa Saúde da Mulher (...) de que tratam os arts. 35 e 36 do Anexo XXVIII serão estabelecidos conforme os parâmetros técnicos definidos pelo Ministério da Saúde e a programação anual e as atualizações de demandas encaminhadas ao Ministério da Saúde pelas Secretarias Estaduais de Saúde com base de cálculo nas necessidades dos Municípios. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 7º).

5.1 – Acesso aos medicamentos e insumos para a Saúde Reprodutiva:

- I. Os municípios são responsáveis pela programação desses medicamentos/insumos e devem contar com equipe multidisciplinar, considerar a população alvo, os dados epidemiológicos, a organização e a oferta dos serviços;
- II. A dispensação desses medicamentos/insumos é realizada pelas farmácias das Unidades Básicas de Saúde ou nas farmácias indicadas pela gestão municipal (Farmácia Central, CAF);
- III. A pessoa deverá apresentar os documentos de acordo com a padronização de cada município (prescrição do medicamento, comprovante de identidade, comprovante de endereço, cartão nacional de saúde);
- IV. A Unidade deverá registrar no Sistema Hórus, para que as informações geradas contribuam com a programação e acompanhamento da utilização dos medicamentos (Brasil, 2017b);
- V. Ressalta-se a importância do uso do Cartão Nacional de Saúde - CNS, documento este inserido nos sistemas de informatização em saúde que identificam os indivíduos, sejam quanto ao status de usuários operadores e profissionais de saúde.

⁷Art. 36 e 37 da Port.de Consolidação Nº 02/2017 de 28 de setembro de 2017.

5.2 – Disponibilização de métodos contraceptivos no Sistema Único de Saúde (SUS):

- I. Os métodos contraceptivos disponíveis no SUS são apresentados na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME);
- II. Os medicamentos e insumos do Programa de Saúde da Mulher, incluindo os métodos contraceptivos, presentes na RENAME são comprados de forma **centralizada** pelo Ministério da Saúde e distribuídos **trimestralmente** aos Municípios, conforme Portaria de Consolidação nº 2/2017, de 28/09/2017, Anexo XXVIII, Título III, Capítulo II;
- III. Compete à **gestão local** realizar o levantamento das mulheres em idade fértil e da demanda pelos insumos no território e adotar os fluxos de disponibilização dos mesmos, bem como a divulgação dos referidos fluxos na Rede SUS.

Quadro 3 - Medicamentos e insumos adquiridos pelo Ministério da Saúde:

Medicamento / Insumos	Apresentação
Acetato de medroxiprogesterona	150 mg/mL - suspensão injetável trimestral
Enantato de noretisterona + valerato de estradiol	50 mg/mL + 5 mg/mL - solução injetável mensal
Etinilestradiol + levonorgestrel	0,03 mg + 0,15 mg - comprimido combinado
Levonorgestrel	0,75 mg - comprimido de emergência
Noretisterona	0,35 mg - comprimido
Medroxiprogesterona acetato + estradiol cipionato	25 mg + 5 mg/mL - suspensão injetável mensal
Dispositivo Intrauterino (DIU)	Modelo T 380 mm2
Diafragma e anéis medidores	60 mm de diâmetro 65 mm de diâmetro 70 mm de diâmetro 75 mm de diâmetro 80 mm de diâmetro 85 mm de diâmetro

Fonte: CGAFB/DAF

5.3 – Acesso aos Medicamentos e Insumos pelo Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB):

- I. A pessoa deverá comparecer à Farmácia credenciada ao programa, apresentar os seguintes documentos: Documento oficial com foto e número do CPF ou documento de identidade que conste o número do CPF; Receita médica dentro do prazo de validade (365 dias para anticoncepcionais);

- II. A Farmácia cadastrada no programa verificará os dados pessoais, os dados da receita e, em seguida, acessará o sistema para processar a dispensação do medicamento;
- III. Após efetuada a dispensação, serão emitidos dois (02) cupons: Fiscal e Vinculado. O Cupom Vinculado deverá ser obrigatoriamente assinado pelo próprio usuário;
- IV. Para ser aceita pelo Programa Farmácia Popular, a receita deverá conter obrigatoriamente carimbo e assinatura do médico, endereço do estabelecimento de saúde, data da prescrição, nome e endereço do paciente.

Quadro 4 - Medicamentos disponibilizados pelo Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB):

MEDICAMENTO / INSUMOS	Apresentação
Acetato de medroxiprogesterona	150 mg/mL - suspensão injetável trimestral
Etinilestradiol + levonorgestrel	0,03 mg + 0,15 mg - comprimido combinado
Noretisterona	0,35 mg - comprimido
Valerato de estradiol + enantato de noretisterona	5 mg/mL + 50 mg/mL - solução injetável mensal

5.4 - Acesso aos Métodos de Longa Duração adquiridos pela Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA/CE) aos Hospitais:⁸

- I. **Sistema Intrauterino Liberador de Levonorgestrel 52 mg:** adquirido pelo Pregão para as Unidades com demanda conforme quantidades planejadas na licitação e referência para a distribuição para os Hospitais: Hospital Geral de Fortaleza; Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar; Instituto de Prevenção do Câncer e Hospital Geral Dr. César Cals.
- II. **Implante Subdérmico de Etonogestrel 68 mg:** adquirido pelo Pregão com demanda para o Hospital Geral de Fortaleza (HGF).

Considerando que a compra se destina a atendimentos ambulatoriais dos hospitais, os referidos medicamentos não integram a Relação Estadual de medicamentos (RESME/2023).

⁸ Informações adquiridas pela Coordenadoria de Políticas de Assistência Farmacêutica e Tecnologia em Saúde (COPAF/SEAPS/SESA).

6 – Ações Preventivas à Saúde Reprodutiva das pessoas com ISTs e HIV

Aos profissionais da saúde cabe oferecer orientações às pessoas com vida sexual ativa e em suas práticas, com o intuito de ajudá-las a reconhecer e minimizar seu risco⁹.

6.1 – Relação de Confiança:

- I. Estabelecer relação de confiança para garantir a qualidade do atendimento;
- II. Promover informação/educação em saúde e assegurar um ambiente de privacidade, com tempo e disponibilidade para o diálogo, garantindo a confidencialidade e sigilo das informações;
- III. Realizar o tratamento dos contatos sexuais das pessoas infectadas para interromper a cadeia de transmissão das IST.

6.2 – Consulta Clínica:

- I. Anamnese para a identificação das diferentes vulnerabilidades;
- II. Coleta de amostras para os exames rápidos ou laboratoriais indicados na primeira consulta;
- III. Prescrição e orientações de tratamento, além da definição de estratégia para seguimento e atenção às parcerias sexuais e o acesso aos insumos de prevenção;
- IV. Rastreamento e o diagnóstico de infecções assintomáticas.

6.3 – Infraestrutura

O acesso aos serviços envolve infraestrutura, equipamentos, insumos, recursos financeiros e humanos e educação permanente. Esses serviços devem ter condições mínimas de atendimento, além de estar inseridos em uma rede de atenção que possibilite o encaminhamento para níveis mais complexos, quando necessário.

6.4 – Métodos Combinados de Prevenção às IST e ao HIV:

O termo “Prevenção Combinada” remete à conjugação de diferentes ações de prevenção às IST, ao HIV e às hepatites virais e seus fatores associados, considerando as especificidades dos sujeitos e dos seus contextos, com ações centradas nas pessoas, nos grupos a que elas pertencem e na sociedade em que estão inseridas.

⁹ Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)

(https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf/view)

Os métodos combinados de prevenção (Prevenção Combinada) às IST's e ao HIV buscam alcançar um impacto máximo na redução de novas infecções ao combinar estratégias **comportamentais, estruturais e biomédicas** baseadas nos direitos humanos e em evidências, no âmbito individual e coletivo, considerando contextos locais.

As pessoas podem escolher usar uma dessas ferramentas de cada vez ou combiná-las de acordo com seu momento e preferências pessoais (Figura 1).

Figura 1 - Mandala da Prevenção Combinada



Fonte: DCCI/SVS/MS.

6.4.1 - Tipos de intervenções:

Estratégias Comportamentais - Envolvem mudanças no comportamento das pessoas para reduzir o risco de infecção pelo HIV, incluem:

- Participação em programas de educação sobre saúde sexual;
- Testagem regular do HIV para identificar precocemente a infecção e receber tratamento adequado;
- Adesão à terapia antirretroviral (TARV), para controlar a infecção pelo HIV e prevenir sua progressão para a AIDS;
- Redução de danos: acesso a programas de redução de danos, que podem reduzir o risco de transmissão do HIV;
- Uso consistente e correto de preservativos durante o sexo vaginal, anal e oral.

Estratégias Estruturais - Envolvem mudanças no ambiente social, econômico ou político para reduzir o risco de infecção pelo HIV, incluem:

- Acesso pleno a serviços de saúde de qualidade, incluindo serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento do HIV;
- Políticas públicas que promovam a igualdade de gênero, a proteção dos direitos humanos e o combate ao estigma e à discriminação das pessoas que vivem com HIV;
- Programas de prevenção do HIV adaptados às realidades e necessidades das populações-chave.

Estratégias Biomédicas - envolvem o uso de tecnologias médicas para prevenir a infecção pelo HIV. Algumas dessas estratégias incluem:

I. Ampliação do acesso e estímulo ao uso do preservativo em todas as relações sexuais:

- Disponibilizar os preservativos externo (peniano) e interno (vaginal) nos serviços de saúde em locais visíveis, para retirada livre e espontânea, de preferência em espaços de circulação dos(das) usuários(as), sem barreiras de atendimento;
- Desvincular o fornecimento dos preservativos à participação obrigatória de usuários(as) em palestras, reuniões ou consultas;
- Estabelecer a oferta e dispensação dos preservativos em toda a rede de serviços de saúde do SUS, incluindo: Unidades Básicas de Saúde (UBS), Estratégia de Saúde da Família (ESF), Equipes de Consultórios na Rua (ECR), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), Serviços de Atenção Especializada (SAE), Ambulatórios Trans, Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), maternidades, ações extramuros, dentre outros pontos de atenção estratégicos das Redes de Atenção à Saúde locais;
- Ampliar a disponibilização dos preservativos, tanto aos serviços de saúde do SUS, bem como a outros estabelecimentos: setores de Assistência Social (CRAS, CREAS), educação (escolas, universidades, escolas técnicas), cultura (teatros, cinemas, bibliotecas, festivais), Administração penitenciária (unidades prisionais, serviços de medidas socioeducativas), Secretaria de transportes (estações de trens, metrô, terminais de ônibus), setor privado, Organizações da Sociedade Civil, dentre outros (Nota Técnica N° 107/2023-CGAHV/DATHI/SVSA/MS);
- Estabelecer ou intensificar parcerias para identificar espaços de sociabilidade de populações em situação de maior vulnerabilidade no território, para disponibilização e oferta de preservativos.

Desenvolver estratégias de comunicação em saúde sobre a importância e acesso aos preservativos, considerando tratar-se do único método contraceptivo que tem dupla proteção, uma vez que evita ao mesmo tempo gravidez não planejada e ISTs.

