



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE

MANUAL TÉCNICO DE REFERÊNCIA PARA SERVIÇOS DE PLANEAMENTO FAMILIAR



Março de 2011

FICHA TÉCNICA

Título: Manual Técnico de Referência para Serviços de Planeamento Familiar

Ministério da Saúde

Av. Eduardo Mondlane/Salvador Allende

1008 – Maputo

Moçambique

www.misau.gov.mz

Autores:

Coordenação: Olga Sigáúque

Instituições colaboradoras: OMS, USAID/MCHIP-Jhpiego, UNFPA, PSI, UNICEF

Edição e formatação:

Paginação, gráfica e impressão:

Tiragem: **XXXXX** Exemplares

INDÍCE

Prefácio	5
Definições	6
Introdução	10
Objectivos destes Protocolos	12
Como Usar o Manual	12
Como Começar	13
Educação para a Saúde, Aconselhamento e Informação	13
História Clínica, Exame Clínico e Testes Laboratoriais	14
Avaliação e Determinação das Necessidades das Utentes Protocolo 1-1	15
Tipos de Métodos	16
Preservativos Masculinos	16
Preservativos Femininos	18
Preservativo Protocolo 1-2	21
Método da Amenorreia Lactacional	22
Método da Amenorreia Lactacional Protocolo 1-3	23
Método da Amenorreia Lactacional para Mulheres com HIV	23
Método da Amenorreia Lactacional Protocolo 1-3-1	24
Métodos Baseados na Percepção da Fertilidade	25
Outros Métodos Naturais – Protocolo 1-4	25
Pílulas Anticonceptivos de Emergência	27
Contracepção de Emergência – Protocolo 1-5	29
Contracepção de Emergência – Protocolo 1-5-1	30
Anticonceptivos Orais Combinados	31
Pílulas de Contracepção Oral – Protocolo 1-6	33
Pílulas Só de Progestógeno	35
Pílulas de Contracepção Oral – Protocolo 1-6-1	37
Injectáveis Só de Progestógeno	38
Depo Provera - Protocolo 1-7	40
Depo Provera - Protocolo 1-7-1	42
Implantes	43
Implantes – Protocolo 1.8	45
Hemorragia/Sangramento durante o uso de Anticonceptivos Hormonais – Protocolo 1.9	47
Hemorragia durante o uso de Anticonceptivos Hormonais - Protocolo 1-9.1	48
Dispositivo Intra-uterino com Cobre	49

Dispositivo Intra-uterino com Cobre - Protocolo 1-10	51
Dispositivo Intra-uterino com Cobre - Protocolo 1-9-1	52
Esterilização Feminina	53
Esterilização Feminina - Protocolo 1-11	55
Laqueação Tubária – Protocolo 1.11.1	56
Vasectomia	57
Vasectomia - Protocolo 1-12	59
Vasectomia - Protocolo 1-12-1	60
Espemicidas e Diafragmas	61
Contraceção na Adolescência – Protocolo 1.13	63
Contraceção pós-aborto – Protocolo 1.14	66
Contraceção pós –parto –Protocolo 1.15	67
Introdução do DIU no Pós-Parto Imediato – Protocolo 1.15.1	68
Organização das Consultas	79
Anexos	86
Crerios Médicos de Elegibilidade para Uso Métodos Contraceptivos	87

PREFÁCIO

A garantia do acesso aos Serviços de Planeamento Familiar, apesar dos esforços desenvolvidos e dos progressos ao longo das últimas décadas, continua a ser uma tarefa inacabada. Mais de 120 milhões de mulheres em todo o mundo desejam evitar a gravidez, porém muitas delas e seus parceiros não estão a fazer uso de métodos contraceptivos modernos actualmente disponíveis e oferecidos por quase todos os países.

Muitos são os motivos para que as suas necessidades não estejam completamente satisfeitas: 1) os serviços e os insumos ainda não estão disponíveis em todos os lugares, ou as opções são limitadas; 2) o medo da reprovação social ou a postura contrária do parceiro impõem-se como barreiras ainda difíceis de transpor; 3) a falta de conhecimento sobre as opções de contracepção e seu uso, aliada aos temores dos efeitos colaterais e às preocupações com possíveis prejuízos para a saúde.

Milhões de mulheres têm estado a utilizar o PLANEAMENTO FAMILIAR (PF) para evitar a gravidez, mas sem sucesso, por uma multiplicidade de razões: porque não receberam instruções claras sobre como utilizar o método adequadamente, ou não tiveram acesso ao método mais apropriado a elas, ou não foram correctamente orientadas em relação aos efeitos colaterais, ou simplesmente porque se acabaram os insumos nos serviços de saúde.

Além disso, a tarefa relativa à provisão de serviços de planeamento familiar nunca terá fim. Nos próximos anos, mais de cerca de 60 milhões de rapazes e raparigas atingirão a maturidade sexual e, geração após geração, sempre haverá pessoas que precisarão do PF e de outros cuidados para a sua saúde.

Este documento de orientação técnica para os serviços de Planeamento Familiar, foi elaborado com base no Manual Global de Planeamento familiar para Provedores, produzido pela Organização Mundial da Saúde e outros parceiros como o Johns Hopkins, Bloomberg School of Public Health e outros. As orientações nele contidas reflectem o consenso de especialistas das organizações de saúde de vanguarda no mundo inteiro.

Os objectivos das normas contidas neste manual, é contribuir para que os profissionais e serviços de saúde proporcionem um atendimento melhor a um número cada vez maior de mulheres e homens. Assim, pretende-se que estas normas traduzam as evidências científicas em orientações práticas sobre os principais métodos anticonceptivos, e que contribuam para tornar o planeamento familiar um direito de saúde universalmente disponível.

O Ministro da Saúde

Dr Alexandre L. Jaime Manguel

DEFINIÇÕES

Saúde Reprodutiva:

Saúde Reprodutiva (SR) é o estado de bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade em tudo o que se relaciona com o sistema reprodutivo e a sua função.

Assim sendo, Saúde Reprodutiva inclui:

- O direito de ter uma vida sexual segura;
- O direito de ter a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir quando e quantas vezes;
- O direito das mulheres de terem a escolha na regulação da fertilidade, o que não é contra a lei;
- O direito das mulheres e homens de serem informados sobre os métodos de planeamento familiar e de ter acesso a métodos seguros, eficazes, acessíveis e aceitáveis, à sua escolha;
- O direito de ter acesso aos cuidados de saúde que habilitariam a mulher a ter uma gravidez e parto sem riscos e que possam dar ao casal a possibilidade de terem uma criança saudável.

Planeamento Familiar:

Embora o Planeamento Familiar (PF) seja muitas vezes considerado como sinónimo de «contraceção», ou de «anticoncepção» ele ultrapassa este domínio, sendo actualmente considerado como uma forma racional e saudável de espaçar os nascimentos, abrangendo áreas como a infertilidade e a sexualidade. Por “Planeamento Familiar” entende-se um conjunto de acções que permitem às mulheres e aos homens escolher quando querem ter um filho, o número de filhos que querem ter e o espaçamento entre o nascimento dos seus filhos, contribuindo significativamente para a saúde da mulher, das crianças e da família no geral. *(Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres, 2001:25)*

O planeamento familiar é uma forma de assegurar que os indivíduos tenham acesso a informação, a métodos de contraceção eficazes e seguros e a serviços de saúde que contribuam para a vivência da sua sexualidade de uma forma segura e saudável.

Contraceção:

Entende-se por contraceção, a prevenção intencional da gravidez através da utilização de métodos anticonceptivos, sendo o Planeamento Familiar um dos serviços habitualmente utilizados por quem quer fazer alguma forma de contraceção *(Nodin, 2002)*. Outra definição refere que a contraceção é a prevenção da CONCEPÇÃO por bloqueio temporário ou permanente da fertilidade (esterilização reprodutiva).

Espaçamento das gravidezes:

O espaçamento entre as gravidezes é o período que decorre entre um parto ou aborto e uma nova gravidez. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que respeitar o período de pelo menos 2 a 3 anos entre as gravidezes reduz a mortalidade materna e infantil. Embora alguns estudos sugiram que um intervalo maior a este pode ser mais vantajoso para a saúde materna e infantil. Este espaçamento deve ser tanto depois de um parto como depois de um aborto.¹

Protecção dupla:

Este termo se utiliza para um método que pode ser usado com duplo propósito, tanto para a prevenção da gravidez como para a protecção contra doenças de transmissão sexual, sendo o preservativo o único método anticonceptivo comprovado que reduz o risco de transmissão de todas as infecções sexuais (ITS), incluindo o HIV.

Métodos anticonceptivos/anticonceptivos:

São métodos usados por indivíduos e casais sexualmente activos para evitar a gravidez. Podem ser classificados em tradicionais (naturais) de barreira, hormonais, intra-uterinos, permanentes e de emergência. Pelo que a contracepção envolve o uso de medicamentos, químicos, dispositivos, cirurgia ou um comportamento que controle a fecundidade entre pessoas heterossexuais sexualmente activas.

Métodos tradicionais:

O termo «tradicional» refere-se a práticas que permitem controlar a fertilidade através da aplicação do conhecimento dos processos associados à ovulação tais como a abstinência, o sexo não-penetrativo, a amenorreia da lactação (prolongamento da amamentação), os tabus sexuais pós-parto e o método do ritmo (calendário). Os preparados à base de plantas e outras formas «antigas» de contracepção também poderiam ser incluídos na categoria «tradicional». Alguns autores chamam a estes métodos «indígenas», por oposição aos métodos «prescritos», métodos modernos que são obtidos em clínicas, Serviços de Planeamento Familiar e outros locais (Russel; Sobo; Thompson, 2000).

Métodos permanentes:

São métodos utilizados pelos indivíduos ou casais que tomaram a decisão de não ter mais filhos. São métodos cirúrgicos e dificilmente reversíveis.

Contracepção de emergência:

A contracepção de emergência é um método para prevenir a gravidez em mulheres que tenham tido sexo sem protecção. Pode ser efectuada, na sua forma mais comum, através da ingestão de uma certa quantidade de pílulas contendo hormonas, habitualmente em duas doses, num prazo máximo de 72 horas após o coito (também chamada a «pílula do dia

¹ http://whqlibdoc.who.int/hq/2007/WHO_RHR_07.1_eng.pdf

seguinte»). Trata-se de um recurso importante para a mulher que, não desejando engravidar, teve uma relação sexual não protegida ou um acidente anticonceptivo.

Tem particular interesse nos casos de violação. Não deve ser considerada um método anticonceptivo de uso regular, mas sim de recurso e reveste-se de particular importância na prevenção da gravidez nas adolescentes que, com frequência, têm pouca experiência na utilização da contracepção.

Os **benefícios do PF** incluem a:

- **Redução do risco de mortalidade materna** - em Moçambique, as enfermidades do foro reprodutivo são responsáveis por cerca de um terço das mortes e doenças entre as mulheres. O PF pode reduzir o risco de mortalidade associado à gravidez, parto e pós-parto. A morte materna no parto é quase 20 vezes mais provável em cada nascimento nos países em vias de desenvolvimento e muitas gravidezes seguidas aumentam este risco. A utilização eficaz da contracepção pode reduzir a maternidade porque capacita as mulheres a adiarem os primeiros nascimentos, a espaçarem os nascimentos e a reduzirem o número de gravidezes não desejadas que podem terminar num aborto na maioria das vezes feito sem condições mínimas de segurança e por pessoas não capacitadas.
- **Melhoria da saúde infantil** - uma fecundidade mais baixa, está também na origem de crianças mais saudáveis. As gravidezes pouco espaçadas (intervalo menor que 2 anos) têm mais probabilidade de resultar em bebés com baixo peso à nascença e interferem com a amamentação, a qual tem um papel vital na nutrição das crianças e no desenvolvimento de defesas contra doenças infecciosas.
- **Melhoria das condições e opções de vida nas mulheres** - as altas taxas de fecundidade significam, em geral, que as mulheres engravidam pela primeira vez na adolescência, resultando num quadro de abandonos escolares. Um maior controlo da sua fecundidade permite que as mulheres tenham mais possibilidade de melhorar a sua situação de saúde e de fazer suas escolhas desde que existam oportunidades educativas e económicas a nível local. Ao reduzir-se a proporção de crianças em idade escolar, aliviam-se os encargos educativos e desta forma pode-se reduzir o número de crianças dependentes em cada família, permitindo que os pais invistam mais na educação, melhorando a qualidade da força de trabalho futura.
- **Adiamento da maternidade e paternidade** - adiar a maternidade traz inúmeros benefícios para as mulheres jovens, pois garante-lhes mais tempo para a sua educação e desenvolvimento de aptidões que lhes permitam concorrer ao mercado de trabalho e contribuir para os cuidados e orçamento familiar.

Dados do País indicam que o(a) adolescente moçambicano(a) inicia cedo a actividade sexual. Segundo o IDS-2003, as mulheres que residem em áreas rurais têm o primeiro contacto sexual mais cedo que as mulheres das áreas urbanas (15,8 anos contra 16,6), e as mulheres com ensino secundário têm-no dois anos mais tarde que as mulheres sem educação (17,8 contra 15,8). No mesmo período a percentagem de adolescentes de 15-19

anos que já são mães ou estão grávidas do primeiro filho é de 41%, apresentando as províncias do norte as percentagens mais altas.

- **Prevenção da prática do aborto não terapêutico** - a ausência de um programa de PF efectivo leva muitas vezes a uma gravidez indesejada ou não programada e consequentemente à prática do aborto não seguro. A desinformação sobre o PF, a não disponibilidade e/ou utilização incorrecta de métodos, e a descontinuidade no uso de métodos de contracepção, têm como consequência a ocorrência de uma gravidez indesejada, o que leva muitas vezes a dois caminhos: ou a um aborto (na maioria das vezes inseguro) ou a uma maternidade precoce.
- **Espaçamento das gravidezes** - as mulheres (e meninas) não estando sobrecarregadas com gravidezes seguidas e /ou precoces, podem desempenhar diferentes papéis na vida social e económica, para os quais têm capacidade. Está provado que depois do parto a mulher precisa de um tempo para recuperar o seu estado físico e nutricional. Por outro lado se a mulher não engravidar logo a seguir, ela terá tempo para cuidar do seu filho e de o amamentar durante o tempo que for necessário. Geralmente as mulheres quando engravidam fazem imediatamente o desmame, colocando em risco o estado nutricional da criança já nascida.
- **Contracepção no contexto de HIV/SIDA** – a utilização de métodos anticonceptivos pode reduzir a ocorrência duma gravidez, permitindo à mulher manter o sistema imunológico forte e ao casal ter uma vida mais saudável, reduzir o número de crianças que seriam infectadas pelo HIV através da transmissão vertical, reduzir o número de crianças órfãs, e reduzir o peso emocional e financeiro da doença e morte. Pelo que a assistência integrada a mulheres portadoras do HIV, é necessária para permitir que elas e seus parceiros recebam informações sobre os métodos de PF disponíveis, favorecendo a escolha e o acesso principalmente aos métodos de barreira e em especial os métodos que permitem a protecção dupla.

A oferta de serviços e aconselhamento em PF às mulheres e homens infectados por HIV traz benefícios adicionais:

- Reforça a ideia de que o preservativo, para além do seu efeito anticonceptivo, previne a transmissão do HIV das pessoas infectadas aos seus/suas parceiros/as HIV negativos e a re-infecção pelo HIV ou sobre infecção com outras estirpes ou outras infecções de transmissão sexual (ITS).
- Cria um ponto de entrada para a educação sobre a prevenção da infecção por HIV e informação sobre a PTV a uma larga audiência de homens e mulheres em idade reprodutiva.
- Assegura que as mensagens dadas nos locais de PF (sobre escolhas de anticonceptivos, PTV, alimentação infantil, etc.) sejam consistentes com as mensagens dadas nos serviços de PTV.

INTRODUÇÃO

O planeamento familiar é uma forma de assegurar que os indivíduos tenham acesso a informação, a métodos de contraceção eficazes e seguros e a serviços de saúde que contribuam para a vivência da sua sexualidade de uma forma segura e saudável.

Os métodos anticonceptivos têm características próprias, indicações, contra-indicações, riscos e efeitos colaterais. As(os) utentes devem conhecer todos os métodos anticonceptivos, para poderem escolher o método, e a sua preferência deve ser respeitada pelo profissional de saúde, que no entanto deve estar preparado para orientar e aconselhar no caso do método não ser o mais indicado para uma situação particular.

O aumento do acesso à informação e aos métodos anticonceptivos para as mulheres e homens, é uma das acções vitais para a garantia do exercício dos direitos sexuais e reprodutivos em Moçambique. Assim sendo, é necessário garantir e manter a oferta de várias opções de métodos anticonceptivos modernos, recomendados pelo Ministério de Saúde, ao nível das unidades sanitárias e de outras instituições públicas e privadas, assim como da comunidade, e contar com profissionais capacitados e empenhados em prestar informações de qualidade, e em aconselhar as mulheres e homens para que conheçam e façam escolhas contraceptivas conscientes e informadas.

Considerando o contexto das ITS, HIV/SIDA e cancro do colo uterino, é fundamental que se estimule a prática da dupla protecção, ou seja, a prevenção simultânea das ITS-HIV e a gravidez indesejada. Isso pode se traduzir no uso dos preservativos masculino e feminino ou no uso combinado de um outro método anticonceptivo que seja da preferência do casal e do preservativo.

Assim, o MISAU e parceiros estão engajados nos esforços de integração e coordenação de políticas, estratégias, planos, guiões e na implementação de programas e serviços. Parte desses esforços consiste na integração e/ou fortalecimento da integração dos serviços de planeamento familiar com ou nos serviços de atenção ao pós-parto e pós-aborto, ATS, rastreio do cancro do colo uterino, PTV, TARV, ITS e SAAJ. Esta abordagem tem o potencial de expandir os serviços de contraceção para uma população que geralmente não frequenta os serviços específicos de Planeamento Familiar em especial os homens e adolescentes.

Nesta perspectiva, os provedores de serviços de PF, para além das competências específicas relacionadas com o planeamento familiar, devem ser capazes também de avaliar o risco ou a existência de ITS/HIV, cancro do colo do colo uterino e da mama, outros problemas ginecológicos e fazer o manejo dos casos de doenças/problemas de saúde, de acordo com as normas nacionais, e/ou referir os/as utentes para as US de Referência ou para os Serviços específicos.

MAGNITUDE DO PROBLEMA

A Taxa de Prevalência Total de Contraceção aumentou de 6% em 1997 para 17% em 2003, (sendo de 14,2% para os métodos modernos), tendo aumentado na área rural, de 3% em 1997 para 12% em 2003, e na área urbana de 18% em 1997 para 29% em 2003, com um aumento significativo em todas as províncias. A cobertura de novas utentes em Planeamento Familiar (PF) em 2010, foi de 24% ² e a procura dos serviços de PF não é satisfeita em 53%, com 60% na área rural e 41% na urbana.³ O Inquérito de Indicadores Múltiplos (MICS) de 2008, mostra uma situação preocupante, onde 83,8% das mulheres com idades entre 15 e 49 anos, casadas ou em união marital (ou os seus maridos) não usa nenhum método anticonceptivo. No entanto, merece a pena destacar que o uso do preservativo nas relações sexuais de alto risco aumentou quase três vezes nas áreas rurais (de 8% para 23%) e para dois terços nas zonas urbanas (de 34% para 58%).

Os dados do MICS 2008 revelam ainda que 29% das jovens com idades compreendidas entre os 15-19 anos tiveram a sua primeira relação sexual antes dos 15 anos de idade, semelhante ao IDS de 2003 (28%). Segundo este IDS, 40% das jovens entre os 15 e os 19 anos já tinham engravidado. A percentagem de jovens entre os 15 e os 24 anos que não faz uso de nenhum método anticonceptivo é de 83,9% para as raparigas e 76% para os rapazes, sendo a idade média na altura da primeira união de 17 anos para as mulheres e de 22 para os homens, e a idade média na altura da primeira relação sexual de 16,1 anos para as mulheres e de 17,7 para os homens (IDS, 2003). Cerca de 45% de todas as novas infecções por HIV ocorrem em jovens, tendo as raparigas uma prevalência três vezes superior à dos rapazes (IDS 2003).

O Rácio de Mortalidade Materna mostra uma redução significativa, passando de uma estimativa de 1600 mortes maternas por 100 000 nados vivos (NV) em 1990 para 690 em 1994-95 (IDS 1997, dado não publicado) e para 408 em 2001-2002 (IDS, 2003). Em relação à atenção ao recém-nascido, dados sobre a tendência da Taxa de Mortalidade Neonatal mostram que houve uma diminuição de 59/1000 NV em 1990 para 57/1000 em 1997, 48/1000 em 2003 e para 42/1000 em 2008 (MICS), tendo em 2003 sido mais significativa na área urbana (55/1000 em 1997 para 35/1000 em 2003) em comparação com a rural (de 57/1000 em 1997 para 53/1000 em 2003).

Em relação às infecções de transmissão sexual, segundo o IDS de 2003, a prevalência de sífilis na gravidez foi de 16%, registando-se um aumento progressivo no diagnóstico e tratamento de Infecções de Transmissão Sexual (ITS) nas Unidades Sanitárias (US). De acordo com o INSIDA 2009, a Taxa de Prevalência de HIV na população de 15-49 anos é de 11.5%, sendo de 13.1% para mulheres entre os 15-49 anos, e de 9.2% para homens dos 15-49 anos. A Taxa de

² QAD Saúde (Quadro de Avaliação de Desempenho Anual do Sector 2008)

³ IDS 2003

Prevalência é maior nas zonas urbanas (15.9%) do que nas zonas rurais (9.2%). Considerando estes dados, verifica-se o fardo que a epidemia tem sobre a mulher e a criança, sendo esta última, em mais de 90% dos casos, infectada por transmissão vertical (MISAU, 2005).

O aborto inseguro constituía em 2003, 11% da Mortalidade Materna [IDS, 2003] e continua a ser um problema.

