

Unidade 1

Vida de mulher. Que vida é esta?

UNIDADE 1

Vida de mulher. Que vida é esta?

Esta Unidade aborda aspectos, situações e determinantes que conformam e caracterizam vida da mulher na sociedade, destacando as implicações e demandas a serem reconhecidas e consideradas pelos profissionais da equipe de Saúde da Família (eSF) na assistência integral à saúde da mulher.

Ao finalizar a Unidade, o profissional deve ser capaz de:

- contextualizar as determinações, as situações e as condições que caracterizam a vida da mulher na sociedade;
- reconhecer os impactos das características da vida da mulher no perfil de morbimortalidades da população feminina, em especial no território de referência;
- incorporar, no plano de trabalho das equipes de saúde da família, o cuidado à mulher vítima de violência;
- mapear ações interprofissionais e interinstitucionais no sentido da garantia dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher.

Seção 1

Contexto e situação de vida da mulher

Alguns aspectos e dados são básicos para caracterizar a vida da mulher na sociedade. Em razão da transversalidade e amplitude, um deles movimentada e dimensiona quaisquer outros: mulheres e homens são sujeitos sociais. A partir dessa premissa, a categoria gênero, porque agrega o conjunto de relações sociais, de atitudes, de papéis, de atributos e de crenças que na sociedade caracterizam o masculino (homem) e o feminino (mulher), firma-se como paradigma de escolha para configurar a situação e a dinâmica da vida da mulher: afinal, que vida é esta?

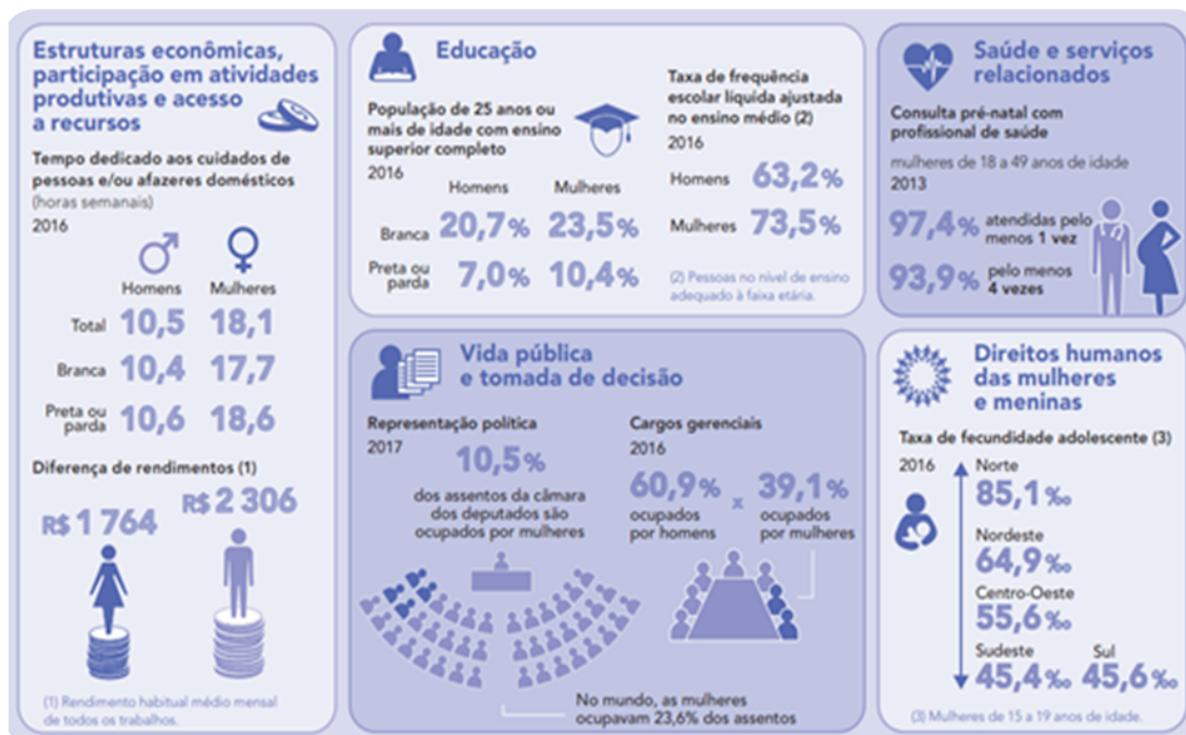
A categoria gênero é um paradigma básico para situar e compreender mulher e homem, biológica e socialmente, e reconhecer efeitos e impactos dessa situação e diferenças no processo saúde-doença em cada segmento (masculino e feminino), rompendo com a compreensão dicotômica dos papéis sociais e criando possibilidades de superação da subalternidade feminina, entre outras (FONSECA, 2005).