II. Vacinação contra HPV:

- Fundamental para prevenir infecções sexualmente transmissíveis;
- Poderá ser administrado em dose única;
- Grupo prioritário: pessoas do sexo feminino e masculino de 09 a 14 anos de idade, adolescentes até 19 anos não vacinados e inclusão das pessoas portadoras de papilomatose respiratória recorrente (PRR) (Nota Técnica Nº 41/2024-CGICI/DPNI/SVSA/MS);
- Para PVHIV, pessoas transplantadas de órgãos sólidos ou medula óssea e pacientes oncológicos, a faixa etária indicada para imunização é de nove a 26 anos, sendo o esquema de vacinação composto por três doses (0, 2 e 6 meses) (Brasil, 2022).

III. Vacinação para pessoas com HIV:

- Indicada para todas as faixas etárias;
- **Crianças e adolescentes:** recomenda-se quatro doses da vacina hepatite B com intervalos de um mês após a primeira dose, 2 meses após a segunda dose e 4 meses após a terceira dose (0 – 1 – 2 – 6 meses), com o dobro do volume recomendado para a faixa etária;
- **Adultos e idosos:** a vacinação de hepatite B deve ser em quatro doses (0 – 1 – 2 – 6 meses), com o dobro do volume recomendado;
- **Gestantes:** iniciar ou completar o esquema para adultos, conforme registro vacinal, em qualquer idade gestacional;
- A vacinação é feita na Unidade Básica de Saúde (UBS) ou Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE) (1-3).

IV. Testagem regular e diagnóstico precoce das ISTs e HIV:

- Estabelecer o diagnóstico precoce (prevenção secundária), com o objetivo de reduzir a morbimortalidade do agravo rastreado em pessoas assintomáticas identificando a pessoa e suas parcerias sexuais;
- Incluir no rastreamento anual as pessoas de até 30 anos de idade com vida sexualmente ativa;
- Oportunizar a oferta dos testes rápidos de HIV, Sífilis e hepatites B e C à população no momento da ida às unidades de saúde: nas consultas de prevenção ginecológica, de hipertensão, diabetes, consulta odontológica, planejamento familiar, imunização de jovens;

- Disponibilizar o teste para realização durante todo o horário de funcionamento das unidades de saúde.

Os testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites virais estão disponíveis nas unidades primárias de saúde, SAES e centros de testagem e aconselhamento (CTA), devendo ser ofertados a população de acordo com o quadro abaixo, e na ausência do uso do preservativo externo ou interno, após 30 dias da última relação sexual desprotegida. Para o restante da população, a testagem para sífilis e demais ISTs não incluídas no Quadro abaixo dependerá da avaliação de risco, devendo fazer parte da abordagem de gerenciamento de risco (Brasil, 2022).

Figura 2 - Rastreamento das ISTs e HIV

QUEM	QUANDO			
	HIV*	Sífilis*	Clamídia* e Gonococo	Hepatite B e C
Adolescentes e jovens (≤ 30 anos)	Anual	Ver frequência conforme outros subgrupos populacionais ou práticas sexuais		
Gestante	Na primeira consulta do pré - natal (idealmente, no 1º trimestre da gestação); No início do 3º trimestre (28ª semana) No momento do parto, ou em caso de aborto/natimorto independentemente de exames anteriores; Em caso de aborto/natimorto, testar para sífilis, independentemente de exames anteriores;		Hepatite B; na primeira consulta do pré - natal (idealmente, no primeiro trimestre); Hepatite C; na primeira consulta do pré - natal.	Hepatite B; na primeira consulta do pré - natal (idealmente, no primeiro trimestre); Hepatite C; na primeira consulta do pré - natal.
GAYs e HSH	Semestral		Frequência conforme outros subgrupos populacionais ou práticas sexuais	Semestral a anual
Profissionais do sexo				
Travestis/ transexuais				
Pessoas que fazem uso abuso de álcool e outras drogas				
Pessoas com diagnóstico de IST	No momento do diagnóstico e 4 a 6 semanas após o diagnóstico de IST		No momento do diagnóstico	No momento do diagnóstico
Pessoas com diagnóstico de hepatites virais	No momento do diagnóstico	-	-	-
Pessoas com diagnóstico de Tuberculose	No momento do diagnóstico	-	-	-
PVHIV	-	Semestral	No momento do diagnóstico	Semestral a anual
Pessoas com práticas anal receptiva (passiva) sem uso de preservativos	Semestral			Semestral a anual
Pessoas privadas de liberdade	Anual	Semestral	-	Semestral a anual
Violência sexual	No atendimento inicial; 4 a 6 semanas após exposição e 3 meses após exposição	No atendimento e 4 a 6 semanas após a exposição.		Hepatite B: No atendimento inicial e de acordo com a profilaxia pós - exposição instruída; Hepatite C: No atendimento inicial, 4 a 6 semanas e 4 a 6 meses.
Pessoas em uso PrEP	Em cada visita ao serviço	Trimestral	Semestral	Trimestral
Pessoas com indicação de PEP	No atendimento inicial; 4 a 6 semanas após exposição e 3 meses após exposição	No atendimento inicial e 4 a 6 semanas após exposição.	No atendimento inicial e 4 a 6 semanas após exposição (Exceto nos casos de acidente com material biológico)	Hepatite B: No atendimento inicial e de acordo com a profilaxia pós - exposição instruída; Hepatite C: No atendimento inicial, 4 a 6 semanas e 4 a 6 meses.

Fonte: Departamento de HIV/AIDS, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DATHI)/ Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA)/ Ministério da Saúde (MS)

V. Profilaxia Pré-Exposição (PrEP):

- A Profilaxia Pré-Exposição (PrEP, do inglês *Pre-Exposure Prophylaxis*) ao vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) consiste no uso de antirretrovirais (ARV) orais para reduzir o risco de adquirir a infecção pelo HIV;
- A pessoa candidata ao uso da PrEP deve compreender no que consiste essa estratégia e como ela se insere no contexto do gerenciamento do seu próprio risco de adquirir a infecção pelo HIV, de forma a avaliar sua motivação para iniciar o uso da profilaxia;
- Enfatizar que o uso de PrEP não previne as demais infecções sexualmente transmissíveis (IST) ou as hepatites virais, sendo necessário, portanto, orientar a pessoa sobre o uso de preservativos e outras formas de prevenção;
- Convém reforçar que a efetividade dessa estratégia está diretamente relacionada ao grau de adesão à profilaxia. O uso diário e regular do medicamento é fundamental para a proteção contra o HIV;
- A prescrição da PrEP, no âmbito do SUS, é realizada por todos os profissionais de saúde atualmente habilitados à prescrição de medicamentos por força de lei, quais sejam, médicos e enfermeiros.

Acesse o endereço dos serviços com PrEP: Recomenda-se a investigação de sinais/sintomas de IST em todas as pessoas com exposição sexual de risco e avaliação de tratamento imediato.

No Ceará, a PrEP é disponibilizada em alguns serviços de referência. Acesso a endereço com a lista de serviços:

<https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/prevencao-combinada/pep-profilaxia-pre-exposicao/onde-encontrar-a-prep>

VI. Profilaxia Pós-Exposição (PEP):

- A Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, hepatites virais, sífilis e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST) consiste no uso de medicamentos para reduzir o risco de adquirir essas infecções;
- A medicação age impedindo que o vírus se estabeleça no organismo, por isso a importância de iniciar esta profilaxia dentro do prazo de até 72 horas;
- Toda exposição de risco ao HIV também deve ser avaliada como de risco para outras infecções sexualmente transmissíveis (IST);
- A investigação ativa de sinais/sintomas de IST deverá incluir as principais manifestações clínicas das IST, que são: corrimento vaginal, corrimento uretral, úlceras genitais e verrugas anogenitais. Entretanto, muitas pessoas com IST são assintomáticas ou apresentam sinais e sintomas leves e não percebem alterações.

Acesse o endereço dos serviços com PEP: Recomenda-se a investigação de sinais/sintomas de IST em todas as pessoas com exposição sexual de risco e avaliação de tratamento imediato.

No Ceará, a PEP é disponibilizada em alguns serviços de referência. Acesso a endereço com a lista de serviços:

<https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/prevencao-combinada/pep-profilaxia-pos-exposicao-ao-hiv>

Avaliação pós-exposição ao HIV

1. O tipo de material biológico é de risco para transmissão do HIV?
2. O tipo de exposição é de risco para transmissão do HIV?
3. O tempo transcorrido entre a exposição e o atendimento é menor que 72 horas?
4. A pessoa exposta é não reagente para o HIV no momento do atendimento?

Se todas as respostas forem sim, a PEP para HIV está indicada.

6.5 – Prevenção à transmissão vertical da sífilis durante o pré-natal:

A sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) causada pela bactéria *Treponema pallidum*. Sua transmissão se dá principalmente por contato sexual; contudo, a infecção pode ser transmitida verticalmente para o feto durante a gestação de uma mulher com sífilis não tratada ou tratada de forma inadequada (Brasil, 2018c).

A transmissão vertical é passível de ocorrer em qualquer fase gestacional ou estágio da doença materna e pode resultar em aborto, natimorto, prematuridade ou um amplo espectro de manifestações clínicas. O risco de desfechos desfavoráveis à criança será mínimo se a gestante receber tratamento adequado e precoce durante a gestação (Brasil, 2022c).

6.5.1 – Cuidados no Pré-natal

- I. Para o diagnóstico:** Realizar um teste imunológico treponêmico (teste rápido para sífilis) na primeira consulta de pré-natal e monitoramento com mais um teste não treponêmico (VDRL), no mínimo, no início do terceiro trimestre e na internação para o parto, em caso de aborto/natimorto ou história de exposição de risco/violência sexual;
- II. Em caso de VDRL positivo:** Considera-se tratamento adequado para sífilis, durante a gestação, o tratamento completo com Benzilpenicilina benzatina, iniciado até 30 dias antes do parto, finalizando no momento do parto;
- III.** Convocar parcerias sexuais para tratamento (mesmo se VDRL negativo, fazer uma dose de penicilina benzatina), considerando a possibilidade de reinfeção;
- IV.** Documentar em prontuário médico ou na caderneta da gestante o histórico de tratamento e seguimento da sífilis na gestação;
- V.** Avaliar a presença de sinais ou sintomas clínicos novos, reexposição de risco, violência sexual, comorbidades, histórico do tratamento (duração, adesão e medicação utilizada) e exames laboratoriais prévios, para facilitar a elucidação diagnóstica;
- VI.** Realizar o esquema terapêutico de acordo com o estágio clínico da infecção, com respeito ao intervalo recomendado entre as doses;

- VII. Referenciar a gestante para a maternidade casa de parto com histórico de tratamento, resultado de exames realizados durante o pré-natal e número da notificação da gestante no Sinan.

6.5.2 – Cuidados durante o Parto:

- I. É obrigatória a realização de um teste, treponêmico ou não treponêmico, na internação para o parto ou em caso de abortamento;
- II. Após o parto, caso o exame seja reagente, o seguimento é trimestral até o 12º mês de acompanhamento (3, 6, 9 e 12 meses);
- III. No caso de gestante com cicatriz sorológica para sífilis, a testagem para sífilis deve ser mantida conforme rotina preconizada no pré-natal (1º e 3º trimestres de gestação), idealmente por meio de testes não treponêmicos;
- IV. Gestantes com história comprovada de alergia à penicilina devem ser encaminhadas a centro de referência para realizar a dessensibilização;
- V. Em caso de retratamento, indica-se punção lombar.

