

Universidade do Estado do Amazonas (UEA)
Escola Superior de Ciências da Saúde (ESA)
Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS
Curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: INFORMAÇÕES SOBRE SEXUALIDADE
E USO CORRETO DE CONTRACEPTIVOS PARA USUÁRIOS DA
ZONA RURAL DO MUNICÍPIO DE MANICORÉ-AM

Alan Kaique Fernandes

Orientador (a): Marianna Brock

Área temática: Educação em saúde, anticoncepcionais.

Manaus - AM

2021

Universidade do Estado do Amazonas (UEA)
Escola Superior de Ciências da Saúde (ESA)
Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS
Curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: INFORMAÇÕES SOBRE SEXUALIDADE E USO CORRETO DE CONTRACEPTIVOS PARA USUÁRIOS DA ZONA RURAL DO MUNICÍPIO DE MANICORÉ-AM

Trabalho realizado para conclusão do curso de Especialização de Medicina de Família e Comunidade. Visa fazer um levantamento e análise crítica das informações recebidas durante o período de curso por meio de um Portfólio, além de elaborar um projeto de intervenção.

Orientador(a): Marianna Brock

Alan Kaique Fernandes

Manaus - AM

2021

Sumário

1.	APRESENTAÇÃO.....	4
2.	CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE	5
3.	DIAGNÓSTICO SITUACIONAL.....	14
4.	CASO CLÍNICO.....	16
5.	ANEXO - Projeto de Intervenção	16

1. APRESENTAÇÃO

Sou Alan Kaique Fernandes, solteiro, médico Clínico Geral, formado pela Universidade Cristã da Bolívia (UCEBOL) no ano de 2017, natural do Mato Grosso. Em 2016 trabalhei como médico provinciano durante três meses na Bolívia, prestando trabalho voluntário ao país para concluir o curso de Medicina, durante esse período pude presenciar diversas situações médicas e humanitárias complexas que aprimoraram meus conhecimentos teóricos e práticos, além de instigar melhores capacitações para uma boa prestação de serviço.

Em 2019 ingressei no Programa Mais Médicos no município Manicoré-AM, onde atuo na Unidade de Saúde Joao Pereira de Oliveira que é referência da zona rural do município. Mantenho-me motivado a trabalhar sempre entregando meu melhor desempenho para que a população esteja bem assistida e satisfeita.



2. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE

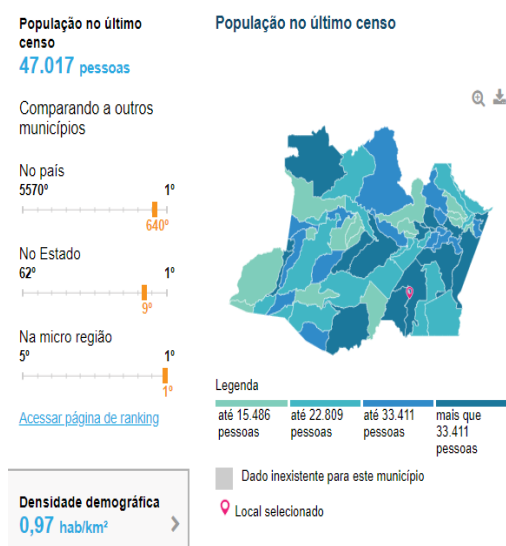
Geografia

Manicoré é um município brasileiro no interior do estado do Amazonas, Região Norte do país. A origem da denominação de "Manicoré" provém do rio Manicoré, um dos afluentes do Rio Madeira. Já o rio Manicoré origina-se da palavra ``Manicoré``, uma das tribos indígenas que habitavam a região à época da colonização. Pertencente à mesorregião do Sul Amazonense e microrregião do Madeira, sua população no último censo (2010) 47.017 pessoas, população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) era de 55.751 habitantes em 2019. Localizado nas margens do Rio Madeira, a cidade possui uma posição estratégica entre Manaus e Porto Velho.



Fonte: Wikipédia

Fonte: Wikipédia



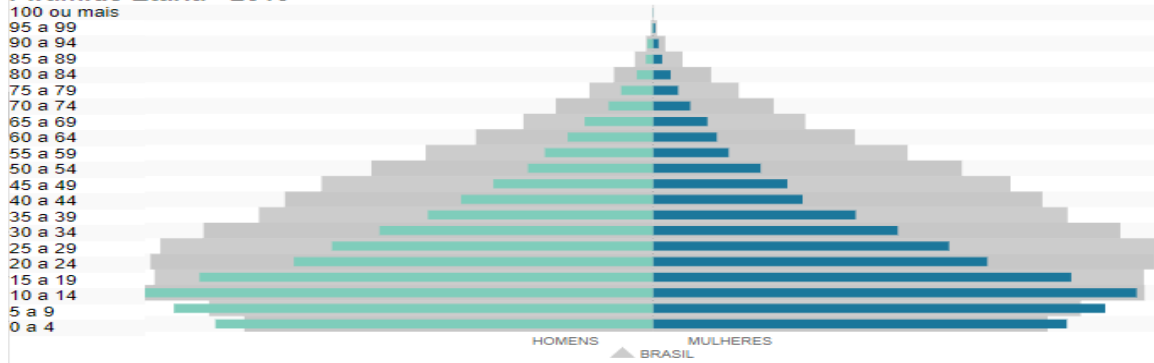
Código do Município 1302702	Gentílico manicoreense
Prefeito MANUEL SEBASTIÃO PIMENTEL DE MEDEIROS	
POPULAÇÃO	
População estimada [2019]	55.751 pessoas
População no último censo [2010]	47.017 pessoas
Densidade demográfica [2010]	0,97 hab/km²

Fonte: IBGE

Fonte: IBGE

Pirâmide Etária:

Pirâmide Etária - 2010



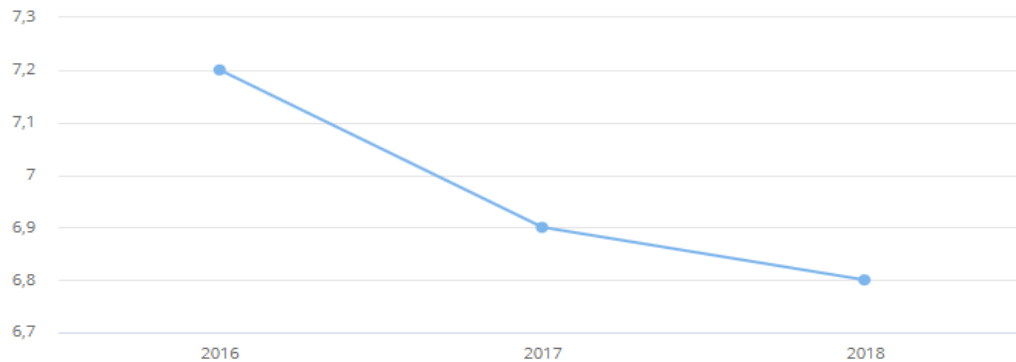
População residente por religião (Unidade: pessoas)

