



Ministério da Saúde

Iniciativa Maternidade Modelo

Curso de Formação/Actualização regional em Atenção
Humanizada à Saúde Materna e Neonatal
Beira, 02 a 13 de Novembro, 2009

**Planeamento Familiar
Pós-parto e Pós-aborto**

Apresentado por:

Moçambique, Novembro 2009

Objectivos da Sessão

- Definir a contracepção pós-parto e pós-aborto
- Explicar os benefícios do espaçamento das gravidezes
- Discutir o regresso à fertilidade após o parto
- Descrever o calendário e início dos principais métodos contraceptivos
- Descrever os Critérios de Elegibilidade Clínica da OMS para o Uso de Métodos Contraceptivos

O Planejamento Familiar como uma questão de Direito

- A Atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva, incluindo o Planejamento Familiar, é uma intervenção essencial para a melhoria da saúde das mulheres, crianças e homens e é reconhecida como um **DIREITO HUMANO**



Contraceção Pós-parto e Pós-aborto

- A contraceção pós-parto é o início e uso de métodos de planeamento familiar durante o primeiro ano após o parto:
 - Pós-placental – nos primeiros 10 minutos após a expulsão da placenta
 - Puerpério imediato – nas primeiras 48 horas após o parto (ex., esterilização voluntária)
 - No início do puerpério – 48 horas até 6 semanas
 - Puerpério prolongado – 48 horas até 1 ano após o parto
- Pós-aborto: Mulheres após o tratamento de complicações pós-aborto necessitam de acesso imediato aos serviços de planeamento familiar

Necessidade não Satisfeita: Preferências de Fertilidade das Mulheres Após o Parto

- De acordo com muitos estudos da DHS*:
 - 92–97% das mulheres não desejam outro filho nos primeiros 2 depois de darem à luz
 - Mas 35% das mulheres tiveram os seus filhos com espaçamento de 2 anos ou menos
 - 40% das mulheres que pretendem usar um método de PF no primeiro ano após o parto não conseguem usar nenhum

**Fonte: Ross JA and Winfrey WL 2001.*

Espaçamento das Gravidezes

- Cronograma e espaçamento saudável das gravidezes:
 - Tanto os bebês como as mães têm mais probabilidades de sobrevivência se os casais espaçarem os seus nascimentos em 3 a 5 anos

Consulta Técnica da OMS sobre Espaçamento de Gravidezes, Genebra, Suíça
13–15 Junho 2005.

Retorno à Fertilidade

Mulheres não lactantes :

- Irão menstruar no prazo de 12 semanas
- Em média, primeira ovulação 45 dias depois do parto

Mulheres lactantes:

- Período de infertilidade mais longo para o aleitamento exclusivo ou quase exclusivo
- O retorno à fertilidade não é previsível
- A probabilidade de menstruar e ovular é baixa durante os primeiros 6 meses
- A ovulação pode ocorrer antes da menstruação

Planeamento Familiar no Pós-Parto e Pós-aborto: Cuidados e Serviços Básicos



Os cuidados básicos devem incluir:

- Discussão das necessidades contraceptivas (metas reprodutivas da paciente)
- Informação e aconselhamento sobre os métodos contraceptivos
- Opções a curto e médio prazo
- Garantia do contraceptivos com acesso a cuidados de seguimento
- Integração com outros cuidados materno-infantis (CPN e pós-parto, vacinações)