Sobre o cancro do colo uterino, dados não publicados do Hospital Central de Maputo (HCM) indicam que esta é a neoplasia maligna mais frequente na mulher adulta, representando mais de um quarto de todos os cancros diagnosticados em doentes do sexo feminino (frequência de 27,6%), e as actuais evidências mostram que o cancro do colo uterino está directamente associado à infecção pelo Vírus do Papiloma Humano.

A oferta de serviços de planeamento familiar e contracepção integrados, contínuos e de qualidade constituem uma componente prioritária da saúde sexual e reprodutiva

Assim, o presente Manual, fornece um conjunto de informações e directivas actualizadas sobre a contracepção, a fim de apoiar os profissionais envolvidos na provisão de serviços de PF e contracepção bem como as mulheres e homens que deles se beneficiarem

OBJECTIVOS DESTES PROTOCOLOS

Objectivo Geral:

Melhorar a qualidade dos serviços de forma a melhorar a saúde reprodutiva das mulheres, homens e adolescentes.

Objectivos Específicos:

- Padronizar os cuidados de SR a diferentes níveis e, aumentar os níveis de realização (performance) para assegurar a qualidade dos serviços;
- Padronizar o equipamento, medicamentos e outros insumos nas unidades sanitárias;
- Melhorar a eficiência do sistema de saúde e melhorar a utilização dos serviços;
- Habilitar os indivíduos e comunidades para receber cuidados de qualidade;
- Construir uma credibilidade do sistema de saúde.

COMO USAR O MANUAL

O manual é apresentado sob a forma de fluxogramas, que irão guiar o provedor de serviços a prestar serviços de PF de qualidade. Seguindo os fluxogramas, o trabalhador de saúde será capaz de lidar com a maioria dos casos.

Como começar:

Em geral:

- Leia o manual do princípio ao fim.
- Onde houver uma ramificação escolha uma alternativa e siga-a.
- Quando começar o seu dia de trabalho, reveja rapidamente o manual e reúna os insumos e equipamento necessários.

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE, ACONSELHAMENTO E INFORMAÇÃO

As actividades de educação para a saúde visam oferecer aos utentes dos serviços de planeamento familiar e contracepção informação e conhecimentos necessários para uma melhor escolha e posterior utilização dos métodos anticonceptivos mais adequados, assim como propiciar um ambiente para o questionamento e reflexão sobre os temas relacionados com a prática da contracepção, inclusive a sexualidade. Esta actividade deve ser geralmente realizada em grupo previamente à 1ª consulta e reforçada nas acções individuais de aconselhamento. Esta actividade deve ter um carácter participativo, permitindo a troca de informação e experiencias. Tal como no aconselhamento, deve ser utilizada uma linguagem acessível, simples e precisa.

O aconselhamento é entendido como um processo de escuta activa individualizado e centrado no indivíduo. Pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores visando o resgate dos recursos internos do indivíduo para que ele tenha a possibilidade de reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde e transformação (CN DTS/AIDS-MS, 1997).

Este pressupõe: 1. A identificação e acolhimento da demanda do indivíduo ou casal entendida como suas necessidades, dúvidas, preocupações, medos e angustias entre outras, relacionadas às questões de planeamento familiar e prevenção das ITS/HIV; 2. Avaliação do risco individual ou do casal para a infecção pelo HIV e outras ITS; 3. O reconhecimento pelo profissional de que o sucesso a ser alcançado depende da acção conjunta dos interlocutores (profissional, individuo ou casal)

No fim forneça toda a informação que julgar necessária e certifique-se que a utente ou o membro da família que veio acompanhar entendeu. Se for possível, entregue material impresso ou brochuras com a informação dada.

O aconselhamento na visita seguinte é crucial para dar seguimento ao aconselhamento inicial e para certificar se o uso do método de PF escolhido está a ser adequadamente.

Siga os passos seguintes:

1. Cumprimente cordialmente a utente, ou o casal, e apresente-se dizendo o seu nome;
2. Pergunte o que precisam e como os pode ajudar;
3. Forneça informação sobre assuntos importantes que devem conhecer em relação ao PF e outras questões relacionadas com a sua saúde sexual e reprodutiva;
4. Ajude-a a mulher, ou o casal, a fazer a melhor escolha;
5. Explique e assegure-se de que compreenderam o que lhes foi transmitido;
6. Transfira a utente, ou o casal, se for necessário ou peça-lhes para voltar para seguimento.

HISTÓRIA CLÍNICA, EXAME FÍSICO E TESTES LABORATORIAIS

História Clínica: Os pontos importantes encontram-se descritos no início de cada método e explicados depois em detalhe. Por exemplo na avaliação da utente para o uso de Depo Provera, as perguntas importantes sobre a história médica estão listadas no capítulo correspondente para apoiar o provedor a recordar-se quais são as perguntas mais importantes. A seguir estão listadas outras perguntas para ajudar o provedor a decidir se o método escolhido é ou não o mais adequado.

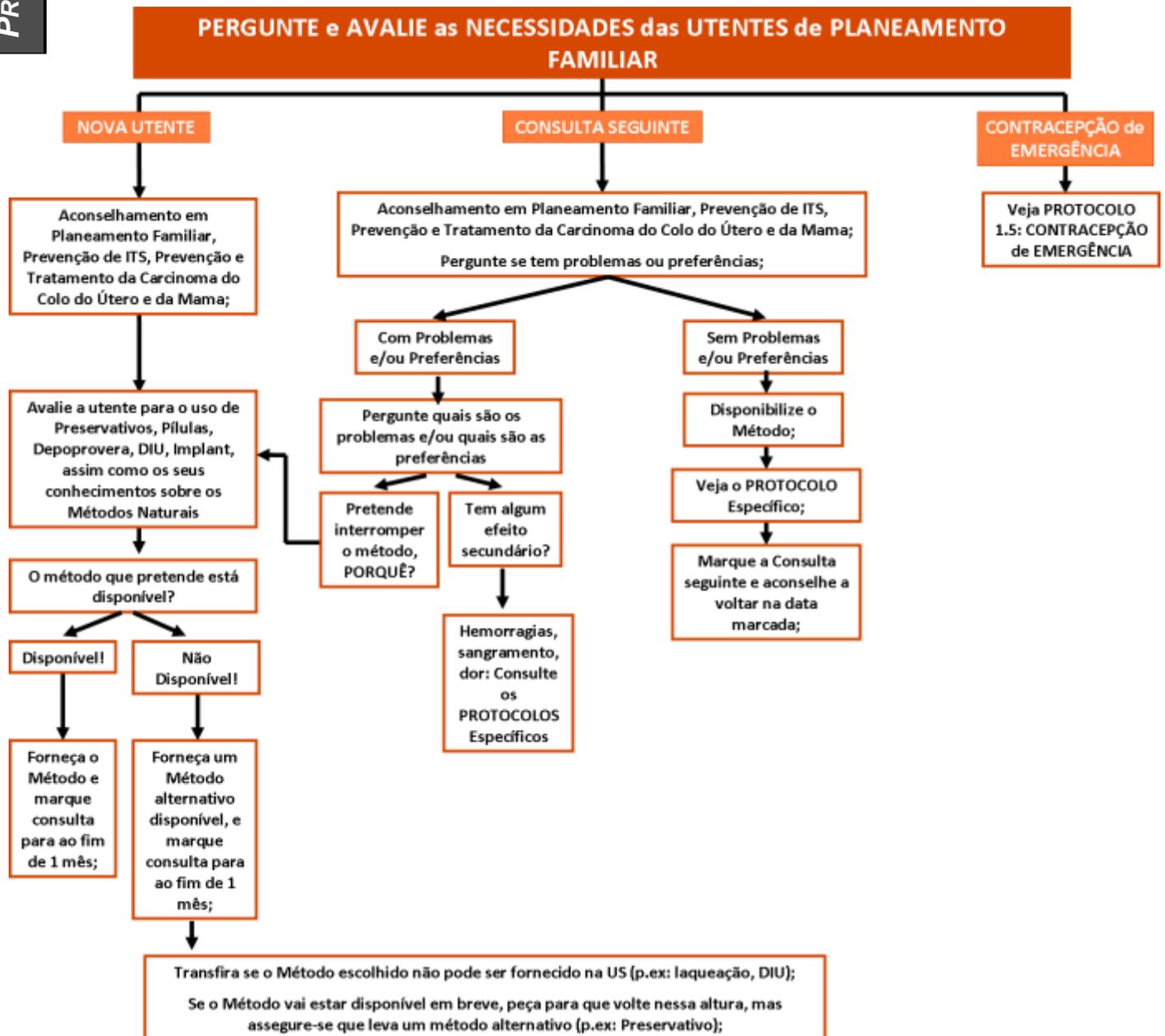
Exame Físico: O órgão ou o sistema que deve ser examinado são indicados num quadrado. A seguir é lembrado ao provedor o que deve procurar em determinado órgão ou sistema.

Testes Laboratoriais: Quando possíveis, os testes laboratoriais podem ajudar a fazer o diagnóstico. Contudo, na maioria dos casos, o diagnóstico pode ser feito sem necessidade de exames laboratoriais.

Uso de Outros Protocolos: Em muitos casos é dito ao provedor para ver outro protocolo que melhor lida com a situação encontrada pela história e exame físico. Isto não quer dizer, necessariamente que o provedor deve abandonar o primeiro protocolo. Ele deve, sim, usar o indicado tendo sempre em conta o inicial.

Transferência: No fim de cada protocolo o provedor é aconselhado a transferir a utente para outro centro se isto for necessário. Isto serve para lembrá-lo que sempre que não possa resolver o caso na sua unidade sanitária (US), deve transferir a utente para outra US de nível superior, ou onde possam lidar adequadamente com o caso. Para prevenir acidentes, não deve simplesmente seguir a “cadeia de US”, porque na cadeia muitas vezes a US para onde deve transferir não está capacitada para resolver o problema. O provedor deve saber quais são as US capacitadas para resolver aquele problema específico que surgiu.

1-1 AVALIAÇÃO E DETERMINAÇÃO DAS NECESSIDADES DAS UTENTES



TIPOS DE MÉTODOS

Métodos de Barreira: Preservativos Masculinos e Femininos;

Métodos Hormonais: Pílulas, Depoprovera, Implante Sub-dérmico e DIU;

Métodos Tradicionais: Amamentação, Métodos Baseados na Percepção de Fertilidade, Coito Interrompido e Abstinência Sexual;

Métodos Irreversíveis: Vasectomia e laqueação tubária.

PRESERVATIVOS MASCULINOS

O que são os Preservativos Masculinos?

- São como peles finas, feitos de látex, que se colocam sobre o pénis erecto antes de ter uma relação sexual.

Pontos Básicos para Profissionais/Serviços de Saúde e Utentes:

- Os preservativos masculinos ajudam a proteger contra as Infecções de transmissão sexual (ITS's), entre elas o HIV. O preservativo é o único método anticonceptivo que protege tanto contra a gravidez e as ITS's.
- Exigem o uso correcto em cada relação sexual para se obter máxima eficácia.
- Requerem a colaboração tanto do homem quanto da mulher.
- Conversar sobre o uso de preservativos antes do sexo aumenta as possibilidades de que o mesmo será utilizado.

Qual é a Eficácia?

A eficácia depende do usuário: o risco de gravidez ou ITS é maior quando não se utilizam os preservativos em todas as relações sexuais.

Ocorre um número muito pequeno de gravidezes ou infecções devido ao uso incorrecto, ao deslocamento ou à ruptura do preservativo.

Protecção contra gravidez:

- Quando usado comumente, ocorrem cerca de **15 gravidezes por 100** mulheres cujos parceiros usam preservativos masculinos ao longo do primeiro ano. Isto significa que 85 de cada 100 mulheres cujos parceiros usam o preservativo não engravidarão.
- Quando usados correctamente em cada relação sexual, ocorrem cerca de 2 gravidezes por 100 mulheres cujos parceiros usaram preservativos no primeiro ano.

Retorno da fertilidade após a interrupção do uso de preservativos: **não há demora.**

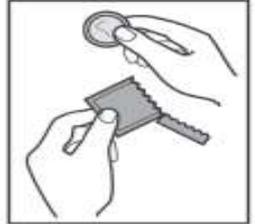
Protecção contra o HIV e outras ITS's:

- Os preservativos masculinos reduzem significativamente o risco de uma pessoa se infectar com o HIV quando utilizados de maneira correcta em toda relação sexual.
- Quando usados de forma consistente e correcta, previnem de 80% a 95% a transmissão do HIV que aconteceria se não fossem usados.
- Os preservativos reduzem o risco de alguém se infectar com muitas ITSs quando usados de modo consistente e correcto.
 - Protegem melhor contra ITS's disseminadas por descarga de sémen, tais como o HIV, gonorreia e clamídia.
 - Também protegem contra ITS's disseminadas por contacto de pele com pele, tais como herpes e o papiloma vírus humano.

Contrapor mitos e rumores acerca dos preservativos masculinos:

- Não tornam o homem estéril, impotente ou fraco.
- Não diminuem o desejo sexual do homem.
- Não se perdem dentro do corpo da mulher.
- Não têm furos pelos quais o HIV pode passar.
- Não estão ligados ao HIV.
- Não provocam doença na mulher porque impedem o sémen ou espermatozóide de entrar em seu corpo.
- Não causam doença no homem porque o sémen "fica retido."
- Não se destinam exclusivamente ao uso fora do casamento. Podem ser usados por parceiros casados.

Os 5 Passos Básicos no Uso de um Preservativo Masculino

Passos Básicos	Detalhes Importantes	
1. Use um preservativo novo em cada relação sexual	Verifique a embalagem do preservativo. Rasgue a embalagem, abrindo-a com cuidado. Não use unhas, dentes ou algo que possa danificar o preservativo	
2. Antes de qualquer contacto físico, coloque o preservativo na ponta do pénis erecto com o lado enrolado para fora	Para maior protecção, coloque o preservativo antes que o pénis tenha algum contacto genital, oral ou anal.	

<p>3. Desenrole o preservativo totalmente até a base do pénis erecto</p>	<p>O preservativo deve ser desenrolado com facilidade</p>	
<p>4. Imediatamente após a ejaculação, segure a borda do preservativo no lugar e retire o pénis enquanto o mesmo ainda está erecto</p>	<p>Retire o pénis. Deslize o preservativo para fora, evitando que o sémen respingue. Se for fazer sexo novamente</p>	
<p>5. Jogue fora o preservativo usado de modo seguro</p>	<p>Embrulhe o preservativo em sua embalagem e deite-o no lixo ou na latrina!</p>	

PRESERVATIVOS FEMININOS

O que são os Preservativos Femininos?

- São feitos de filme plástico fino, transparente e macio, com forma de bainha, que se inserem, de modo frouxo, dentro da vagina da mulher.
- Têm anéis flexíveis em ambas as pontas
 - Um anel na extremidade fechada ajuda na colocação do preservativo
 - O anel na extremidade aberta retém parte do preservativo fora da vagina
- Apresenta diferentes nomes comerciais entre os quais Care, Dominique, Preservativo Feminino FC, Femidom, Femy, Myfemy, Protective e Reality. Actualmente em Moçambique só temos o Preservativo Feminino FC.
- É lubrificado com lubrificante à base de silicone tanto interna quanto externamente.
- Os preservativos femininos de látex estão disponíveis em alguns países.
- Funcionam formando uma barreira que impede os espermatozóides de entrar na vagina, prevenindo a gravidez. Também evita que infecções existentes no sémen, no pénis ou na vagina sejam contraídas pelo/a parceiro/a.

Pontos Básicos para Profissionais de Saúde e Utentes:

- **Os preservativos femininos ajudam a proteger contra ITS's , entre elas o HIV.** O preservativo é o único método anticonceptivo que pode proteger tanto contra a gravidez quanto contra as ITS's.
- **Requer o uso correcto em toda relação sexual para se obter máxima eficácia.**
- **Uma mulher pode iniciar o uso do preservativo feminino,** mas o método exige a colaboração de seu parceiro.
- **Pode exigir um pouco de prática.** Colocar e retirar o preservativo da vagina torna-se mais fácil com a experiência.
- **Pode ser inserido até o colo uterino**

Qual é a Eficácia?

A eficácia depende da usuária: o risco de gravidez ou de ITS é maior quando os preservativos femininos não são usados em cada relação sexual. As poucas gravidezes ou infecções ocorrem devido ao uso incorrecto, por deslocamento ou ruptura.

Protecção contra gravidez:

- Tal como comumente usado, ocorrem cerca de **21 gravidezes por 100 mulheres** que utilizam preservativos femininos no primeiro ano. Isto significa que 79 de cada 100 mulheres que usam o preservativo feminino não engravidarão.
- Quando usado de forma correcta em cada relação sexual, ocorrem cerca de 5 gravidezes por 100 mulheres que utilizam preservativos femininos no primeiro ano.

Retorno da fertilidade após a interrupção do uso do preservativo feminino: não há demora.

Protecção contra o HIV e outras ITS's:

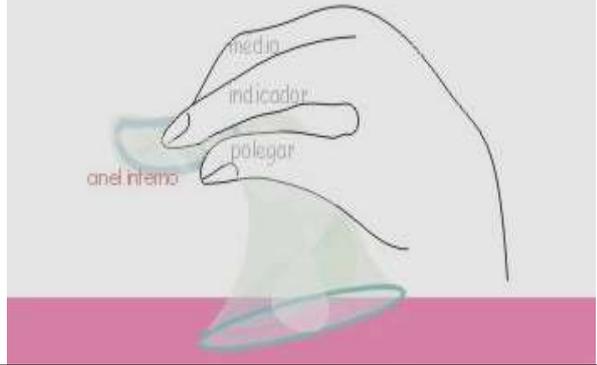
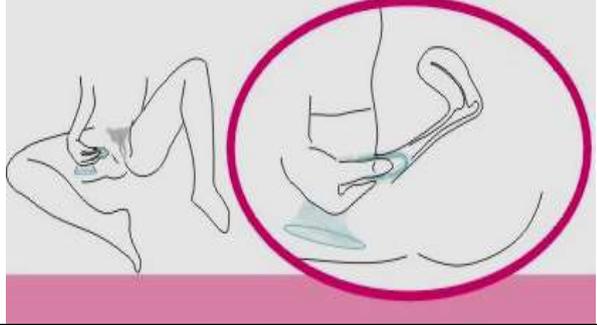
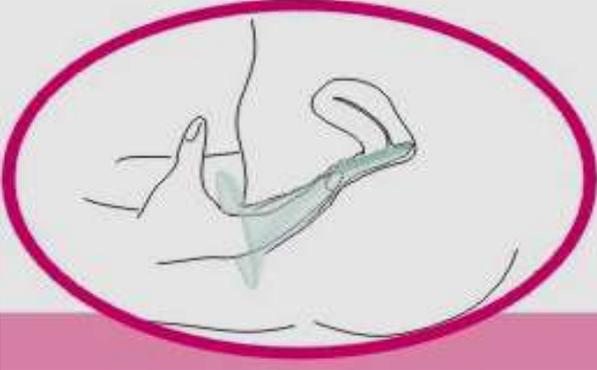
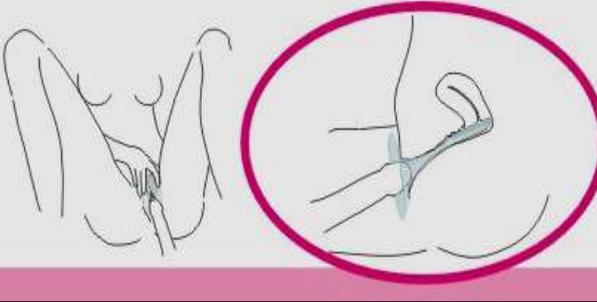
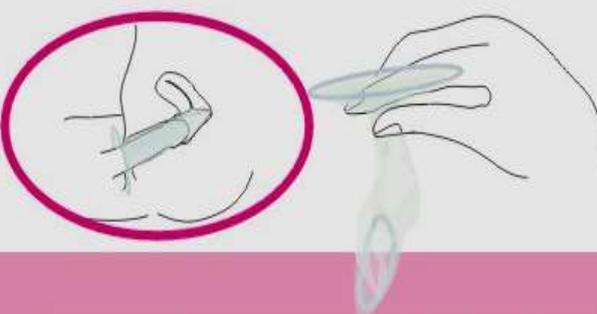
- Os preservativos femininos reduzem o risco de infecção por ITSs, inclusive o HIV, quando usados correctamente em toda relação sexual.

Contra-poner mitos e rumores acerca dos preservativos femininos:

- Não se perdem no corpo da mulher.
- Não são difíceis de utilizar, mas o uso correcto precisa ser aprendido.
- Não possuem orifícios pelos quais o HIV possa passar.
- São utilizados por parceiros casados. Não se destinam exclusivamente ao uso fora do casamento.
- Não provocam doença numa mulher porque impedem o sémen ou o esperma de entrarem no corpo dela.

COMO USAR O PRESERVATIVO FEMININO

Os 5 Passos Básicos no Uso de um Preservativo Feminino

Passos Básicos	Detalhes Importantes	
<p>1. Para introduzir o preservativo, o anel pequeno deverá ser mantido dentro do preservativo. Aperte-o, entre o polegar e o dedo médio, como mostra a figura abaixo</p>	<p>Verifique a embalagem do preservativo. Rasgue a embalagem, abrindo-a com cuidado. Não use unhas, dentes ou algo que possa danificar o preservativo</p>	
<p>2. Com auxílio do anel interno, introduza o preservativo feminino na entrada do canal vaginal</p>	<p>A utente deve buscar uma posição cómoda para a introdução do preservativo feminino</p>	
<p>3. Com o dedo indicador, ajuste o preservativo até que fique confortável no colo do útero</p>	<p>Verificar se anel do preservativo fica no colo uterino</p>	
<p>4. A cada nova penetração, oriente o pênis para dentro do preservativo.</p>	<p>Assegure-se que o anel externo continue protegendo os lábios vaginais</p>	
<p>5. Imediatamente após a ejaculação, segure a borda do preservativo no lugar e retire-o. O preservativo feminino retém o esperma</p>	<p>Após o uso, gire o anel externo e retire o preservativo feminino com cuidado. Embrulhe o preservativo em sua embalagem e deite-o no lixo ou na latrina</p>	

1.2 PRESERVATIVOS

PERGUNTE à UTENTE se:

- Deseja fazer espaçamento da gravidez, ou pretende ter preservativos para se prevenir das ITSS?
- Tem alergia ao látex (borracha)?