Católica apostólica romana Evangélica Espírita

Escolaridade:

Az Analfabetismo + 15 anos

6,8 % [2018]



Fonte: Site IBGE

Secretaria Municipal de Saúde e suas competências:

- Supervisionar, coordenar e promover a prestação de assistência médica, odontológica à população;
- Promover campanhas de vacinação e de esclarecimento público inclusive colaborando com as demais esferas do governo;
- Fiscalizar o cumprimento das posturas municipais referentes ao poder político inclusive colaborando com as demais esferas do governo;
- Fiscalizar o cumprimento das posturas municipais referentes ao poder político e de higiene pública;
- Promover o recolhimento de enfermos aos hospitais, casas de saúde e aos estabelecimentos de assistência social;
- Proceder à inspeção de saúde dos servidores municipais para efeito de admissão, licença e outros fins;
- Planejar, coordenar e executar as atividades relacionadas com o socorro de emergência na zona urbana e rural do município;

- Manter atualizados todos os sistemas de informação necessário a manutenção de repasse de recursos federais e estaduais para a manutenção da saúde;
- Elaborar e atualizar sistematicamente o Plano Municipal de Saúde, que deverá ser submetido ao Conselho Municipal de Saúde e formalizado por ato do Prefeito Municipal;
- Cumprir e fazer cumprir as metas pactuadas com os governos Federal e Estadual para a manutenção da saúde pública;
- Ouvido o Conselho Municipal de Saúde, propor normas e procedimentos que serão adotados no âmbito da saúde municipal, e serão estabelecidas por decreto do Prefeito.

Fonte: Site Oficial da cidade de Manicoré-Amazonas.

A. Rede de Atenção Básica e Vigilância em Saúde:

Unidades Básicas de Saúde na Área Urbana/ Estratégia de Saúde Bucal

Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) de março de 2019 havia 37.979 pessoas cadastradas, com 7.249 famílias. Isso se deve ao início recentemente de cadastramento eletrônico através dos tablets recebidos pelos Agentes Comunitários de Saúde. Sabe-se que mais pessoas são atendidas pelos serviços de saúde do SUS. Também não faz parte deste cadastramento a população indígena.

Todas as Unidades Básicas de Saúde localizadas na zona urbana possuem os seguintes serviços: atendimento pelo médico, enfermeiro e dentista; vacinação, testes rápidos para HIV, sífilis, hepatite B e hepatite C, curativos, administração de medicamentos, coleta de material para colpo citologia oncológica. Exames laboratoriais hemograma, exame de urina - EAS (Elementos Anormais e sedimentos), Tipagem sanguínea sistema Rh, Beta HCG, TGO, TGP, Ureia, Creatinina, Dosagem de ácido úrico, Glicemia. Farmácia com entrega de medicamentos após atendimento médico, de enfermagem ou dentista. A coleta de material para exames é realizada em cada UBS e a realização do exame na unidade hospitalar. Exames de imagem disponíveis: exames de radiografia (incluindo a mamografia), Ultrassonografias. Eletrocardiograma agendado nas UBS e realizado no hospital da cidade.

- **Unidade Básica de Saúde João Pereira (Policlínica)-
Minha Unidade de Atuação**



Unidade Básica de Saúde João Pereira de Oliveira localizada na zona urbana do município é composta por uma equipe de Estratégia Saúde da Família sendo referência para atendimento da população da zona rural que necessita de atendimento de saúde em nível de atenção primária a saúde. São realizados inúmeros atendimentos mensalmente sendo eles Atendimento Médico, Odontológico e Enfermagem, na modalidade de livre demanda. Atividades programadas, isto é, com agendamento ocorre somente com as consultas de pré-natal.

Ações de Saúde:

Toda as UBS's seguem o calendário de programações expedido pelo Ministério da Saúde, com o temas mensais, permitindo assim a organização de palestras educativas, simulações de casos, que são divididas entre os profissionais e oferecidas na unidade para os usuários presentes, e nas escolas locais de cada território. Também tem as visitas domiciliares, são oferecidas a paciente acamados, puerperais e deficiência físicas, sem possibilidade de si dirigir a UBS.





O município também conta com as seguintes unidades (Zona Urbana):

- **Lourival Dias**



- **Mãe Laurinda**



- **Nilton Pereira**



- **Emilly Tassia**



As Unidades Básicas de Saúde Lourival Dias, Mãe Laurinda, Nilton Pereira e Emily Tássia estão localizadas na zona urbana, cada uma conta com sua equipe Estratégia Saúde da Família.

Unidades Básicas de Saúde na Área Rural:

- **Joaquim O. Neto**

Localizada na zona rural na comunidade Cachoeirinha tem uma equipe de Estratégia Saúde da Família atende as comunidades localizadas nas proximidades. Com atendimento médico, de enfermagem, entrega e administração de medicamentos.



- **Santo Antônio do Matupí**

Localizada na zona rural tem duas Equipes de Estratégia Saúde da Família, atende a população da referida comunidade com os mesmos atendimentos da zona urbana com exceção dos serviços de exames laboratoriais e de imagem que são ofertados pelo serviço privado.



- **Nossa Senhora das Dores (Fluvial)**

A Unidade Básica de Saúde Nossa Senhora das Dores (fluvial) atende a população da zona rural com atendimento itinerante. Realiza viagens mensais por um período de 20 dias oferecendo os mesmos atendimentos disponíveis na UBS da zona urbana.



Centros Especializados:

- **Centro de Reabilitação Motora – Fisioterapia**

Localizado na cidade de Manicoré prestando os serviços à população. Através dos atendimentos médicos são realizados os encaminhamentos ao serviço de fisioterapia. O centro dispõe de dois fisioterapeutas, os quais prestam serviços tanto no centro quanto em domicílio em alguns casos específicos com maiores dificuldades de mobilização. A demanda pelo serviço é grande. Observa-se que a população de Manicoré apresenta uma longevidade, com isso maior possibilidade de comorbidades crônicas como doenças cardiovasculares que podem evoluir com acidente vascular cerebral; doença osteomusculares que necessitam de acompanhamento do fisioterapeuta. Considera-se insuficiente o serviço, visto a demanda ser elevada. Não dispõe de piscina para os trabalhos de hidroterapia, o qual é realizado em serviço particular uma vez por semana.