Mulheres Lactantes

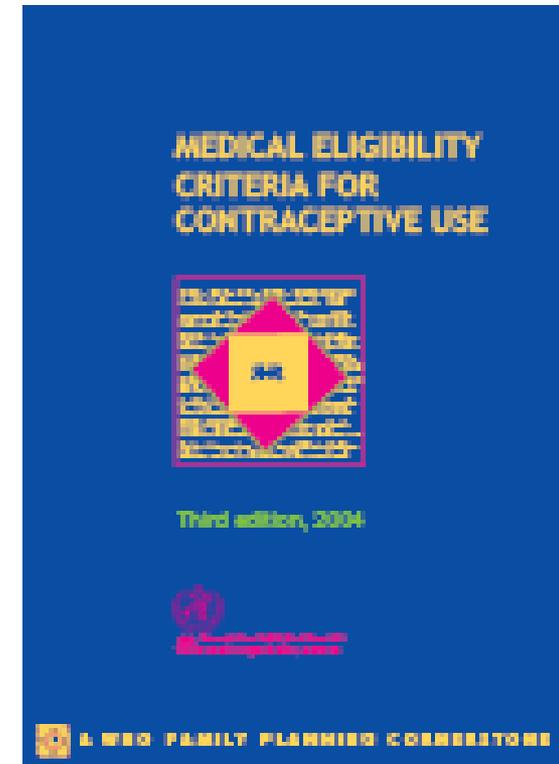
- Protegidas durante pelo menos 6 meses se estiverem a usar a LAM:
 - Aleitamento total ou quase total
 - Menos de 6 meses depois do parto
 - Ausência da menstruação
- Protegidas até a 6ª semana se não estiver a usar a LAM:
 - Na 6ª semana podem usar métodos combinados
 - Na 6ª semana podem usar com segurança métodos exclusivamente com progestágeno ou TL
- Todos os métodos não hormonais são seguros para a mãe e para o bebé
- Podem usar o DIU

Quando Introduzir os Métodos nas Lactantes

	LAM	AOC	AEP	DIU	Preser vativos
@Parto	OK	NÃO	NÃO	OK	NÃO
3 sms	OK	NÃO	NÃO	NÃO	OK
6 sms	OK	NÃO	OK	OK**	OK
6 mss	OK	OK	OK	OK	OK
>6 mss	NA	OK	OK	OK	OK

Critérios de Elegibilidade Clínica para o Uso de Contraceptivos (CEC)

- Cobre 17 métodos contraceptivos, 120 estados clínicos
- Aborda quem pode usar o método contraceptivo com base nos métodos clínicos
- Orienta as práticas de planeamento familiar com base nas melhores evidências disponíveis
- Aborda percepções erradas sobre quem pode ou não usar os métodos contraceptivos em segurança



<http://www.who.int/reproductive-health/publications/mec/mec.pdf>

Classificação de Classificação dos Critérios de Elegibilidade Clínica da OMS

Classificação	Com raciocínio clínico	Com raciocínio clínico limitado
1	Usar o método em qualquer circunstância	Sim Usar o método
2	Geralmente usar: As vantagens suplantam os riscos	Sim Usar o método
3	Geralmente <u>não</u> usar: Os riscos suplantam as vantagens	Não Não usar o método
4	Não usar o método	Não Não usar o método

Exercício sobre uso dos Critérios de Elegibilidade Clínica da OMS

- Consultar a tabela resumo no final do Manual e responder sobre a pertinencia do uso dos métodos (1. anticoncepcionais Orais Combinados/AOC, 2. Anticoncepcionais Injetáveis Combinados AIC, 3. Pílula de Progestágenos/PP, 4. Depo-provera/AMPD e 5. DIU de cobre/DIU Cu, nas seguintes condições:
 - Pós-parto com e sem amamentação (pg 1)
 - Pós-aborto (pg 1)
 - ITS (pg 6)
 - DIP (pg 6)
 - HIV/AIDS (pg 6)

Métodos Não Hormonais

- Métodos Não Hormonais:
 - LAM
 - Métodos de barreira
 - Abstinência periódica (Métodos de Consciência da Fertilidade)
 - Esterilização masculina e feminina
 - DIUs (Cobre)

Todos os métodos contraceptivos não hormonais podem ser usados em segurança por lactantes

Em que consiste o Método de Amenorreia por Lactação (LAM)?