Saúde Reprodutiva por Grupos Específicos

7 – Saúde Reprodutiva de jovens e adolescentes

No Brasil, o instrumento legal que norteia a Proteção e Direitos da Criança e Adolescentes, é o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que regulamenta o Art. 227 da Constituição Federal de 1988.

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (Constituição 1988, Art. 227).

Adolescência e juventude são condições sociais parametrizadas por uma faixa etária. Embora se confundam e sejam utilizados como sinônimos, são conceitos diferentes. Para o ECA, criança é a pessoa de 0 a 12 anos incompletos e adolescentes são pessoas entre 12 e 18 anos de idade incompletos. O termo jovem costuma ser utilizado para designar a pessoa entre 15 e 29 anos. Já a puberdade está relacionada às mudanças físicas de amadurecimento corporal, com o desenvolvimento dos caracteres secundários e aceleração do crescimento levando ao início das funções reprodutivas.

O aumento da gravidez na adolescência, assim como o número de óbitos maternos entre as adolescentes e jovens, seja por complicações decorrentes de aborto ou de complicações obstétricas são fortes indicadores de que as políticas de contracepção, planejamento familiar e atenção pré-natal, entre outros, precisam ser priorizadas.

7.1 – Unidades acolhedoras “Amigas dos(as) Adolescentes” (USAID, 2015):

Os gestores devem possibilitar serviços de acolhimento aos adolescentes e jovens, para o cuidado à sua saúde.

Serviços e programas de Saúde Reprodutiva **amigáveis aos(as) adolescentes**, têm sido cada vez mais reconhecidos como essenciais e eficazes, que forneçam espaços sociais seguros e aumentam a capacidade de exercer escolhas informadas, especialmente para aqueles altamente vulneráveis (Temin et. al., 2013).

7.1.1 – Componentes essenciais a esses serviços:

- I. Profissionais treinados sobre suas necessidades, comunicação empática, aconselhamento e relacionamento humano (Brasil, 2017b);
- II. Ambiente acolhedor, de boa qualidade e aceitável, com proteção à sua privacidade e confidencialidade;
- III. Promoção de espaços físicos para as ações educativas em grupo;
- IV. Materiais educativos e insumos acessíveis, seguros e confiáveis para a promoção à saúde;
- V. Consideração à igualdade de gênero, de raça/cor, de orientação sexual e de classe social;
- VI. Consulta informada e atividades educativas para a escolha do método contraceptivo, aproveitando todas as oportunidades da presença deste público na Unidade de APS.

7.2 – Atividades essenciais de saúde sexual e reprodutiva¹⁰:

7.2.1 – Consultas Clínicas do(a) Adolescente:

- I. Acolhimento com escuta qualificada, aconselhamento, cuidados e encaminhamentos adequados;
- II. Acompanhamento clínico-ginecológico, exames de detecção ou confirmação de diagnóstico de infecções ou doenças (exame de HIV, IST, hepatites, testes de gravidez, testes rápidos);
- III. Considerar a autonomia da adolescente, respeitando a opção ou não de ser acompanhada pelos pais ou responsável, deixando claro seus direitos à confidencialidade e privacidade;
- IV. Explicar a importância do exame genital/ginecológico e as razões para fazê-lo;
- V. Enfatizar a importância da higiene na área genital;
- VI. Usar modelos ou diagramas para explicar o aparelho reprodutor feminino e/ou masculino;
- VII. Orientar sobre a importância do registro dos ciclos menstruais no calendário e o seu preenchimento na sua Caderneta de Saúde;
- VIII. Fornecer informações sobre os cuidados específicos e adequados ao seu desenvolvimento integral e sobre a importância da proteção à saúde reprodutiva.

¹⁰ https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/proteger_cuidar_adolescentes_atencao_basica.pdf

Confidencialidade na consulta do(a) adolescente

Fatores considerados como exceções:

- I. Casos com deficiência intelectual, distúrbios psiquiátricos ou quando há risco de morte ou suicídio;
- II. Referência explícita ou suspeita de maus-tratos e/ou de abuso sexual.

Em casos de suspeita ou confirmação de violência sexual

- I. Estar atento à ocorrência e suspeita de violência sexual e seguir as normas técnicas e legais;
- II. Realizar a notificação compulsória ao Conselho Tutelar ou à Vara da Infância e da Juventude, conforme legislação vigente (nesses casos, é obrigatória a notificação ao Conselho Tutelar ou à Vara da Infância e da Juventude, bem como o preenchimento da ficha de notificação de violência);
- III. Preencher a ficha de notificação de violência;
- IV. Acolher e apoiar emocionalmente esses adolescentes e suas famílias, realizar os cuidados necessários e preventivos e referenciar para outros níveis de atenção à saúde e da rede de garantia de direitos e de proteção (Brasil, 2017c. p.152).

7.2.2 – Atividades Educativas e de Promoção à Saúde

- I. Fortalecer o Programa Saúde e Prevenção nas Escolas;
- II. Articular com as escolas para a consolidação de espaços de discussão permanente;
- III. Promover espaços de discussão com os familiares, visando o fortalecimento das competências socioafetivas para apoiar o desenvolvimento de seus filhos, em especial nas áreas de comportamento sexual e reprodutivo;
- IV. Orientar sobre a ISTs, prevenção à gravidez, prevenção da violência doméstica e sexual (incluindo reconhecimento de sinais de risco e alertas sobre programas de internet, jogos, que possam colocá-los em risco à pedofilia e à pornografia) e outros temas relevantes;
- V. Oferecer atenção especial às gestantes e mães adolescentes com realização de aconselhamento em grupos educativos durante o pré-natal e no pós-parto, incluindo informações adequadas para a escolha de métodos contraceptivos reversíveis de longa duração (Borovac-Pinheiro et al, 2019);
- VI. Incluir discussões sobre projetos de vida, fundamental na abordagem sobre saúde sexual e saúde reprodutiva;
- VII. Incluir as(os) adolescentes na construção de materiais educativos, bem como no planejamento de ações de promoção à saúde sexual e reprodutiva.

7.2.3 – Aconselhamento

- I. Fornecer informações sobre os métodos contraceptivos disponíveis, incluindo a contracepção de emergência, contracepção reversível de ação prolongada (LARCs), seus benefícios e efeitos colaterais;
- II. Orientar sobre o acesso aos métodos contraceptivos e insumos da saúde reprodutiva, incluindo aos preservativos, ao teste de gravidez, prevenção e tratamento das IST/HIV/Aids, respeitando-se a sua liberdade de escolha;
- III. Enfatizar a estratégia da dupla proteção ressaltando a importância do uso do preservativo feminino ou masculino, em todas as relações, concomitante a outro método contraceptivo, com o objetivo de evitar a gravidez não planejada e a proteção da transmissão do HIV/aids e de outras IST;
- IV. Fornecer informações sobre a anticoncepção oral de emergência, e orientar que seu uso deve ser em caráter de exceção, somente em situações emergenciais, e não como método anticoncepcional regular.

7.3 – Prevenção e rastreamento das IST/HIV/AIDS e Hepatites Virais

- I. Aumentar a cobertura vacinal de adolescentes, de ambos os sexos, contra a hepatite B;
- II. Realizar ação de comunicação e divulgação do novo esquema da dose única da vacina HPV para adolescentes (meninos e meninas) de 9 a 14 anos, somado a um monitoramento frequente das coberturas vacinais para esse público (Brasil, 2024);
- III. Disponibilizar o aconselhamento e o teste rápido de HIV/Aids e de hepatites virais na APS para as(os) adolescentes;
- IV. Conhecer os riscos e as vulnerabilidades da população adstrita e identificar as medidas de prevenção viáveis no contexto de vida de cada adolescente;
- V. Facilitar o atendimento preventivo e os cuidados específicos aos adolescentes que estejam com IST ou infectados pelo HIV;
- VI. Estimular o (a) adolescente a compartilhar sua situação de saúde com o seu responsável legal ou com adultos em quem confiem, e que possam servir-lhes de suporte nas ações de prevenção e de assistência (Brasil, 2017b, p.157).



Menores de 18 anos de idade (Estatuto da Criança e do Adolescente - Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990) – “Art. 12. Os estabelecimentos de atendimento à saúde, inclusive as unidades neonatais, de terapia intensiva e de cuidados intermediários, deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente”.

8 – Saúde Reprodutiva da Mulher Adulta

8.1 Cuidados na Atenção Primária à Saúde (APS)

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem o papel fundamental no Planejamento Familiar. É o nível de atenção mais próximo da população, onde se deve realizar a maior parte das ações de prevenção, promoção e cuidado em saúde¹¹.

As atividades de Saúde Reprodutiva estão integradas aos cuidados de saúde primários, e devem organizar-se em cada Unidade Atenção Primária à Saúde (UAPS), de modo a responder às demandas da população adstrita.

8.1.1 – Planejamento Familiar

- I. Aconselhamento, Atividades Educativas e Consultas Clínicas;
- II. Mapeamento da população feminina em idade reprodutiva na área adstrita da Equipe de Saúde da Família (ESF);
- III. Ações de educação em saúde com formação de grupos informativos;
- IV. Informações e acompanhamento, num contexto de escolha livre e informada;
- V. Educação permanente da equipe multiprofissional sobre o cuidado e promoção à Saúde Reprodutiva;
- VI. Articulação com serviços de atenção especializada de modo a assegurar a referência em, tempo oportuno, das situações de risco ou de necessidade de serviços de alta complexidade.

8.1.2 – Prevenção e Cuidado à Infecção Sexualmente Transmissível (IST)

- I. Os profissionais que prestam aconselhamento sobre contracepção devem promover o sexo seguro, indicando a dupla proteção através do uso de preservativos;
- II. Avaliar o risco de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e aconselhar a realização de testes quando apropriado;
- III. Fornecer informações sobre os serviços locais de rastreio, investigação e tratamento de IST's (NICE, 2023).

8.1.3 – Ampliação do acesso aos métodos contraceptivos na APS

Promover o acesso a todos os métodos contraceptivos disponíveis no SUS, disponibilizados na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RESME) e vigentes, bem como acesso e orientações sobre o método definitivo feminino, a laqueadura tubária.

¹¹ Nota Técnica Nº 31/2023.

8.1.4 – Avaliação Pré-Concepcional

É a prestação de intervenções biomédicas, comportamentais e sociais antes da concepção, objetivando identificar fatores de risco ou doenças que possam alterar a evolução normal de uma futura gestação. O cuidado pré-concepcional é essencial para homens e mulheres, em geral, e podem prevenir casos de malformação congênita, deficiência, morbidade e morte materna e infantil. Recomenda-se incluir os parceiros sexuais na Avaliação Pré-concepcional (Brasil, 2012).

Atividades a serem desenvolvidas na avaliação pré-concepcional:

- I. Realizar anamnese; exame físico, exame ginecológico e exames laboratoriais;
- II. Avaliar e orientar sobre o risco gestacional com investigação e tratamento dos problemas de saúde atuais e a história clínica obstétrica;
- III. Investigar a história familiar e obstétrica: perdas gestacionais, avaliação de doenças hereditárias, pré-eclâmpsia, hipertensão, diabetes e sífilis;
- IV. Realizar avaliação e acompanhamento médico periódico, para prevenir e tratar possíveis complicações, controle da infecção materna, doenças crônicas, adequação de medicações (risco teratogênico), controle do tabagismo e outras drogas;
- V. Analisar a necessidade de acompanhamento psicológico;
- VI. Realizar administração preventiva de ácido fólico, especialmente nas mulheres com antecedentes de bebês com malformações;
- VII. Efetuar registro sistemático do período menstrual, aconselhando sobre a importância de manter um intervalo interpartal de, no mínimo, 2 (dois) anos;
- VIII. Fornecer orientações sobre hábitos saudáveis e educação alimentar, prevenção da obesidade e desnutrição;
- IX. Incentivar a prática de exercícios físicos para a melhora da capacidade respiratória, redução da ansiedade, ajuda no controle do peso e estética corporal;
- X. Encaminhar para aconselhamento genético: esclarecimentos sobre os mecanismos genéticos de doença específica, sua gravidade, prognóstico, possibilidades de tratamento e os riscos de recorrência familiar.