EXPLIQUE:

- ✓ O uso correcto do preservativo;
- ✓ Como tratar o preservativo usado;

DISCUTA a disponibilidade da contraceção de emergência;

DISPONIBILIZE os preservativos;

Faça ACONSELHAMENTO geral sobre os vários métodos de PF;

Devem ser fornecidos preservativos a qualquer utente que os peça!

As utentes podem ter escolhido usar o preservativo para:

- ✓ Prevenção das ITSS;
- ✓ Prevenção da Gravidez;
- ✓ Método temporário, até que o método escolhido lhe possa ser oferecido;
- ✓ Como método de apoio: dupla protecção.

MÉTODO DE AMENORREIA DE LACTAÇÃO (AMLACT)

Pontos Básicos para Profissionais/Serviços de Saúde e Utentes

- **É um método de Planeamento Familiar baseado na amamentação.** Proporciona contraceção para a mãe e melhor alimentação para o bebé.
- **Pode ser eficaz até 6 meses após o parto**, contando que a menstruação não tenha retornado e a mulher esteja a fazer amamentação exclusiva ou mista.
- **Exige amamentação frequente, dia e noite.** Praticamente toda a alimentação do bebé deve vir do leite materno.
- **Dá a oportunidade de se fornecer à mulher outro método que ela pode continuar a utilizar após 6 meses.**

O que é o Método de Amenorreia da Lactação (AmLact)?

- É um método de PLANEAMENTO FAMILIAR provisório baseado no efeito natural que a amamentação tem sobre a fertilidade. (“Lactacional” significa relativo à amamentação. “Amenorreia” significa ausência de menstruação.)
- O método de amenorreia da lactação (AmLact) impõe 3 condições. Todas as 3 devem ser cumpridas:
 - Que a menstruação da mulher não tenha retornado;
 - Que o bebé esteja a ser alimentado ao peito de forma integral ou quase e que seja amamentado com frequência, dia e noite;
 - Que o bebé tenha menos de 6 meses de idade;
- **A amamentação exclusiva**, o bebé não recebe nenhum outro líquido ou alimento, nem mesmo água, além do leite materno.
- **A amamentação mista**, significa que o bebé recebe um pouco de líquido ou alimento além do leite materno, mas a maior parte de sua alimentação (mais de 3/4 de tudo o que ingere) é do leite materno.
- Funciona basicamente impedindo a libertação de óvulos pelos ovários (ovulação). A amamentação frequente impede temporariamente a libertação das hormonas naturais que provocam a ovulação.

Qual é a Eficácia?

A eficácia depende da usuária: o risco de gravidez é maior quando uma mulher não consegue amamentar, de forma exclusiva ou quase, o seu bebé.

- Tal como comumente usado, ocorrem cerca de **2 gravidezes por 100 mulheres** usando o AmLact nos primeiros 6 meses após o parto. Isto significa que 98 em cada 100 mulheres que recorrem ao AmLact não engravidarão.
- Quando usado de forma correcta, ocorre menos de 1 gravidez em 100 mulheres que usam o AmLact nos primeiros 6 meses após o parto.

*O retorno da fertilidade após a interrupção do uso do AmLact: **depende da frequência com que a mulher amamenta o seu bebé. NÃO OFERECE nenhuma protecção contra as ITS's.***

1.3 MÉTODO DA AMENORREIA DA LACTAÇÃO (AmLact)

Métodos alternativos possíveis de oferecer a uma mãe que amamenta:

- Preservativos;
- Pílula (só de progestógeno);
- DIU;
- Métodos Naturais;

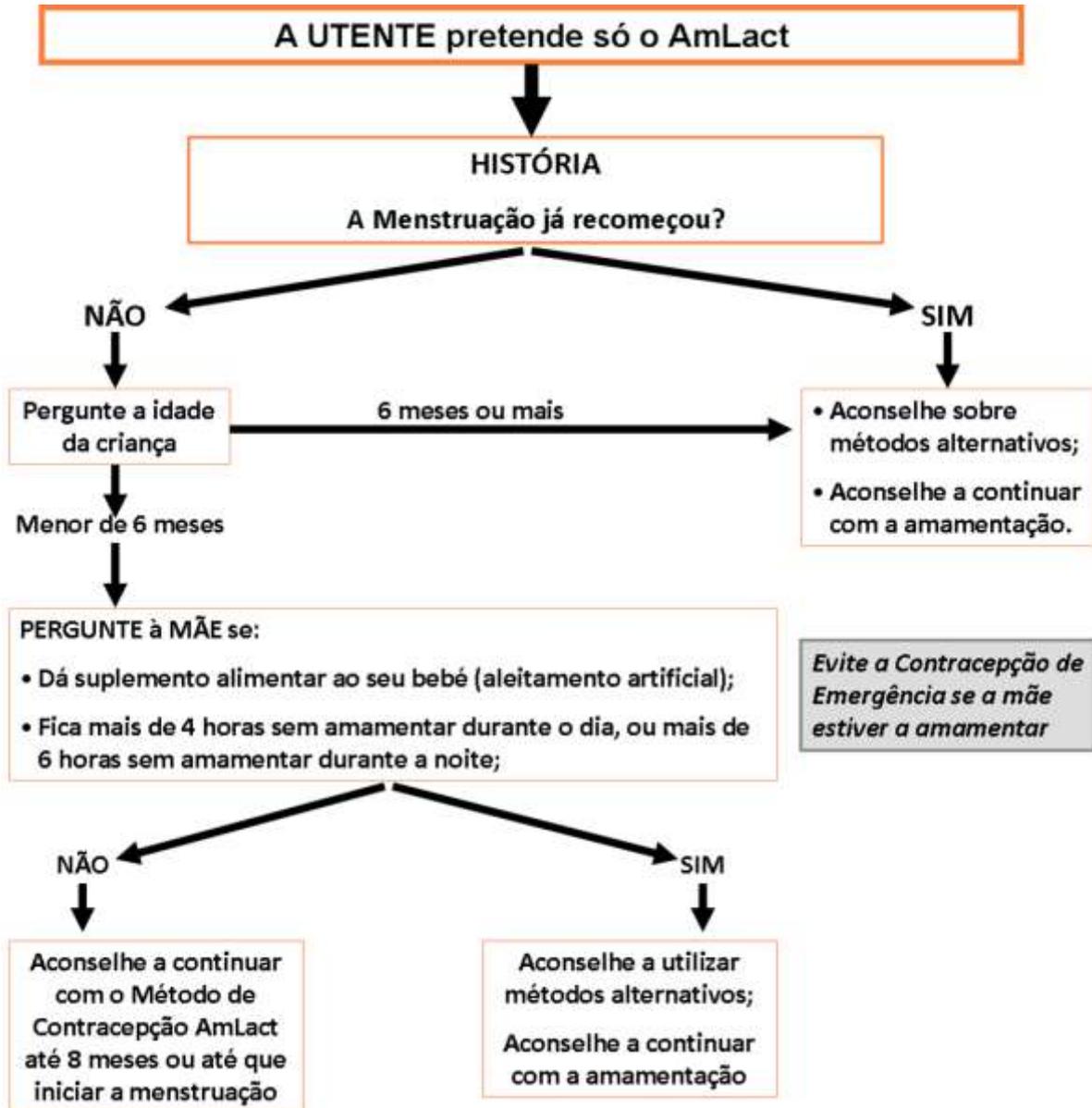
Critérios para o USO do Método da Amenorreia de Lactação (AmLact):

- A mulher teve o parto há menos de 6 meses, e
- Está com amenorreia, e
- Está a fazer amamentação exclusiva ou quase exclusiva ao seu bebé:
 - Isto significa que a mãe amamenta o seu bebé sempre que o bebé chora, pelo menos 6 vezes ao dia (incluindo amamentação nocturna) e
 - Os intervalos da amamentação não devem exceder 4 horas durante o dia ou 6 horas à noite e
 - A mãe não está a dar suplemento alimentar regular à sua criança, ou seja não está a fazer aleitamento artificial. (A suplementação deve ser inferior a 5% para toda a alimentação.)

O Método de Amenorreia de Lactação para Mulheres com HIV

- Mulheres que estejam infectadas com o HIV ou que tenham Sida podem usar o AmLact . A amamentação não agravará a sua situação. Contudo existe a possibilidade, de que uma mãe com HIV transmita o vírus ao seu bebé através da amamentação. Tal como em geral se pratica a amamentação, 10 a 20 de cada 100 bebés amamentados por mães com HIV também se infectarão com o vírus através do leite materno além dos que já são infectados durante a gravidez e o parto. A transmissão do HIV através do leite materno é mais provável entre mães com a doença avançada devido à elevada carga viral que as que tenham uma infecção recente.
- Mulheres que estejam a tomar medicamentos anti-retrovirais (ARV) podem usar o AmLact. (De facto, a terapia ARV durante as primeiras semanas de amamentação pode reduzir o risco de transmissão do HIV através do leite materno).
- Mulheres seropositivas que estejam a amamentar nos primeiros 6 meses não devem dar à criança nenhum outro alimento juntamente com o leite materno.
- A alimentação substituta não oferece risco de transmissão do HIV. Se—**e somente se**—a alimentação substituta for aceitável, viável, custeável, sustentável e segura, recomenda-se a mesma nos primeiros 6 meses após o parto. Se a alimentação substituta disponível não atender a estes 5 critérios, a amamentação exclusiva nos primeiros 6 meses é a maneira mais segura de alimentar o bebé, sendo compatível com o AmLact.
- Uma estratégia para tornar a amamentação mais segura é espremendo o leite materno e dando-lhe tratamento térmico. Para mulheres recorrendo ao MAL, espremer o leite poderá ser ligeiramente menos eficaz em prevenir a gravidez do que a amamentação.
- Incentive as mulheres com HIV a usarem preservativos juntamente com o MAL. Quando usados de forma consistente e correcta, os preservativos ajudam a prevenir a transmissão do HIV e de outras ITSS.

1.3.1 MÉTODO DA AMENORREIA DA LACTAÇÃO (AmLact)



1.4 OUTROS MÉTODOS (NATURAIS OU BASEADOS NA PERCEPÇÃO DA FERTILIDADE)

Pontos Básicos para Profissionais de Saúde e Utentes

- **Os métodos baseados na percepção da fertilidade exigem a colaboração do parceiro.** O casal deve assumir o compromisso de se abster ou de usar preservativos nos dias férteis.
- **Deve-se permanecer atenta às mudanças corporais ou fazer um controle dos dias, de acordo com as regras do método específico.**
- **Não têm efeitos colaterais nem oferecem riscos à saúde.**
- **É um método com uma taxa de falência muito alta.**
- **Sempre que possível deve ser desaconselhado** (a menos que a utente faça questão de usar esse método).

O que são os Métodos Baseados na Percepção da Fertilidade?

- “Percepção da fertilidade” significa que uma mulher sabe dizer quando começa e quando termina o período fértil de seu ciclo menstrual. (O período fértil é quando ela pode engravidar.)
- Às vezes é chamado de abstinência periódica ou planeamento familiar natural.
- **Os métodos baseados no calendário** envolvem fazer um registo dos dias do ciclo a fim de identificar o início e o término do período fértil.
 - Exemplos: Método dos Dias Fixos e método rítmico do calendário.
- **Os métodos baseados em sintomas** dependem da observação dos sinais de fertilidade.
 - Secreções cervicais: quando uma mulher observa ou sente secreções cervicais, ela pode estar fértil. Ela pode sentir apenas uma pequena humidade vaginal.
 - Temperatura corporal basal (TCB): A temperatura corporal de uma mulher em repouso sobe ligeiramente após a libertação de um óvulo (ovulação), momento em que ela poderia engravidar. Sua temperatura permanece mais elevada até o início de sua próxima menstruação.

Qual é a Eficácia?

A eficácia depende da usuária: o risco de gravidez é maior quando os casais fazem sexo nos dias férteis sem usar outro método.

- Tal como comumente usado, no primeiro ano ocorrem cerca de **25 gravidezes por 100** mulheres que recorrem à abstinência periódica.

- As taxas de gravidez com o uso correcto e consistente variam de acordo com os tipos de métodos baseados da percepção da fertilidade (ver tabela abaixo).
- Em geral, abster-se de sexo durante os períodos férteis é mais eficaz do que usar outro método durante tais períodos.

Taxas de Gravidez com Uso Correcto e Consistente e Abstinência nos Dias Férteis

Método	Gravidezes por 100 Mulheres no Primeiro Ano
Métodos baseados no calendário	
Método dos Dias Fixos	5
Método do Ritmo do Calendário	9
Métodos baseados em sintomas	
Método dos Dois Dias	4
Método da Temperatura Corporal Basal (TCB)	1
Método da ovulação	3
Método sintotérmico	2

Não oferece nenhuma protecção contra ITSs

Métodos Baseados na Percepção da Fertilidade para Mulheres com HIV:

- Mulheres que estejam infectadas com o HIV, que tenham Sida ou estejam em terapia anti-retroviral (ARV) podem, com segurança, usar os métodos baseados na percepção da fertilidade.
- Incentive estas mulheres a usarem preservativos juntamente com os métodos baseados na percepção do período fértil. Se usados de forma consistente e correcta, os preservativos ajudam a prevenir a transmissão do HIV e de outras ITSs. Os preservativos proporcionam protecção contraceptiva extra para mulheres em terapia ARV.

Aconselhamento Sobre o Uso de Coito Interrompido:

Aprender a usar correctamente pode levar tempo:

- Sugira que o casal também utilize outro método até que o homem sinta que ele pode recorrer ao coito interrompido correctamente em cada relação sexual.

Há modos melhores de protecção contra a gravidez disponíveis:

- Sugira um método de PF alternativo ou adicional. (Os casais que estejam a utilizar o coito interrompido com eficácia não devem ser desestimulados a continuar utilizando).

Alguns homens podem ter dificuldade em recorrer ao coito interrompido:

- Homens que não conseguem sentir de forma consistente quando a ejaculação está prestes a ocorrer. Homens que têm ejaculação precoce.

Pode-se usar a contracepção emergência (CEs):

- Explique o uso das PAEs caso um homem ejacule antes de retirar o pénis (ver Contracepção de Emergência, p. 25). Forneça a pílula contraceptiva de emergência (PAE's), se disponível.

CONTRACEÇÃO DE EMERGÊNCIA (CE)

O Que é Contraceção de Emergência?

É o uso de pílulas que contêm somente progestógeno ou progestógeno e estrógeno juntos—hormonas semelhantes às hormonas naturais (progesterona e estrógeno) existentes no corpo de uma mulher.

As pílulas anticonceptivos de emergência (PAEs) são às vezes chamadas de pílulas “do dia seguinte” ou anticonceptivos pós-coito. **Não deve ser utilizada de rotina como método anticoncepcional, mas apenas em situações de emergência.**

Funcionam basicamente impedindo ou retardando a libertação de óvulos do ovário (ovulação). Não têm efeito caso a mulher já esteja grávida.

Pontos Básicos para Profissionais de Saúde e Utentes

- CE ajuda a prevenir a gravidez quando as pílulas forem tomadas até 5 dias após o sexo desprotegido. Quanto mais cedo forem tomadas, melhor.
- Não interrompem uma gravidez já existente.
- São seguras para todas as mulheres—inclusive mulheres que não podem utilizar métodos anticonceptivos hormonais regulares.
- Proporcionam uma oportunidade as mulheres para que comecem a utilizar um método PF permanente.

Quais das Pílulas podem ser usadas como Pílulas Anticonceptivos de Emergência?

Um produto específico para PAE com o progestógeno levonorgestrel;

Um produto específico para PAE com o estrógeno e o levonorgestrel;

Pílulas só de progestógeno com levonorgestrel ou norgestrel (minipílula);

Anticonceptivos orais combinados com estrógeno e um progestógeno—levonorgestrel, norgestrel ou noretindrone (também chamado de norethesterone).

Qual é a Eficácia?

- Se 100 mulheres fizessem, cada uma, sexo uma vez durante a segunda ou terceira semana do ciclo menstrual sem utilizar método anticonceptivo, 8 provavelmente engravidariam.
- Se todas as 100 mulheres utilizassem PAEs só de progestógeno, uma provavelmente ficaria grávida.
- Se todas as 100 mulheres utilizassem PAEs de estrógeno e progestógeno, 2 provavelmente engravidariam.

Retorno da fertilidade após a ingestão de PAEs: não há demora. Uma mulher pode engravidar imediatamente depois de tomar PAEs.

Não oferecem nenhuma proteção contra doenças sexualmente transmissíveis (ITSs)

Quanto aos efeitos colaterais, algumas usuárias relatam o seguinte:

- Alterações nos padrões de sangramento, entre os quais:
 - Ligeiro sangramento irregular de 1–2 dias após a ingestão de PÃES;
 - Sangramento mensal que começa antes ou depois do esperado;

Na semana posterior à ingestão de PAEs:

- Náusea;
- Dor abdominal;
- Fadiga;
- Dores de cabeça;
- Sensibilidade dos seios;
- Tonturas;
- Vômitos.

Manejo de efeitos colaterais:

Mulheres que utilizam fórmulas de PAE só de progestógeno têm muito menos probabilidade de terem náusea e vômitos do que as mulheres que utilizam fórmulas de PAE com estrógeno e progestógeno.

Contrapor mitos e rumores acerca das pílulas anticonceptivos de emergência:

- Não provocam aborto.
- Não causam defeitos (malformações) de nascença caso ocorra gravidez.
- Não representam perigo à saúde da mulher.
- Não promovem condutas sexuais de risco.
- Não tornam a mulher estéril.

1.5 CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

Situações em que a contracepção de Emergência deve ser oferecida:

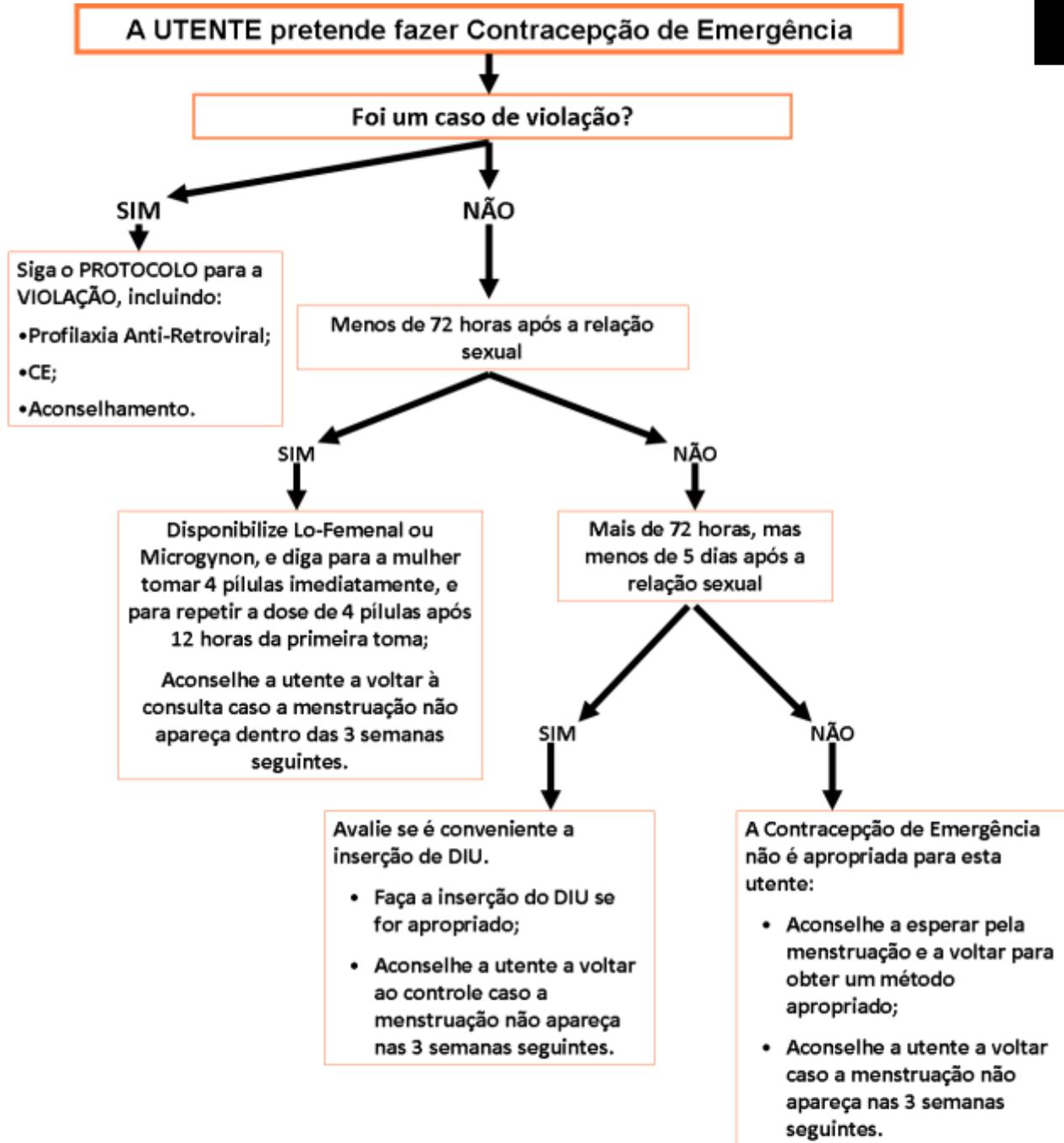
- Relação sexual sem protecção (Não planificada, acidental)
- Rompimento do preservativo
- Violação
- Contacto sexual durante o período de risco para a mulher que esteja a utilizar o método de fertilidade, por erro de cálculo do período seguro.
- Casos em que a utente esteja preocupada com o risco de uma gravidez

Gestão das náuseas e vómitos:

- Disponibilize um antiemético (metoclopramida 10 mg) 1 comprimido antes de tomar as pílulas de Contracepção de Emergência.
- Se a cliente vomitar entre as primeiras 2 horas depois da toma das pílulas anticonceptivas de emergência, então deverá repetir a dose, ou introduzir a pílula na vagina.

