



Ministério da Saúde

Iniciativa Maternidade Modelo

Planeamento Familiar Parte I

**Formação/Actualização em Saúde Materna e Neo-Natal,
SR/CACUM/PF para Docentes**

Moçambique, Agosto 2011

Objectivos da Sessão

- Importância do PF para a Saúde da Mulher e Criança;
- Definições chave;
- Conhecer e explicar a importância, benefícios e recomendações da OMS sobre o espaçamento entre as gravidezes;
- Conhecer os Critérios de Elegibilidade Clínica da OMS para o Uso de Métodos Contraceptivos;
- Descrever a eficácia dos diferentes métodos contraceptivos;

O Planeamento Familiar como uma questão de Direitos Humanos

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

DIREITO HUMANO



Necessidades Não Satisfeitas: Preferências de Fertilidade das Mulheres Após o Parto

- De acordo com muitos estudos de IDS*:
 - **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.

Definições

Intervalo Parto-Gravidez:

Período de tempo entre um parto e o início de uma próxima gravidez

Intervalo Parto-Parto:

Período de tempo entre um parto e um próximo parto

Intervalo saudável entre as gravidezes:

Redução de Risco de Múltiplos Resultados Adversos sobre a saúde da mãe e do bebê

RISCOS QUANDO UMA GRAVIDEZ OCORRE 6 MESES APÓS UM PARTO, COMPARADO AO RISCO EM UM GRUPO DE REFERENCIA

RESULTADOS ADVERSOS	AUMENTO DO RISCO
Aborto provocado	650%
Aborto espontâneo	230%
Morte neonatal (<12 meses)	223%
Morte Materna	150%
Parto Prematuro	70%
Baixo peso ao nascer	60%

Intervalo saudável entre as gravidezes:

Redução de Risco de Múltiplos Resultados Adversos sobre a saúde da mãe e do bebê

RISCOS QUANDO UMA GRAVIDEZ OCORRE POUCO TEMPO APÓS UM <u>ABORTO</u>, COMPARADO AO RISCO QUANDO A GRAVIDEZ OCORRE EM UM INTERVALO MAIOR DE 6 MESES		
INTERVALO	APÓS 2 MESES AUMENTO DO RISCO	APÓS 3-5 MESES AUMENTO DO RISCO
Baixo peso ao nascido	170%	140%
Anemia Materna	160%	120%
Parto Prematuro	80%	40%

Intervalos Parto-Gravidez e Prevenção de Mortes

Mortalidade Infantil evitada

Aumentando o intervalo Parto-Gravidez:

- para o mínimo de 24 meses irá salvar **893 000 vidas/ano**
- para o mínimo de 36 meses irá salvar **1.836 000 vidas/ano**

(Rutstein SO, 2008, Macro International)