8.1.5 – Aconselhamento contraceptivo no pós-parto na APS

- I. Incluir avaliação e cuidados em saúde reprodutiva na primeira consulta puerperal;
- II. Fornecer informações sobre a eficácia dos diferentes contraceptivos, para a escolha do método que satisfaça as suas necessidades;
- III. Aconselhar sobre contracepção para mulheres que estão amamentando, considerando fatores sociais, histórico clínico (hipertensão, enxaqueca) e crenças;

- IV. Discutir os benefícios e riscos dos diferentes métodos para a continuidade da amamentação;
- V. Aconselhar sobre a importância de manter o intervalo entre as gestações de, no mínimo, 2 (dois) anos;
- VI. Disponibilizar com cautela e sensibilidade, aconselhamento sobre contracepção às mulheres após aborto e perdas perinatais. Considerar o tempo para a elaboração do luto, oferecendo apoio e escuta.

Os serviços envolvidos no cuidado na APS devem possuir conhecimento sobre a rede de serviços locais de saúde e reprodutiva (SSR) para mulheres com condições médicas complexas ou necessidades que possam exigir aconselhamento contraceptivo especializado (Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare, 2020).

8.2 – Saúde Reprodutiva na Atenção Especializada

A Atenção Especializada deve promover acesso a diversos métodos e técnicas de contracepção, assim como informações e orientações sobre estes, especialmente no que concerne à contracepção secundária após eventos obstétricos (pós-parto e pós-aborto) (Brasil, 2023).

No que se refere às ações relativas à atenção ao parto e abortamento, a maternidade oferece a oportunidade de ofertar os cuidados de saúde sexual e saúde reprodutiva.

Portanto, recomenda-se que todos os métodos contraceptivos estejam disponíveis, dando-se oportunidade de se iniciar a contracepção antes da alta hospitalar.

8.2.1 – Aconselhamento contraceptivo no pós-parto

- I. Ofertar aconselhamento e serviços de contracepção como parte da assistência durante o puerpério imediato;
- II. Orientar o uso de um método que não interfira na amamentação, para a mulher em fase de lactação;
- III. Incluir acompanhante da escolha da mulher na sessão de aconselhamento;
- IV. Respeitar os critérios de elegibilidade clínica, mediante escolha livre e informada;
- V. Informar sobre os serviços onde o método escolhido pode ser acessado, caso não seja disponibilizado de imediato, um método temporário deve ser oferecido até que o escolhido possa ser iniciado;
- VI. Estimular a dupla proteção, ou seja, a utilização do preservativo feminino ou masculino em todas as relações sexuais (oral, anal ou vaginal), pois são os únicos métodos que protegem de infecções sexualmente transmissíveis, inclusive HIV/Aids;
- VII. Documentar informações sobre aconselhamento e o fornecimento de contraceptivos;

VIII. Obter o consentimento válido antes de fornecer às mulheres o método escolhido.

Cuidados necessários, caso a escolha seja o DIU:

- I. Fornecer informações abrangentes sobre saúde sexual e reprodutiva, incluindo orientações sobre a inserção do DIU, antes da alta hospitalar, seguindo os critérios de elegibilidade da OMS para esse método (Brasil, 2018);
- II. Garantir acesso ao Dispositivo Intrauterino Tcu 380 (DIU de cobre) nas maternidades integrantes do SUS, para anticoncepção pós-parto (APP) ou anticoncepção pós-abortamento (APA) (Brasil, 2017a);
- III. Realizar exame ginecológico completo (especular e toque bimanual) antes da inserção do DIU com cobre. Com este cuidado, pode-se avaliar o conteúdo vaginal, posição e volume uterino;
- IV. A colocação do DIU após o parto pode ocorrer em qualquer momento até 48 horas após o parto, mas é altamente recomendado nos primeiros 10 minutos após a expulsão da placenta;
- V. Disponibilizar o acesso a consulta de seguimento após 30 a 45 dias após o parto, para realização de exame clínico-ginecológico, ultrassonografia pélvica e avaliação do padrão de sangramento e da satisfação da mulher e parceiro(a) com o método;
- VI. Após o período de 48 horas, a inserção deve ser adiada e programada para ocorrer entre quatro a seis semanas pós-parto. É contraindicada a inserção do DIU entre 48 horas e 04 semanas do pós-parto (Brasil, 2018).

Quadro 5 - Opções de Contracepção Durante o Período do Pós-Parto Imediato:

Para lactantes	Para não lactantes
Esterilização feminina	Esterilização feminina
Esterilização masculina	Esterilização masculina
Dispositivo intrauterino de cobre (DIU)	DIU Hormonal
Implantes	Implantes
Pílulas somente com progestagênio	Injetáveis combinados
Injetável com Progestagênio isolado	Contraceptivos orais combinados
Método da Amenorreia Lactacional (LAM)	Preservativos
Preservativos	Contracepção de emergência

Fonte: Critérios Médicos de Elegibilidade para o uso de Contraceptivos da OMS (2015).

Cuidados com as lactantes:

- *Os contraceptivos hormonais combinados, que contêm estrogênio e progesterona (pílulas combinadas e injetável mensal), **não devem ser usados em lactantes**, pois interferem na qualidade e na quantidade do leite materno e podem afetar adversamente a saúde do bebê.*
- *Os métodos comportamentais (tabela, muco cervical, temperatura basal, entre outros) só poderão ser usados após o estabelecimento de ciclos menstruais regulares.*
- *As evidências disponíveis indicam que os métodos contraceptivos apenas com progestagênio não têm efeitos adversos na lactação, no crescimento ou desenvolvimento infantil (Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare, 2020).*

8.2.2 - Cuidado às Mulheres nas Maternidades – Pós-aborto

O atendimento e aconselhamento à mulher em situação de abortamento deve ser efetivado com oferta de orientações sobre os métodos contraceptivos eficazes e aceitáveis. Algumas questões a serem consideradas:

- I. Os anticoncepcionais hormonais (pílulas, injetáveis, entre outros) podem ser iniciados imediatamente após o aborto;
- II. O DIU pode ser inserido logo após o procedimento de curetagem ou aspiração manual intrauterina, imediatamente após aborto espontâneo ou induzido, desde que não haja quadro infeccioso (Brasil, 2018);
- III. Estimular a estratégia da dupla proteção;
- IV. As mulheres devem ter absoluta liberdade para aceitar ou não os métodos ofertados.

A oferta de métodos contraceptivos eficazes e seguros aliada ao acompanhamento por equipe multidisciplinar capacitada, favorece a prevenção dos agravos à saúde relacionados à gravidez não planejada, ou seja, o aborto provocado e a morbimortalidade materna e neonatal.

9 – Saúde Reprodutiva da Mulher no Climatério

O Climatério é definido pela Organização Mundial da Saúde como uma fase biológica da vida e não um processo patológico. Muitas mulheres passam sem queixas ou necessidade de medicamentos (Brasil, 2008).

Com o aumento da expectativa de vida e seu impacto sobre a saúde da população feminina, torna-se imperiosa a adoção de medidas visando a qualidade de vida pessoal, afetiva, profissional e a existência de projetos e sonhos para o futuro.

O combate ao sedentarismo ocupa lugar de destaque por ser um fator facilitador de doenças crônico-degenerativas, de elevada morbimortalidade.

9.1 – Cuidado Integral à Saúde Reprodutiva das Mulheres no Climatério

- I. Acolher as queixas, orientar e estimular a mulher a investir no seu autocuidado;
- II. Realizar avaliação clínica, oferecendo orientação e tratamento adequado aos transtornos eventualmente identificados;
- III. Recomendar “Opções Terapêuticas” aliadas à qualidade de vida: alimentação saudável, atividade física, lazer e convivência com familiares e amigos;
- IV. Estabelecer articulações com a Rede Psicossocial no planejamento de ações de prevenção e promoção à saúde mental;
- V. Qualificar os profissionais de saúde sobre as particularidades do cuidado a essas mulheres nesta fase;
- VI. Avaliar junto aos especialistas a necessidade da introdução de terapia hormonal para redução e/ou eliminação dos sintomas físicos e psíquicos;
- VII. Considerar a introdução de Práticas Integrativas Complementares (PICS).

As **Práticas Integrativas e Complementares (PICS)** utilizam recursos terapêuticos baseados em conhecimentos tradicionais, voltados para prevenir diversas doenças como depressão e hipertensão. Em alguns casos, também podem ser usadas como tratamentos paliativos em algumas doenças crônicas (Brasil, 2015b).

10 – Saúde Reprodutiva da Mulher Negra

Desde a década de 1980, o movimento de mulheres negras denunciavam, no campo dos direitos reprodutivos, supostas políticas de controle de natalidade que teriam como alvo principal a população negra (Damasco, 2012).

Nas políticas públicas percebem-se os reflexos do racismo institucional na mortalidade materna. **O Relatório da Oficina de Morte Materna de Mulheres Negras no Contexto do SUS realizada pelo Ministério da Saúde (2023)**, evidenciou que além da população feminina negra apresentar maior mortalidade materna, essas mulheres apresentam maior prevalência de gestação na adolescência; maior número de internações por aborto; menor número de consultas e exames de pré-natal; menor vinculação à maternidade, o que resulta em maior peregrinação para parir (Brasil, 2023d).

O racismo e suas manifestações contribuem para desfechos negativos à saúde sexual e reprodutiva das mulheres negras.

10.1 – Cuidado Integral à Saúde Reprodutiva das Mulheres Negras

- I. Garantir o cuidado integral às mulheres negras e prevenção de complicações de doenças crônicas na saúde reprodutiva;
- II. Ampliar o acesso da população negra do campo e da floresta, em particular as populações quilombolas, às ações e aos serviços de saúde;
- III. Fomentar a participação social dos movimentos de mulheres negras para a discussão sobre planejamento reprodutivo;
- IV. Assegurar o acesso aos direitos sexuais e reprodutivos, a integralidade do cuidado de forma humanizada para o enfrentamento do racismo e outras violências interpessoais e autoprovocadas;
- V. Definir estratégias para o enfrentamento do racismo na saúde;
- VI. Incluir o tema Combate às Discriminações de Gênero e Orientação Sexual, com destaque para as interseções com a saúde da população negra, nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social.

11 – Saúde Reprodutiva da Mulher Indígena

A atenção às mulheres indígenas deve ser norteadada pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas-PNASPI (Brasil, 2002). O objetivo desta política é garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. Contempla a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura.

O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), orienta os gestores no manejo programático e operacional desses agravos, bem como as ações dos profissionais na triagem, diagnóstico, tratamento e ações de prevenção às populações-chaves e/ou pessoas com IST e suas parcerias sexuais.