Nos casos em que a mulher quer fazer Contracepção de Emergência enquanto já estiver grávida, explique à utente que as pílulas não têm nenhum efeito sobre o feto no útero. Significa que não tem efeito abortivo.

1.5.1 CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA



CONSULTA de CONTROLE:

- Depois de 3 semanas avaliar se está grávida e agir de acordo;
- Se o DIU foi inserido, removê-lo ou não depende da vontade da utente;
- Todas as utentes tenham necessidade de fazer Contraceção de Emergência, devem ser aconselhadas a iniciar um método de PF.

ANTICONCEPTIVOS ORAIS COMBINADOS (AOC)

Pontos Básicos para Profissionais de Saúde e Utentes

- **Tome uma pílula todos os dias.** Para maior eficácia, uma mulher deve tomar as pílulas diariamente e de preferência à **mesma** hora. Deve iniciar cada nova carteira no dia certo.
- **Mudanças na menstruação são comuns, mas não são prejudiciais.** Tipicamente, ocorre sangramento irregular nos primeiros meses e, depois, sangramento em menor quantidade e mais regular.
- **Tome a pílula que esqueceu o mais rapidamente possível.** Esquecer de tomar as pílulas acarreta o risco de engravidar e pode agravar alguns efeitos colaterais.
- **Podem ser fornecidas a uma mulher a qualquer momento para que inicie a ingestão posteriormente (menstruação). DEVE SER DADA UMA EXPLICAÇÃO CLARA E EM LINGUAGEM QUE SEJA BEM ENTENDIDA PELA USUARIA.**

Se a gravidez não pode ser descartada, um profissional de saúde pode fornecer as pílulas à mulher para que ela as tome mais tarde, quando começar a sua menstruação.

O que são os Anticonceptivos Oraís Combinados?

Qual é a Eficácia?

- Tal como comumente usado, ocorrem cerca de **oito gravidezes para cada 100 mulheres** que utilizam AOCs no primeiro ano. Isto significa que 92 em cada 100 mulheres que usam os AOCs não ficarão grávidas.
- Quando não há erros na toma das pílulas, ocorre menos de uma gravidez em cada 100 mulheres que estejam a usar os AOCs no primeiro ano (3 por 1.000 mulheres).

Retorno da fertilidade após a interrupção dos AOCs: pode demorar de 1 a 3 meses.

Não oferece nenhuma protecção contra doenças sexualmente transmissíveis (ITSs)

Efeitos Colaterais:

Algumas usuárias relatam o seguinte:

Alterações nos padrões da menstruação, entre os quais:

- Sangramento em menor quantidade e menos dias de sangramento;
- Sangramento irregular;
- Sangramento ocasional;
- Ausência de menstruação;
- Dores de cabeça;
- Tonturas;

- Náuseas;
- Sensibilidade das mamas;
- Alteração do peso (ver Pergunta 6, p. 22);
- Alterações do humor;
- Acne (pode melhorar ou piorar, mas geralmente melhora).

Outras alterações físicas possíveis:

- A tensão arterial aumenta alguns pontos (mm Hg). Quando o aumento se deve aos AOCs, a tensão arterial cai rapidamente após a interrupção do uso dos AOCs.
- Pode-se interromper a ingestão a qualquer momento sem o auxílio de um profissional de saúde e não interferem no sexo.
- Ajudam a proteger contra: risco de gravidez, quistos nos ovários e anemia por deficiência de ferro.

Riscos Conhecidos para a Saúde:

- Cancro da membrana que recobre a parede da cavidade uterina (cancro do endométrio);
- Cancro do ovário;
- Doença inflamatória pélvica sintomática;

Benefícios:

Os COCs reduzem:

- Cólicas menstruais;
- Problemas de sangramento menstrual;
- Dor durante a ovulação;
- Excesso de pelos na face ou no corpo;
- Sintomas de síndrome do ovário poliquístico (sangramento irregular, acne, excesso de pelos na face ou no corpo);
- Sintomas de endometriose (dor pélvica, sangramento irregular);

Quem pode usar:

Praticamente todas as mulheres podem utilizar AOCs com segurança e eficácia, incluindo-se entre elas mulheres que:

- Tenham ou não tido filhos;
- Não sejam casadas;
- De qualquer idade, inclusive adolescentes e mulheres acima dos 40 anos;
- Tenham acabado de ter um aborto, inclusive natural (espontâneo);
- Fumem cigarros—caso tenham menos de 35 anos de idade;
- Tenham anemia no momento ou já tenham tido no passado;
- Tenham varizes;
- Estejam infectadas com o HIV, e estejam ou não em terapia anti-retroviral;

1.6 PÍLULAS DE CONTRACEPÇÃO ORAL

Examine a mulher para saber se ela está grávida. A mulher pode não estar grávida se:

- Não tem sinais nem sintomas de gravidez (ex., náusea ou aumento do volume das mamas);
- Não teve nenhuma relação desde a última menstruação;
- Tem estado a usar correcta e consistentemente os métodos de contracepção;
- Está entre os primeiros 7 dias depois do início da sua menstruação;
- Está entre as 4 semanas depois do parto (para as mulheres que não estejam a amamentar);
- Está entre os primeiros 7 dias depois de um aborto.

História:

- **Fumadoras activas** (mais de 15 cigarros por dia) acima dos 40 anos: não devem usar as pílulas de Contracepção oral
- **Sangramento:** Não deve utilizar as pílulas de Contracepção oral
- **Massa na mama:** pode com segurança usar as pílulas de contracepção oral se for determinado que a massa é benigna
- **Câncer da Mama:** não fazer CE se ela tiver história ou recente cancro da mama
- **Diabetes mellitus:** pode usar se não há evidências de doença vascular
- **Hemorragia Vaginal inexplicável:** Deve ser determinada e tratada a causa antes de dar as pílulas de contracepção oral
- **Hipertensão Arterial:** Disponibilize as pílulas de contracepção oral se a TA for inferior a 160/90; considerar outros métodos se a TA for superior a 160/90; encorajar a cliente a tratar a sua Hipertensão e voltar caso as pílulas de contracepção oral ainda forem o seu método de escolha
- **Cefaleias** (vómitos, visão enevoada): disponibilize as pílulas de contracepção oral
- **A fazer tratamento com Rifampicina e ou drogas Anti-epilepticas:** estas drogas reduzem a efectividade das pílulas de contracepção oral. Considere a Depoprovera como contraceptivo de eleição.

Efeitos Secundários para as pílulas de contracepção oral:

**A cliente deverá voltar à consulta caso se desenvolvam
ou tenha um dos seguintes sinais:**

- Dor no baixo-ventre /dor pélvica);
- Cefaleias (severas);
- Dores severas das pernas;
- Dor torácica (severa), tosse e dispneia
- Problemas visuais (perda de visão ou visão enevoada);

Efeitos secundários

Efeitos secundários	Manejo
Hemorragia	<i>Veja o protocolo sobre hemorragias 1-9.</i>
Icterícia	Suspenda a pílula até à normalização do funcionamento do fígado (3 meses).
Dôr da mama	Pode ser resolvida em 3 meses com o uso de um anti-inflamatório.
Amenorreia	Avalie a possibilidade de uma gravidez. Se não estiver grávida, certifique-se de que a utente continue a tomar a pílula de contracepção oral. Aconselhe-a acerca da toma à mesma hora todos os dias.

PÍLULAS SÓ DE PROGESTÓGENO (PSPs)

Pontos Básicos para Profissionais de Saúde e Utentes

- **Tome uma pílula diariamente.** Não há intervalos de toma entre as carteiras.
- **É seguro para mulheres amamentando e seu bebê.** As pílulas só de progestógeno não afectam a produção de leite.
- **Soma-se ao efeito anticoncepcional da amamentação.** Juntos, proporcionam protecção eficaz contra a gravidez.
- **Alterações na menstruação são comuns, mas não são prejudiciais.** Tipicamente, as pílulas prolongam o tempo durante o qual mulheres amamentando não apresentam menstruação. Para mulheres que tenham menstruação, é comum ocorrer sangramento frequente ou irregular.
- **Podem ser fornecidas a uma mulher a qualquer momento para que comece a tomá-las posteriormente.** Se não for possível excluir a existência de gravidez, o profissional de saúde pode fornecer pílulas à mulher para que sejam tomadas mais tarde, quando sua menstruação começar.

Mulheres que não estejam amamentando também podem utilizar as pílulas só de progestógeno.

Qual a Eficácia?

A eficácia depende da usuária: no caso de mulheres que têm menstruação, o risco de gravidez é maior se as pílulas forem tomadas com atraso e ou deixarem de ser tomadas totalmente (completar a carteira).

Mulheres que estejam a amamentar:

- Se usadas normalmente, ocorre cerca de **1 gravidez para 100 mulheres** utilizando PSPs no primeiro ano. Isto significa que 99 de cada 100 mulheres não ficarão grávidas.
- Quando as pílulas são ingeridas diariamente, ocorre menos de 1 gravidez para 100 mulheres que utilizam PSPs durante o primeiro ano (3 para cada 1.000 mulheres).

A eficácia é menor em mulheres que não estejam a amamentar:

- Se usadas normalmente, ocorrem **cerca de 3 a 10 gravidezes para 100 mulheres** utilizando PSPs durante o primeiro ano.
- Isto significa que de 90 a 97 de cada 100 mulheres não engravidarão.
- Quando as pílulas são tomadas todos os dias no mesmo horário, ocorre menos de 1 gravidez para 100 mulheres que usam PSPs durante o primeiro ano (9 para cada 1.000 mulheres).

Retorno da fertilidade após a interrupção do uso de PSPs: não há demora.

Protecção contra infecções sexualmente transmissíveis (ITSs): nenhuma.

Vantagens identificadas por algumas mulheres:

- Podem ser usadas enquanto amamentam;
- Pode-se interromper o uso a qualquer momento sem ajuda de um profissional de saúde;
- Não interferem no sexo;
- Ficam sob controle da mulher;

Algumas usuárias relatam os seguintes efeitos colaterais:

Alterações nos padrões de menstruação, entre os quais:

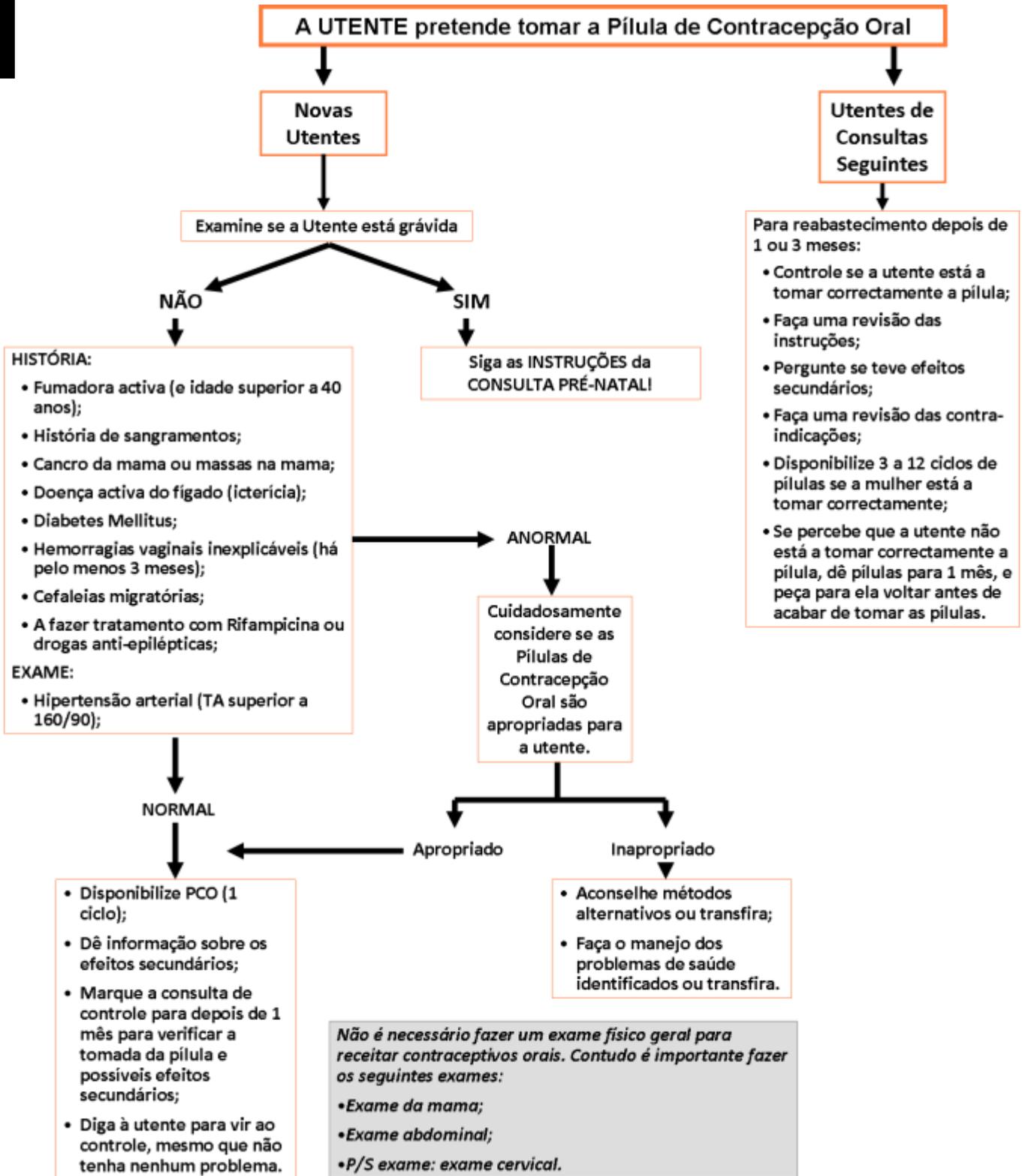
- No caso de mulheres amamentando, demora maior no retorno da menstruação após o parto (amenorreia pós-parto prolongada)
 - Sangramento frequente;
 - Sangramento irregular;
 - Sangramento ocasional;
 - Sangramento prolongado;
 - Ausência de menstruação;

A amamentação também afecta os padrões de menstruação de uma mulher.

- Dores de cabeça;
- Tonturas;
- Alterações do humor;
- Sensibilidade dos seios;
- Dor abdominal;
- Náuseas;

Outras possíveis alterações físicas: Para mulheres que não estejam a amamentar, aumento do tamanho dos folículos ovarianos.

1.6.1 PÍLULAS DE CONTRACEÇÃO ORAL



INJECTÁVEIS SÓ DE PROGESTÓGENO

- **Mudanças na menstruação são comuns, mas não são prejudiciais.** Tipicamente, há sangramento irregular nos primeiros meses e, depois, ausência de menstruação.
- **Retornar regularmente para receber as injeções.** Para se obter mais eficácia, é importante voltar a cada 3 meses (13 semanas) para a aplicação da injeção de Depo-Provera;
- **A injeção pode ser adiantada ou atrasada em até 2 semanas.** A cliente deve retornar mesmo com atraso.
- **É comum haver um ganho de peso gradual.**
- **O retorno da fertilidade frequentemente apresenta alguma demora.** Em média, leva alguns meses a mais para engravidar após a interrupção dos injectáveis só de progestógeno, do que com outros métodos.

O Que São Injectáveis Só de Progestógeno?

- Os anticoncepcionais injectáveis de “acetato de medroxiprogesterona de depósito” (DEPOPROVERA) contêm um progestógeno similar à hormona natural chamada de progesterona que existe no corpo da mulher. (Ao contrário, os injectáveis mensais contêm tanto estrógeno quanto progestógeno. Ver Injectáveis Mensais, p. 81.)
- Não contêm estrógeno e, por isso, podem ser usados durante toda a amamentação e por mulheres que não podem utilizar métodos com estrógeno.
- AMPD, o mais amplamente empregado injectável só de progestógeno, também é conhecido como “a injeção”, Depo ou Depo-Provera.
- É aplicada por meio de uma injeção no músculo (injeção intramuscular). A hormona é então libertada lentamente na corrente sanguínea. Uma fórmula diferente da DEPO-PROVERA pode ser aplicada sob a pele (injeção subcutânea).
- Funciona basicamente impedindo a libertação de óvulos pelos ovários (ovulação).

Qual a Eficácia?

A eficácia depende da regularidade na aplicação das injeções: o risco de gravidez é maior quando uma mulher deixa de tomar uma injeção.

- Em geral, no primeiro ano de utilização, ocorrem cerca de **3 gravidezes em cada 100 mulheres** que utilizam os injectáveis só de progestógeno. Isto significa que 97 em cada 100 mulheres que utilizam injectáveis não ficarão grávidas.
- Quando as mulheres tomam as injeções com o intervalo certo, o rácio é menos de 1 gravidez em cada 100 mulheres que utilizam os injectáveis só de progestógeno durante o primeiro ano (3 por 1.000 mulheres).

Retorno da fertilidade depois de interromper as injeções: uma média de cerca de 4 meses a mais no caso do AMPD (DEPO-PROVERA) que a maioria dos outros métodos.

Não oferecem protecção contra doenças sexualmente transmissíveis (ITSS)

Algumas usuárias relatam o seguinte:

- Alterações nos padrões de menstruação que incluem AMPD:

Primeiros 3 meses:

- Sangramento irregular;
- Sangramento prolongado;

Em um ano de uso:

- Ausência de menstruação;
- Sangramento raro;
- Sangramento irregular;

- Ganho de peso (ver Pergunta 4, p. 78)
- Dores de cabeça;
- Tonturas;
- Inchaço/desconforto no estômago;
- Alterações do humor;
- Diminuição do desejo sexual;

Os injectáveis só de progestógeno:

- Ajudam a interromper a menstruação, mas isso não é prejudicial. É semelhante a não ficar menstruada durante a gravidez. O sangue não se acumula dentro da mulher.
- Não perturba ou interrompe uma gravidez já em curso.
- Não torna a mulher estéril.

Praticamente todas as mulheres podem utilizar injectáveis só de progestógeno com segurança e eficácia, incluindo-se entre estas as mulheres que:

- Tenham ou não tido filhos;
- Não sejam casadas;
- De qualquer idade, inclusive adolescentes e mulheres acima dos 40 anos;
- Tenham acabado de passar por um aborto espontâneo ou induzido;
- Fumem cigarros — independente da idade da mulher ou do número de cigarros fumados;
- Estejam amamentando (começando a aplicação pelo menos 6 semanas após o parto)
Estejam infectadas com o HIV, estejam ou não em terapia anti-retroviral.

1.7 DEPO PROVERA

Examine se a mulher está grávida. A mulher pode não estar grávida se:

- Não apresenta nenhum sinal ou sintoma de gravidez (ex., náuseas ou aumento do peito)
- Não teve nenhuma relação desde a sua última menstruação;
- Tem estado a usar correcta e consistentemente os métodos de contraceção;
- Está entre os primeiros 7 dias depois do início da sua última menstruação;
- Está entre as 4 semanas depois do parto (para as mulheres que não estejam a amamentar);
- Está entre os primeiros 7 dias depois de um aborto;

Fertilidade não provada: Nulíparas, mulheres que são potencialmente utilizadoras da Depo Provera devem ser explicadas que esta pode provocar demoras no retorno da fertilidade, mas que esta não está associada à infertilidade.