Método de Amenorreia por Lactação (LAM)

- Aleitamento exclusivo ou quase exclusivo:
 - Alimentação a livre demanda do bebé todo o dia (a cada 2–3 horas)
 - Sem alimentação suplementar para o bebé
- Ausência de menstruação
- Menos de 6 meses após o parto
- Se qualquer um destes três factores se alterar, será necessário outro método de PF para evitar a gravidez
- Mais de 98% de protecção contra a gravidez
- Iniciar o planeamento do método de PF de transição aos 6 meses

Métodos de Barreira: Preservativos

- Quando usados consistente e correctamente, os preservativos masculinos são altamente eficazes contra a gravidez e ITS/HIV
- 97% eficaz na prevenção da gravidez quando usado correctamente e em todas as relações sexuais

Métodos de Consciência da Fertilidade

- Com base na consciência ou capacidade de determinar o período fértil do ciclo menstrual
- Incluem:
 - Temperatura corporal basal/secreções cervicais
 - Cálculos de calendário
 - Método dos Dias Padrão (MDP): Contas do ciclo
 - Abstinência periódica durante o período fértil
- A maioria dos métodos não são fiáveis para as mulheres no puerpério

Esterilização Masculina: Vasectomia

- Forma de contracepção segura, altamente eficaz e simples para os homens que é fornecida em ambulatório sob anestesia local
- A vasectomia é mais segura, mais simples, menos dispendiosa e igualmente eficaz como a EF (laqueação)
- Altamente eficaz na prevenção da gravidez (99,6 a 99.8% eficaz)

Fonte: www.maqweb.org; Technical briefs.

Esterilização Feminina Pós-parto

- Altamente eficaz, 99,5% comparável à vasectomia, implantes, DIUs
- Idealmente realizada nas primeiras 48 horas depois do parto
- Pode ser realizada imediatamente a seguir ao parto ou durante a cesariana
- Se não for realizada na primeira semana depois do parto, adiar por 4–6 semanas
- Seguir os protocolos locais para aconselhar as pacientes e obter o consentimento informado prévio

Dispositivo Intra-Uterino - DIU

- Os DIUs estão entre os métodos de contracepção de longa acção mais fiáveis e eficazes. Oferece um nível de protecção comparável à esterilização feminina com a vantagem acrescida de uma reversibilidade fácil e rápida.
- O DIU previne a gravidez ao evitar a fertilização; o mecanismo de acção dos DIUs de cobre é espermicida.
- Muito seguro para a maioria das mulheres (incluindo imediatamente a seguir ao parto, aborto, ou intervalo; lactantes; jovens; e nulíparas)

DIUs (Cu-T)

- Os DIUs podem ser inseridos:
 - Imediatamente depois da expulsão da placenta
 - Durante a cesariana
 - Nas primeiras 48 horas depois do parto
- Se não forem inseridos nas primeiras 48 horas, as inserções devem ser adiadas 4–6 semanas
- As taxas de expulsão podem ser mais elevadas do que com as inserções nos intervalos das gravidezes:
 - Alguns estudos mostram que a inserção nos primeiros 10 minutos da expulsão da placenta é melhor do que noutras alturas antes da alta hospitalar
 - A colocação fúndica alta tem taxas de expulsão menores

Desvendando Mitos sobre o DIU

DIUs:

- Não provocam abortos
- Não causam infertilidade
- É pouco provável que causem desconforto para o parceiro
- Não se deslocam para partes distantes do corpo
- Não são demasiado grandes para mulheres pequenas
- Pode ser usado por mulheres HIV+



Evidências Clínicas: Taxas Reduzidas de DIP e Infertilidade entre Utilizadoras do DIU

- Primeiro 20 dias: risco mais elevado devido à inserção
- Depois dos 20 dias: o risco de DIP é o mesmo que sem DIU:
 - 99,8% das mulheres com DIUs não têm problemas com DIP
- O uso do DIU NÃO está associado à infertilidade:
 - Os verdadeiros vilões da DIP é a clamídia trachomatis e o gonococo, não o DIU!

O Uso do DIU e o HIV: Três Perguntas Principais (cont.)