11.1 – Cuidado à Saúde Reprodutiva da Mulher Indígena

A atenção à saúde das mulheres indígenas desenvolvida pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, no âmbito do SasiSUS deve contemplar ações que valorizem e se articulem com os saberes e práticas indígenas, reconhecendo o protagonismo das mulheres indígenas e das famílias indígenas.

- I. Orientar e oferecer acesso ao planejamento familiar;
- II. Disponibilizar os métodos contraceptivos reversíveis de longa duração (LARCs), fortemente recomendados para grupos de baixa adesão;
- III. Realizar a prevenção dos cânceres de colo de útero e de mama;
- IV. Promoção, prevenção e o controle das infecções sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/AIDS;
- V. Qualificar a atenção à saúde das gestantes e puérperas;
- VI. Ampliar o acesso às consultas de pré-natal e aos exames preconizados nos diferentes níveis de atenção, inclusive nos serviços de alta complexidade;
- VII. Desenvolver ações de prevenção e atenção às mulheres em situação de violência sexual e/ou doméstica/intrafamiliar;
- VIII. Desenvolver ações de promoção à saúde das mulheres no Climatério;
- IX. Disponibilizar medicamentos e insumos necessários à promoção, prevenção e tratamento nas ações de saúde das mulheres indígenas (adolescentes, fase reprodutiva e climatério);
- X. Garantir a participação da população indígena na elaboração e planejamento das ações de saúde da mulher indígena nas comunidades;

- XI. Realizar detecção de câncer de colo uterino a partir da técnica de teste molecular para detecção de HPV de alto risco, de forma sistematizada, através do cadastro de famílias das comunidades indígenas registrado no Sistema de Informação de Saúde Indígena (SIASI), realizado pelos profissionais de saúde dos polos-base do Distrito Sanitário Especial Indígena do Ceará, para aumentar a adesão ao programa.

11.2 – Rede de Cuidados da População Indígena

Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSI): Cuidado realizado pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (que incluem os profissionais médicos, enfermeiros, dentista, técnicos de enfermagem, auxiliares de saúde bucal e Agentes de Saúde Indígenas).

Polos-Base: Instâncias de atendimento na organização dos serviços de saúde, são a primeira referência para os agentes indígenas de saúde que atuam nas aldeias. Podem estar localizados numa comunidade indígena ou num município de referência. Neste último caso, correspondem a uma unidade básica de saúde, já existente na rede de serviços daquele município. A maioria dos agravos à saúde deve ser resolvida nesse nível.

Rede de serviços do SUS: As demandas que não forem atendidas no grau de resolutividade dos Pólos-Base deverão ser referenciadas de acordo com a realidade de cada Distrito Sanitário Especial Indígena. Essa rede já tem sua localização geográfica definida e será articulada e incentivada a atender os índios, levando em consideração a realidade socioeconômica e a cultura de cada povo indígena.

Atenção de média e alta complexidade: Deverão ser definidos procedimentos de referência, contrarreferência e incentivo às unidades de saúde pela oferta de serviços diferenciados com influência sobre o processo de recuperação e cura dos pacientes indígenas (como os relativos a restrições/prescrições alimentares, acompanhamento por parentes e/ou intérprete, visita de terapeutas tradicionais, instalação de redes, entre outros) quando considerados necessários pelos próprios usuários e negociados com o prestador de serviço.

Casas de Saúde Indígena: Serviços de apoio aos pacientes encaminhados à rede do Sistema Único de Saúde. Tais serviços são localizados em municípios de referência dos distritos e deverão: receber, alojar e alimentar pacientes e acompanhantes encaminhados; prestar assistência de enfermagem 24 horas por dia; marcar consultas, exames complementares ou internação hospitalar, além de providenciar o seu retorno às comunidades de origem, acompanhados das informações sobre o caso.

12 – Saúde Reprodutiva da Mulher com Deficiência

A Lei Federal nº 13.146, de 6 de julho de 2015, de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), dispõe em seu Art.6º que a deficiência não afeta a plena capacidade civil da pessoa inclusive para: exercer direitos sexuais e reprodutivos; exercer o direito de decidir sobre o número de filhos e de ter acesso a informações adequadas sobre reprodução e planejamento familiar, bem como conservar sua fertilidade, sendo, portanto, vedada a esterilização compulsória.

12.1 – Promoção à Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva

- I. Promover rodas de conversa para reconhecimento das necessidades específicas;
- II. Ofertar apoio e orientações às pessoas e suas famílias, para que possam compreender a sexualidade como uma questão de saúde reprodutiva da pessoa com deficiência;
- III. Disponibilizar acesso à informação e à educação sexual, considerando a especificidade de cada deficiência nas diferentes fases do ciclo de vida;
- IV. Qualificar os profissionais sobre estratégias de adaptação para garantir o cuidado adequado de acordo com as necessidades de cada pessoa;
- V. Adequar linguagem apropriada ao nível de compreensão, acrescida de imagens e figuras para pessoas que possuem déficits cognitivos, sobretudo severos;
- VI. Utilizar uma abordagem acolhedora durante a consulta ou nas atividades coletivas, envolvendo questões relacionadas à educação em saúde, uso correto do preservativo masculino e feminino, sinais e sintomas das ISTs, testes rápidos para Sífilis e HIV, Imunização para Hepatite Crônica pelo Vírus B (HBV) e Vírus do Papiloma Humano (HPV), Profilaxia pós-exposição ao HIV, quando indicado, e redução de danos;
- VII. Oferecer aconselhamento sobre a segurança dos métodos contraceptivos, considerando os efeitos colaterais, riscos, complicações possíveis para sua condição, interações medicamentosas e a reversibilidade do método;
- VIII. Identificar no território de abrangência mulheres com deficiência e mobilidade reduzida e oferecer o acesso ao acompanhamento e consultas ginecológicas, exames de rotina para prevenção de câncer de colo de útero e câncer de mama, dentre outras.

12.2 – Acompanhamento Clínico-Ginecológico

- I. Adaptar a consulta ao tipo de deficiência;
- II. Oferecer acolhimento e escuta qualificada;
- III. Considerar a necessidade de um “intérprete”;
- IV. Prover adaptações necessárias para uma comunicação efetiva e terapêutica;
- V. Estabelecer vínculo de confiança para que as mulheres possam sentir-se à vontade para compartilhar experiências, sentimentos e possível situação de violência;
- VI. Possibilitar conforto durante o exame ginecológico;
- VII. Garantir a presença do (a) acompanhante de sua escolha;
- VIII. Realizar o rastreamento e controle do câncer do colo do útero e mama;
- IX. Realizar adaptações físicas nos ambulatorios, centros obstétricos, salas de exames e centros de parto normal, no intuito de atender a especificidades individuais e erradicar a violência obstétrica;
- X. Considerar questões sensoriais na elaboração do plano de parto;
- XI. Observar as capacidades e as potencialidades da mulher com deficiência e mobilidade reduzida, fortalecendo a autoconfiança e autonomia nos cuidados do seu bebê, considerando as suas limitações no exercício da função materna;
- XII. Envolver a família e parceiro (a), no apoio à amamentação e cuidado com a criança;
- XIII. Dar ênfase à adesão ao tratamento, comunicação, diagnóstico e tratamento das parcerias sexuais (mesmo que assintomáticos);
- XIV. Estar atento aos sinais e sintomas de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), violência sexual e outros agravos durante o atendimento e realização do exame ginecológico, fornecendo o tratamento adequado.

Mulheres com deficiência que desejam engravidar devem receber cuidados de pré-concepção: prescrição de suplementos nutricionais como o ácido fólico, solicitação de exames laboratoriais para identificação e intervenção precoce de doenças que possam prejudicar a gravidez, rastreamento de ISTs e tratamento em tempo oportuno e avaliação da necessidade de encaminhamento para especialistas.

13 – Saúde Reprodutiva dos Homens

O envolvimento consciente e ativo dos homens adolescentes, adultos e idosos em todas as ações voltadas ao planejamento reprodutivo e em práticas de cuidado e autocuidado, pode ser determinante para o fortalecimento de vínculos afetivos saudáveis, promoção à saúde, prevenção e redução de agravos, além de promover o compartilhamento de responsabilidades.

13.1 – Cuidado Integral à Saúde Reprodutiva dos Homens

- I. Incluir os homens em todas as atividades essenciais da saúde reprodutiva: aconselhamento, atividades educativas e consultas clínicas;
- II. Acolhimento e escuta qualificada, independente da idade, sem discriminação e julgamentos;
- III. Oferecer orientações e aconselhamento sobre autocuidado e promoção da saúde;
- IV. Envolver os homens idosos em todas as ações de promoção e cuidado, para o alcance da vida sexual saudável e com qualidade;
- V. Disponibilizar informações e acesso aos métodos contraceptivos reversíveis e definitivos para a promoção do sexo seguro;
- VI. Realizar prevenção e tratamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e HIV/AIDS;
- VII. Garantir o acesso e incentivo à utilização de preservativos e testes de rastreio (sífilis, HIV e hepatites B e C) para a prevenção de gestações não planejadas, de IST e HIV/AIDS, mesmo entre homens vasectomizados;
- VIII. Oferecer tratamento às disfunções sexuais, prevenção e controle do câncer de próstata e do câncer de pênis, entre outros;
- IX. Disponibilizar ampla informação sobre a vasectomia, seus riscos e benefícios.

13.2 – Promoção da Paternidade Ativa

- I. Reconhecer e acolher a diversidade na vivência da paternidade: pai biológico, adotivo, socioafetivo, do mesmo sexo ou mesma identidade de gênero, família monoparental, viúvo, divorciado ou padrasto (Brasil, 2023b);
- II. Incentivar a participação dos homens no planejamento reprodutivo, na gestação, no parto e no puerpério, bem como na divisão do trabalho doméstico e do cuidado infantil;
- III. Sensibilizar e qualificar os(as) trabalhadores(as) da saúde para acolher e envolver os homens no planejamento familiar e em todas as etapas da gravidez da sua parceira;

- IV. Valorizar a participação do parceiro durante o pré-natal, estimulando o compartilhar de suas dúvidas, dificuldades e emoções vivenciadas nesse período, com especial atenção aos adolescentes.

13.3 – Exames e procedimentos a serem solicitados durante o pré-natal do parceiro

- I. Tipagem sanguínea e Fator RH (no caso da mulher ter RH negativo);
- II. Pesquisa de antígeno de superfície do vírus da Hepatite B (HBsAg);
- III. Teste rápido para detecção de Sífilis;
- IV. Estimular o homem a participar do “Pré-Natal do Parceiro” durante a busca ativa das gestantes realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde (Brasil, 2023b);
- V. Pesquisa de Anticorpos anti-HIV;
- VI. Pesquisa de anticorpos do vírus da Hepatite C;
- VII. Testagem para COVID-19, em caso de sintomas presentes;
- VIII. Hemograma;
- IX. Lipidograma: dosagem de colesterol total, HDL, triglicerídeos;
- X. Dosagem de glicemia em jejum;
- XI. Eletroforese da hemoglobina (para detecção da doença falciforme);
- XII. Aferição de Pressão Arterial;
- XIII. Verificação de Peso e cálculo de IMC (índice de Massa Corporal).

14 – Saúde Reprodutiva das Pessoas LGBTQIA+

São muitos os obstáculos enfrentados ao acesso aos cuidados de saúde pela população LGBTQIA+, muitas vezes ignoradas pela crença de que sua prática sexual não tem finalidade reprodutiva.