História

- **Massas nas mamas:** pode seguramente utilizar Depo Provera caso seja confirmado que a massa é benigna.
- **Câncer da mama:** Não usar Depo-Provera se tem ou teve câncer no passado.
- **Diabetes Mellitus:** Pode utilizar Depo-Provera se não houver evidência de doença vascular.
- **Sangramento vaginal inexplicável:** deve ser determinada e tratada a causa antes de administrar a Depo-Provera.
- **Hipertensão Arterial:** Administre Depo-Provera se a TA for inferior a 160/90; recomende outro método se a TA for superior a 160/90; encoraje a utente a tratar a Hipertensão e voltar à consulta de Planeamento Familiar.
- **Cefaleias (Migrain) (com vómitos, Visão nublada):** disponibilize a Depo-Provera se não houver evidências de sintomas de doença neurológica.
- **Depressão:** Deve ser disponibilizada Depo-Provera somente se houver possibilidade de acompanhamento

Efeitos Secundários para a Depo- Provera:

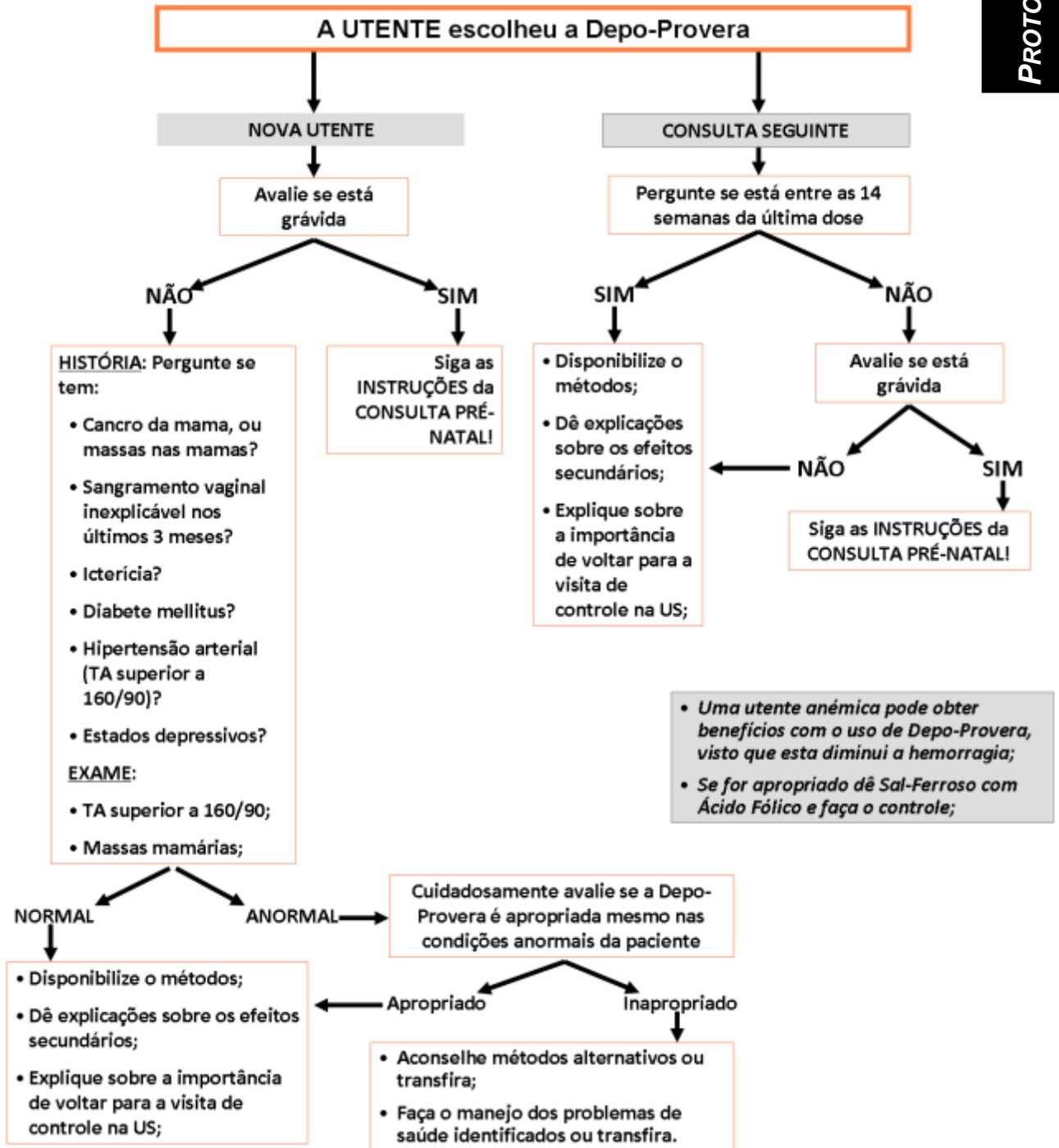
A cliente deverá voltar à U.S caso desenvolva qualquer um dos seguintes sinais:

- Dores no baixo-ventre/ dor pélvica
- Cefaleias (severas)
- Dores severas das pernas
- Dor torácica (severa), tosse, dispneia
- Problemas visuais (perda de visão ou visão nublada)

Efeitos Secundários

<i>Efeitos Secundários</i>	<i>Manejo</i>
Sangramento/ hemorragia	<i>Veja o protocolo sobre casos de Hemorragia ou 1-9 (p.26)</i>
Icterícia	Suspenda até ao funcionamento normal do fígado (3 meses).
Dores das mamas	Poderá ser resolvido depois de 3 meses de uso de um anti-inflamatório.
Amenorreia	Pergunte se a mulher está grávida. Se não estiver grávida, certifique-se e aconselhe-a a continuar a usar a Depo-Provera.

1.7.1 DEPO-PROVERA



IMPLANTES

O que são os Implantes?

Os Implantes são cápsulas fininhas e flexíveis, feitas de borracha mole, cheias de uma progesterona sintética, que são inseridas sob a pele da mulher no braço através de uma pequena incisão.

Os Implantes protegem contra a gravidez até um período de 5 anos após terem sido colocados.

Tipos de Implantes:

Norplant Contém seis cápsulas fininhas e flexíveis contendo levonorgestrel (LNG), inseridas sob a pele do braço da mulher;

Norplant 2 É uma versão melhorada do Norplant contendo 2 cápsulas em vez de 6;

Implanon É apenas um implante de progesterona, contendo 3-Ketodesogestrel;

Mecanismo de Acção:

- Suspende a ovulação em 50% dos ciclos menstruais durante o primeiro ano de utilização;
- Torna o muco cervical mais espesso, prevenindo a penetração dos espermatozoides;
- Provoca mudanças no endométrio, dificultando a implantação do ovo;
- Diminui a motilidade tubárica;

Benefícios:

- Se utilizados correctamente, os implantes têm uma efectividade de 99%, ou seja 99 mulheres em cada 100 mulheres que utilizam os implantes não ficarão grávidas;
- São rapidamente efectivos – em menos de 24 horas após a inserção;
- É um método de longo termo (dá até 5 anos de protecção);
- Não interferem com as relações sexuais;
- Têm menos efeitos secundários que as pílulas só de progesterona e os contraceptivos orais combinados;
- Não necessitam de reabastecimento;
- Podem ser inseridos por pessoal treinado que não seja médico;
- Podem diminuir as dores menstruais e o sangramento;
- Podem prevenir ou corrigir anemias (devido à diminuição do sangramento);
- Protegem contra o cancro do endométrio;
- Diminuem a doença benigna da mama;
- Protegem contra algumas causas de Doença Inflamatória Pélvica;
- Não afectam a amamentação;
- Podem reduzir as crises e as dores da anemia das células falciformes;
- Ajudam a prevenir a gravidez ectópica.

Desvantagens:

- Podem causar mudanças no padrão das menstruações como sangramento irregular, pequenas perdas contínuas de sangue (spotting) em algumas mulheres;
- Pode ocorrer um aumento ou diminuição do peso corporal;
- Necessita de um profissional treinado para a inserção e remoção;

- Requer um procedimento de pequena cirurgia, com controle adequado de infecções, para a inserção e remoção;
- A efectividade pode ser menor se a cliente está a fazer tratamento anti-tuberculose ou anti-epilepsia;
- Algumas mulheres podem desenvolver quistos ováricos;
- Algumas mulheres podem ter um pouco mais de perda ou ganho de pelo na face.

Protecção contra ITSs: não protege contra ITS, incluindo o HIV/SIDA;

Quem pode usar os Implantes?

Praticamente todas as mulheres podem utilizar os Implantes com segurança e eficácia, incluindo-se entre elas:

- Mulheres em qualquer idade reprodutiva;
- Mulheres que tenham ou não tido filhos;
- Mulheres que queiram um método de longo termo e eficaz contra a gravidez;
- Mulheres que estejam ou não a amamentar;
- Mulheres após um aborto;
- Mulheres que já têm os filhos que desejam, e não desejam fazer esterilização voluntária;
- Mulheres com história de gravidez ectópica;
- Mulheres com hipertensão arterial (menos de 180/100), problemas de coagulação, e a doença de células falsiformes;
- Mulheres fumadoras (em qualquer idade ou quantidade de cigarros);
- Mulheres que preferem não utilizar contraceptivos que contenham estrogénios;

Condições que requerem precaução:

Condição:	Recomendações e Conduta:
Icterícia e/ou Cancro do Fígado	Fazer um exame físico ou referir. Se a mulher apresenta uma doença séria e activa do fígado, não dê Implantes. Refira para melhor conduta e tratamento. Ajude-a a escolher um método sem hormonas.
Doença Cardíaca Isquémica	Evite utilizar Implantes, a não ser que não existam outros métodos disponíveis, ou que não sejam aceites pela mulher;
Tratamento anti-tuberculose ou anti-epilepsia	Cientes que tomam estas drogas devem ser aconselhadas acerca da diminuição potencial da eficácia dos Implantes. Deve ser evitado utilizar Implantes nestas mulheres a não ser que não existam outros métodos disponíveis, ou que não sejam aceites pela mulher;
Recuperação de Acidente Vascular Cerebral	Devem ser evitados em mulheres que estejam em recuperação de um acidente vascular cerebral, a não ser que não existam outros métodos disponíveis, ou que não sejam aceites pela mulher;

Quem não pode usar os Implantes?

- Mulheres grávidas (suspeita ou gravidez confirmada);
- Mulheres com sangramentos vaginais inexplicáveis;
- Mulheres com cancro da mama (actual ou passado);
- Mulheres ou maridos que não toleram mudanças no padrão das menstruações.

1.8 IMPLANTES

Quando se deve iniciar o Método?

- Em qualquer altura do ciclo menstrual, sempre que se possa assegurar que a utente não esteja grávida, de preferência dentro dos primeiros 7 dias do ciclo menstrual. Se o método for iniciado depois dos primeiros 7 dias do ciclo menstrual, disponibilize um método temporário como o preservativo, ou aconselhe a utente a não ter relações sexuais nas 48 horas seguintes à inserção dos Implantes;
- No período pós-parto: depois de 6 semanas se a mulher está a amamentar; imediatamente ou dentro de 3 semanas após o parto se a mulher não está a amamentar;
- No pós-aborto: imediatamente após o aborto ou nos primeiros 7 dias após o aborto;

Quando remover os Implantes?

- Quando a utente tenha desenvolvido efeitos colaterais os quais sejam de difícil manejo ou não toleráveis;
- Quando a utente tem infecção com abcesso no local da incisão;
- Quando a mulher quer ficar grávida;
- Após 5 anos da inserção dos Implantes;
- Quando a utente o quiser remover;

Manejo de Problemas Comuns e de Efeitos Secundários:

Problemas e Efeitos Secundários	Conduta
Amenorreia	Faça o despiste de gravidez. Se a mulher não está grávida, nenhum tratamento é necessário. Explique os benefícios de não ter menstruação e sossegue a mulher. Dissipe os mitos ou concepções erradas que a mulher possa ter. Aconselhe-a a voltar à US, se a amenorreia continuar a preocupá-la. Não tente induzir uma menstruação.
Perda contínua de pequenas quantidades de sangue (Spotting)	Faça o despiste de problemas ginecológicos e avalie se a mulher está grávida. Sossegue a mulher se não tiver encontrado nenhum problema. Dê Ibuprofeno (800mg de 8/8 horas) durante 5 dias para ajudar a controlar o sangramento, ou dê contraceptivos orais combinados (COC: 1 ciclo) para as mulheres sem contra indicações para os COC. Se necessário envie a mulher para a US de Referência.
Hemorragia prolongada e abundante	Reveja cuidadosamente a história clínica e ginecológica da mulher. Faça o rastreio de problemas ginecológicos e trate apropriadamente ou transfira para a US de Referência. Se não detectou problemas ginecológicos dê 1 ciclo de contraceptivos orais combinados (para as mulheres sem contra indicações para os COC) ou dê Ibuprofeno (800mg de 8/8 horas) durante 5 dias se não estiver contra indicado. Se a hemorragia não reduz em 3 a 5 dias, dê 2 pílulas de COC por dia até ao resto dos dias do actual ciclo menstrual, seguidas de 1 pílula por dia até 14 a 21 dias mais. Transfira para a US de Referência se necessário.
Dores de cabeça e tonturas	Faça o despiste de outras causas. Se as dores de cabeça forem ligeiras trate com analgésicos e sossegue a utente. Se a dor de cabeça persistir, aconselhe e ajude a cliente a escolher outro método, e remova os

Problemas e Efeitos Secundários	Conduta
	Implantes.
Aumento ou perda de peso	Informe a utente que a flutuação entre 1-2 Kg é comum nas mulheres que utilizam os Implantes. Faça uma revisão da dieta com a utente, e aconselhe-a a uma dieta mais equilibrada. Se a perda ou ganho de peso é inaceitável para utente, remova os implantes e aconselhe-a a escolher outro método.
Tensão nas mamas	Sossegue a utente, e aconselhe-a a utilizar um soutien.
Corrimento mamário	Avalie a situação. Faça o despiste de problemas, e transfira a utente se forem identificados problemas. Se não foram identificados nenhum problema sossegue a utente.
Acne	Aconselhe a utente a ter uma dieta menos gordurosa, a fazer a lavagem da face, e se necessário prescreva um antibiótico tópico. Se a condição se tornar intolerável, aconselhe a utente a escolher outro método.

Instruções para a Utente:

Explique à utente que:

- Deve manter o local de incisão seco e limpo durante pelo menos 48 horas após a inserção;
- Deve deixar a ligadura por pelo menos 48 horas após a inserção, e o penso por pelo menos 3 a 5 dias, até que a incisão cicatrize;
- É normal que exista tensão e sensibilidade no local de incisão durante alguns dias;
- Deve evitar pressionar o local, carregar pesos com o braço onde foi feita a inserção, durante pelo menos 3 a 5 dias;
- Depois de cicatrizada, a área da incisão pode ser lavada e pressionada normalmente;
- Os Implantes não protegem contra as ITS e HIV/SIDA. Se existe o risco de ITS deve ser também utilizado o preservativo juntamente com os Implantes;

Dê à utente um cartão com a data da inserção dos Implantes, e encoraje-a a voltar regularmente para fazer o exame de rotina, e sempre que existam problemas ou dúvidas. Diga-lhe que os Implantes devem ser removidos ao fim de 5 anos.

SINAIS de ALARME para as UTILIZADORAS de IMPLANTES

- Atraso do período menstrual depois de vários meses de ciclos menstruais normais;
- Dor severa no baixo ventre;
- Hemorragia abundante (duas vezes mais longa, ou duas vezes mais quantidade que o normal, ou menstruações prolongadas (mais de 8 dias de duração));
- Sangramento ou infecção no local de inserção;
- Expulsão de uma cápsula;
- Enxaquecas, ou dores de cabeça repetidas e fortes, ou visão nublada.

1.9 HEMORRAGIA/SANGRAMENTO DURANTE A UTILIZAÇÃO DE ANTICONCEPTIVOS HORMONAIS

Quantidade de Sangramento:

- Hemorragia Severa: é uma quantidade de sangue duas vezes maior que o da menstruação normal? Ou é
- Sangramento que apenas suja a roupa?

Nova Medicação:

Pacientes a fazer Rifampicina e ou medicamentos Anti-Epiléticos devem usar outros métodos (Preservativo) durante o período em que estiverem a fazer a medicação., Aconselhe como alternativa o uso de métodos com altas doses (Depo-Provera) ou um método não Hormonal (DIU).

- Se a cliente estiver a fazer Contracepção Oral, aconselhe a utilização de métodos de barreira, ou métodos de altas doses.
- Se a cliente estiver a fazer Depo-Provera, ela deverá continuar com o método. A dose de Depo-Provera é suficientemente alta e a sua eficácia não será afectada.

Exame Abdominal:

Observe sensibilidade abdominal.

Exame Espacular:

Veja se tem Cervicites ou Colo aumentado.

Exame Vaginal:

Examine se o útero está aumentado ou não, com massas nos anexos ou sensibilidade do útero.

Suspender o método:

Para utentes a fazer pílulas de contracepção oral: Experimente a Depo-Provera, ou outro Anticonceptivo não hormonal (ex: DIU)

Para Utentes a fazer Depo-Provera: Experimente os anticonceptivos Orais ou outro não Hormonal (ex: DIU)

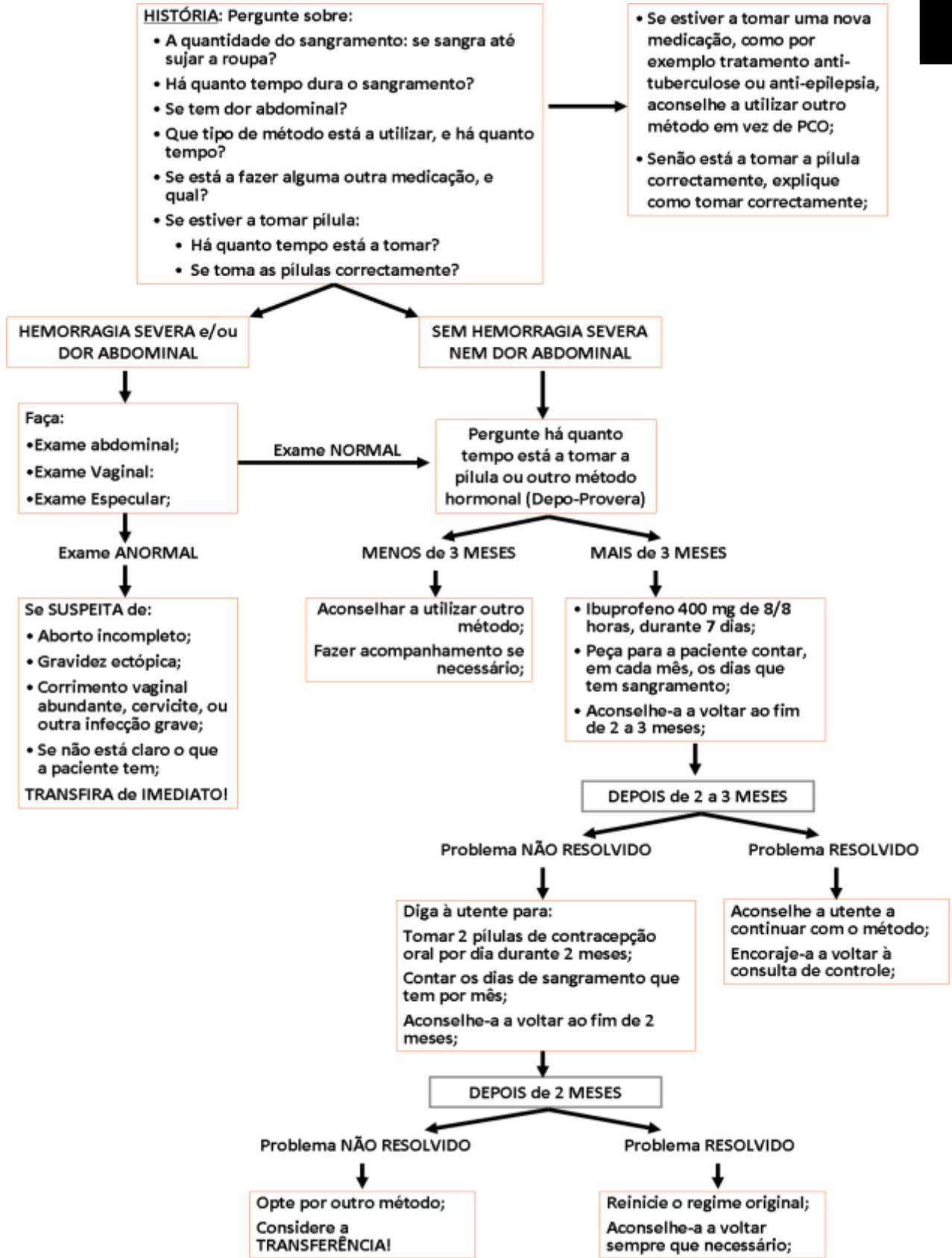
Com Suspeita de Gravidez Ectópica. Características da Gravidez Ectópica:

- Colo fechado
- Dor, algumas vezes de um lado
- Algumas vezes podem sentir-se massas nos anexos
- Útero de tamanho normal
- Atraso na Menstruação

Aborto mal tratado:

- Colo entreaberto (permeável)
- Útero aumentado
- Dor tipo contracção e ou irradiada para as costas
- Não se apalpam massas nos anexos

1.9.1 HEMORRAGIA/SANGRAMENTO DURANTE A UTILIZAÇÃO DE ANTICONCEPTIVOS HORMONAIS



DISPOSITIVO INTRA-UTERINO COM COBRE

O Que é o Dispositivo Intra-uterino?

- O dispositivo intra-uterino (DIU) com cobre é uma pequena estrutura de plástico flexível com a forma da letra T com um fio de cobre na haste vertical do T e tubinhos de cobre em cada braço horizontal. Um profissional de saúde especificamente treinado para tal insere o DIU no útero da mulher através de sua vagina e cérvix.
- Quase todos os tipos de DIU possuem um ou dois fios amarrados aos mesmos. Os fios ficam pendurados pelo cérvix até a vagina.
- Funciona basicamente provocando uma alteração química que danifica o esperma e o óvulo antes que eles se encontrem.

Pontos básicos para profissionais/serviços de saúde e Utentes:

- **Protecção de longo prazo contra gravidez.** Demonstrou ser muito eficaz por 12 anos, sendo imediatamente reversível.
- **É colocado no útero por um profissional especificamente treinado para tal.**
- **Pouca acção requerida da cliente uma vez que o DIU tenha sido colocado.**
- **Mudanças na menstruação são comuns.** Tipicamente, ocorre sangramento mais longo e intenso e mais cólicas ou dor durante a menstruação, especialmente nos primeiros 3 a 6 meses.

Qual é a sua Eficácia?

Um dos métodos mais eficazes e duradouros: ocorre menos de 1 gravidez por 100 mulheres que utilizam DIU durante o primeiro ano (6 a 8 por 1.000 mulheres). Isto significa que de 992 a 994 de cada 1.000 mulheres que utilizam DIU não engravidarão.

- Um pequeno risco de gravidez permanece além do primeiro ano de uso e continua durante o tempo em que uma mulher utiliza o DIU.

Retorno da fertilidade depois que o DIU ser removido: não há demora.

Protecção contra as ITSs: não oferece nenhuma protecção contra doenças sexualmente transmissíveis (ITSs)

Algumas usuárias relatam o seguinte:

- Alterações nos padrões de menstruação (especialmente nos primeiros 3 a 6 meses), dentre as quais:
 - Sangramento prolongado e intenso;
 - Sangramento irregular;
 - Mais cólicas e dor durante a menstruação;

Ajuda a proteger contra:

- Riscos de gravidez;
- Pode ajudar a proteger contra o cancro da membrana que recobre a parede da cavidade uterina (cancro de endométrio);

Os riscos para a saúde são incomuns:

- Pode contribuir para ocorrência de anemia caso a mulher já tenha baixas reservas de ferro no sangue e o DIU provoque menstruação mais intensa.