- **Centro de Atenção Psicossocial - CAPS**

Atende a população de zona rural e urbana. Possui uma equipe composta por médico psiquiatra, psicóloga, assistente social e enfermeiro. O CAPS atende com a farmácia das medicações que são prescritas aos pacientes psiquiátricos e paciente com transtornos neurológicos.

- **Casa de Atendimento à Saúde Indígena- CASAI.**

Uma residência localizada na zona urbana onde presta cuidados aos indígenas em tratamento de saúde. O serviço de saúde indígena do município de Manicoré é oferecido para uma população de 3.200 pessoas, realizado por seis equipes de saúde com enfermeiros, dentistas técnicos de enfermagem, médicos, técnicos de laboratório que trabalham nas áreas indígenas onde possuem um centro de referência e cinco casas de apoio onde as equipes ficam instaladas dentro das aldeias. Essas equipes trabalham em regime de rodízio. Quando há necessidade de internação hospitalar os pacientes são transportados à cidade

para tratamento hospitalar seguido de acompanhamento na casa de apoio com enfermeiros e técnicos de enfermagem.

- **Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF)**

Dispõe dos seguintes profissionais: um assistente social, um educador físico, uma nutricionista, uma psicóloga, um fisioterapeuta os quais prestam serviço junto as UBS, realizando trabalhos em educação em saúde e visitas domiciliares quando solicitados. Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) de março de 2019 havia 37.979 pessoas cadastradas, com 7.249 famílias. Isso se deve ao início recentemente de cadastramento eletrônico através dos tablets recebidos pelos Agentes Comunitários de Saúde. Sabe-se que mais pessoas são atendidas pelos serviços de saúde do SUS. Também não faz parte deste cadastramento a população indígena.

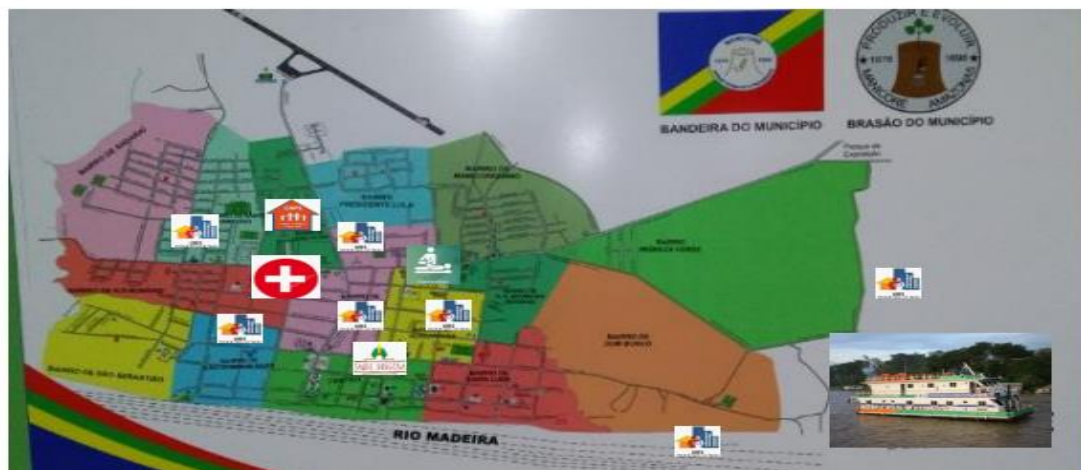
- **Centro de Assistência Farmacêutica**
- **Centro de Vigilância em Saúde**

Unidade Hospitalar:

- **Hospital Dr. Hamilton Cidade**

Unidade hospitalar de administração e recursos municipal e estadual trabalha com atendimento médico, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Atendimento de emergência, internação hospitalar, realização de exames e cirurgias de média e baixa complexidade. Dispõe de médicos clínicos que trabalham em regime de plantões disponível 24 horas por dia, obstetras, cirurgião geral, anestesiológico, ortopedista prestam serviço com cirurgias eletivas e como sobreaviso em 24 horas, quando necessário são acionados. Serviço de farmácia com uma farmacêutica bioquímica. Quanto à alimentação com os serviços de uma nutricionista. Serviço social com atendimento de três assistentes sociais. Quanto aos serviços médicos especialistas o município tem atendimento ambulatorial de ginecologista obstetra, cirurgião geral, atendimento uma semana por mês de pediatria e ortopedia.

MAPA DA SAÚDE 01- Descrição geográfica da distribuição de serviços ofertados pelo SUS.





Iniciativa Privada:

- **Consultórios Particulares de Odontologia**

O Serviço de odontologia trabalha com clínica geral e odontologia especializada: implantes dentários, aparelhos ortodônticos, próteses, odontopediatria, lentes de contato dental, aplicação de botox, preenchimento facial, clínica geral e urgências. Odontólogos especialistas em: Estética, ortodontia, especialista em prótese e especialista cirurgião bucomaxilofacial e implantes.

- **Consultório Médico (Ultraclin)**

Consultório médico, com atendimento do médico clínico, atendimento de ginecologia obstetrícia e realização de exames de ultrassonografia

- **CECLIN – Centro de Análises Clínicas de Manicoré**

Laboratório de análises clínicas. Realizando os exames: hemograma, dosagem de colesterol, triglicérides, glicemia, EAS, EPF, dosagem de ácido úrico, dosagens hormonais, e outros.

3. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

Poder contar com uma equipe completa de ESF e ESB atuante na unidade favorece e fortalece o serviço prestado. Vários pontos positivos podem ser destacados, como:

- ✓ a quantidade de funcionário facilitando a logística de trabalho;
- ✓ a estrutura física que, de forma confortável, atende às necessidades dos usuários e funcionários;
- ✓ disponibilidade de serviços, atendimento médicos, odontológico, imunização, coleta de mostra para exames, ultrassonografia, até mesmo especialistas que realizam rodízios de atendimentos (cirurgia, ginecologia e obstetrícia, pediatria, ortopedia, anestesiologia, cirurgia vascular, dentre outros...).

Entretanto, não se consegue precisar os números exatos ou aproximados de participantes de cada programa já que a unidade é responsável pelo atendimento de toda a comunidade ribeirinha pertencente ao município e aporta,

aproximadamente, 15 mil usuários, dificultando a categorização e contagem dos mesmos. A UBS é estruturada pelos programas oferecidos pelo SUS, que são eles:

- Estratégia Saúde da Família.
- Programa Nacional de Imunização.
- Programa Mais Médicos.
- Programa Farmácia Popular do Brasil.
- Prevenção e controle HIV/AIDS.