É nesse contexto que vêm sendo definidas e desenvolvidas em, praticamente, todo o mundo e em todas as áreas, ações afirmativas focadas na situação e nas condições de vida da mulher.

Protagonista nesse processo, em 2000, a Organização das Nações Unidas (ONU) definiu oito objetivos internacionais de desenvolvimento para o ano de 2015, denominados “Objetivos de Desenvolvimento do Milênio”, em que estão incluídos: saúde da gestante, promoção da igualdade de gênero e empoderamento das mulheres. Dado o potencial extensivo dessa definição, ainda em 2010, foi aprovada e criada pela Assembleia Geral da ONU a “Entidade das Nações Unidas para a Igualdade de Gênero e Empoderamento da Mulher”, identificada e distinguida como “ONU Mulheres”. Entre as principais áreas temáticas da “ONU Mulheres” estão: liderança e participação política, desenvolvimento econômico e fim da violência contra as mulheres.

Nesse contexto, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2018) realizou o estudo “Estatísticas de gênero: indicadores sociais das mulheres no Brasil” (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014) e, com base nos dados levantados, conclui que “a mulher estuda mais, trabalha mais e ganha menos do que o homem” (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2019a) (Figura 1).

Figura 1 - Indicadores sociais do segmento feminino da população no Brasil



Fonte: IBGE, 2018.

Dados e informações das pesquisas sociodemográficas realizadas pelo IBGE (2018) mostram que 51,7% da população brasileira (208,5 milhões de habitantes) são mulheres. Nesse segmento, 17,5% estão na faixa etária de até 24 anos, e na faixa etária de 60 anos estão 8,6%, enquanto, no segmento masculino da população (48,3%), 18,2% estão na faixa etária de até 24 anos e 6,8% na de 60 anos e mais. Esses dados retratam o segmento feminino da população com menor padrão de juventude e maior expectativa de vida ao nascer.

Outro parâmetro básico para compreender a situação de vida da mulher é o perfil de morbimortalidade (de que adoecem e morrem as mulheres) que, no Brasil, tem como base de dados o Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) e o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

IMPORTANTE

O registro de dados e informações produzidos na Unidade Básica de Saúde (UBS) é uma das fontes que alimenta o (Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

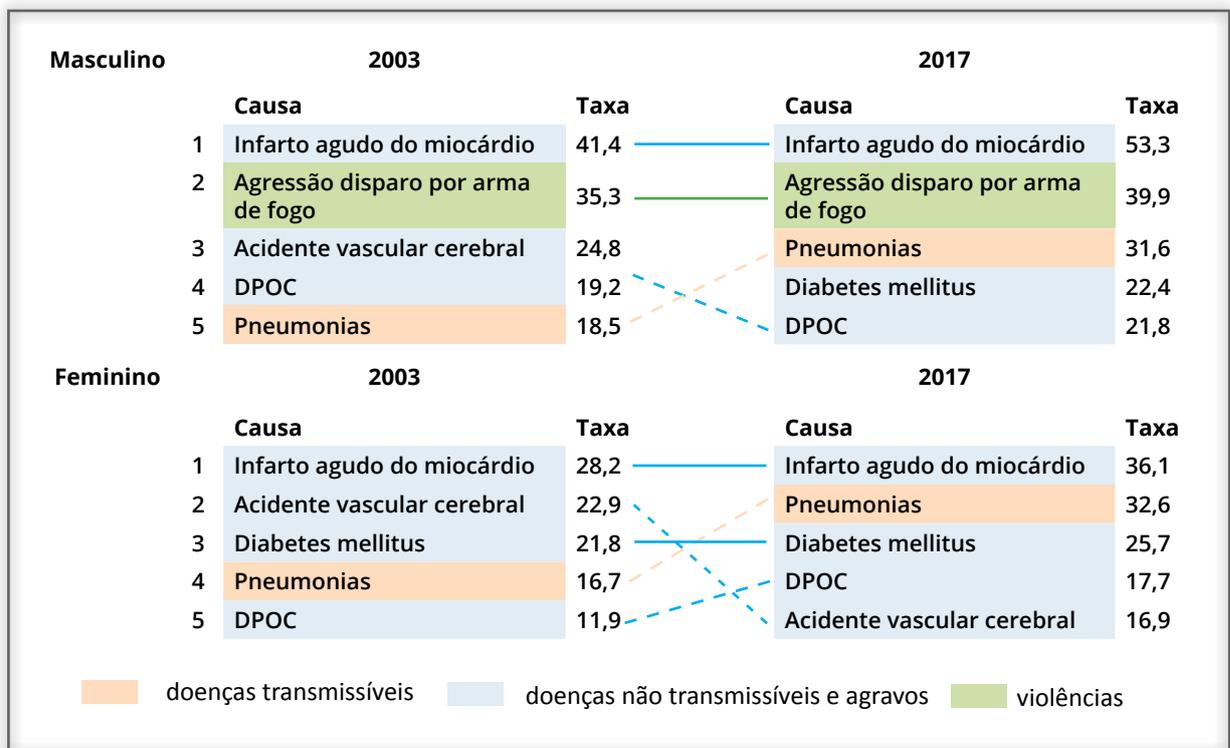
No perfil de morbidade da população feminina no Brasil destacam-se as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), consideradas como ‘problema de saúde pública’ em todo o mundo e com repercussões diretas na saúde reprodutiva da mulher (infertilidade, complicações na gravidez) e, indiretamente, como fator de risco para coinfeção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). Nesse grupo de IST estão alguns destaques específicos em relação à:

- Sífilis - no Brasil, em 2018, a taxa de detecção de sífilis adquirida (não gestantes) foi de 75,8 casos por 100.000 habitantes; detecção de sífilis em gestante foi de 21,4/1000 nascidos vivos, taxa de incidência de sífilis congênita foi de 9,0/1000 nascidos vivos e a taxa de mortalidade por sífilis congênita de 8,2/100.000. Esses dados geram preocupação, impondo a necessidade de estratégias para enfrentamento da Sífilis no país, em especial na atenção primária a saúde e pelos profissionais das equipes de saúde da família (BRASIL, 2014a; 2015a, 2016b, 2019a).
- HIV e AIDS - No Brasil, entre 2008 a 2018, foi constatada diminuição nas taxas de detecção de HIV e AIDS. Nesse mesmo período as mulheres representaram 31% dos casos de HIV notificados no SINAN. A razão de sexos para o ano de 2018 foi de 2,6 (M:F), ou seja, 26 homens para cada dez mulheres. A principal via de exposição ao HIV para as mulheres é heterossexual (86,5%), e a maior detecção de AIDS ocorreu em mulheres na faixa etária entre 40 e 44 anos (20,5 casos/100.000 habitantes). No período de 2008 a 2018 o aumento na taxa de detecção de HIV em gestantes foi de 38,1% (2,9/1.000 nascidos vivos) provavelmente decorrente da ampliação do diagnóstico no pré-natal (BRASIL, 2016b; 2019a).
- Hepatite B - na abordagem de prevenção da Hepatite ‘B’ evitar a transmissão vertical com as seguintes ações: imunização preferencial das meninas e mulheres de 10 a 49 anos, assistência pré-natal, testagem para hepatite, uso de antiviral, administração de vacina e imunoglobulina ao recém-nascido (BRASIL, 2016b; 2019a).

Segundo o INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, em 2018, a expectativa de vida ao nascer era de 76,3 anos na população brasileira em geral (homens e mulheres) e de 79,9 anos quando considerado apenas o segmento feminino (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2019b). Considerando as causas de morte por sexo, pesquisadas,

comparativamente, nos anos de 2003 e 2017, constata-se que o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) é a principal causa, comum aos dois grupos seguida de outras que se distinguem percentualmente para cada segmento, exceto a “agressão por disparo de arma de fogo” como uma das cinco primeiras causas de morte para o sexo masculino, por segmento (BRASIL, 2019a) (Figura 2).

Figura 2 - Evolução das taxas de mortalidade pelas principais causas de óbito (por mil hab.), segundo sexo, em 2003 e 2017, Brasil



Fonte: BRASIL,2019a, p. 116.