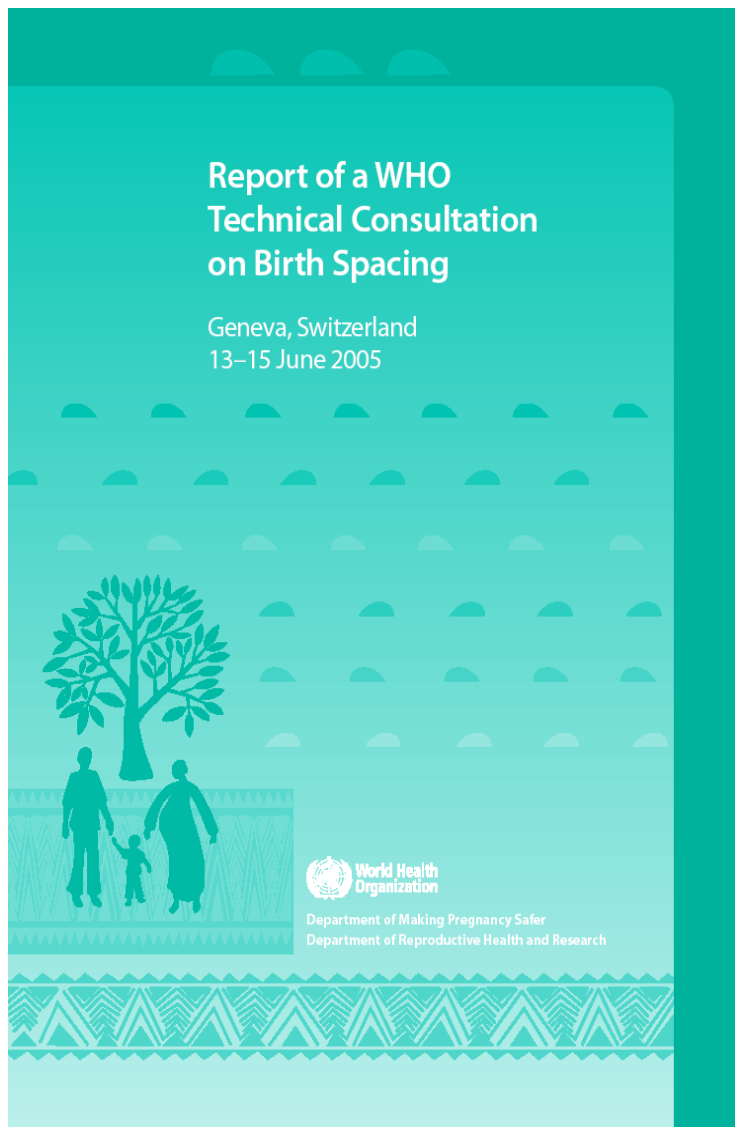
Mortalidade Materna

O uso adequado do Planeamento Familiar pode evitar 32% das mortes maternas

O uso efectivo do planeamento familiar no pós-parto é a maneira mais obvia para atingir progressos nesta área!

Cleland et al. 2006 LancetSeries, Sexual and Reproductive Health
Volume 368, Number 9549, 18 November 2006

Recomendações da OMS - 2006



Birth spacing – report from a WHO technical consultation¹

The World Health Organization (WHO) and other international organizations recommend that individuals and couples should wait for at least 2–3 years between births in order to reduce the risk of adverse maternal and child health outcomes. Recent studies supported by the United States Agency for International Development (USAID) suggest that an interval of 3–5 years might help to reduce these risks even further. Programme managers responsible for maternal and child health at the country and regional levels have requested WHO to clarify the significance of the new USAID-supported findings for health-care practice.

To review the available evidence, WHO, with support from USAID, organized a technical consultation on birth spacing on 13–15 June 2005 in Geneva, Switzerland. The participants included 35 independent experts as well as staff of the United Nations Children's Fund (UNICEF), WHO and USAID. The specific objectives of the meeting were to review evidence on the relationship between different birth-spacing intervals and maternal, infant and child health outcomes, and to provide advice on recommended birth-spacing intervals.

Method of review and findings of the consultation

Prior to the meeting, USAID submitted to WHO for review six unpublished, draft papers emanating from studies the Agency had supported on birth spacing. These, along with a supplementary paper (also unpublished at the time), served as background papers for the technical consultation.

WHO sent the six draft papers to a selected group of experts, and received a total of 90 reviews. The reviewers' comments were compiled and circulated to all meeting par-

ticipants. At the meeting, the authors of the background papers presented their findings, and selected discussants presented the consolidated set of reviewers' comments, including their own observations. Together, the draft papers and the various commentaries constituted the basis for the consultation's deliberations.

The background papers² (see list on the back page of this policy brief) were based on studies that had used a variety of research designs and data analysis techniques. The meeting participants noted that the length of the intervals analysed and the terminology used in the papers varied

¹ This policy brief is based on the report of the WHO technical consultation on birth spacing, held in Geneva, Switzerland, on 13–15 June 2005. This report can be found on the following Internet site: www.who.int/reproductive-health/publications

² It was planned that after the meeting the draft papers would be revised by the authors, taking into account the comments of the participants in the technical consultation.

Recomendações da OMS - 2006

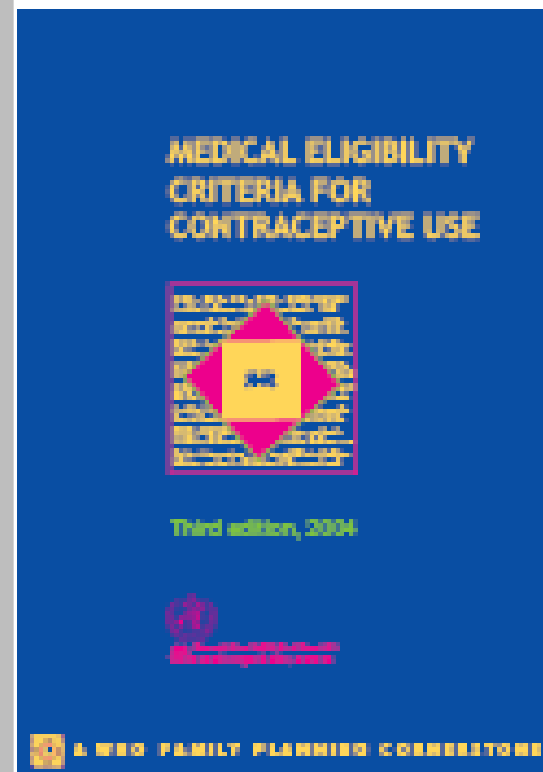
- **Recomendação sobre espaçamento após um parto:**
 - O intervalo mínimo recomendado antes de uma próxima gravidez é **de pelo menos 24 meses** de modo a reduzir o risco de resultados maternos, perinatais e infantil adversos.
 - Mensagem para a mãe: **“Planejar outra gravidez somente após o seu filho/a completar 2 anos!”**
- **Recomendação sobre espaçamento após um aborto:**
 - O intervalo mínimo recomendado antes de uma próxima gravidez é **de pelo menos 6 meses** de modo a reduzir o risco de resultados maternos e perinatais adversos.