Além dos citados, o enfoque principal é sobre:

- Planejamento familiar;
- Doenças crônicas;
- Doenças transmissíveis;
- Saúde infantil;
- Saúde do adolescente;
- Saúde do idoso e outros.

Sabe-se UBS deve ser a porta preferencial de entrada para o sistema de saúde, sendo considerada um local de atenção que deve garantir acesso e responsabilizar-se pela oferta de cuidado aos cidadãos de seu território.

A oferta do cuidado em um sistema de saúde como o SUS, que propõe uma abordagem integral do processo saúde doença, deve ainda orientar-se pela regularidade, continuidade, integração e atuação multiprofissional.

É importante, que tenhamos claro, que nos últimos anos, o maior desafio em relação a oferta de cuidados na Atenção Básica, passou a ser o acompanhamento clínico de pacientes com condições crônicas, pacientes esses que permanecerão sob cuidados ao longo de sua vida. Isso significa que temos que estar preparados para:

- Atender uma demanda crescente e que permanecerá em tratamento por longo tempo;
- Detectar e tratar as comorbidades, inevitáveis no paciente crônico;
- Ter como foco, muitas vezes, não exatamente a cura, mas sim a estabilização clínica e a melhoria da qualidade de vida;
- Considerar não apenas os aspectos biológicos, mas também os psicossociais que representam um forte fator de desestabilização no caso das condições crônicas
- Atuar além da prevenção, tratamento e reabilitação. Ou seja, promover outras práticas como estímulo e apoio ao autocuidado, e cuidados paliativos.

O que, por conta da grande abrangência territorial da unidade, fica comprometido.

Já, o apoio diagnóstico e terapêutico é entendido como um conjunto de processos de suporte à clínica que envolve investigação em patologia e análises clínicas, exames de imagem e de métodos gráficos, deve ser valorizado como um elemento imprescindível para melhorar a resolubilidade da clínica na AB.

Parte desse suporte diagnóstico para a Atenção Básica, realiza-se fora da UBS.

No entanto, a falta de recursos de grande parte do público assistido impossibilita a chegada até o município, dificultando a categorização das doenças, acompanhamento estratégico de tratamento e o melhor atendimento.

4. CASO CLÍNICO

Fernanda, paciente de 22 anos de idade residente na zona rural do município de Manicoré- Amazonas, chega à unidade no dia 22 de janeiro relatando dor abdominal de grande intensidade. Após triagem a paciente é encaminhada para a consulta médica.

Fernanda foi questionada então sobre a origem, característica e intensidade da dor, que coincidem com dor tipo cólico. Ao exame físico, desconfiando de uma possível gestação, nota-se que o abdôme globoso caracteriza abdôme gravídico. Somente após vários questionamentos é que a paciente relata um atraso menstrual de cerca de 9 meses.

O médico chega a conclusão da gestação que, pela data da última menstruação, marca 41 semanas e 5 dias, movimentos fetais positivos, batimento cardíaco fetal +/- 138.

Ao saber da idade gestacional tão avançada paciente se mostra assustada e desorientada, já que o suposto pai da criança é um adolescente de 16 anos de idade, sem renda e grau de escolaridade baixo. É solicitado ultrassonografia, teste rápidos, sorologia para HIV, VDRL o auxílio da psicóloga da unidade, juntamente com a enfermeira. Fernanda é referida com urgência ao hospital da cidade para consulta com o obstetra local que realiza o parto cesáreo de emergência.

Foi orientada para ter acompanhamento puerpério na UBS (Unidade básica de saúde) de sua referência.

5. ANEXO - Projeto de Intervenção

Universidade do Estado do Amazonas (UEA)
Escola Superior de Ciências da Saúde (ESA)
Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS
Curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: INFORMAÇÕES SOBRE SEXUALIDADE
E USO CORRETO DE CONTRACEPTIVOS PARA USUÁRIOS DA
ZONA RURAL DO MUNICÍPIO DE MANICORÉ-AM

Alan Kaique Fernandes

Orientador (a): Marianna Brock

Área temática: Educação em saúde, anticoncepcionais.

Manaus - AM

2021

Universidade do Estado do Amazonas (UEA)
Escola Superior de Ciências da Saúde (ESA)
Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS
Curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: INFORMAÇÕES SOBRE SEXUALIDADE E USO CORRETO DE CONTRACEPTIVOS PARA USUÁRIOS DA ZONA RURAL DO MUNICÍPIO DE MANICORÉ-AM

Trabalho realizado para conclusão do curso de Especialização de Medicina de Família e Comunidade. Visa fazer um levantamento e análise crítica das informações recebidas durante o período de curso por meio de um Portfólio, além de elaborar um projeto de intervenção.

Orientador(a): Marianna Brock

Alan Kaique Fernandes

Manaus - AM

2021

Sumário

1.	RESUMO	20
2.	INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA	21
3.	OBJETIVOS	22
4.	METODOLOGIA DA INTERVENÇÃO.....	23
5.	ETAPAS DA PESQUISA.....	24
6.	PLANO DE INTERVENÇÃO	24
8.	REVISÃO DE LITERATURA	26
9.	PROPOSTA DE AVALIAÇÃO	41
10.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42
11.	REFERÊNCIAS.....	43

1. RESUMO

A sexualidade deve ser vista como problema de saúde pública, principalmente em lugares onde se tem dificuldade de acesso, onde a Unidade Básica de Saúde é considerada local privilegiado para implementação de programas de disseminação de informações e posturas para a promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescente, jovens e adultos da região. Preocupado com esse tema, este estudo tem por objetivo principal entender quais são as dificuldades encontradas pelo sistema de saúde para abordar o tema sexualidade, contracepção e outros relacionados a este e perceber a importância da informação nesse processo.

Palavras chave: Sexualidade, família, anticoncepcionais, educação sexual.

2. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Este trabalho visa inserir o tema de educação em saúde sobre sexualidade e o uso correto de métodos contraceptivos na Unidade de Saúde João Pereira de Oliveira. Ele foi construído a partir da constatação de demandas da comunidade, obtidas mediante a realização de uma pesquisa avaliativa sobre as ações de planejamento familiar ofertadas pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), no município de Manicoré-AM. Após a verificação da percepção de profissionais e usuários quanto às práticas desenvolvidas nessas ações, inclusive fatores associados à oferta, padrão de procura e utilização desses serviços, constatou-se que o público não estava sendo atingido de forma satisfatória, notadamente pela baixa procura, o aumento do número de gestantes, aumento dos diagnósticos de IST's e em especial quanto à distribuição de preservativos.