Na abordagem do perfil de morbimortalidade da população feminina estudar a mortalidade materna é imprescindível. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2019a):

- 92% das mortes maternas são por causas evitáveis,
- as principais causas da mortalidade materna no Brasil são hipertensão e hemorragia, seguidas por infecção puerperal e aborto que são categorizadas como “causas obstétricas diretas” porque resultam de complicações durante a gravidez, o parto e o puerpério (período de até 42 dias após o parto).

Além das causas obstétricas direta, a mortalidade materna ocorre devido a causas relacionadas com doenças preexistentes ou que se desenvolveram no ciclo gravídico-puerperal e foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gestação (causas indiretas), dentre elas, a de maior importância epidemiológica é a doença do aparelho circulatório (BRASIL, 2000; 2019a).

ATENÇÃO!

Como calcular razão de mortalidade materna e de morte materna:

- ▶ **Razão de mortalidade materna:** número de óbitos femininos por causas maternas, por 100 mil nascidos vivos, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- ▶ **Morte Materna**, segundo a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), é a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais (BRASIL, 2000).

Seção 2

Violência contra a mulher: um adoecer e morrer cotidiano

A violência contra a mulher é um fenômeno mundial complexo relacionado às concepções que condicionam a mulher a um papel subalterno, secundário, de objeto e não de sujeito da sua própria vida que impacta no perfil de morbimortalidade do segmento feminino da população.

Evidencia hierarquia de poder social, político e econômico, que “reforçam ideologias sexistas, racistas e classistas” (GIORDANI, 2006 apud ANDRADE, 2009, p 15).

Em cerca de 70% a 80% dos casos a violência contra a mulher o agressor é o parceiro com quem a mulher mantém relação de afeto. Caracteriza-se por agressividade e coações concretizadas por ataques físicos, sexuais e psicológicos.

Em todas suas formas a violência contra a mulher resulta em sequelas físicas e psicológicas o que torna a vítima mais vulnerável a outros agravos, tais como: uso de drogas, doenças sexualmente transmissíveis, doenças ginecológicas, distúrbios sexuais, depressão e ao suicídio. Enfrentar a violência contra mulher pressupõe reafirmar cotidianamente os direitos humanos e sua extensão como direitos sexuais e reprodutivos, a saber (ANDRADE, 2009; BRASIL, 2002; 2009b; 2011b; 2012b):

- Decidir-se quer ou não ter filhos.
- Decidir a quantidade e o momento que considerar desejável para ter filho.
- Obter a informação, aos meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos.
- Exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência.
- Escolher a parceria sexual, ter ou não relação sexual, ter relação sexual de forma segura com prevenção de gravidez e de IST;
- Ter acesso a serviços de saúde – com privacidade, sigilo, sem discriminação –, à informação e à educação sexual e reprodutiva.

O desenvolvimento dos direitos humanos e, nesse contexto, as afirmações dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher reportam à revolução Industrial e ao processo de urbanização, nos séculos XVIII e XIX, quando o termo “feminismo” se firma como expressão dos movimentos que estruturam, organizam e expandem a luta da mulher por justiça social. Na progressão dos movimentos feministas, o século XX foi cenário de programas, projetos e eventos que ampliaram e consolidaram a luta pela igualdade de direitos entre os gêneros (Figura 3).

Figura 3 – Eventos destaques do movimento feminista no período de 1970-1990.



Fonte: organizado pelas autoras.

- 1960 - Surgem as pílulas anticoncepcionais, marco da “revolução sexual”, em todo o mundo.
- 1975 – A 1ª Conferência Mundial sobre a situação da mulher, realizada no México, pauta, internacionalmente, que os direitos básicos da mulher sejam assegurados e garantidos, inclusive o acesso igualitário à educação, ao emprego, à participação política, aos serviços de saúde, incluindo o planejamento familiar.
- 1979 - É constituído o primeiro tratado internacional objetivando eliminar e reprimir todas as formas de discriminação contra a mulher e promover seus direitos na perspectiva da igualdade de gênero.