Source: World Health Organization, 2006 Report of a WHO Technical Consultation on Birth Spacing

These recommendations are currently under review and will potentially be updated soon

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 planejamento familiar com base nas melhores evidências disponíveis
- Aborda percepções erradas sobre quem pode ou não usar os métodos contraceptivos em segurança



Categorias 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 e responder sobre a pertinência do uso dos métodos:
 1. **Anticoncepcionais Orais Combinados/AOC,**
 2. **Anticoncepcionais Injectáveis 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;
 - Pós-aborto;
 - ITS;
 - DIP;
 - HIV/AIDS.

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 mulheres que amamentam!

Método de Amenorreia por Lactação (LAM)

- Amamentação exclusiva:
 - **Amamentação a livre demanda do bebé todo o dia (a cada 2–3 horas), incluindo durante a noite;**
 - **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

Métodos de Barreira: Preservativos

- **Quando consistente e correctamente usados, 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 Controle do Período Fértil

- Baseia-se na 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

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)

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)

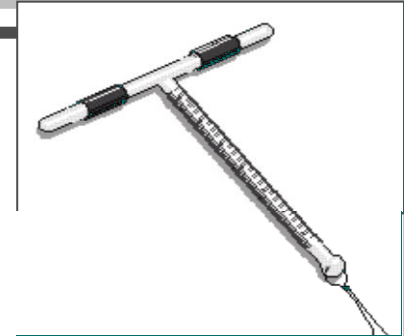
DIUs (Cu-T)

- 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**

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
- Não causam DIP
- Pode ser usado por mulheres HIV+
- Não causam malformações no bebé
- Não causam cancro



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

- Primeiro 20 dias: risco mais elevado devido à técnica de 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 são a clamídia trachomatis e o gonococo, não o DIU**

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

- O uso do DIU aumenta o risco de uma mulher ser infectada pelo HIV?
 - 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

Retirada (Coito Interrompido)

- Um método de planeamento familiar tradicional no qual o homem retira completamente o seu pênis 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!

Métodos Hormonais

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

Contraceptivos Exclusivamente de Progestágeno (COsP)

- A OMS recomenda aguardar 6 semanas depois do parto para iniciar COsP;
- É um método seguro para mulheres que estão a amamentar;
- Não tem nenhum efeito sobre a amamentação, produção de leite materno ou no crescimento e desenvolvimento do bebé;
- O seu efeito soma-se ao efeito anticoncepcional da amamentação;
- Quando tomados correctamente, ocorre < de 1 gravidez para 100 mulheres que utilizam COsP durante o 1º ano (3 em cada 1000 mulheres).

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)

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)

Contracepção 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 Risco de Infecção pelo HIV

- Com base nos resultados de estudos observacionais os DIUs e os métodos hormonais não aumentam as possibilidades de infecção pelo 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

Comparação sobre a Eficácia dos Métodos de Planeamento Familiar

MAIS EFECTIVO

Menos de 1 gravidez por 100 mulheres por ano



Implants



DIU



Esterilização Feminina



Vasectomia



Injectáveis



LAM



Pílulas



Adesivos



Anel Vaginal



Preservativo Masculino



Diafragma



Preservativo Feminino



Métodos de Controle da Fertilidade



Coito interrompido



Espemicidas

Como tomar o seu método mais efectivo

Implants, DIU e Esterilização

Feminina: Depois do procedimento não é preciso fazer ou lembrar de nada;

Vasectomia: Utilizar outro método nos primeiros 3 meses.

Injectáveis: Utilizar outro método nos primeiros 3 meses;

LAM (durante os primeiros 6 meses após o parto): Amamentar frequentemente, dia e noite;

Pílulas: Tomar uma pílula todos os dias;

Adesivo e Anel Vaginal: Manter no lugar e mudar no período certo.

Preservativos e Diafragma: Utilizar correctamente sempre que tiver relações sexuais;

Método de Controle da Fertilidade: Abstenção sexual, ou utilizar preservativo nos dias férteis.

Coito Interrompido e Espemicidas: Utilizar correctamente sempre que tiver relações sexuais.

MENOS EFECTIVO

Cerca de 30 gravidezes por 100 mulheres por ano

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.



OBRIGADO PELA ATENÇÃO!

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/>