A promoção de educação em saúde, seja para fins de prevenção quanto de salubridade antes da concepção é indispensável. A ignorância ainda impera no universo reprodutivo; algumas mães são contra o início da utilização de contraceptivos orais para suas filhas, distribuição gratuita de preservativos para os filhos, crendo que resulte em algum malefício orgânico a elas ou então que possa ser incentivo à prática sexual de ambos. Adicionalmente, temos ainda o caso de mulheres (algumas acima de 40 anos), múltiparas, que desejam engravidar por estarem com um novo companheiro, gerando assim, famílias super numerosas e mal administradas. Por atuar em uma unidade que atende a demanda da zona rural do município é notória a falta de informações que acabam gerando vários agravos no quesito saúde pública. Famílias super numerosas, altos índices de IST's, gravidez precoce, são exemplos desses agravos.

Não há, no município, consenso sobre a quem cabe a responsabilidade de informar os jovens e adolescentes quanto à sexualidade. Ultrapassa determinantes socioculturais além de ser influenciada por fenômenos sociais que afetam diretamente o comportamento sexual da juventude, como o advento da epidemia de Aids/HIV (síndrome da imunodeficiência adquirida humana/vírus da imunodeficiência humana). Atualmente, há cerca de 35,5 milhões de adolescentes no Brasil, o que corresponde a 23,4% da população do País, números que justificam a importância da saúde dessa população. As intervenções nessa área devem considerar as peculiaridades dos problemas dos adolescentes e respeitar suas individualidades, observando também o fato de sermos um país de dimensões continentais, de muitas culturas e notória desigualdade social. No que se refere à formação de conceitos, os profissionais de saúde e os pais, participantes desse processo, frequentemente não têm consciência ou sensibilidade quanto ao problema desse grupo populacional, seja devido à falta de informação, seja pelo tabu social, ainda vigente, de discutir temas ligados à sexualidade. Isto priva os usuários do direito de escolha com

base em informações contextualizadas em relação à sua realidade sociocultural. A questão da educação em saúde sobre sexualidade é relevante na saúde pública, visto que 25% das infecções sexualmente transmissíveis (IST) são diagnosticadas em jovens menores de 25 anos. Já foi constatado que muitos adolescentes têm contatos sexuais, como sexo anal e oral, sem ter ciência de que essas práticas também são fontes de contágio de doenças sexualmente transmissíveis. O tema “Orientação Sexual” deve ser trabalhado durante todo o ano principalmente em virtude do crescimento de casos de gravidez indesejada entre adolescentes e do risco da contaminação pelo HIV. Cabe, portanto, também à UBS, e não apenas à família, desenvolver uma ação crítica, reflexiva e educativa para que haja promoção da saúde e perspectiva de um projeto de vida para os adolescentes. Assim, a UBS apresenta-se como um local estratégico de intervenção, devido a sua importância, e por constituir um importante veículo para a educação em saúde, notadamente para a educação sexual. Para respaldar a atividade proposta, recorreu-se à uma reunião de opiniões e conjunturas de opiniões de diversos profissionais de saúde. As atividades justificam-se também pela visão da educação como criação de possibilidades para a produção de conhecimento e não um ato de simples transferência: Saber que ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção. Segundo a proposta da Unidade Básica de Saúde João Pereira de Oliveira de promover a iniciação ao trabalho em saúde por meio de vivências dirigidas aos usuários da unidade, a realização dessas palestras surgiu para se trabalhar a sexualidade dentro da realidade dos adolescentes, jovens e adultos das comunidades ribeirinhas. A intenção do trabalho foi estabelecer um meio eficaz de abordagem dessa temática no âmbito familiar em conjunto com o serviço da atenção básica desse município.

3. OBJETIVOS

Objetivo Geral:

Apesar do notório avanço sobre a conscientização e a promoção da educação sexual e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, existem localidades extremamente remotas que devido ao difícil acesso tem menor acesso a informações. Levando em consideração que as buscas por saúde de qualidade lhes custam horas e até dias de viagens, em situações precárias quanto melhor passada a informação mais eficaz se torna o projeto.

Compreender a atenção integral à saúde de maneira mais abrangente, de modo a incluir os diferentes olhares do trabalho em equipe nas questões relativas ao tema na perspectiva do cuidado integral à saúde.

Objetivos Específicos:

- ✓ Contextualizar os temas “Orientação Sexual” e “Contracepção” no cenário local e conhecer as questões históricas envolvidas na recusa pelo conhecimento.
- ✓ Reconhecer a importância do papel da equipe considerando indicadores em saúde.
- ✓ Identificar as ações clínicas recomendadas para as principais queixas e agravos ginecológicos, urológicos e psicológicos.
- ✓ Compreender as principais alterações físicas e hormonais esperadas para as faixas etárias para identificar necessidades e dúvidas pertinente ao período, propondo ações que proporcionem o cuidado integral. Identificar possibilidades de trabalho interdisciplinar na Atenção Básica por meio do relato de experiências exitosas para subsidiar uma prática profissional fundamentada pela integralidade do cuidado.
- ✓ Saber orientar o uso dos diferentes métodos contraceptivos, sexualidade, e suas especificidades
- ✓ Saber identificar as situações em que é permitida a esterilização cirúrgica com base na legislação vigente.
- ✓ Implementar capacitação com a equipe de saúde sobre o cuidado pré-concepcional, abordagem e direcionamento pessoal;

4. METODOLOGIA DA INTERVENÇÃO

Trata-se de um projeto de intervenção (pesquisa-ação), que foi realizado na da Unidade Básica de Saúde João Pereira de Oliveira, durante o período de 6 meses. A população do estudo em especial foram os usuários sexualmente ativos.

O objetivo do projeto é minimizar/ diminuir os indicadores de infecções sexualmente transmissíveis, gravidez precoce e indesejada, uso correto de métodos contraceptivos. Por ser uma pesquisa-ação foram executadas as

seguintes etapas: Exploratória, Tema da pesquisa, Colocação do problema, Base teórica e Elaboração da proposta.

5. ETAPAS DA PESQUISA

Fase exploratória, foi realizado o diagnóstico situacional a partir do levantamento de dados epidemiológicos da população adscrita da unidade de saúde, acerca dos indicadores de saúde, cobertura de pré-natal, das principais IST's. Foram levantadas também características sociodemográficas da população. Também foram coletados dados de pessoas selecionadas que estão em idade sexualmente ativas na Unidade Básica de Saúde João Pereira de Oliveira, para saber seu conhecimento sobre os temas abordados.

O tema da intervenção delimitado a partir de discussões com a equipe de saúde. Assim, foi estabelecido o objetivo de reduzir o índice de gravidez precoce, baixar indicadores de saúde e informar a população.