É importante que os profissionais estejam preparados para atender essa população, respeitando sua autonomia e assegurando seu direito à saúde, diminuindo o estigma em relação às identidades sexuais e de gênero, tanto dentro dos serviços de saúde quanto na sociedade em geral, sem preconceitos e discriminações.

Essa população pode optar por não abordar o tema de saúde sexual e reprodutiva durante seus atendimentos de saúde, pelo desconforto e não acolhimento das especificidades de suas demandas. Tais atitudes podem aumentar suas vulnerabilidades.

Ao se sentir reconhecido, compreendido e, principalmente, respeitado, em sua autodeterminação de identidade de gênero, sente-se confortável para acessar os serviços e usufruir de seus direitos, possibilitando o prosseguimento nas consultas e tratamentos necessários (Arruda et al., 2022).

14.1 – Cuidado Integral à Saúde Reprodutiva das Pessoas LGBTQIA+

- I. A unidade deverá dispor de espaço adequado, incluindo ambiente e sala de espera acolhedores;
- II. Oferecer acolhimento para que possa se sentir confiante para conversar e buscar esclarecimentos;
- III. Respeitar o nome social, utilizando pronomes de referenciamento conforme gênero de identificação da pessoa;
- IV. Oferecer cuidados abrangentes à sua saúde, incluindo prevenção de doenças cardiovasculares, obesidade, câncer e ISTs, além da atenção à saúde reprodutiva;
- V. Prescrever o uso de métodos de barreira, considerando a realidade das práticas sexuais de cada pessoa;
- VI. Orientar sobre o planejamento da gravidez e alcance da concepção, informar os encaminhamentos necessários para quaisquer opções de assistência à fertilidade necessárias, como preservação de fertilidade antes de hormonioterapia cruzada, útero solidário e adoção, conforme indicado;

- VII. Qualificar o conhecimento sobre as necessidades específicas de saúde no intuito de reduzir o potencial de violência e discriminação, experimentado por indivíduos da comunidade transgênero.

14.2 – Cuidado à Saúde Reprodutiva da Pessoa Transgênero:

Recomenda-se no cuidado às pessoas transgênero, mediante o tratamento, prescrição ou encaminhamento para terapias hormonais/cirurgias em relação ao gênero:

- Realizar aconselhamento sobre efeitos conhecidos das terapias hormonais/cirurgias na fertilidade futura;
- Orientar sobre potenciais efeitos de terapias que não possuem evidências comprovadas com reversibilidade desconhecida;
- Aconselhar sobre as opções de preservação da fertilidade e implicações psicossociais da infertilidade.

Para pessoas transmasculinas:

- I. Considerar o planejamento reprodutivo mesmo durante a terapia hormonal, sempre que houver práticas sexuais que envolvem penetração do pênis na vagina, pois a hormonização não impede a possibilidade de gestação;
- II. Interromper a hormonização para afirmação de gênero àqueles que desejam engravidar com segurança;
- III. Aconselhar sobre todos os métodos contraceptivos, incluindo métodos de barreira para prevenção de ISTs, considerando que os métodos hormonais combinados são menos indicados durante a hormonização;
- IV. Progestágenos podem ser associados à testosterona, e DIUs hormonais ou não-hormonais podem ser utilizados.

Para pessoas transfemininas:

- I. Aconselhar que os métodos contraceptivos disponíveis para utilização pela pessoa que produz esperma são, principalmente, barreiras mecânicas (ou seja, preservativos externos e internos) (COLEMAN, et al, 2022; FERRANDO, 2024);
- II. Avaliar se há interesse de uma opção permanente, a vasectomia.

14.3 – Especificidades do Cuidado Obstétrico à Pessoa Transgênero

- I. Ao prestar-se assistência a homens trans ou pessoas não binárias durante o período pré-natal, parto e puerpério, recomenda-se optar por outras expressões que permitam uma flexibilização do gênero masculino na língua portuguesa, como "gestante", "parturiente", "lactante" ou simplesmente "o pai", conforme a preferência do indivíduo;
- II. Caso a pessoa transgênero e de gênero diverso com útero, pretenda engravidar, recomenda-se que tenham acesso a cuidados pré-concepcionais, aconselhamento pré-natal, sobre a utilização e descontinuação de hormônios de afirmação de gênero, cuidados com a gravidez e com o trabalho de parto, a serviços de apoio à amamentação ou aleitamento e a apoio pós-parto.

15 – Saúde Reprodutiva das Pessoas Privadas de Liberdade

A atenção à saúde reprodutiva neste contexto específico é crucial para garantir o respeito à dignidade e aos direitos humanos, promovendo o bem-estar integral. A implementação efetiva desses direitos contribui para o fortalecimento de relações familiares saudáveis e para a construção de sociedades mais equitativas e justas.

15.1 – Cuidado à Saúde Reprodutiva do Homem Privado de Liberdade

Acolhimento

- I. Promover ambientes inclusivos e respeitosos nos serviços de saúde, eliminando estigmas e preconceitos;
- II. Implementar processos de acolhimento humanizado, considerando o histórico de saúde sexual e reprodutiva do indivíduo;
- III. Identificar necessidades específicas, como histórico de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs);
- IV. Oferecer informações sobre métodos contraceptivos, permitindo escolhas conscientes e responsáveis;
- V. Assegurar o acesso facilitado aos métodos contraceptivos;
- VI. Assegurar que todos os homens, independentemente de sua orientação sexual, tenham acesso pleno aos serviços de saúde reprodutiva.

Cuidados Clínicos

- I. Garantir o acesso regular a profissionais de saúde especializados em saúde sexual e reprodutiva;
- II. Realizar aconselhamento e exames preventivos, testagem para ISTs;
- III. Proporcionar acesso a informações e serviços relacionados à infertilidade, incluindo exames diagnósticos e tratamentos adequados;
- IV. Estabelecer parcerias com serviços de saúde externos para garantir a continuidade do cuidado após a liberação;
- V. Garantir o acesso integral, incluindo consultas regulares, exames preventivos e acompanhamento de condições específicas que possam impactar a saúde reprodutiva masculina;
- VI. Promover a equidade no acesso aos serviços de saúde, considerando as diversidades étnicas, culturais e socioeconômicas.

Assistência à Paternidade Responsável

Fortalecer e apoiar o papel ativo dos homens na paternidade, promovendo programas de

sensibilização sobre responsabilidades parentais.

Acompanhamento Pós-Liberação

Implementar programas de acompanhamento pós-liberação, visando assegurar a continuidade dos cuidados à saúde sexual e reprodutiva.

15.2 – Cuidado à Saúde Reprodutiva das Mulheres em Situação de Privação de Liberdade

A mulher em situação de privação de liberdade enfrenta desafios singulares, demandando uma abordagem específica para garantir sua saúde sexual e saúde reprodutiva. Reconhecendo a importância da dignidade e dos direitos humanos, esta diretriz visa assegurar que, mesmo em contexto prisional, a mulher mantenha o controle sobre sua saúde reprodutiva, promovendo autonomia e bem-estar.

Acolhimento e Avaliação Inicial:

- I. Promover ambiente livre de discriminação com respeito à orientação sexual;
- II. Garantir que todos os serviços sejam inclusivos e sensíveis à diversidade;
- III. Implementar protocolos de acolhimento respeitosos;
- IV. Garantir o acesso irrestrito a serviços de saúde sexual e reprodutiva, assegurando a confidencialidade das mulheres privadas de liberdade;
- V. Respeitar o desejo da mulher presa solicitar ser examinada, tratada e acompanhada por uma médica ou enfermeira;
- VI. Caso haja necessidade da presença de acompanhamento de um funcionário da prisão, tal funcionário deverá ser do sexo feminino, de modo a salvaguardar a privacidade e dignidade da mulher;
- VII. Realizar avaliação inicial abrangente das necessidades de saúde sexual e reprodutiva.

Aconselhamento

- I. Oferecer orientação sobre métodos contraceptivos, respeitando a autonomia das mulheres para decidir sobre o melhor método adequado a sua saúde e estilo de vida;
- II. Garantir acesso irrestrito aos métodos contraceptivos e serviços de planejamento familiar;
- III. Disponibilizar os métodos contraceptivos reversíveis de longa duração (LARCs) pela sua alta eficácia às mulheres em situação de privação de liberdade.

Cuidados Clínicos:

- I. Integrar ações efetivas para prevenção, diagnóstico e tratamento das ISTs/HIV, em conformidade com as normativas nacionais e estaduais;
- II. Garantir acesso a exames e procedimentos direcionados à prevenção do câncer de mama e câncer ginecológico;
- III. Garantir acesso a profissionais especializados em saúde sexual e reprodutiva;
- IV. Estabelecer protocolos claros para o tratamento de condições específicas;
- V. Fortalecer parcerias com instituições governamentais e não governamentais para ampliar os recursos e serviços disponíveis;
- VI. Estabelecer parcerias com organizações locais para apoio contínuo.

Atenção à Gestante e Parturiente:

- I. Implementar protocolos específicos para o acompanhamento à mulher no ciclo gravídico-puerperal, baseado nas diretrizes do Ministério da Saúde;
- II. Oferecer cuidados pré-natais adequados e humanizados;
- III. Proporcionar apoio durante o parto e cuidados pós-natais de qualidade.

Saúde Mental e Violência de Gênero:

- I. Incluir abordagens de promoção da saúde mental;
- II. Implementar estratégias para prevenção e enfrentamento da violência de gênero;
- III. Acompanhar e identificar sinais e sintomas de transtornos mentais e adequados encaminhamentos para tratamento na rede de serviços de saúde mental.

Acompanhamento Pós-Liberação:

- I. Desenvolver programas de acompanhamento pós-liberação para garantir continuidade nos cuidados à saúde sexual e reprodutiva;
- II. Facilitar o acesso a serviços de reintegração social.

Monitoramento e Avaliação:

Estabelecer indicadores para monitorar a eficácia da implementação dessas diretrizes, considerando as particularidades locais e regionais.

15.3 – Cuidado à Saúde Reprodutiva para Adolescentes em Conflito com a Lei

O contexto socioeducativo exige uma atenção especial à saúde desses adolescentes, reconhecendo a interseção entre a saúde mental, social e reprodutiva. Portanto, esta diretriz busca não apenas oferecer cuidados médicos, mas também criar um ambiente que favoreça a educação em saúde, respeitando a diversidade, promovendo a prevenção de doenças e apoiando escolhas informadas sobre sexualidade e planejamento familiar.

Acolhimento e Avaliação Inicial:

- I. Implementar protocolos de acolhimento humanizado, considerando as particularidades e histórico de saúde do adolescente;
- II. Realizar avaliação integral, abrangendo aspectos físicos, mentais e sociais, para identificar necessidades específicas;
- III. Respeitar a privacidade e autonomia na tomada de decisões relacionadas à saúde reprodutiva.

Educação em Saúde Sexual e Reprodutiva:

- I. Desenvolver programas educativos que abordem temas como saúde sexual e saúde reprodutiva, prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs);
- II. Promover a conscientização sobre práticas sexuais saudáveis, contracepção e tomada de decisões responsáveis;
- III. Proporcionar orientação sobre planejamento familiar, métodos contraceptivos e prevenção de gravidez não planejada.