Raramente:

- Poderá ocorrer doença inflamatória pélvica (DIP) caso a mulher tenha clamídia ou gonorreia no momento da colocação do DIU

Complicações:

Raras:

- Perfuração da parede do útero pelo DIU ou por instrumento utilizado na colocação. Geralmente cura-se sem tratamento.
- Aborto espontâneo, parto prematuro ou infecção na rara eventualidade da mulher engravidar tendo colocado um DIU.

Os dispositivos intra-uterinos:

- Raramente conduzem a uma DIP;
- Não aumentam o risco de contrair ITSs, inclusive HIV;
- Não aumentam o risco de aborto espontâneo quando a mulher engravida depois do DIU ser removido;
- Não tornam a mulher estéril;
- Não causam defeitos ou malformações de nascença;
- Não causam cancro;
- Não se deslocam até o coração ou o cérebro;
- Não causam desconforto ou dor para a mulher durante o sexo;
- Reduzem substancialmente o risco de gravidez ectópica;
- Previne a gravidez com muita eficácia;
- É duradouro;
- Não há custos adicionais depois do DIU ser colocado;
- Não requer que a usuária faça nada uma vez colocado o DIU;

Quem Pode e Quem Não Pode Usar DIU com Cobre: a maioria das mulheres podem usar DIUs com segurança e eficácia, incluindo-se entre elas mulheres que:

- Tenham ou não tido filhos;
- Não sejam casadas;
- De qualquer idade, inclusive adolescentes e mulheres acima dos 40 anos;
- Tenham acabado de passar por um aborto espontâneo ou induzido (se não houver evidência de infecção);
- Estejam a amamentar;
- Executem trabalhos físicos pesados;
- Tenham tido uma gravidez ectópica;
- Tenham tido uma doença inflamatória pélvica (DIP);
- Tenham infecções vaginais (Não colocar);
- Tenham anemia (Não colocar);
- Estejam infectadas com o HIV ou em terapia anti-retroviral e bem de saúde.

As mulheres podem começar a utilizar DIUs:

- Sem testes para ITSs;
- Sem teste do HIV;
- Sem quaisquer exames de sangue ou outros testes laboratoriais de rotina;
- Sem testes preventivos para cancro cervical;
- Sem exame das mamas;

1.10 DIU

Examine a mulher para saber se ela está grávida. A mulher pode não estar grávida se:

- Não tem sinais nem sintomas de gravidez (ex., náusea ou aumento do volume das mamas);
- Não teve nenhuma relação desde a última menstruação;
- Tem estado a usar correcta e consistentemente os métodos de contraceção;
- Está entre os primeiros 7 dias depois do início da sua menstruação;
- Está entre as 4 semanas depois do parto;
- Está entre os primeiros 7 dias depois de um aborto;

História:

História Menstrual: sangramento severo ou menstruações dolorosas;

PID: dores abdominais severas, dores pélvicas, febre e ou corrimento vaginal;

Risco de DTS: Utentes com parceiros múltiplos deverão optar (escolher) outro método;

Exame:

- **Vaginal:** verificar se tem corrimento, lesão do colo, ou outras;
- **Útero:** se está aumentado ou doloroso;
- **Abdómen:** Procure massas abdominais ou distensão do abdómen;

Testes:

- **Hemoglobina:** Utentes com Hb inferior a 7 g deverão inserir o DIU somente se for o método mais apropriado;
- **Análise da Urina:** Teste de gravidez, Proteinúria e Glicose;

Efeitos Secundários do DIU:

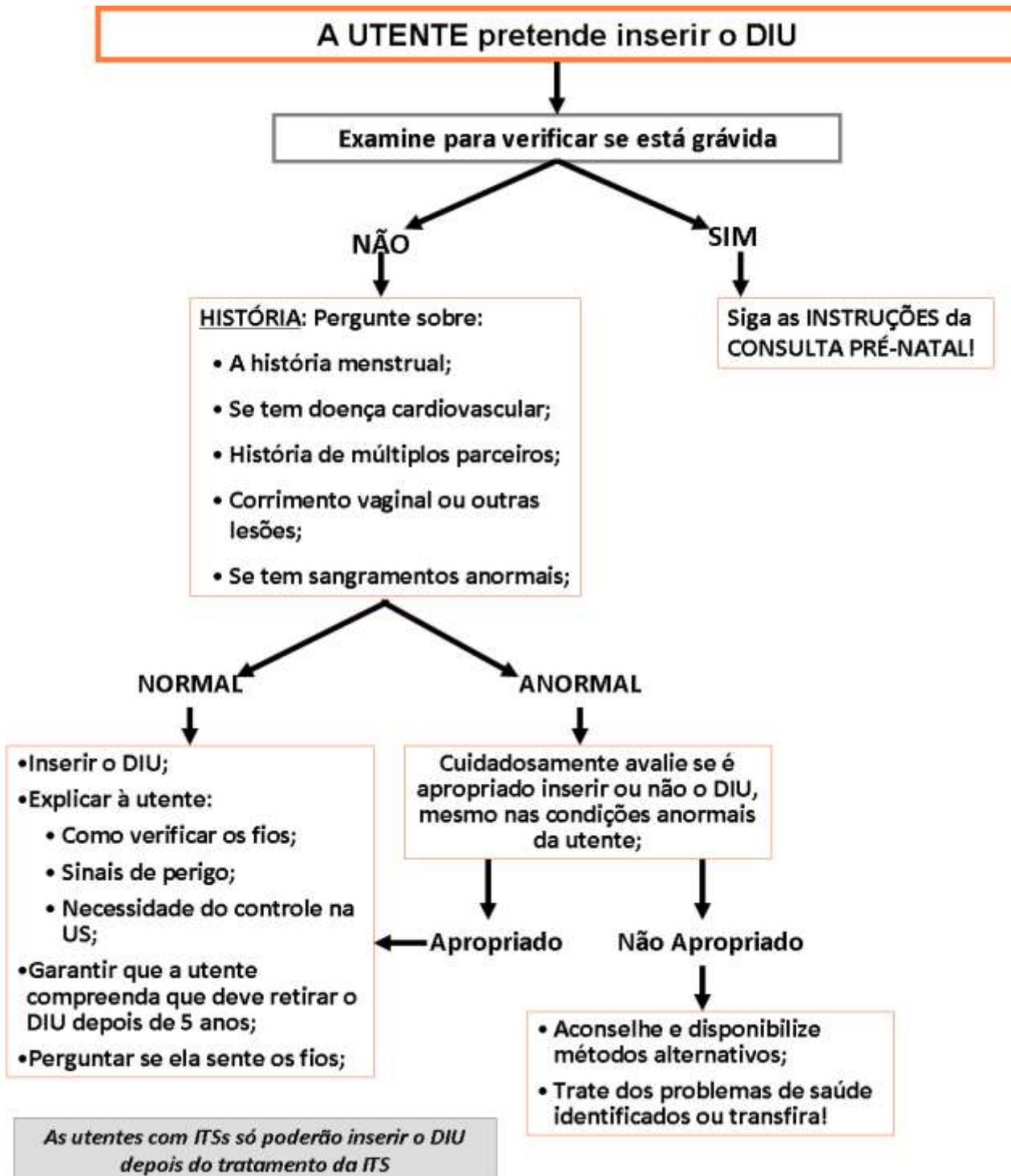
As utentes deverão voltar à consulta se um dos seguintes sinais se desenvolverem:

- Atraso na menstruação, sangramento anormal ou hemorragias;
- Dor abdominal;
- Dor durante o acto sexual;
- Exposição às DTS's ou a fazer tratamento para as DTS's;
- Febres (com dor abdominal);
- Não sente os fios;

Efeitos secundários

Efeitos secundários	Manejo
Amenorreia	Examine se está grávida <ul style="list-style-type: none"> • Se estiver grávida, menos de 13 semanas, retire o DIU; • Se estiver grávida, mais de 13 semanas, não retire o DIU;
Hemorragia Severa	Avalie se tem infecção pélvica ou gravidez ectópica. Veja o protocolo da Hemorragia/Sangramento 1-9. Se sem infecção sem gravidez, receite Iboprufero 400 mg de 8/8 horas durante 8 dias;
Dor Abdominal	Avalie se tem infecção Pélvica ou Gravidez Ectópica retire o DIU e trate;
Dor uterina Severa	Se o DIU tiver sido inserido a menos de 3 meses, trate com Iboprufero. Remover o DIU se não há melhoras;
Sensação dos fios pelo companheiro	Verifique se o DIU está no lugar. Corte os fios se for necessário;

1.10.1 DIU



ESTERILIZAÇÃO FEMININA

O Que é a Esterilização Feminina?

- É a contracepção permanente para mulheres que não querem ter mais filhos.
- Há 2 abordagens cirúrgicas que são as utilizadas com maior frequência:
 - A mini-laparotomia.
 - A laparoscopia.
- Também conhecida como esterilização das trompas, ligação das trompas, contracepção cirúrgica voluntária, ligação dupla das trompas, amarração das trompas, mini-laparotomia e “a operação.”
- Funciona através do corte ou bloqueio das trompas de falópio. Os óvulos libertados pelos ovários não conseguem deslocar-se pelas trompas e, por este motivo, não encontram o espermatozóide.

Pontos Básicos para Profissionais de Saúde e Utentes:

- **Permanente:** A intenção é que proporcione protecção muito eficaz, permanente e pela vida toda contra a gravidez. De modo geral, não é possível revertê-la.
- **Envolve um exame físico e uma cirurgia:** O procedimento é realizado por um profissional de saúde especificamente habilitado para tal.
- **Não tem efeitos colaterais a longo prazo.**

Qual é a sua Eficácia?

É um dos métodos mais eficazes, apresentando no entanto um pequeno risco de falha:

- Ocorre menos de 1 gravidez por 100 mulheres no primeiro ano após a realização do procedimento de esterilização (5 por 1.000). Isto significa que 995 de cada 1.000 mulheres que fizeram esterilização feminina não engravidarão.
- Há um pequeno risco de gravidez que permanece além do primeiro ano de uso e até que a mulher atinja a menopausa.

A eficácia varia ligeiramente dependendo da forma como as trompas foram bloqueadas, mas as taxas de gravidez são baixas para todas as técnicas.

A fertilidade não tem retorno porque a esterilização, de modo geral, não tem como ser interrompida ou revertida. O procedimento tem por objectivo ser definitivo. A cirurgia de reversão é difícil, dispendiosa e não está disponível na maioria dos lugares.

Quando realizada, a cirurgia de reversão frequentemente não conduz à gravidez.

Protecção contra ITSs: Não oferece nenhuma protecção contra doenças sexualmente transmissíveis (ITSs).

Não tem nenhum efeito colateral, e ajuda a proteger contra:

- Riscos de gravidez
- Doença inflamatória pélvica (DIP)

Complicações da Cirurgia:

Incomuns a extremamente raras:

- A esterilização feminina é um método de contracepção seguro. Contudo, requer cirurgia e anestesia, as quais apresentam alguns riscos tais como infecção ou abcesso da ferida. Complicações graves são incomuns. Óbito, devido ao procedimento ou à anestesia, é extremamente rara.

O risco de complicações com anestesia local é significativamente menor do que com anestesia geral. As complicações podem ser mantidas num patamar mínimo se forem utilizadas técnicas apropriadas e se o procedimento for executado em local adequado.

A esterilização feminina:

- Não enfraquece as mulheres;
- Não provoca dor duradoura nas costas, no útero ou no abdómen;
- Não retira o útero da mulher ou leva à necessidade de removê-lo;
- Não provoca desequilíbrios hormonais;
- Não causa menstruação mais intensa ou irregular ou de alguma forma altera os ciclos menstruais das mulheres;
- Não provoca alterações no peso, no apetite ou na aparência;
- Não altera o comportamento sexual da mulher ou seu desejo sexual;
- Reduz substancialmente o risco de gravidez ectópica;

Quem Pode Fazer a Esterilização Feminina:

Havendo um aconselhamento adequado e consentimento esclarecido, qualquer mulher pode fazer a esterilização feminina com segurança, dentre elas mulheres que:

- Não têm filhos ou têm poucos filhos;
- Não são casadas;
- Não têm permissão do marido;
- São jovens;
- Acabaram de dar à luz (nos últimos 7 dias);
- Estão a amamentar;
- Estão infectadas com o HIV, independente de estarem ou não em terapia anti-retroviral.

Em algumas destas situações, é importante prestar um aconselhamento especialmente cuidadoso de modo a assegurar que a mulher não se arrependa futuramente de sua decisão.

As mulheres podem fazer a esterilização feminina:

- Sem exames de sangue ou testes laboratoriais de rotina;
- Sem testagem para cancro cervical;
- Mesmo quando uma mulher não esteja, na altura, a ter menstruação, se houver uma certeza razoável de que ela não esteja grávida.

1.11 ESTERILIZAÇÃO FEMININA

História Médica e exame físico é importante determinar se o método é apropriado para a cliente. Deve-se considerar:

- *Tuberculose activa*: certifique-se de que a doença está sob controle antes de fazer a operação;
- *Problemas respiratórios*: certifique-se de que não há problemas antes de fazer a operação;
- *Doença cardíaca*: certifique-se que não há ou a doença está controlada antes da operação;
- *Hipertensão arterial*: certifique-se que está controlada antes de fazer a operação;
- *Diabetes*: certifique-se que de não há, ou a doença está controlada antes da operação;
- *Distúrbios de sangramento*: considere a habilidade de como lidar com o sangramento durante a operação;
- *Convulsões*: determine se a cliente está a fazer tratamento anticonvulsante;
- *Condições Psiquiátricas*: certifique-se que a cliente pode dar um consentimento informado ou que algum familiar próximo o faça;
- *Alergias aos medicamentos*: descarte qualquer tipo de alergia antes de fazer a operação;
- *História de traumatismo recente*: certifique-se que o traumatismo está completamente curado;
- *Medicação actual*: correlacione com a história médica;
- *Miomas e cirurgia abdominal*: certifique-se que isto não irá dificultar o procedimento;
- *DIP (Doença Inflamatória Pélvica)*: A laqueação só pode ser feita 3 meses depois que a DIP tenha sido curada;
- *Corrimento vaginal*: certifique-se que não há evidência de DIP;
- *ITU (Infecção do Tracto Urinário)*: trate e certifique-se que a ITU está resolvida.

História Obstétrica

- *Gravidez*: certifique-se que a cliente não está grávida;
- *Aborto retido*: certifique-se que não existe sangramento ou infecção;
- *Abortos*: certifique-se que não existe sangramento ou infecção;
- *Partos*: certifique-se que a cliente está há pelo menos 6 meses após o parto;

História Menstrual

- Ter a certeza da história menstrual correcta.

Exame físico

TA (Tensão arterial), pulso: certifique-se que a TA e pulso estão dentro dos valores normais;

Coração: descarte qualquer patologia cardíaca;

Pulmões: descarte qualquer patologia pulmonar;

Exame abdominal: procure cicatrizes, dor ou massas anormais;

Exame vaginal: descarte corrimento cervical, dor uterina ou aumento de tamanho e massas anexiais.

Instruções pós-operatórias

Esteja atenta a: Febre; Sangramento e pês no local da incisão; Dor excessiva; Cefaleias ligeiras; Náusea ou vômitos;

Eficácia 99.5%

1.11.1 LAQUEAÇÃO TUBÁRIA

A UTENTE deseja fazer a Laqueação

HISTÓRIA: Pergunte sobre:

- A história médica;
- A história obstétrica;
- A história menstrual;

EXAME FÍSICO: Verifique:

- Peso;
- TA, pulso e temperatura;
- Coração;
- Pulmões;
- Abdómen;
- Exame vaginal;

LABORATÓRIO:

- Hemoglobina;
- Pesquisa de proteína e glicose na urina;

NORMAL

- Certifique-se que o consentimento informado foi assinado;
- Faça a laqueação;
- Dê instruções para o pós-operatório;
- Marque uma consulta de controle para depois de 7 dias;

ANORMAL

Cuidadosamente considere se a laqueação é apropriada para a utente;

Apropriado

Não Apropriado

- Aconselhe e disponibilize um método alternativo para o marido;
- Trate dos problemas de saúde identificados ou transfira!

VASECTOMIA

O Que é a Vasectomia?

- É a contracepção permanente para homens que não queiram ter mais filhos.
- Através de uma pequena incisão no escroto, o profissional localiza cada um dos 2 tubos por onde o esperma é transportado até o pênis (vaso deferente) e corta e bloqueia o mesmo, cortando e amarrando-o de modo a fechá-lo ou aplicando calor ou electricidade (cautério).
- Também conhecida por esterilização masculina e contracepção cirúrgica masculina.
- Funciona por meio do fechamento de cada vaso deferente, fazendo com que o semen não contenha espermatozóides. O semen é ejaculado, mas não pode provocar uma gravidez.

Pontos Básicos para Profissionais de Saúde e Utentes:

- **Permanente.** A intenção é que proporcione protecção muito eficaz, permanente e por toda a vida toda contra a gravidez. De modo geral, não é possível revertê-la.
- **Envolve um procedimento cirúrgico simples e seguro.**
- **Demora 3 meses para fazer efeito.** O homem ou o casal deve utilizar preservativos ou um outro método anticonceptivo por 3 meses após a vasectomia.
- **Não afecta o desempenho sexual masculino.**

Qual é a sua Eficácia?

É um dos métodos mais eficazes mas apresenta um pequeno risco de falha:

- Em locais onde não é possível examinar o sémen dos homens operados 3 meses após o procedimento para verificar se o mesmo ainda contém espermatozóides, as taxas de gravidez são de cerca de 2 a 3 por 100 mulheres no primeiro ano após seus parceiros terem se submetido a uma vasectomia. Isto significa que 97 a 98 de cada 100 mulheres cujos parceiros fizeram vasectomias não engravidarão.
- Em locais onde é possível examinar o sémen dos homens operados após a vasectomia, ocorre menos de 1 gravidez por 100 mulheres no primeiro ano após seus parceiros terem feito vasectomias (2 por 1.000). Isto significa que 998 de cada 1.000 mulheres cujos parceiros se submeteram à vasectomia não engravidarão.
- A vasectomia não é inteiramente eficaz até 3 meses após o procedimento. Algumas gravidezes ocorrem no primeiro ano porque o casal não utilizou preservativos ou outro método eficaz de forma consistente e correcta nos primeiros 3 meses, antes que a vasectomia atingisse sua eficácia plena.
- Um pequeno risco de gravidez permanece para além do primeiro ano depois da vasectomia e até que a parceira do homem atinja a menopausa.
Acima de 3 anos de uso: cerca de 4 gravidez por 100 mulheres
- Se a parceira de um homem que fez uma vasectomia engravidar, poderá ser porque:
 - O casal nem sempre utilizou outro método durante os primeiros 3 meses após o procedimento;
 - O profissional cometeu um erro;
 - As pontas cortadas do vaso deferente cresceram de novo e se uniram;

Retorno à fertilidade: a fertilidade não retorna porque a vasectomia, de modo geral, não pode ser interrompida ou revertida. A finalidade do procedimento é que seja permanente. A cirurgia de reversão é difícil, cara e não está disponível na maioria das regiões. Quando realizada, a cirurgia de reversão frequentemente não conduz à gravidez

Protecção contra ITSs: Não oferece nenhuma protecção contra doenças sexualmente transmissíveis (ITSs).

Complicações

Incomuns a raras:

- Dor aguda no escroto ou no testículo que dura por meses ou anos

Incomuns a muito raras:

- Infecção no local da incisão ou interior da mesma (incomum no caso de uso da técnica de incisão convencional; muito rara no caso da técnica sem bisturi; ver Técnicas de Vasectomia, p. 190).

Raras:

- Sangramento sob a pele que pode provocar inchaço ou equimose (hematoma).

A vasectomia:

- Não remove os testículos. Na vasectomia, os tubos que transportam o esperma vindo dos testículos são bloqueados. Os testículos permanecem intactos.
- Não diminui o desejo sexual.
- Não afecta a função sexual. A erecção de um homem continua a mesma, dura o mesmo tempo e ele ejacula tal como antes.
- Não faz com que um homem engorde ou fique mais fraco, menos masculino ou menos produtivo.
- Não provoca quaisquer doenças mais adiante na vida.
- Não previne a transmissão de doenças sexualmente transmissíveis, entre elas o HIV.

Quem Pode Fazer uma Vasectomia?

Mediante aconselhamento adequado e consentimento esclarecido, qualquer homem pode submeter-se a uma vasectomia com segurança, inclusive homens que:

- Tenham alguns filhos ou nenhum;
- Não sejam casados;
- Não tenham a permissão da esposa;
- Sejam jovens;
- Tenham anemia falciforme;
- Apresentem risco elevado de infecção com o HIV ou outra ITS;
- Estejam infectados com o HIV, estejam ou não em terapia anti-retroviral (ver Vasectomia para Homens com HIV, p. 188).

Em algumas destas situações, é importante haver um aconselhamento especialmente cuidadoso a fim de se assegurar que o homem não se arrependerá de sua decisão.

Os homens podem fazer uma vasectomia:

- Sem exames de sangue ou testes laboratoriais de rotina;
- Sem verificação da tensão arterial;
- Sem um teste de hemoglobina;
- Sem um exame de colesterol ou da função hepática;

1.12 VASECTOMIA

Rastreo psicológico destina-se a determinar se o método permanente é o mais adequado para o cliente.