O próximo passo foi definir a base teórica para fundamentar a intervenção, a partir de uma revisão da literatura sobre o tema.

A partir dos dados levantados na comunidade, discussão em equipe e fundamentação teórica foi elaborada a proposta da intervenção.

6. PLANO DE INTERVENÇÃO

Projeto teve apoio da Secretaria Municipal de Saúde e dos usuários da unidade. Houve empenho de toda a equipe, inclusive os ACS, pois o contato com os usuários é direto e constante. As informações coletadas foram repassadas para a equipe.

Na sequência, foram solicitados equipamentos de proteção individual (EPI) a Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) para proteção de todos os profissionais de saúde envolvidos, por conta da pandemia de COVID-19, havendo, inclusive, treinamento específico.

Os participantes foram cerca de 120 usuários da unidade, que foram acompanhados de forma direta e objetiva por toda a equipe envolvida.

7. RECURSOS NECESSÁRIOS PARA A EXECUÇÃO

1 Equipe de trabalho:

***Médicos (as) e Enfermeiros (as):** terão a função mais importante da ação, sendo responsáveis, únicos e exclusivamente de propagar as informações de conscientização e prevenção.

***Agentes Comunitários de Saúde:** Responsáveis por realizar e atualizar dados cadastrais individuais ou familiares de suas respectivas comunidades.

***Técnicos em Enfermagem:** realizarão a triagem dos que buscarem por informações pertinentes ao projeto.

***Auxiliares de Enfermagem:** serão os colaboradores *in locus* em dias de ações repassando as informações sobre a ação.

2 Material Necessário:

***Datashow e Televisão:** para a exposição informações multimídias como: vídeos, textos, imagens.

***Papel e Caneta:** para a criação de questionários, anamnese e coleta de dados cadastrais.

***Cartaz e Cartolina:** com fins de exposição de informações obres os temas abordados, criação de cronogramas de exposição, coleta de exames de laboratório, distribuição de anticoncepcionais e preservativos.

***Panfletos e Preservativos:** serão distribuídos ao final de cada ação.

3 Local:

O projeto foi aplicado na Unidade Básica de Saúde João Pereira, já que dispões de ambiente físico destinado a recepcionar um maior número de usuários, podendo também ser aplicado na Unidade Fluvial do município, visando o público da zona rural.

4 População alvo:

Serão beneficiados por essa ação toda a população sexualmente ativa, de ambos os sexos, que atendem aos serviços da Unidade Básica de Saúde João Pereira e/ou Unidade Básica de Saúde Fluvial. Sendo orientados a repassarem as informações aos familiares e/ou filhos de menor idade caso vejam necessário e prudente.

5 Educação em Saúde:

Serão expostos temas semanais enfatizando a promoção da educação sexual valorizando aspectos informativos desse processo, podendo também dar ênfase ao aspecto formativo onde se propicie a discussão de valores, atitudes e preconceitos; pode ainda considerar a importância da discussão de dúvidas, sentimentos e emoções. Os temas selecionados irão variar de acordo ao previamente escolhido, alguns deles serão: Sexualidade, Contracepção, IST`S (Sífilis, Gonorreia, HIV/Aids), Gravidezes Indesejadas (Adolescência, Não Planejadas, Mal Planejadas), Experiências Traumáticas (Estupros, Violações, Período Intergenésico Curto). Após exposição serão feitas abordagens individuais para dúvidas, perguntas íntimas ou distribuição de materiais selecionados.

8. REVISÃO DE LITERATURA

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

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

A taxa de mortalidade materna é “o indicador utilizado para conhecer o nível de morte materna (...) calculado pela relação do n.º de mortes maternas ou de mulheres durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez (VEJA, 2017). É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela” (LAURENTI, 2000). Esse indicador serve como base para apontar o estado de saúde da população feminina, e

consequentemente da gestão de políticas públicas voltadas para esse público alvo.

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

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

A eficácia dos diversos métodos contraceptivos pode ser avaliada pelo número de gestações em cada 100 mulheres utilizando o método por um ano, o que é conhecido como índice de Pearl. (BRANDÃO, 2019).

Logo, quanto menor o índice de Pearl, maior é a eficácia do referido método. Embora a OMS recomende que os métodos de controle da natalidade apresentem índice de Pearl abaixo de 4, os melhores métodos têm taxas de falha em um ano menor do que 1. (QUINTERO,2017).

O índice deve ser calculado levando-se em consideração o uso do método na forma costumeira e na forma perfeita. Muitas mulheres queixam durante as consultas sobre os (esquecimento, vômito, interações medicamentosas etc.).

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

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

Método	% de mulheres que experimentam uma gravidez indesejada no 1º ano de uso	
	Uso típico	Uso Perfeito

Nenhum método	85	85
Espermicidas	28	18
Método do padrão de dias	-	5
Método dos dois dias	-	4
Método ovulatório	-	3
Método da temperatura	-	0,4
Coito interrompido	22	4
Esponja	-	-
Mulheres multíparas	24	20
Mulheres nulíparas	12	9
Camisinha feminina	21	5
Camisinha masculina	18	2
Métodos baseados na percepção de fertilidade	24	-
Diafragma	12	6
Pílulas combinadas	9	0,3
Adesivo cutâneo	9	0,3
Anel vaginal	9	0,3
Anticoncepcional trimestral	6	0,2
DIU de cobre	0,8	0,6
DIU de hormônio	0,2	0,2
Implante subdérmico	0,05	0,05
Esterilização feminina	0,5	0,5
Esterilização masculina	0,15	0,1

Fonte: Sociedade Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 2020.

Quando uma paciente chega a unidade pedindo prescrição para algum método contraceptivos, antes de prescrever qualquer método contraceptivo, devemos ter uma conversa, onde tiramos todas as dúvidas, além de avaliar sua

eficácia, devemos excluir suas contraindicações. Para isso, utilizamos os critérios de elegibilidade da OMS, que determinam as situações clínicas que cada método deve ou não ser utilizado, classificando-os em quatro categorias:

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

Tabela 2: resumo das categorias e recomendações.

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

Fonte: Sociedade Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 2020.

A Organização Mundial de Saúde divulga periodicamente documentos onde cita as situações clínicas que mais interagem com o uso dos métodos contraceptivos e as classificam em enormes tabelas. Porém, mais importante do que decorar a tabela é aprender quando os métodos contraceptivos não devem ser utilizados. (RIBEIRO, 2019).

Na tabela abaixo, trazemos as principais contraindicações ao uso dos anticoncepcionais hormonais combinados, que são os mais cobrados em prova. As indicações e contraindicações dos demais métodos serão abordadas ao longo do capítulo. (CORRÊA, 2017).