Atenção Médica e Psicossocial:

- I. Garantir o acesso a profissionais de saúde e psicossociais especializados na saúde sexual e reprodutiva de adolescentes;
- II. Realizar acompanhamento médico regular, incluindo orientações sobre métodos contraceptivos e prevenção de ISTs;
- III. Garantir orientações sobre o acesso ao método contraceptivo de escolha do adolescente.

Acompanhamento Pós-Liberação:

- I. Desenvolver estratégias para garantir a continuidade da assistência à saúde sexual e reprodutiva após a liberação, promovendo a reintegração social e prevenindo riscos associados.

Leis e Normativas Nacionais e Estaduais (Ceará)

- I. Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA): Esta Lei dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente, incluindo o acesso à saúde.
- II. Lei nº 12.594/2012 (SINASE): Regulamenta a execução das medidas socioeducativas destinadas a adolescente que pratique ato infracional, incluindo a atenção integral à saúde dos adolescentes.
- III. Portaria nº 1.082, de 23 de maio de 2014: estabelece novos critérios e fluxos para adesão e operacionalização da atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade, em unidades de internação, de internação provisória e de semiliberdade.
- IV. LEI Nº 18.690, de 16 de janeiro de 2024: institui o Plano Estadual de Direitos Humanos do Estado do Ceará, incluindo a garantia de equipe interdisciplinar, composta por profissionais das áreas de saúde, educação e assistência social para atendimento de adolescentes e jovens do Sistema Socioeducativo, de acordo com a Lei Federal nº 12.594/2012.
- V. Portaria nº 146/2019, da Superintendência do Sistema Estadual de Atendimento Socioeducativo – SEAS: Dispõe sobre a aplicação do inciso II, art. 49, da Lei nº 12.594, de 19 de janeiro de 2012, no âmbito do Sistema Estadual de Atendimento Socioeducativo do Estado do Ceará, e regulamenta o funcionamento da Central de Regulação de Vagas do Sistema Socioeducativo do Estado do Ceará.

16 – Saúde Reprodutiva Inclusiva

A Saúde Inclusiva é um grande desafio para Governos, Profissionais da Saúde, Movimentos Sociais, Terceiro Setor e Sociedade em geral em busca da garantia da Saúde para todos de forma equânime, com qualidade e no tempo oportuno. Historicamente, considerando a própria criação do SUS, as conquistas em Saúde Pública devem-se muito à força do ativismo social, à participação popular e ao controle social.

A Secretária de Saúde do Estado do Ceará (SESA), por meio da Secretaria Executiva de Atenção Primária e Políticas de Saúde, tem buscado garantir a inclusão, por meio das Políticas de Saúde, Programas, Projetos, Iniciativas, Diretrizes e Planos Estaduais de Saúde, o cuidado integral às Populações Tradicionais, Povos Originários e Populações Específicas. Assim, foi criada na Coordenadoria de Atenção Primária, uma Célula de Atenção à Saúde das Comunidades Tradicionais e Populações Específicas (CEPOP), mediante Decreto nº 35.599 de julho de 2023.

Considerando o compromisso da SESA com a Saúde inclusiva e a Saúde reprodutiva, como um pilar importante da Saúde Pública, a Secretaria Executiva de Atenção Primária e Políticas de Saúde CEPOP respeitando as especificidades de cada grupo populacional de mulheres, reconhece o direito à igualdade e ao acesso universal aos serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva, seguros, eficazes, acessíveis e aceitáveis, incluindo, acesso à informação e aos recursos para a garantia de que esse direito possam alcançar a todas as pessoas, com igualdade, sem discriminação, conforme previsto na constituição de 1988 e nos princípios do SUS, Lei 8080/90, IV, igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie: População negra, Quilombolas, LGBTQIA+, pessoas vivendo em situação de rua, ciganos, indígenas, população privada de liberdade, pessoas com deficiência.

No Brasil registramos um grande marco na retomada da equidade, da inclusão e da diversidade no âmbito do SUS, por ocasião da 17ª Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu de 2 a 5 de julho de 2023, em Brasília – DF. Nessa ocasião, houve uma grande articulação popular realizado pelas comunidades tradicionais, povos originários e populações específicas em geral, das quais citamos: População Negra, Quilombola, Povos de Terreiros, Povos Ciganos, Populações das Águas e Florestas, Povos Indígenas, População em Situação e Superação de

Rua, População LGBTQIA+, População Privada de Liberdade e advindas do Sistema Socioeducativo, dentre outras.

As demandas foram elencadas com estratos sociais contemplando raça, cor, etnia, gênero, orientação sexual, aspectos geracionais, determinantes e condicionantes sociais e outros fatores que são definitivos para construção de Políticas Públicas Inclusivas em Saúde.

Esta Diretriz também reconhece as questões relativas à dimensão racial, à dimensão territorial e às condições físicas singulares, dando atenção às demandas e necessidades específicas dos indivíduos e particulares dos territórios. Essa diversidade precisa ser reconhecida e merece atenção especial, tal qual preconiza o SUS, reconhecendo a equidade como um dos seus princípios fundamentais.

Anexo 1

Modelo de Termo de Consentimento livre e esclarecido para inserção de dispositivo intrauterino (DIU)

Eu, _____, com data de nascimento ____/____/____, inscrição no CPF N° _____, residente no endereço _____, na cidade _____, Estado _____, CEP _____, manifesto o desejo de submeter-me à inserção de dispositivo intrauterino - DIU, por minha livre e espontânea vontade, e declaro para os devidos fins:

Tive orientação sobre os diversos métodos contraceptivos existentes, definitivos e não definitivos, tendo optado pelo uso do DIU;

Recebi informação detalhada sobre como funciona o DIU e de como é feita a inserção, bem como seus benefícios e riscos. A equipe de saúde respondeu às perguntas que fiz de maneira que pude entender.

Estou ciente que é um método considerado reversível, e que posso solicitar sua retirada a qualquer momento. Tive informação sobre a sua duração, e que terei que fazer acompanhamento periódico, conforme orientado pela equipe de saúde.

Sei que qualquer método contraceptivo, incluindo o DIU, tem chance de falha, e recebi da equipe de saúde a informação sobre a probabilidade de falha.

Tive informação que o DIU não previne infecções sexualmente transmissíveis (IST), e que foi esclarecida a importância do uso dos preservativos, bem como onde são disponibilizados pelo SUS.

Caso eu esteja gestando, recebi informação de que é possível colocar um DIU na mesma internação do parto normal ou da interrupção da gravidez.

Estou ciente que qualquer método contraceptivo, incluindo a inserção do DIU, tem chance de complicações.

A equipe de saúde explicou quais são elas e a probabilidade estimada de cada uma acontecer. Caso ocorra alguma complicação e eu não estiver mais no estabelecimento de saúde, foi explicado e registrado por escrito qual lugar eu devo procurar.

Estou ciente que, mesmo após a assinatura deste termo, estou livre para desistir do procedimento a qualquer momento, sem prejuízo para o meu atendimento, podendo escolher qualquer outro método contraceptivo.

Outras observações: _____

Local: _____. Data: ____ de _____ de _____.

(Assinatura - paciente ou responsável legal)

Nome do profissional da saúde:

Número do conselho de classe/UF:

(Assinatura – profissional da saúde)

Observação: Este Termo deve ser preenchido por meio eletrônico ou em no mínimo duas vias impressas originais. Uma delas deve ser anexado no prontuário, e a outra obrigatoriamente entregue à pessoa que será submetida ao procedimento.

Anexo 2

Modelo de ficha de solicitação de credenciamento de instituição para realização de esterilização cirúrgica.

FICHA DE SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO DE INSTITUIÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA		
SOLICITAÇÃO		
☐ VASECTOMIA (HABILITAÇÃO COD 1902) ☐ LAQUEADURA (HABILITAÇÃO COD 1901) ☐ VASECTOMIA (HABILITAÇÃO COD 1902) E LAQUEADURA (HABILITAÇÃO COD 1901)	☐ INCLUSÃO ☐ EXCLUSÃO	DATA / /
INFORMAÇÕES DO MUNICÍPIO		
UF	IBGE	MUNICÍPIO
INFORMAÇÕES DO ESTABELECIMENTO		
Nº CNPJ		Nº CNES
RAZÃO SOCIAL:		
NOME FANTASIA:		
LOGRADOURO:		Nº
COMPLEMENTO	BAIRRO:	CEP:
DADOS BANCÁRIOS:		
CÓDIGO DA AGÊNCIA	CONTA CORRENTE:	NOME DO BANCO:
NOME DA AGÊNCIA:		
TIPO DE GESTÃO: ☐ MUNICIPAL ☐ ESTADUAL ☐ DUPLA		
O ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SE COMPROMETE A INTEGRAR A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SUS, SOB REGULAÇÃO DE SEU RESPECTIVO GESTOR, COM GARANTIA DE ACESSO AOS DIVERSOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS DISPONÍVEIS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, ASSIM COMO AO ACONSELHAMENTO MULTIPROFISSIONAL PARA A EFETIVAÇÃO DESTES DIREITOS, EM SERVIÇO PRÓPRIO OU REFERENCIADO.		
NOME DO SOLICITANTE:		
CARGO DO SOLICITANTE:		
ASSINATURA DO SOLICITANTE:		

Anexo 3

Modelo de Termo de Consentimento Implanon

DOCUMENTO DE “CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO” PARA REALIZAÇÃO DE INSERÇÃO DE IMPLANTE CONTRACEPTIVO SUBDÉRMICO DE ETONOGESTREL (IMPLANON)

Eu, _____, declaro que o(a) dr(a), _____ CRM: _____ me informou que, tendo em vista o DESEJO DE CONTRACEPÇÃO COM MÉTODO DE LONGA DURAÇÃO, ser indicado o uso de implante contraceptivo subdérmico de etonogestrel. Esclareceu-me que:

O implante subdérmico de etonogestrel é um método contraceptivo.

O Implanon deve ser inserido sob a pele na face medial do braço, sob anestesia local.

O índice de falha em 3 anos é menor que 0,08.

Uma pequena quantidade de progestagênio etonogestrel (um tipo de hormônio feminino) é liberada continuamente, passando do implante para o corpo, resultando em um efeito anticoncepcional por um período de 03 anos.

Em alguns casos, o procedimento de inserção e/ou retirada pode causar formação de cicatriz no local do implante.

A inserção ou remoção do implante pode causar irritação leve, dor e coceira no local. Pode ocorrer também hematoma no local da inserção.

O contraceptivo pode ser removido a qualquer momento, mas deve ser removido após o período de 03 anos de uso.

Como em todos os contraceptivos apenas com progesterona, o Implanon pode mudar o padrão do sangramento vaginal. O padrão menstrual que poderá ocorrer com o uso do implante varia de mulher para mulher, sendo de difícil previsão, mas, em média, em 52% dos casos ocorre amenorreia (ausência de sangramento) ou sangramento infrequente, em 25% dos casos não ocorre alteração do fluxo menstrual (sangramento normal), em 16%, ocorre um aumento no fluxo menstrual (sangramentos prolongados) e em 7%, sangramentos frequentes.

Segundo os dados dos estudos realizados com Implanon, das mulheres que apresentavam quadro de acne no momento da inserção, a maioria (cerca de 59%) teve melhora. Em cerca de 14% a acne ocorreu sem história e 10% a condição piorou.

Em raros casos podem ocorrer alguns efeitos adversos, tais como aumento de peso, cefaleia e dor nas mamas.