- 1985 – Realiza-se a III Conferência Mundial sobre a Mulher, em Nairóbi, sob o título “Conferência Mundial para a Revisão e Avaliação das Realizações da Década das Nações Unidas para a Mulher: Igualdade, Desenvolvimento e Paz”. Esse evento aprovou o documento “Estratégias Prospectivas de Nairóbi para o Ano 2000”, que incluía a diminuição da mortalidade materna em 50% até o ano 2000. Para marcar essa proposta, foi adotado o termo “Maternidade Segura”. Foram signatários 157 Estados participantes.
- 1994 – a) Conferência Internacional de População e Desenvolvimento do Cairo. Foi o primeiro encontro internacional de população e desenvolvimento, no qual a centralidade foi a saúde reprodutiva, sexual e os direitos das mulheres; b) Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará/Brasil). Esse evento pautou a proteção aos direitos da mulher e defendeu a eliminação das situações de violência.
- 1995 - IV Conferência Mundial sobre a Mulher, em Beijing. Propõe inserir o termo ‘gênero’ para as políticas públicas (ONU MULHERES BRASIL, 2020).

No Brasil, as ações e atividades dos movimentos políticos e sociais centrados e focados na luta pela igualdade de direitos entre os gêneros resultaram em definição de normativas que dispõem sobre questões estruturais e paradigmáticas dos movimentos feministas:

- 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 o planejamento familiar como direito de todo cidadão (BRASIL, 1996).
- Decreto nº 4.377, de 13 de setembro de 2002, Presidência da República - Casa Civil – Promulga a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, de 1979, e revoga o Decreto no 89.460, de 20 de março de 1984. Retifica a Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher, de 18 de dezembro de 1979.
- Decreto nº 4.625, de 21 de março de 2003a – cria a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres como órgão integrante da Presidência da República, com status de Ministério para formulação, coordenação e articulação de políticas que promovam a igualdade entre mulheres e homens (Revogado pelo Decreto nº 7.043, de 2009) (BRASIL, 2003a).
- Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 - Lei Maria da Penha - Dispõe de mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Marco no enfrentamento a violência contra a mulher no Brasil (BRASIL, 2006a).
- Portaria nº 104 de 21 de janeiro de 2011- Inclui a violência doméstica, sexual e/ou outras violências na lista de notificação compulsória (BRASIL, 2011b).

- Portaria nº 1.271 de 06 de junho de 2014, Brasil. Define na Lista Nacional de Notificação Compulsória, na qual a violência sexual e tentativa de suicídio passa ter notificação em até 24 horas para Secretária Municipal de Saúde (BRASIL, 2014a).
- Lei nº 13.266, de 05 de abril de 2016 - extingue a Secretaria de Políticas para as Mulheres. Cria o Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial, da Juventude e dos Direitos Humanos. Extingue o cargo de Ministro de Estado Chefe da Secretaria de Política para Mulheres (BRASIL, 2016a).
- Portaria nº 353, de 14 de fevereiro de 2017 - Aprova as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (BRASIL, 2017a).
- Lei nº 13.718, de 24 de setembro de 2018. Altera o Código Penal, que passa a tipificar os crimes de importunação sexual e de divulgação de cena de estupro, além de “tornar pública incondicionada a natureza da ação penal dos crimes contra a liberdade sexual e dos crimes sexuais contra vulnerável, estabelecer causas de aumento de pena para esses crimes e definir como causas de aumento de pena o estupro coletivo e o estupro corretivo” (BRASIL, 2018a).
- Despacho do Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas de 03 de maio de 2019 – posição oficial em relação à expressão “violência obstétrica” (BRASIL, 2019b).

A definição isolada do termo violência é assim expressa pela Organização Mundial da Saúde (OMS): “uso intencional de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação”. Essa definição associa claramente a intencionalidade com a realização do ato, independentemente do resultado produzido. O posicionamento oficial do Ministério da Saúde é que o termo “violência obstétrica” tem conotação inadequada, não agrega valor e prejudica a busca do cuidado humanizado no continuum gestação-parto-puerpério. O Ministério da Saúde pauta todas suas recomendações pela melhor evidencia científica disponível, guiadas pelos princípios legais, pelos princípios éticos fundamentais, pela humanização do cuidado e pelos princípios conceituais e organizacionais do Sistema Único da Saúde. Neste sentido, estratégias têm sido fortalecidas para que o cuidado materno seja cada vez mais qualificado, principalmente no que se refere à diminuição da mortalidade materna, mortalidade infantil, prevenção de danos decorrentes de intervenções necessárias para a preservação da vida do binômio mãe-bebê e na relação de cuidado e afetiva mãe-filho. Ratifica-se, assim, o compromisso das normativas deste Ministério pautarem-se nessa orientação. Percebe-se, desta forma, a impropriedade da expressão “violência obstétrica” no atendimento à mulher, pois acredita-se que, tanto o profissional de saúde quanto os de outras áreas, não tem a intencionalidade de prejudicar ou causar dano (BRASIL, 2019b, on-line).