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

TVP/EP atual ou pregressa, independentemente do uso de anticoagulante
Trombofilia conhecida
Cirurgia maior com imobilização prolongada
Lúpus eritematoso sistêmico com ACA positivo ou
Desconhecido

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

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

6 MÉTODOS DE COMPORTAMENTO

Os métodos comportamentais baseiam-se na observação dos sinais e sintomas que caracterizam as diversas fases do ciclo menstrual com consequente abstinência sexual no período fértil da mulher, que deve ser de 3 a 4 dias antes da data da ovulação até 3 dias depois, levando em consideração que um espermatozoide permanece vivo dentro do trato genital feminino por 72 horas e o tempo de vida de um óvulo é de aproximadamente 48 horas. (FERREIRA,2017).

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

resguardados apenas para situações em que a crença religiosa da mulher ou do homem condene outros métodos.

✓ TABELINHA (OGINO-KNAUS)

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

Exemplo:

Casal decide usar método comportamental de Ogino -Knaus (tabelinha) para anticoncepção. Após observar o ciclo menstrual por seis meses foi verificado que o ciclo mais curto durou 28 dias e o mais longo 32 dias. A orientação deve ser:

- ✓ Diferença entre o ciclo mais longo e o mais curto: $32 - 28 = 4$ (método pode ser usado).
- ✓ Subtrai-se 18 do ciclo mais curto: $28 - 18 = 10$. Início do período fértil no 10º dia.
- ✓ Subtrai-se 11 do ciclo mais longo: $32 - 11 = 21$. Término do período fértil no dia 21º dia.
- ✓ casal deve evitar relações sexuais entre o 10º e o 21º dia do ciclo menstrual.

✓ TEMPERATURA CORPORAL BASAL

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

Esse método baseia-se na aferição da temperatura corporal com termômetro comum (via oral, retal ou vaginal - desde que seja adotada a mesma via durante todo o ciclo) diariamente, pela manhã, após período mínimo de

repouso de 5 horas, devendo-se permanecer em abstinência sexual durante todo o primeiro período do ciclo menstrual até o 49 dia após ter verificado aumento da temperatura corporal, devido ao período de 48 horas de vida do óvulo. (PALETTA, 2019).

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

✓ **BILLINGS OU MUCO CERVICAL**

O muco produzido na endo cérvix, sob influência hormonal cíclica, muda as suas características ao longo do ciclo menstrual. Na primeira fase do ciclo, o muco cervical é espesso e pegajoso, sendo muitas vezes imperceptível, mas, à medida que a ovulação se aproxima, torna-se mais elástico e viscoso (semelhante à clara de ovo), promovendo sensação de lubrificação vaginal intensa, voltando então ao aspecto espesso após a ovulação. (DE ARRUDA, 2020).

Logo, nesse método, o período de abstinência sexual deve ser desde a percepção do muco cervical até o quarto dia após essa sensação de lubrificação vaginal máxima.

✓ **COITO INTERROMPIDO**

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

7 MÉTODOS DE BARREIRA

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

✓ **CONDOM**

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

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

✓ **DIAFRAGMA E ESPERMICIDA**

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

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

A fim de reduzir a taxa de falhas, o diafragma deve ser utilizado preferencialmente em conjunto com um gel espermicida, isto é, substâncias químicas capazes de imobilizar ou destruir os espermatozoides através da lesão de sua membrana celular.

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

Tanto o diafragma quanto o gel espermicida podem ser alergênicos à paciente ou ao parceiro. Nesses casos, está contraindicado o uso. Além disso, ambos podem aumentar o risco de infecções genitourinárias e, portanto, devem ser evitados nessas situações.

Falando no espermicida particularmente, há aumento das chances de transmissão de IST, pois sua substância pode causar microfissuras na mucosa vaginal. Por esse motivo, é considerado categoria 4 em pacientes portadores do vírus HIV. (SOUZA, 2017).

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

8 MÉTODOS HORMONAIS COMBINADOS

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

O estrogênio sintético age, principalmente, inibindo o pico do FSH e, com isso, o recrutamento e desenvolvimento do folículo dominante, além de estabilizar o endométrio e potencializar a ação pro gestínica através do aumento dos receptores de progesterona.

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

Os progestínicos utilizados no Brasil podem ser derivados da própria progesterona (17-OH-progesterona), como a ciproterona, que possui efeitos antiandrogênicos; da testosterona (19-nortestosterona), a exemplo da noretisterona, levonorgestrel, desogestrel e gestodeno (possuem ação androgênica, porém menor efeito trombogênico) ou da espironolactona, como a drospirenona, com importante efeito antiminerlocorticoide.

Já o estrogênio mais utilizado é o etinilestradiol, em dosagens nas formulações orais que vão de 15 a 35 mcg, sendo as de 15 ou 20 mcg consideradas de muito baixa dosagem e as de 30 ou 35 mcg de baixa dosagem.

Doses maiores que 35 mcg ao dia não são seguras e estão em desuso pelo alto risco de eventos tromboembólicos.

Independentemente da via de administração, o método deve ser iniciado sempre nos primeiros cinco dias do ciclo menstrual (preferencialmente no 1º dia) e repetido periodicamente. No caso da via oral, o uso é diário, a cada 24 horas, e há formulações de 21 dias, com pausa de 7 dias; 24 dias, com 4 dias de intervalo, ou 28 dias contínuos, sem pausa.

A administração injetável deve ser realizada por profissional de saúde e repetida a cada 30 dias, de preferência nas nádegas. Tanto o anel vaginal quanto o adesivo transdérmico são utilizados por três semanas consecutivas, com pausa de uma semana, sendo que o adesivo deve ser trocado a cada 7 dias e colocado sobre áreas limpas e secas, como nos glúteos, face externa dos braços, abdome ou tronco. Já o anel vaginal é inserido na vagina pela própria mulher e deixado no local por 21 dias, sem necessidade de troca durante esse período ou de avaliação médica, visto que não se trata de método de barreira.

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

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

9 PROGESTÍNICO ISOLADO

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

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

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

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

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

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

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

As únicas contraindicações absolutas (categoria 4) ao uso desses métodos são gravidez e câncer de mama atual, mas, em algumas situações, como história atual de TVP ou TEP, LES com anticorpos antifosfolípidos

positivos, tumor hepático maligno e cirrose descompensada, devem ser evitados (categoria 3).

10 DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS

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

No Brasil, há classicamente dois dispositivos dispo níveis: DIU de Cobre T380A e DIU de levonorgestrel 20 mcg (Mirena).