- *Número de filhos vivos*
- *Idade do filho mais novo*
- *Se compreende que a vasectomia é um método permanente e não reversível*

História médica e exame físico: destina-se a determinar se o método é clinicamente apropriado para o cliente. Deve-se ter em conta:

Tuberculose activa: certifique-se de que a doença está sob controle antes de fazer a operação;

Problemas respiratórios: certifique-se de que não há problemas antes de fazer a operação;

Doença cardíaca: certifique-se que não há ou a doença está controlada antes da operação;

Hipertensão arterial: certifique-se que está controlada antes de fazer a operação;

Diabetes: certifique-se que não há ou a doença está controlada antes da operação;

Distúrbios de sangramento: considere a habilidade de como lidar com o sangramento durante a operação;

Convulsões: determine se a cliente está a fazer tratamento anticonvulsante;

Condições Psiquiátricas: certifique-se que a cliente pode dar um consentimento informado ou que algum familiar próximo o faça;

Alergias aos medicamentos: descarte qualquer tipo de alergia antes de fazer a operação

História de traumatismo recente: certifique-se que o traumatismo está completamente curado

Medicação actual: correlacione com a história médica

Impedimento sexual: investigue a causa do impedimento antes da cirurgia

Anomalias do escroto: a cirurgia deve ser feita por alguém experiente

Alergias a medicação: actua como se não existisse alergia a lignocaina

Precauções: certifique-se que o cliente assinou um consentimento informado

Exame físico

- **TA, pulso:** certifique-se que a TA e o pulso estão dentro dos parâmetros normais;
- **Área de cirurgia:** trate qualquer infecção existente antes de fazer a vasectomia; descarte anomalias que possam tornar a operação difícil;

Condições anormais que o médico precisa de ter em conta:

Condições localizadas que possam tornar a operação difícil ou aumentar os riscos, tais como: Varicocele grande; Hidrocele; Hérnia inguinal; Filariasis (elefantíase); Tecido cicatricial; Criptorquidia; Cirurgia escrotal prévia; e Massas inter-escrotais;

Instruções pós- operatórias. Fique atento a:

- Febre, sangramento e pús no sítio da incisão, e dor e inchaço excessivos;

1.12.1 VASECTOMIA

O UTENTE deseja fazer a Vasectomia

HISTÓRIA: Pergunte sobre:

- A história médica;

EXAME FÍSICO: Verifique:

- TA, pulso e temperatura;
- Exame do local da operação;

NORMAL

- Certifique-se que o consentimento informado foi assinado;
- Faça a vasectomia;
- Dê instruções para o pós-operatório;
- Marque uma consulta de controle para exame do sêmen para daí a 3 meses;
- Forneça preservativos;

ANORMAL

Cuidadosamente certifique-se de que a vasectomia é apropriada para o utente;

Apropriado

Não Apropriado

- Aconselhe e disponibilize um método alternativo para a mulher ou transfira;
- Trate dos problemas de saúde identificados ou transfira!

ESPERMICIDAS E DIAFRAGMAS

O que são Espermicidas?

- São substâncias que matam os espermatozoides. São inseridos profundamente no interior da vagina, perto do cérvix, antes do sexo.
 - A mais largamente utilizada é o Nonoxynol-9.
 - Além dessas, há também o cloreto de benzalcônio, clorexidina, menfegol, octoxynol-9 e docusate sódico.
- Disponíveis em comprimidos de espuma, supositórios de espuma ou que derretem, latas de espuma pressurizada, fina camada que derrete, geleia e creme.
 - As geleias, cremes e espumas que vêm em latas podem ser usadas sozinhas, com um Diafragma ou com preservativos.
 - Filmes, supositórios, comprimidos de espuma ou supositórios de espuma podem ser usados sozinhos ou com preservativos.
- Funcionam provocando a ruptura da membrana das células dos espermatozoides, matando-as ou desacelerando seu movimento. Isto impede que o espermatozoide encontre um óvulo.

Pontos Básicos para Profissionais de Saúde e Utentes

- Os espermicidas são colocados profundamente no interior da vagina pouco antes do sexo.
- Requer o uso correcto em cada acto sexual para se obter máxima eficácia.
- Um dos métodos anticonceptivos menos eficazes.
- Pode ser usado como método primário ou como método de apoio.

Qual é a sua Eficácia?

A eficácia depende da usuária: o risco de gravidez é maior quando os espermicidas não são usados em cada relação sexual.

- É um dos métodos de PLANEAMENTO FAMILIAR menos eficaz.
- Tal como comumente utilizado, ocorrem cerca de 29 gravidezes por 100 mulheres que usam espermicidas no primeiro ano. Isto significa que 71 de cada 100 mulheres usando espermicidas não engravidarão.
- Quando usado correctamente em cada relação sexual, ocorrem cerca de 18 gravidezes por 100 mulheres que usam espermicidas no primeiro ano.

Retorno da fertilidade após a interrupção do uso de espermicidas: não há demora.

Protecção contra ITSs: Não oferece nenhuma protecção contra doenças sexualmente transmissíveis (ITSs)

Efeitos Colaterais

Algumas usuárias relatam o seguinte:

- Irritação na ou ao redor da vagina ou do pénis;
- Outras possíveis alterações físicas são as lesões vaginais.

Benefícios Conhecidos para a Saúde:

- Ajuda a proteger contra o risco de gravidez.

Riscos Conhecidos para a Saúde

Riscos pouco frequentes:

- Infecção do trato urinário, especialmente quando se usam espermicidas 2 ou mais vezes/dia.

Riscos Raros:

- O uso frequente de nonoxynol - 9 pode aumentar o risco de infecção pelo HIV.

Os espermicidas:

- Não reduzem as secreções vaginais ou fazem as mulheres sangrarem durante o sexo.
- Não causam cancro cervical ou defeitos (malformações) de nascença.
- Não protegem contra as ITSs.
- Não alteram o desejo sexual do homem ou da mulher nem reduzem o prazer sexual para a maioria dos homens.
- Não interrompem a menstruação das mulheres.

Explique como colocar o espermicida no interior da vagina:

1. Verifique a data de validade e evite usar espermicidas com a data vencida. Lave as mãos com sabão neutro e água limpa, se possível.

2. Espuma ou creme:

- Agite as latas de espuma com força.
- Despeje o espermicida da lata ou tubo num aplicador de plástico.
- Coloque o aplicador bem fundo na vagina, próximo do cérvix e empurre o êmbolo
- Colocar a qualquer momento, menos de uma hora antes do sexo

3. Comprimidos, supositórios, geleias:

- Coloque o espermicida bem fundo na vagina, próximo do cérvix, usando um aplicador ou os dedos.
- Colocar entre 10 minutos e uma hora antes do sexo, dependendo do tipo

4. Filme: dobre o filme na metade e insira-o com os dedos que estão secos (caso contrário o filme grudará nos dedos e não no cérvix).

Explique quanto a múltiplos actos sexuais: coloque espermicida adicional antes de cada acto sexual vaginal.

Não lavar a vagina (duche íntima) depois do acto sexual:

- Não se recomenda fazer um duche íntimo porque lavará junto o espermicida e aumentará o risco de doenças sexualmente transmissíveis.
- Se precisar realmente fazer um duche, aguarde no mínimo 6 horas após o sexo antes de fazê-la.

1.13 CONTRACEPÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

Pessoas jovens poderão vir a um serviço de PLANEAMENTO FAMILIAR não apenas em busca de contracepção, mas também à procura de aconselhamento quanto às mudanças físicas, sexo, relacionamentos, família e problemas relativos ao crescimento e amadurecimento. Suas necessidades dependem da situação particular em que se encontrem. Algumas adolescentes não são casadas e sexualmente activas, outras ainda não têm vida sexual, ao passo que outras já são casadas. Algumas têm filhos. A idade em si faz uma grande diferença, uma vez que as jovens amadurecem rapidamente durante a adolescência. Estas diferenças tornam importante que se informe sobre cada cliente em primeiro lugar, para que possa compreender o motivo que a trouxe a uma consulta e para poder adaptar o aconselhamento bem como a oferta de serviços de acordo com a situação específica ou necessidade.

Preste Serviços com Atenção e Respeito:

As pessoas jovens merecem um atendimento que não as julgue e as respeite independente do quão jovem possam ser. Críticas e atitudes de censura manterão as jovens distantes do atendimento que necessitam. O aconselhamento e os serviços não incentivam as jovens a fazer sexo. Ao contrário, ajudam as pessoas jovens a cuidar de sua saúde.

Para tornar os serviços acolhedores aos jovens, pode-se:

- Mostrar aos jovens que você gosta de trabalhar com eles.
- Fazer o aconselhamento em locais reservados onde você não será visto nem ouvido. Garanta a confidencialidade e assegure à cliente que ninguém saberá do teor da conversa.
- Ouça cuidadosamente e faça perguntas abertas tais como: “Em que a posso ajudar?” ou “Que dúvidas você tem?”
- Utilize uma linguagem simples e evite os termos médicos.
- Use termos que se adequem aos jovens. Evite termos tais como “PLANEAMENTO FAMILIAR,” que podem parecer irrelevantes para as pessoas que não são casadas.
- Seja caloroso e receptivo com os parceiros e incorpore-os ao aconselhamento, caso a cliente assim o deseje.
- Tente certificar-se de que as opções de uma jovem sejam decisão sua e não resultado da tensão do seu parceiro ou família. Em particular, se ela estiver sendo pressionada a fazer sexo, ajude esta jovem a reflectir sobre o que pode dizer e fazer para resistir e diminuir a tensão. Faça-a praticar suas habilidades em negociar o uso de preservativos.
- Fale sem expressar julgamento (por exemplo, diga “você pode” ao invés de “você deve”). Não critique mesmo que você não aprove o que a jovem está dizendo ou fazendo. Ajude as Utentes jovens a tomar decisões que sejam de seu melhor interesse.
- Dedique tempo para abordar as dúvidas, receios e falta de informação sobre sexo, doenças sexualmente transmissíveis (ITSs) e métodos anticonceptivos.

- Muitas jovens precisam de alguém que lhes diga que as mudanças em seu corpo e emoções são normais. Esteja preparado para responder a questões mais frequentes sobre puberdade, menstruação, masturbação, ejaculação noturna e higiene genital.

Todos os Métodos Anticonceptivos São Seguros para as Pessoas Jovens?

Os jovens podem usar, com segurança, qualquer método anticoncepcional.

- As jovens são, frequentemente, menos tolerantes com os efeitos colaterais que as mulheres mais velhas. Porém, por meio do aconselhamento, saberão o que podem esperar e assim ser menos provável que abandonem o método que estejam utilizando.
- Jovens não casadas podem ter mais parceiros que as mais velhas e, por isso, podem enfrentar um risco maior de contrair ITSs. É parte importante do aconselhamento levar em conta o risco de ITSs e a maneira de reduzi-lo.

Para alguns métodos anticonceptivos não há observações específicas em relação aos jovens (ver os capítulos de cada método anticoncepcional para obter uma orientação completa sobre os mesmos):

Anticonceptivos hormonais (anticonceptivos orais, injectáveis, adesivo combinado, anel vaginal combinado e implantes)

- Os injectáveis e o anel combinado podem ser usados sem que outras pessoas fiquem sabendo.
- Para algumas jovens, tomar pílulas com regularidade é particularmente difícil.

Pílulas anticonceptivas de emergência (PAEs):

- As jovens podem ter menos controle do que mulheres mais velhas com relação a fazer sexo e usar contracepção. Talvez necessitem de PAEs com mais frequência.
- Antecipe-se fornecendo PAEs às jovens, para que as usem quando necessário.
- As PAEs podem ser usadas sempre que a jovem tiver feito sexo desprotegido, inclusive sexo contra sua vontade, ou quando tiver cometido algum engano no método anticonceptivo que estiver usando.

Esterilização feminina e vasectomia:

- Forneça estes métodos com muita cautela. Jovens e pessoas com poucos ou nenhum filho estão entre aquelas com maior probabilidade de se arrependem da esterilização.

Preservativos masculinos e femininos:

- Protegem tanto contra as ITSs quanto a gravidez, sendo ambas uma grande necessidade dos jovens.
- Prontamente disponíveis, não são caros e são práticos no caso de sexo ocasional.
- Homens jovens podem ter menos êxito que os mais velhos no uso correcto de preservativos. Podem necessitar praticar o ato de colocar a camisinha.

Dispositivo intra-uterino (DIU com cobre e hormonal):

- Os DIUs têm maior probabilidade de saírem entre jovens que não deram à luz porque seu útero é menor.

Diafragmas, espermicidas e capuz cervical:

- Embora estejam entre os métodos menos eficazes, as jovens podem controlar o uso dos mesmos e utilizá-los de acordo com suas necessidades.

Métodos baseados na percepção da fertilidade:

- Até que uma jovem passe a ter ciclos menstruais regulares, os métodos baseados na percepção da fertilidade devem ser usados com cautela.
- Precisam ter um método de apoio ou PAEs à mão em caso da abstinência falhar.

Coito interrompido:

- Exige que o homem saiba o momento em que está prestes a ejacular para que possa retirar o pênis a tempo. Isso pode ser de difícil execução para alguns rapazes.
- É um dos métodos menos eficazes de prevenção à gravidez, mas pode ser o único método disponível e disponível sempre no caso de alguns jovens.

1.14 CONTRACEPÇÃO PÓS-ABORTO

Contracepção Pós Aborto

As mulheres após o tratamento de complicações pós-aborto necessitam de acesso fácil e imediato aos serviços de planejamento familiar. A integração desses serviços nos cuidados pós-aborto permite a sua promoção e oferta imediata ao este grupo de mulheres reduzindo desse modo o risco de uma gravidez indesejada.

1) Oriente a mulher:

- Procure entender a experiência pela qual ela passou
- Trate-a com respeito e evite julgamentos e críticas
- Assegure a privacidade e confidencialidade
- Pergunte se ela quer que alguém de sua confiança esteja presente durante o aconselhamento

2) Forneça Informações essenciais capazes de orientar a mulher na tomada de decisões importantes relativas à sua saúde e fertilidade, tais como:

- A fertilidade retorna rapidamente - em 2 semanas após um aborto espontâneo ou induzido no primeiro trimestre e, em 4 semanas após um aborto espontâneo ou induzido no segundo trimestre.
- Ela pode escolher dentre os vários métodos de contracepção modernos, os quais ela pode começar imediatamente. Os métodos que as mulheres não devem utilizar imediatamente depois de dar à luz não oferecem riscos especiais após o tratamento em caso de complicações pós-aborto.
- Ela pode esperar antes de escolher um anticonceptivo para uso regular, mas deve considerar a possibilidade de usar um método de apoio durante este tempo, caso faça sexo.
- Se uma mulher decidir não utilizar anticoncepcionais neste momento, os profissionais podem oferecer informações sobre os métodos disponíveis e onde obtê-los incluindo preservativos
- Para evitar infecção, ela não deve fazer sexo até o sangramento parar - cerca de 5 a 7 dias. Se estiver recebendo tratamento contra uma infecção ou ferimento vaginal ou cervical, ela deve aguardar para fazer sexo novamente até que esteja totalmente curada.
- Se ela quiser engravidar logo novamente, incentive a esperar. Aguardar pelo menos 6 meses ajuda a reduzir as chances do bebê nascer abaixo do peso, de um parto prematuro e de anemia materna. Uma mulher que esteja recebendo atendimento pós-aborto poderá precisar de outros serviços de saúde reprodutiva e o profissional de saúde pode ajuda-la a reflectir sobre a exposição as ITS-HIV

1.15 CONTRACEPÇÃO PÓS-PARTO

Contracepção Pós-Parto

A contracepção Pós-Parto é o início e uso de métodos de planeamento familiar durante o primeiro ano após o parto. Esta pode ser:

- Pós-placentar - 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 - horas até 1 ano após o parto;

Ofereça à mulher opções de contracepção disponíveis na Maternidade para a contracepção pós-parto.

- Se o objectivo é manter a fertilidade, a escolha pode recair na contracepção hormonal, dispositivo intra-uterino, ou preservativo
 - O DIU pode ser colocado:
 - Imediatamente logo após a expulsão da placenta
 - Nas primeiras 48 horas após o parto
 - Durante a cesariana

Caso o DIU não seja inserido nas primeiras 48 horas, sua inserção deve ser adiada para 4-6 semanas após o parto

- A contracepção hormonal de eleição
 - Para as mulheres que amamentam é um progestagénio contínuo (mini-pílula), com início por volta do 21º dia após o parto.
 - Para as mulheres que não amamentam é uma pilula de estrogénio-progestagénio com início um pouco mais cedo (15º ou 16º dia após o parto).
- O preservativo pode ser utilizado a qualquer momento logo que a mulher se sentir confortável.

Se a mulher deseja não ter mais filhos e optar um método irreversível, tem em alternativa a laqueação tubária ou a vasectomia para o seu parceiro

1.15.1 INTRODUÇÃO DO DIU NO PÓS-PARTO IMEDIATO

O DIU pode ser inserido nos primeiros 10 minutos após a saída da placenta.

Risco de perfuração uterina:

Numa recente revisão da literatura referente à introdução do DIU no pós-parto imediato, não se encontrou reporte de casos de perfuração uterina em nenhum dos estudos revistos. O risco de perfuração uterina no caso de inserção do DIU fora do período pós-parto é muitas vezes causada pelo “estirómetro” (instrumento que se usa para medir a profundidade do útero), que não é utilizado durante a inserção do DIU no pós-parto imediato.

Risco de Infecção:

De acordo com os vários estudos realizados, na inserção do DIU no pós-parto imediato parece não haver um efeito significativo no risco de infecção do tracto genital, em relação à introdução do DIU fora do período do pós-parto. No caso da inserção do DIU fora do período do pós-parto, o risco de infecção do tracto genital superior, como endometrite ou salpingite, é menos do que 1%. Este risco mínimo é maior nos primeiros 20 dias após a inserção do DIU, e pensa-se que esteja relacionado com a técnica de inserção (devido à falta de medidas apropriadas para o controle das infecções) ou devido a uma infecção pré-existente, do que realmente ao próprio DIU. Após 20 dias de utilização o risco de infecção é semelhante ao risco de infecção das não utilizadoras de DIU.

Risco de expulsão:

A taxa de expulsão parece ser mais alta nos casos de inserção do DIU no pós-parto imediato do que nos casos de inserção do DIU fora do período do pós-parto, no entanto a inserção imediata (dentro de 10 minutos após a saída da placenta) está associada a um risco menor de expulsão do que a inserção no pós-parto recente (até 48 horas após o parto), provavelmente porque se atinge melhor o fundo uterino (aspecto crítico para a retenção do DIU) no caso da inserção imediata, ao passo que depois do útero começar a contrair torna inserção mais difícil no pós-parto recente.

Em vários estudos clínicos, a taxa de expulsão varia bastante entre as US. Esta variação foi atribuída à falta de habilidade dos provedores e à falta de consistência nas técnicas de inserção. Embora a taxa de expulsão do DIU na inserção imediata seja alta (10% a 15%), a taxa de retenção é mais do que 85%-90%, a qual do ponto de vista de saúde pública, é uma taxa aceitável, principalmente em locais com dificuldades de acesso à consulta pós-parto.

Passos para a Introdução do DIU no Pós-Parto Imediato ⁽⁴⁾:

PASSOS A REALIZAR DURANTE AS CONSULTAS PRÉ-NATAIS		
Nº	Passos	Explicação/Orientações Adicionais
Passos 1 - 4	Preste informação sobre PF e os métodos disponíveis, e ajude a mulher a escolher um método que seja adequado para a sua condição:	
1	Educação e aconselhamento sobre o PF após o parto:	<p><i>Deve discutir com a mulher quais são os seus objectivos reprodutivos, as suas circunstâncias individuais e ajudá-la a escolher um método que seja adequado para os seus objectivos e circunstâncias.</i></p> <p><i>A mulher deve receber informação e aconselhamento sobre a necessidade de um espaçamento saudável entre as gravidezes e os diferentes tipos de métodos, assim como a sua eficácia, duração da protecção, etc...</i></p> <p><i>No caso de não querer mais filhos explique-lhe quais são as opções que se lhe oferecem.</i></p>
2	Aconselhamento específico sobre o método escolhido:	<p><i>Se a mulher está interessada num método específico, como por exemplo a introdução do DIU no pós-parto imediato, mostre o DIU e forneça mais informações sobre o método, como por exemplo:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>• O DIU pode ser inserido logo imediatamente após a saída da placenta (num parto vaginal ou numa cesariana), ou até 48 horas a pós o parto;</i> <i>• A inserção do DIU após a saída da placenta é preferível, porque tem uma taxa mais baixa de expulsão em relação à inserção no pós-parto recente, e é mais conveniente tanto para a mulher como para a provedora;</i> <i>• Uma mulher com DIU inserido logo após o parto já sai da maternidade com um método de planeamento familiar;</i> <i>• Todas as mulheres podem utilizar o DIU, mesmo as que tiveram o parto pela primeira vez, as que estejam ou não a amamentar, e as que são HIV positivo;</i> <i>• O DIU não afecta em nada a quantidade e a qualidade do aleitamento materno;</i> <i>• É um método perfeito para as mulheres que não querem mais filhos, mas precisam de mais tempo para decidir a laqueação das trompas;</i> <i>• No entanto, nas mulheres que porventura desenvolvam uma infecção ou hemorragia durante o parto, não será possível inserir o DIU até que a infecção e/ou a hemorragia sejam tratadas;</i>

⁴ Adaptado do Manual de Referência Global para o DIU Pós-Parto. JHPIEGO, 2010

PASSOS A REALIZAR DURANTE AS CONSULTAS PRÉ-NATAIS

Nº	Passos	Explicação/Orientações Adicionais
3	Realizar uma avaliação inicial da mulher:	<p>A mulher que escolher introduzir o DIU no pós-parto imediato deve ser submetida a uma avaliação inicial, de acordo com os critérios de elegibilidade da OMS (Veja-se Anexo 1, Página XXX), de forma a decidir se o DIU é ou não a escolha adequada.</p> <p>Durante a avaliação inicial, o/a provedor/a deve procurar as seguintes condições, que tornam o DIU um método INADEQUADO (que não deve utilizado - Categoria 4; ou não recomendado, a não ser que não exista ou método disponível – Categoria 3):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alterações conhecidas da cavidade uterina (septo uterino, fibromiomas, etc ... (CATEGORIA 4); • Corrimento purulento (CATEGORIA 4); • Risco individual alto de exposição a gonorreia e clamidia (CATEGORIA 3); • Doença trofoblástica (mola hidatiforme) maligna ou benigna (CATEGORIA 4/3); • SIDA com estado clínico deficitário, ou que não esteja em terapia anti-retroviral (CATEGORIA 3);
4	Anotar na Ficha Pré-Natal que a mulher pretende fazer a inserção do DIU no pós-parto imediato:	Se a mulher escolheu a introdução do DIU no pós-parto imediato deve ser feita uma anotação na sua ficha PN, para informar os outros provedores da escolha feita. Esta anotação deve ser feita apenas quando a mulher tiver tomado a decisão final.