Algumas medicações podem interferir no perfeito funcionamento do implante, como antiepilépticos e remédios para tratamento da tuberculose.

O implante subdérmico de etonogestrel não previne contra a infecção por HIV ou qualquer outra doença sexualmente transmissível.

Em caso de dor fui orientada a fazer uso de medicação analgésica.

Fui orientada a retornar à consulta de forma breve em caso de dor local intensa, hematoma extenso, febre, saída de secreção purulenta local ou quaisquer outras intercorrências.

Declaro ter recebido comprovante contendo data de inserção, data máxima de retirada e do lote do produto.

Entendi as explicações que foram prestadas em linguagem clara e simples, e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Também entendi que, a qualquer momento prévio à inserção e sem necessidades de dar nenhuma explicação, poderei revogar o consentimento que agora presto. Assim, declaro agora que estou satisfeita com as informações recebidas e que compreendo o alcance e os riscos do tratamento. Por esta razão e nestas condições, consinto que se realize a inserção do implante contraceptivo proposto.

Local:

Data:

Assinatura:

Referências

1. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988. Artigo 226, Parágrafo 7º.
2. BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.
3. BRASIL. LEI Nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.
4. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico/Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher – 4a edição – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
5. BRASIL. Portaria Nº254/2002. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. - 2ª edição - Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002. 40 p.
6. BRASIL. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política dos Direitos Sexuais e Reprodutivos. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
8. BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais. Brasília (DF); 2006.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa / – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno, n.9) Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.192
[p.http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_mulher_climaterio.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_mulher_climaterio.pdf)
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica, nº 26 - SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA Brasília Ministério da Saúde, 2010.
11. BRASIL. Portaria GM/MS nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, que institui a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, bem como o Plano Operativo de Saúde Integral LGBT para o período de 2012 a 2015.
12. BRASIL. Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2013.

13. BRASIL. Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2014a.
14. BRASIL. Portaria Nº 1.082, de 23 de maio de 2014. Redefine as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), 2014b.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Cuidando de Adolescentes: orientações básicas para a saúde sexual e a saúde reprodutiva [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015a. 44 p.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. 96 p.
17. BRASIL. Lei 13.416 de 06 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência) – Brasília: Ministério da Saúde, 2015c.
18. BRASIL. Portaria nº 3.265, de 1º de dezembro de 2017. Altera o Anexo XXVIII da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a ampliação do acesso ao Dispositivo Intrauterino Tcu 380 (DIU de cobre) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). – Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.
19. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Hórus – Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica: manual 1: apresentação do sistema [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos.
20. BRASIL: Ministério da Saúde. Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Saúde, 2017b.
21. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017c. 234 p. : il.
22. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social.
23. BRASIL Manual Técnico para Profissionais de Saúde: DIU com Cobre TCu 380A / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. –

Brasília: Ministério da Saúde, 2018a– 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017d. 44 p. ISBN 978-85-334-2515-6

24. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva: os homens como sujeitos de cuidado / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018b. 56 p.: il.
25. BRASIL. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018c.
26. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Guia de Atenção à Saúde das Mulheres com Deficiência e Mobilidade Reduzida/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
27. BRASIL. Lei nº 14.443, de 2 de setembro de 2022. Altera a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, para determinar prazo para oferecimento de métodos e técnicas contraceptivas e disciplinar condições para esterilização no âmbito do planejamento familiar– Brasília : Ministério da Saúde, 2022a.
28. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais Rename 2022 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde – Brasília : Ministério da Saúde, 2022b. 181 p.
29. BRASIL. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022c.
30. BRASIL. NOTA TÉCNICA Nº 31/2023-COSMU/CGACI/DGCI/SAPS/MS
<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2023/nota-tecnica-no-31-2023-cosmu-cgaci-dgci-saps-ms/view>.Brasil, 2023a.
31. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Guia do Pré-natal do Parceiro/para profissionais de saúde Departamento de Gestão do Cuidado Integral. Brasília: Ministério da Saúde, 2023b.
32. BRASIL. Lei nº 14.737, de 27 de novembro de 2023, Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para ampliar o direito da mulher de ter acompanhante nos atendimentos realizados em serviços de saúde públicos e privados, 2023c.

33. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Relatório: Oficina de Morte Materna de Mulheres Negras no Contexto do SUS [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde Secretaria de Atenção Primária à Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2023d.
34. BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Imunizações e Doenças Imunopreveníveis. Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais / 6. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2023e. 176 p.
35. BRASIL. NOTA TÉCNICA Nº 41/2024-CGICI/DPNI/SVSA/MS Atualização das recomendações da vacinação contra HPV no Brasil, 2024a.
36. BRASIL. Portaria SECTICS/MS Nº 3, DE 7 DE MARÇO DE 2024. Torna pública a decisão de incorporar, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, os testes moleculares para detecção de HPV oncogênico. Ministério da Saúde, 2024b.
37. BRASIL, DATA SUS SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimento, Mecanismos e OPM do SUS. Disponível em: SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (datasus.gov.br).
38. ARRUDA PM, et. al. Saúde sexual e reprodutiva de homens transgêneros e mulheres homoafetivas: Revisão Integrativa. Research, Society and Development, v. 11, n. 2, e35311225676, 2022 (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i2.25676>
39. BOROVAR-PINHEIRO A, JESUS EAR, SURITA FG. Empowering Adolescent Mothers in the Choice of Contraceptive Methods at the Postpartum Period: Avoiding a Subsequent Pregnancy Rev Bras Ginecol Obstet , 2019;41:607–612. • <https://doi.org/10.1055/s-0039-1697985>
40. COLEMAN, Eli et al. Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8. International journal of transgender health, v. 23, n. sup1, p. S1-S259, 2022.
41. DAMASCO, M. S.; MAIO, M. C.; MONTEIRO, S. Feminismo negro: raça, identidade e saúde reprodutiva no Brasil (1975-1993). Revista Estudos Feministas, v. 20, n. 1, p. 133–151, jan. 2012.
42. GÓES, E. F.; FERREIRA, A. J. F.; RAMOS, D. Racismo antinegro e morte materna por covid-19: o que vimos na Pandemia?. Ciência e Saúde Coletiva, v. 28, n. 9, p. 2501–2510, set. 2023. Anexos
43. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare (FSRH) provided funding to the Clinical Effectiveness Unit (of the FSRH) to assist them in the production of this guideline, Contraception After Pregnancy (January 2017, amended October 2020).
44. FEBRASGO. Anticoncepção para adolescentes. Série Orientações e recomendações. n. 9, 2017. Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde. São Paulo: Connexomm, 2017.
45. FEBRASGO. Uso de dispositivos intrauterinos (DIU) em nulíparas. Série, Orientações e Recomendações; no. 1/Comissão Nacional Especializada em Anticoncepção. In: São Paulo: Federação das Associações Brasileiras de Ginecologia e Obstetrícia, 2018 .

46. FERRANDO, Cecile A. Gynecologic Care of Transgender and Gender-Diverse People. *Obstetrics & Gynecology*, v. 143, n. 2, p. 243-255, 2024.
47. FIOCRUZ. Portal de boas práticas em saúde da mulher, criança e do adolescente. Planejamento reprodutivo: o que há de novo e além do planejamento familiar? 2018
48. Fundo de População das Nações Unidas. Maternidade na infância: enfrentando o desafio da gravidez na adolescência . New York, NY: Author; 2013.
49. Fundo de População das Nações Unidas. Declaração do fórum global da juventude de Bali . Bali: CIPD além do Fórum Global da Juventude de 2014; 2012.
50. KREMPASKY, C., HARRIS, M., ABERN, L., & GRIMSTAD, F. (2019). Contraception Across the Transmasculine Spectrum. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. doi:10.1016/j.ajog.2019.07.043
51. MAIA EMC. Conhecimento e planejamento do uso de método contraceptivo após o parto/Tese doutorado- Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós graduação em Obstetrícia. São Paulo, 2023.
52. MANSOUR D, Gemzell-Danielsson K, inki P, Jensen JT. Fertility after discontinuation of contraception: a comprehensive review of the literature. *Contraception*. v. 84, n. 5, p. 465-77, 2011. doi: 10.1016/j.contraception.2011.04.002.
53. MOSCHETA, M. S.; FÉBOLE, D. S.; & ANZOLIN, B. (2016). Visibilidade seletiva: a influência da heterossexualidade compulsória nos cuidados em saúde de homens gays e mulheres lésbicas e bissexuais. *Saúde & Transformação Social/Health & Social Change*, 7(3), 71-83. <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/cns>.
54. NICE. Subject to Notice of rights (<https://www.nice.org.uk/terms-andconditions#notice-of-rights>). Contraceptive services for under 25s (PH51),2023.
55. OMS. Organização Mundial de Saúde. A saúde sexual e reprodutiva de adolescentes mais jovens: Questões de pesquisa em países em desenvolvimento: Documento de referência para uma consulta. Genebra: Autor; 2011.
56. OMS. Organização Mundial da Saúde (OMS). Critérios médicos de elegibilidade para uso de anticoncepcionais. 5ª ed. Genebra: OMS; 2015. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5/en/
57. OMS. Organização Mundial da Saúde. Saúde sexual, direitos humanos e a lei [e-book]. 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/175556/9786586232363-por.pdf>
58. ONU. Objetivos do Desenvolvimento Sustentável 3 (Saúde e Bem-Estar) e 5 (Igualdade de Gênero). Disponíveis em <<https://brasil.un.org/pt-br/sdgs/3>> e <<https://brasil.un.org/pt-br/sdgs/5>>.
59. PENNA IAA. A importância da contracepção de longo prazo reversível. *Femina*, v. 43, n. 1, 1-6, 2015.

60. PEIPERT JF. Continuation and satisfaction of reversible contraception. *Obstet Gynecol.* 2011 May;117(5):1105-1113. doi: 10.1097/AOG.Ob013e31821188ad. PMID: 21508749; PMCID: PMC3548669.
61. População e Desenvolvimento, Cairo, 5-13 de setembro de 1994. Nova York (NY): Nações Unidas; 1994. Sales No. E.95.XIII.18.
62. SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ. Nascer no Ceará: condutas assistenciais para a linha de cuidado materno-infantil do estado do Ceará / Fortaleza: Littere, 2018.
63. UNICEF. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Adotada e proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas (resolução 217 A III) em 10 de dezembro 1948.
64. USAID. Práticas de alto impacto no planejamento familiar (HIPs). Serviços contraceptivos amigos dos adolescentes: integrando os elementos amigos dos adolescentes nos serviços contraceptivos existentes. Washington (DC): 2015.
65. USP. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde / [Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais em Português, org.; coordenação da tradução Cássia Maria Buchalla]. – 1. ed., 1. reimpre. – São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2008.
66. UNFPA. Desmistificando o DIU, Dispositivo Intrauterino Cartilha para profissionais de saúde. Fundo de População das Nações Unidas. Brasília, dezembro de 2021. Disponível em: https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/desmistificando_o_diu_-_profissionais_0712-digital_1.pdf.
67. ZACONETA AM. et al. Intrauterine Device Insertion during Cesarean Section in Women without Prenatal Contraception Counseling: Lessons from a Country with High Cesarean Rates. *Rev Bras Ginecol Obstet.* v. 41, n. 485, p. 492, 2019.
68. WHO Global Consultation on Violence and Health. Violence: a public health priority. Geneva, World 2020 ·Health Organization, (document WHO/EHA/ SPI.POA.2).