Ambos não são anovulatórios e têm ação local, promovendo reação inflamatória na cavidade uterina por simularem um corpo estranho, tornando o ambiente inóspito para espermatozoides e óvulos, além de interferirem no muco cervical e na motilidade tubária. O levonorgestrel tem ainda efeito antiproliferativo sobre o endométrio, provocando atrofia endometrial e impedindo possível implantação.

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

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

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

Os principais efeitos adversos relacionados ao DIU de cobre são aumento da dismenorreia e do fluxo menstrual, ao contrário das usuárias do DIU de levonorgestrel, que em geral costumam experimentar alívio das cólicas e redução do sangramento menstrual (a maioria entrará em amenorreia após o

primeiro ano de uso), apesar de muitas apresentarem sangramento intermenstrual de spotting, principal efeito colateral associado ao método.

Outros inconvenientes dos dois tipos de dispositivo intrauterino são o aumento relativo das taxas de gravidez ectópica (caso ocorra uma falha, há maior chance de haver implantação fora da cavidade uterina) e o risco de doença inflamatória pélvica, que é motivo de inúmeras discordâncias na literatura, mas atualmente sabe-se que o aumento do risco se dá somente poucos meses após a inserção possivelmente por uma infecção genital vigente durante o procedimento que ascendeu pelo canal cervical ou por técnicas de assepsia inadequadas.

Recentemente, muito tem se falado sobre DIU de prata e mini DIU. Ambos são nada mais do que novas versões do DIU de cobre.

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

As principais contraindicações ao uso dos dispositivos intrauterinos são:

Contraindicações absolutas (categoria 4);

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

- ✓ Imunodeficiência;
- ✓ De 48 horas a quatro semanas pós-parto;
- ✓ Câncer de ovário;
- ✓ Doença trofoblástica benigna;
- ✓ Tumor hepático maligno ou adenoma hepatocelular (para DIU de LNG);
- ✓ TVP/TEP atual (para DIU de LNG);
- ✓ Lúpus eritematoso sistêmico com anticorpo antifosfolipide positivo ou desconhecido (para DIU de LNG).

11 CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

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

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

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

12 CONTRACEPÇÃO CIRURGICA

Único método contraceptivo irreversível, que inclui tanto a laqueadura tubária para as mulheres quanto a vasectomia (ressecção do ducto deferente) no caso dos homens. Por se tratar de método definitivo, a legislação vigente (Lei 9263, que regulamenta o planejamento familiar no Brasil) é extensa e rigorosa.

Destacamos abaixo os pontos mais importantes que você precisa saber para as provas: (BARROS, 2019).

Quando fazer?

Homens e mulheres com capacidade civil plena, maiores de 25 anos ou com pelo menos 2 filhos vivos, com prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade (expressa em documento escrito e firmado) e o ato cirúrgico.

Risco de vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto (testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos).

Quando não fazer?

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

9. PROPOSTA DE AVALIAÇÃO

Foram realizadas atividades educativas na unidade, bimestralmente, voltadas a população sexualmente ativa. Através de convites emitidos anteriormente, respeitando as normas de prevenção para o COVID-19 (máscara, distanciamento social e álcool em gel).

As ações foram realizadas com todos os membros presentes visando a desmistificação sobre variados temas como: autoconhecimento do corpo humano, variações hormonais e suas faixas etárias, iniciação sexual e medidas de prevenção contra IST's.

As ações foram realizadas pausadamente, dando o tempo necessário para o entendimento de todo os usuários sem distinção.

Foram ofertados folders e um banco de perguntas sobre o tema para posterior avaliação, além de ser deixado uma caixa de perguntas para serem realizadas de forma anônima e sanadas nas ações seguinte. As atividades educativas foram planejadas e construídas baseadas na literatura atual e protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e OMS.

A aceitação foi avaliada após um período de seis meses, baseando-se nos ingressos de cadastros pré-natais, o número de anticonceptivos distribuídos, alterações dos indicadores de saúde, número de pessoas que assistem ou procuram informações sobre as ações.

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reciclagem da equipe engajou o alcance de todos objetivos da intervenção, permitindo participação efetiva de toda a equipe durante o processo. A integração da equipe trouxe motivação para a continuidade das ações e revelou as habilidades de vários profissionais antes não aproveitadas. O envolvimento total da equipe de saúde foi o maior propulsor para o alcance de todos os objetivos estabelecidos.

A orientação durante as consultas médicas permitiu que os usuários compreendessem cada método contraceptivo e a importância do seu uso.

As principais dificuldades enfrentadas foram, em casos isolados, a baixa adesão ao uso de contraceptivos.

Desafios político-institucionais, questões ligadas ao financiamento e capacitação para a equipe de saúde foram superadas. Atualmente as são realizadas com a participação dos gestores nas questões organizativas, de modo a atender às reais necessidades da população e buscando superar processos de trabalho.

A garantia dos cuidados integrais exige um equilíbrio entre a abordagem individual e a comunitária, em tempo oportuno, para enfrentar os determinantes sociais.

11. REFERÊNCIAS

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

BRANDÃO, Elaine Reis. Métodos contraceptivos reversíveis de longa duração no Sistema Único de Saúde: o debate sobre a (in) disciplina da mulher. 2019.

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

CORRÊA, Daniele Aparecida Silva et al. Fatores associados ao uso contraindicado de contraceptivos orais no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 1, 2017.

FERREIRA, Hellen Livia Oliveira Catunda et al. Determinantes Sociais da Saúde e sua influência na escolha do método contraceptivo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 4, p. 1044-1051, 2019.

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

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

BORGES, Ana Luiza Vilela et al. Satisfação com o uso de métodos contraceptivos entre usuárias de unidades básicas de saúde da cidade de São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 17, n. 4, p. 749-756, 2017.

DE ARRUDA, Cledinete Dias et al. PLANEJAMENTO FAMILIAR: VIVÊNCIA DOS CASAIS COM O MÉTODO DE OVULAÇÃO BILLINGS. **TCC-Enfermagem**, 2020.

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

VIEIRA, Gilson Valente et al. FATORES ASSOCIADOS AO USO ABUSIVO DO CONTRACEPTIVO DE EMERGÊNCIA E SEUS EFEITOS INDESEJADOS EM ACADEMICAS DA ÁREA DA SAÚDE DE UMA FACULDADE DE ARIQUEMES RONDÔNIA. 2018.

BARROS, Mariana Barbosa et al. Práticas e saberes de mulheres que optaram por realizar a laqueadura tubária como método contraceptivo. 2019.

Finotti MC, Magalhães J, Martins LA, Franceschini AS. Métodos anticoncepcionais reversíveis de longa duração. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO): 2018.

.

.