- O DIU aumenta o risco de contracção do HIV por a mulher utilizá-lo?
 - NÃO
- O uso do DIU por mulheres infectadas pelo HIV aumenta os seus outros riscos de saúde?
 - NÃO
- A utilizadora de DIU infectada pelo HIV aumenta o risco para o parceiro sero-negativo?
 - NÃO

Critérios de Elegibilidade Clínica da OMS: HIV/SIDA e DIUs de Cobre

HIV/SIDA	Categoria 2ª Ed	Categoria 3ª Ed 2004	
		I	C
Risco elevado de HIV	3	2	2
Infectada pelo HIV	3	2	2
SIDA	3	3	2
Clinicamente bem ou sob a Terapia ARV		2	2

Métodos Hormonais

- Contraceptivos exclusivamente de Progestágeno:
 - Pílulas exclusivas de progestágeno (POPs)
 - Injectáveis
 - Implantes
- Métodos combinados estrógeno-progestágeno:
 - Contraceptivos orais combinados (COCs)
 - Injectáveis mensais (Mesigyna, Cyclofem)

Contraceptivos Exclusivamente de Progestágeno: Lactantes

- Nenhum efeito sobre o aleitamento, produção de leite materno ou crescimento e desenvolvimento do bebé
- A OMS recomenda aguardar 6 semanas depois do parto antes de iniciar métodos exclusivamente de progestágeno visto os bebés poderem estar em risco de exposição ao progestágeno

Implantes

- Jadelle:
 - 2 bastonetes. Eficaz por 5 anos
 - Taxa de falha de 0,05% em 1 ano; Taxa de falha de 1,1% em 5 anos
- Implanon:
 - 1 bastonete. Eficaz por 3 anos; com taxa de falha de 0,07% (<1%)

Injectável Exclusivamente de Progestágeno

- Injecção de:
 - 150 mg MDPA IM a cada 3 ms (Depo-provera).
- Pode ser usado por mulheres de qualquer idade e paridade

Métodos Combinados Estrógeno-Progestágeno

Lactantes

- NÃO usar os métodos combinados estrógeno-progestágeno nas primeiras 6 semanas depois do parto
- NÃO recomendado durante os primeiros 6 meses depois do parto

Não Lactantes

- NÃO recomendado o uso de métodos combinados estrógeno-progestágeno nas primeiras 3 semanas depois do parto
- Seguro iniciar 3 semanas depois do parto

Mulheres Elegíveis para COCs (sem Restrições)

- Adolescentes
- Mulheres nulíparas
- Pós-parto (3 semanas, se não amamentar)
- Imediatamente a seguir a um aborto
- Mulheres com varizes
- Qualquer peso (incluindo obesas)

Fonte: OMS, Critérios de Elegibilidade Clínica para Uso de Contraceptivos, 3ª Ed. 2004.

Mulheres que Não Devem Usar COCs

- Lactantes (<6 semanas depois do parto)
- Fumadoras assíduas e acima dos 35
- Com aumento do risco de doença cardiovalvular
- Tenham determinados estados clínicos preexistentes (ex., cancro da mama, doença hepática, risco elevado de doença CV)
- Grávidas (mas não foram provados efeitos negativos sobre o feto quando tomados acidentalmente)

Retirada (Coito Interrompido)

- Um método de planeamento familiar tradicional no qual o homem retira completamente o seu pénis da vagina, e para longe da genitália externa da parceira antes de ejacular
- Quando perfeitamente utilizado, pode ter uma eficácia de até 95%
- Com o uso típico, a eficácia é de cerca de 75–81%
- No entanto, o CI é melhor do que não ter nenhum método!

Contracepção Pós-parto para Mulheres HIV-Positivas

Informação importante para mulheres HIV+:

- O uso correcto e consistente do preservativo masculino e feminino pode reduzir o risco de transmissão de ITS/HIV
- O uso de outra contracepção além do preservativo (uso de método duplo) reduz as probabilidades de gravidez, além de evitar a transmissão vertical

Contracepção e Contracção do HIV

- Com base nas descobertas de estudos observacionais os DIUs e os métodos hormonais não aumentam a contracção do HIV
- A prevenção do HIV deverá ser parte integrante dos serviços de PF
- As mulheres HIV-positivas que não estejam a amamentar necessitam imediatamente de um método de planeamento familiar
- As mulheres HIV-positivas que estejam a amamentar podem praticar a LAM, mas necessitarão de seleccionar outro método aos 6 meses quando pararem de amamentar

Para salvar vidas, os pais devem esperar até que o seu bebé tenha 2 anos de idade antes de tentarem voltar a engravidar

Fonte: OMS, Rivers of life.