Esse pronunciamento está em contraposição a todos os avanços e conquistas de afirmação dos direitos da mulher, da gestante e das 'boas práticas' para assistência ao parto normal.

Além dos dispositivos legais destacados, é importante registrar eventos, programas e definições no plano de políticas públicas que estão alinhados aos objetos e propósitos da igualdade entre os gêneros:

- I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (BRASIL, 2004), Brasil. Evidencia as diretrizes para o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, que foi instituído em 2005 (BRASIL, 2004).
- Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes. Propõe notificação imediata e proceder ao atendimento da vítima em até 72 horas da agressão, o que inclui acesso à contracepção de emergência e às medidas profiláticas de infecções sexualmente transmissíveis, inclusive as hepatites virais (BRASIL, 2012b).
- Estabelecida a 'Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências' (BRASIL, 2010b).
- Implementada a 'Rede Cegonha' no Brasil, que propõe novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto (com adoção das "boas práticas do parto e não a violência obstétrica"), ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de 0 aos 24 meses (BRASIL, 2011a).
- Norma Técnica (2015): Atenção humanizada à pessoa em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios. Institui a concepção de rede de serviços intrasetorial e intersetorial, articulados para atenção integral à mulher vítima de violência sexual (BRASIL, 2015b).

No Brasil, no período de 2007-2017, houve crescimento de 30,7% nos índices de violência contra as mulheres, sendo que, nesse último ano, os homicídios femininos foram de aproximadamente 13 assassinatos/dia (4.936 mulheres mortas).

Quando a variável raça é avaliada, percebe-se que a diferença racial é um marco nos índices de violência: 60,5% entre as mulheres negras, em comparação com 1,7% em mulheres não negras, nesse mesmo período (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2019).

Várias conquistas e proposições definidas nas políticas públicas para a mulher são concretizadas em ações desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde (APS), nos serviços e Unidades Básicas de Saúde (UBS) pelos profissionais da eSF, que devem estar preparados para suspeitar e identificar situações de violência, além de realizar o cuidado às mulheres vítimas de violência, tais como:

- realizar assistência médica e multidisciplinar, no tempo oportuno;
- conhecer e colaborar na articulação da rede intrasetorial e intersetorial do município, ao qual a eSF está vinculada, de modo a garantir o devido encaminhamento para outros serviços e unidades da Rede de Atendimento às mulheres em situação de violência;
- esclarecer e orientar as mulheres dos seus direitos.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2016b; 2017a; 2017b) define protocolos e orienta como os profissionais da eSF devem proceder no atendimento à mulher vítima de violência, desde o momento do acolhimento com escuta qualificada, avaliação da história de violência (geralmente são situações crônicas), comorbidades e checklist para o exame físico. Cabe à eSF construir o Plano de Cuidados e, entre outros procedimentos e cuidados, assegurar: profilaxia de IST, prevenção de gravidez indesejada e demais ações que possibilitam segurança e apoio às mulheres. É importante destacar que, no caso de gravidez (suspeita ou confirmada), deve-se considerar a demanda da mulher, mesmo quando ainda adolescente, inclusive quanto ao uso de anticoncepção hormonal de emergência (Quadro 1).

Quadro 1- Anticoncepção hormonal de emergência (AHE)

Método	Esquema terapêutico	Informações e prazo de início da anticoncepção
Levonorgestrel (comprimidos de 0,75)	1,5 mg de levonorgestrel, dose única , via oral) preferencialmente*) ou 1 comprimido de 0,75 mg, de 12 em 12 horas , via oral (total de 2 comprimidos)	Caso haja vômitos até uma hora após a ingestão dos comprimidos, repetir a dose após uso de um antiemético e de se alimentar. Iniciar de preferência nas primeiras 72 horas. Limite de cinco dias.

Fonte: BRASIL, 2016b, p.165.

Nota: O AHE pode ser usado por via vaginal se a mulher estiver desacordada, como no caso em que ela tenha sido vítima de violência.

Observação: a eficácia (índice de Pearl) é a média de 2%. O índice de efetividade para cada ato sexual desprotegido é de 75% (ou seja, para cada quatro relações sexuais desprotegidas, o método é capaz de prevenir três gestações).