Referências

Campbell et al. 1993. Characteristics and determinants of postpartum ovarian function in women in the United States. *Am J Obstet Gynecol* Jul;169(1): 55–60.

Conde-Agudelo et al. 2006. Birth spacing and risk of adverse perinatal outcomes: A meta-analysis. *JAMA* 295: 1809–1823.

DaVanzo et al. 2005. *The effects of birth spacing on infant and child mortality in Matlab, Bangladesh as reported in WHO Technical Consultation on Birth Spacing*, Geneva, Switzerland 13–15 June.

Desgrees-Du-Lou A, Msellati P, Viho I, Yao A, Yapi D, Kassi P, et al. 2002. Contraceptive use, protected sexual intercourse and incidence of pregnancies among African HIV-infected women. DITRAME ANRS 049 Project, Abidjan 1995–2000. *International Journal of STD & AIDS* 13(7): 462–468.

Referências (cont.)

Farley et al. 1992. Intrauterine devices and pelvic inflammatory disease: An international perspective. *Lancet* 339: 785–788.

Hatcher et al. 2004. *Contraceptive Technology*, 18th Revised Edition. Ardent Media: New York.

Huffman S L and Labbok MH. 1994. Breastfeeding in family planning programs: A help or a hindrance? *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 47 Suppl S23–31; discussion S31.

O'Hanley et al. 1992. Postpartum IUDs: Keys for success. *Contraception* 45: 351–361.

Ross JA and Winfrey WL. 2001. Contraceptive use, intention to use and unmet needs during the extended postpartum period. *International Family Planning Perspectives* 27: 20–27.

Referências (cont.)

Rutenberg N and Baek C. 2005. Field experiences integrating family planning into programs to prevent mother-to-child transmission of HIV. [Review] [12 refs]. *Studies in Family Planning* 36(3): 235–245.

Rutsein et al. 2004. *Systematic Literature Review and Meta-analysis between Inter-pregnancy or Inter-Birth Intervals and Infant and Child Mortality*. Catalyst Consortium Report.

Solter C. 1998. *Module 3: Counseling for Family Planning Services Medical Services*. Pathfinder International. Available at:
<http://www.pathfind.org/pf/pubs/mod3.pdf>.

Tao M, Xu W, Zheng W, et al. 2006. Oral contraceptive and IUD use and endometrial cancer: A population-based case-control study in Shanghai, China. *Cancer* 119: 2142– 2147.

World Health Organization (WHO). 2004. *HIV Transmission through Breastfeeding: A Review of Available Evidence*. WHO: Geneva.

Referências (cont.)

Web Sites:

- <http://www.FHI.org> Sarah (Winter 1996, Vol. 16, No. 2). [IUDs Block Fertilization](#). Network. Family Health International. Retrieved on [2006-07-05](#).
- <http://www.pathfind.org/pf/pubs/mod3.pdf> Solter Cathy Module 3 Counseling for Family Planning Services Medical Services Pathfinder International 1998
- Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use Third Edition. 2004. accessed at <http://www.who.int/reproductive-health/publications/mec/index.htm>
- World Health Organization Maternal Newborn health http://www.who.int/reproductive-health/publications/msm_98_3/postpartum_care_mother_newborn.pdf
- Report of a technical consultation on birth spacing <http://www.who.int/reproductive-health/MNBH/index.htm>

Outros Recursos Úteis

- <http://www.fhi.org/en/RH/Pubs/servdelivery/index.htm>
- <http://www.who.int/reproductive-health/publications/mec/mec.pdf>
- <http://www.reproline.jhu.edu/>
- <http://www.engenderhealth.org/wh/fp/index.html>
- <http://www.maqweb.org/iudtoolkit/>