Em 2019, a ONU publicou o guia “Cuidando de mulheres sujeitas à violência: um currículo da Organização Mundial de Saúde (OMS) para a formação de profissionais de saúde”, objetivando desenvolver nos profissionais de saúde habilidades para o atendimento às mulheres vítimas de violência, por meio da estratégia de abordagem LIVES (Listen, Inquire, Validate, Enhance e Support), ou seja: ouça, pergunte, valide as experiências, reforce e melhore o suporte e a segurança das mulheres que vivenciam situações de violência (WHO, 2019).

O desenvolvimento da Política de Planejamento Reprodutivo está entre os avanços das políticas públicas de enfrentamento da violência e deve pautar-se em:

- Práticas educativas permeando as ações de saúde: desenvolver práticas educativas relativas ao planejamento reprodutivo com informações para que as pessoas possam fazer suas escolhas sobre contracepção e concepção. As práticas educativas desenvolvidas pelos profissionais da eSF podem ser tanto de forma individual quanto coletiva.
- Garantia de acesso às pessoas: levar em consideração a necessidade de ampla divulgação das ações em escolas, associações comunitárias e outros locais que os profissionais da eSF julguem estratégicos, possibilitando a participação de adolescentes e homens, os quais geralmente são menos presentes na unidade de saúde.
- Profissionais da eSF e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), que constituem equipe multidisciplinar engajada (enfermeiros, médicos, cirurgiões-dentistas, assistentes sociais, psicólogos, educadores físicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e demais profissionais), enriquecem as atividades e ampliam a capacidade operacional do serviço de saúde, na APS.
- Livre escolha do método contraceptivo: os profissionais da eSF devem enfatizar as características de cada método. Após conhecer as vantagens e desvantagens de cada método, a mulher terá melhores condições de escolher qual deles se enquadra melhor na sua própria vida. A avaliação clínica médica deve ser pré-requisito para uma adequada prescrição dos contraceptivos, assim como a averiguação da sua adaptabilidade. Com o intuito de colaborar e facilitar a prescrição médica dos métodos anticoncepcionais, a OMS elaborou a “Roda com os critérios médicos de elegibilidade para uso de métodos anticoncepcionais” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2018).
- Disponibilidade contínua dos métodos contraceptivos: as pessoas que procuram o serviço e desejam método contraceptivo devem ter garantia da continuidade da oferta do método escolhido. Essa disponibilidade é fundamental para que a mulher tenha contracepção efetiva. O SUS disponibiliza métodos contraceptivos em todo território brasileiro (Quadro 2).

Quadro 2 - Métodos contraceptivos disponíveis na Rede de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde

DEFINITIVOS (ESTERILIZAÇÃO)		
Feminino (ligadura tubária)	Masculino (vasectomia)	
TEMPORÁRIOS (REVERSÍVEIS)		
Métodos de barreira		
Diafragma	Preservativo masculino	DIU Tcu - 380 A (DIU T de cobre)
Métodos hormonais		
Via de administração	Tipos	Apresentação
Hormonais orais	Combinado (monofásico) - AOC	Etinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg
	Minipílulas	Noretisterona 0,35 mg
	Pílula anticoncepcional de emergência (AHE)	Levonorgestrel 0,75 mg
hormonais injetáveis	Mensais (combinado)	Enantato de norestisterona 50 mg + valerato de estradiol 5 mg
	Trimestrais (progestágeno)	Acetato de medroxiprogesterona 150 mg

Fonte: BRASIL, 2016b, p.164.

PARA SABER MAIS

Roda com os critérios médicos de elegibilidade da OMS para uso de métodos anticoncepcionais - atualização de 2015 [*WHO medical eligibility criteria wheel for contraceptive use - 2015 update*]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2018. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Disponível em:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/173585/9789248549250-por.pdf?ua=1>.

O cuidado em situação de infertilidade conjugal é parte do planejamento. O apoio e a orientação para casais com dificuldade para engravidar, após um a dois anos de vida sexual sem proteção contraceptiva, é uma atividade que, em geral, inicia-se na APS e estende aos serviços de atenção secundária à saúde.

Cabe ponderar que fatores masculinos respondem por até 40,0% dos casos de infertilidade. Isso justifica o fato de que ambos – o homem e a mulher parceiros – devem ser avaliados, o que poderá contribuir para desmistificar que “a culpa” pela infertilidade é sempre da mulher.