PASSOS A REALIZAR ANTES DO TRABALHO DE PARTO ACTIVO E PARTO

Nº	Passos	Explicação/Orientações Adicionais
Passos 5-9	Assegure-se de que a mulher escolheu fazer a inserção do DIU imediatamente após o parto, e de que este é um método apropriado para ela:	
5	Rever a Ficha Pré-Natal da Mulher para assegurar que ela escolheu a inserção do DIU no pós-parto imediato:	<p>Antes de se chegar à cabeceira da cama da mulher, o/a provedor/a deve rever a Ficha PN. Se ela escolheu a introdução do DIU no PP imediato, assegurar que ela tenha sido:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Educada/aconselhada sobre o método e o procedimento; • Avaliada para características e condições que impeçam a introdução do DIU no PP imediato;
6	Assegurar que a mulher tenha sido apropriadamente aconselhada e avaliada, e elegível para inserção do DIU no pós-parto imediato:	
7	Cumprimentar a mulher com cortesia e respeito:	
8	Explicar-lhe que o DIU será introduzido imediatamente após a saída da placenta (se necessário recordar-lhe que este é o melhor período). Confirmar com a mulher de que é essa é a sua decisão:	
9	Responder a qualquer pergunta ou dúvida. Sossegar a mulher e prestar aconselhamento se necessário.	
Passos	Assegurar que o equipamento e material necessário, assim como um DIU selado, estão	<p>Falar com a mulher acerca da sua escolha, permite que ela faça perguntas e tire dúvidas. As mulheres que se sentem apoiadas em relação à sua decisão são mais capazes de utilizar o método correctamente e durante um período de tempo maior.</p> <p>Explicar que: A inserção imediata é melhor; que pode mudar de decisão a qualquer altura; que o DIU pode ser removido em qualquer momento, e que o retorno à fertilidade é imediato.</p>

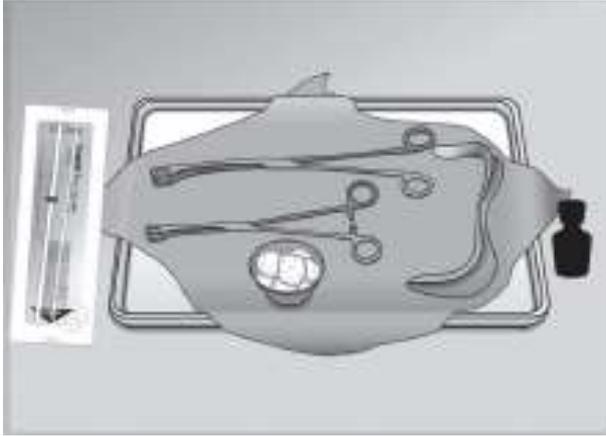
PASSOS A REALIZAR ANTES DO TRABALHO DE PARTO ACTIVO E PARTO

Nº	Passos	Explicação/Orientações Adicionais
10-11	disponíveis e prontos a serem utilizados:	
10	Uma vez que a mulher tenha confirmado que deseja a inserção do DIU no PP imediato, assegurar que um KIT apropriado de material e o equipamento necessário esteja disponível para o procedimento:	<i>O/a provedor/a deve assegurar de todos os itens necessários estejam disponíveis e prontos para serem utilizados, de forma a não existirem demoras após a saída da placenta. Manter o tabuleiro tapado, até à saída do bebé.</i>
11	Assegurar também a disponibilidade de um DIU selado. Manter o DIU selado até imediatamente antes da inserção:	<i>O pacote do DIU deve ser mantido selado até que seja absolutamente certo de que o DIU será inserido, ou seja até após a segunda avaliação da mulher.</i>

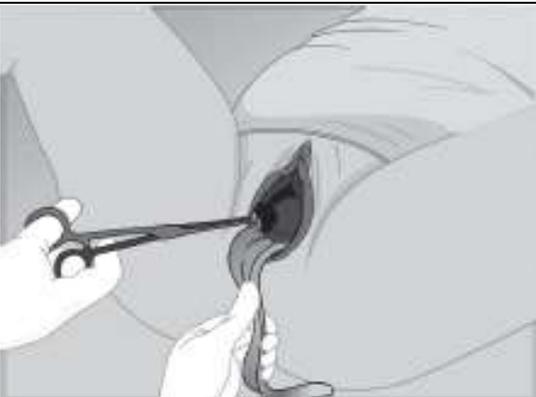
PASSOS A REALIZAR ANTES DA INSERÇÃO: PASSOS PRÉ-INSERÇÃO

Nº	Passos	Explicação/Orientações Adicionais
Passos 12-15	Fazer o manejo activo do terceiro período do trabalho de parto e a segunda avaliação:	
12	Depois do trabalho de parto e parto (incluindo o manejo activo do terceiro período do trabalho de parto – dequitação), avaliar a mulher para condições relacionadas com o parto que contra-indiquem a inserção do DIU nesta altura: <ul style="list-style-type: none"> Ruptura prolongada de membranas por mais de 18 horas (CATEGORIA 3); Corioamniotie (CATEGORIA 4); Hemorragia pós-parto não resolvida (CATEGORIA 4); 	 <p><i>Lembrar que o manejo activo do 3º período do trabalho de parto deve ser feito a todas as mulheres como usualmente, para prevenir a hemorragia pós-parto.</i></p>
13	Antes de continuar com a segunda avaliação, tome as precauções apropriadas para o controle das infecções:	<p><i>Se o/a provedor/a que está a fazer o parto é o/a mesmo/a que vai introduzir o DIU, não precisa de mudar de luvas, porque o DIU será introduzido dentro do útero com a pinça de Kelly, e o provedor nunca vai tocar o DIU (Técnica de Não tocar o DIU;</i></p> <p><i>Se não é o/a provedor/a que fez o parto que vai inserir o DIU, deve assegurar que foi feito o manejo activo do 3º período, só depois deve iniciar os procedimentos para a inserção do DIU, começando pela higiene das mãos e pela utilização de luvas estéreis ou luvas DAN.</i></p>
14	Inspeccionar o períneo, grandes lábios e paredes da vagina para lacerações. Se existem lacerações pequenas e estão a sangrar, fazer a estase da hemorragia com pinças e continuar com a inserção do DIU. Reparar as pequenas lacerações depois do procedimento de inserção do DIU. Se são grandes lacerações com hemorragia abundante, repare as lacerações e avalie se o DIU pode ser inserido nessa altura;	 <p><i>O/a provedor/a não precisa de adiar a inserção do DIU até reparar as lacerações se estas são pequenas e não estão a causar hemorragia abundante.</i></p>

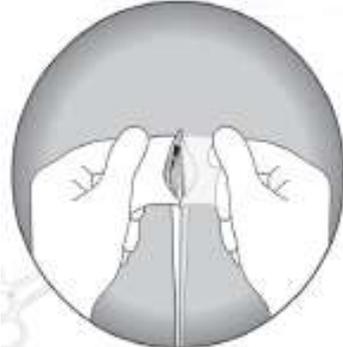
PASSOS A REALIZAR ANTES DA INSERÇÃO: PASSOS PRÉ-INSERÇÃO

Nº	Passos	Explicação/Orientações Adicionais
15	Se existe alguma das condições referidas na segunda avaliação fale com a mulher e explique-lhe que não é seguro fazer a inserção do DIU agora. Aconselhe-a a escolher um outro método que seja adequado para a sua condição:	<i>Nas mulheres a quem não foi possível inserir o DIU no PP imediato, talvez o DIU possa ser inserido, 24 a 48 horas depois, se a condição ou condições se resolveram. Se não aconselhe a mulher a voltar 4 semanas depois, para uma reavaliação e possível inserção de DIU, e/ou ajude-a a escolher outro método apropriado para a sua condição.</i>
Passos 16-17	Explicar à mulher que se vai realizar a inserção do DIU, se isto é aceitável para ela, e organizar os materiais:	
16	<p>Se a segunda avaliação revelou que não existem condições que impeçam a inserção do DIU no PP imediato, assegurar que a mulher está pronta para o procedimento.</p> <p>Responder a quaisquer perguntas ou dúvidas que a mulher tenha, e sossegue-a se necessário.</p>	 <p><i>Exactamente como a mulher foi apoiada durante o trabalho de parto, é importante que se continue a dar suporte durante todo o procedimento de inserção do DIU.</i></p>
17	<p>Abrir o material para a inserção do DIU num tabuleiro com um campo estéril.</p> <p>Manter o DIU selado dentro do pacote, ao lado do campo estéril.</p> <p>Colocar um campo estéril no abdómen da mulher (na parte do baixo ventre).</p>	 <p><i>Para prevenir infecções é MUITO IMPORTANTE que todos os instrumentos e materiais tenham sido processados apropriadamente e estão protegidos com um campo estéril.</i></p> <p><i>O DIU deve estar o lado porque está dentro de um pacote, cujo exterior, não é estéril.</i></p> <p><i>A colocação de um campo estéril no abdómen da mulher serve para proteger que a mão do/a provedor/a se contamine durante a elevação do útero.</i></p>

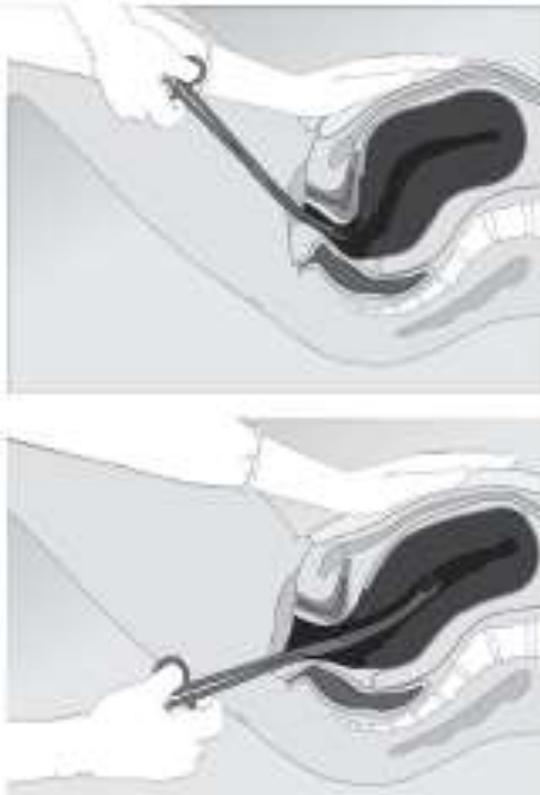
PASSOS PARA A INSERÇÃO DO DIU

Nº	Passos	Explicação/Orientações Adicionais
Passos 18-20	Preparar a vagina e o cervix da mulher para a inserção:	
18	<p>Gentilmente, introduzir um espéculo de Simms na vagina e visualizar o cérvix/colo, pressionando o espéculo sobre a parede posterior da vagina.</p> <p>(Nota: se o colo não é facilmente visualizável, aplique uma pressão fundal no útero sobre o campo estéril colocado no abdómen, fazendo com que o útero desça e o colo possa ser visualizável).</p>	 <p><i>O/a provedor/a segura e mantém o espéculo seguro com a mão não dominante (esquerda no caso de a mão dominante ser a direita ou vice-versa), fazendo pressão para baixo, contra a parede posterior da vagina, para visualizar o colo.</i></p> <p><i>Normalmente não é necessário ter um/a assistente para manter o espéculo no lugar, mas se o/a provedor/a tem dificuldades, um/a assistente pode ajudar a manter o espéculo no lugar para se poder visualizar o colo.</i></p>
19	<p>Limpar o colo e a vagina com solução anti-séptica, utilizando duas bolas de algodão (uma de cada vez):</p>	 <p><i>Utilizar betadine ou clorexidina para limpar cuidadosamente o colo e depois os bordos da vagina, para prevenir infecções.</i></p>
20	<p>Gentilmente prender o lábio anterior do colo, com uma pinça em anel ou pinça de restos. O espéculo pode ser removido depois de pinçar o colo, se for necessário. Deixar a pinça presa ao colo:</p>	 <p><i>A mesma pinça de anel (de restos) que foi utilizada para limpar o colo e os bordos da vagina, pode ser utilizada para pinçar o lábio anterior do colo do útero, aplicando cuidadosamente uma tracção para fora, de forma a que se possa visualizar melhor o colo.</i></p>
Passos	Abrir o pacote e remover o DIU:	

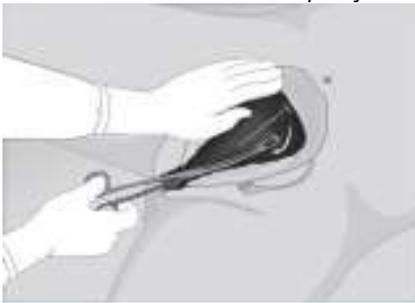
PASSOS PARA A INSERÇÃO DO DIU

Nº	Passos	Explicação/Orientações Adicionais
21-23		
21	<p>Abrir o pacote estéril do DIU pela parte de baixo, separando as bordas da cobertura de plástico, até aproximadamente um terço do pacote:</p>	<div style="text-align: center;">  </div> <p><i>A “técnica de não tocar o DIU” para remover o DIU do pacote (passos 21 a 23) ajuda a assegurar que o DIU se mantenha perfeitamente estéril durante todo o procedimento de inserção.</i></p>
22	<p>Remover tudo de dentro do pacote, com exceção do DIU:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Segurar o pacote do DIU pela parte fechada, com a mão não dominante (esquerda para quem usa a direita e vice-versa), e segurar o DIU entre os dedos através do plástico;</i> • <i>Com a outra mão, remover do pacote: o tubo e cânula de inserção, assim como o cartão.</i> 	<div style="text-align: center;">  </div> <p><i>O tubo e a cânula de inserção não são necessários para a inserção do DIU no PP imediato.</i></p>
23	<p>Com a mão não dominante segurar a ponta fechada do pacote e com a mão dominante (direita para quem usa a direita e vice-versa), utilizar uma pinça de restos, introduzindo-a através do pacote para segurar o DIU dentro do pacote estéril.</p>	<div style="text-align: center;">  </div> <p><i>Com mostra a figura abaixo, o DIU deve ser seguro pela pinça apenas na borda e com a borda da pinça, de forma a que o DIU possa ser facilmente libertado da pinça, quando esta for aberta no fundo do útero.</i></p> <div style="text-align: center;">  </div>
Passos 24-25	<p>Introduzir o DIU gentilmente utilizando a “técnica de não tocar”:</p>	

PASSOS PARA A INSERÇÃO DO DIU

Nº	Passos	Explicação/Orientações Adicionais
24	Gentilmente levantar o lábio anterior do colo do útero, utilizando a pinça em anel (ou pinça de restos):	<i>Levantando o lábio anterior do colo do útero é mais fácil visualizar o orifício cervical, para permitir a passagem do DIU sem dificuldades.</i>
25	<p>Introduzir a pinça de restos que segura o DIU, evitando tocar as paredes da vagina, através do colo até à parte inferior da cavidade uterina;</p> <p>Mover gentilmente a pinça de restos com o DIU através da cavidade uterina, mantendo a pinça firmemente fechada;</p> <p>Gentilmente retirar a pinça de restos que segurava o lábio anterior do colo uterino e deixá-la dentro do campo estéril, se for necessário ser novamente utilizado.</p>	 <p>Limitar ao máximo o contacto do DIU com as paredes da vagina, ajuda a prevenir infecções. Manter a pinça de restos que tem o DIU, firmemente fechada, ajuda a não deixar cair o DIU no meio da cavidade uterina.</p>
Passos 26-28	“Empurrar” o útero, e mover a pinça de restos que segura o DIU, na direcção do umbigo até que se sinta que o fundo do útero foi atingido:	
26	<p>“Empurrar/Levantar” o útero:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocar a base da mão não dominante (mão esquerda para quem usa a direita e vice-versa) na parte baixa do abdómen, no segmento inferior do útero, logo acima da sínfise púbica, com os dedos para cima; • Através da parede abdominal fazer pressão do útero para cima (na direcção do umbigo); • Manter a mão nesta posição para estabilizar o útero durante a inserção. 	<p><i>Esta manobra, empurrar o útero, é feita para ajudar a reduzir o ângulo entre o útero e a vagina, facilitando a entrada da pinça de restos com o DIU através da cavidade uterina até ao fundo do útero.</i></p> 

PASSOS PARA A INSERÇÃO DO DIU

Nº	Passos	Explicação/Orientações Adicionais
27	<p>Mantendo a pinça de restos com o DIU bem fechada, introduzir o DIU:</p> <ul style="list-style-type: none"> Mover o DIU gentilmente através da cavidade uterina, após ter ultrapassado ângulo, na direção do umbigo; Baixar um pouco a mão que está a segurar a pinça com o DIU, de forma a que a pinça passe facilmente o ângulo vagino-uterino; Seguindo o contorno da cavidade uterina. Se for sentida alguma resistência, o/a provedor/a deve reposicionar novamente o útero (pressionando-o gentilmente para cima com a mão que está no abdómen, e tentar novamente seguir com a introdução da pinça. 	 <p>O/a provedor/a deve mover a pinça de restos, que segura o DIU, através da cavidade uterina, seguindo um arco em direção ao umbigo, de forma a ultrapassar mais facilmente o ângulo vagino-uterino. Mesmo que o ângulo tenha sido minimizado com a pressão da mão no abdómen, é muito importante ter cuidado nesta passagem.</p> <p><i>Nota: Nesta parte da cavidade uterina é preciso cuidado e não exercer demasiada força, se não pode-se perfurar a parede posterior do útero. Manter sem pré a pinça que segura o DIU bem fechada, para que desta forma o DIU não caia inadvertidamente a meio da cavidade uterina.</i></p>
28	<p>Continuar gentilmente a avançar com a pinça de restos que segura o DIU, até que o fundo do útero seja sentido. Quando se sentir uma resistência, confirmar que o fundo do útero foi atingido:</p>	 <p>Quando o instrumento atinge o fundo do útero, sente-se uma resistência. É possível também, por vezes, sentir a pressão do instrumento através da mão que está no abdómen. <i>Nota: Uma vantagem da pinça de Kelly é que o anel rombo que tem na ponta torna muito difícil a possibilidade de perfuração uterina.</i></p>
Passos 29-31	Libertar o DIU no fundo do útero, e retirar a pinça com cuidado para não deslocar o DIU:	
29	<p>Enquanto se continua a estabilizar o útero, abrir a pinça, ainda no meio do útero, para libertar o DIU.</p>	 <p>Mantenha a estabilização do útero com a mão não dominante, Isso ajudará a colocar e manter o DIU na posição correcta.</p>
30	<p>Mantendo a pinça aberta, removê-la devagar do fundo da cavidade uterina. Para isto:</p> <ul style="list-style-type: none"> Mover a pinça para o lado da parede do útero; Manter o instrumento junto à parede lateral do útero, movendo-o devagar para baixo. 	 <p>Se a pinça ao ser retirada estiver ainda a segurar o DIU, pode inadvertidamente puxar o DIU e retirá-lo da sua posição no fundo do útero, aumentando o risco de expulsão.</p>

PASSOS PARA A INSERÇÃO DO DIU

Nº	Passos	Explicação/Orientações Adicionais
31	Manter o útero estabilizado até que a pinça seja completamente removida. Colocar a pinça dentro do campo esterilizado.	 <p><i>A pinça deve ser colocada dentro do campo esterilizado, no caso de ser necessário utilizá-la novamente.</i></p>
Passos 32-33	Examinar o colo e iniciar o processamento dos instrumentos:	
32	<p>Examinar o colo para ver se alguma parte do DIU ou dos fios do DIU se visualizam a sair do colo.</p> <p>Se parte do DIU for visível a sair do colo, ou se os fios do DIU forem muito compridos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Remover o DIU com a pinça que foi utilizada para o inserir; • Colocar o DIU dentro do pacote estéril e voltar a segurar o mesmo DIU com a pinça (passos 22 e 23); • Reinsere o DIU, repetindo os passos de 24 a 31. 	<p><i>É importante verificar se o DIU não é visível através do orifício cervical. Se é visível, ou se os fios do DIU parecem muito compridos, então o DIU não está correctamente colocado no fundo do útero, e a possibilidade de expulsão é muito alta.</i></p> <p><i>O mesmo DIU pode ser reinserido se não foi contaminado.</i></p>
33	Remover todos os instrumentos e colocá-los numa solução de hipoclorito de sódio a 0.5%.	<i>Este é o primeiro passo no processamento para a prevenção de infeções. As pinças devem estar abertas e todos os instrumentos devem estar mergulhados na solução</i>

PASSOS A REALIZAR APÓS A INSERÇÃO DO DIU

Nº	Passos	Explicação/Orientações Adicionais
Passos 34-37	Enquanto a mulher descansa, continuar com os procedimentos para a prevenção de infeções:	
34	Permitir que a mulher descanse por alguns minutos. Apoie a mulher nos procedimentos de rotina após o parto, como por exemplo a amamentação...	<i>A mulher descansar na marquesa por alguns minutos, após a inserção do DIU. O/a provedor/a deve agora preocupar-se com os cuidados pós-parto de rotina.</i>
35	Colocar os materiais descartáveis em recipientes próprios.	<p><i>Porque esta inserção teve lugar logo após o parto vaginal, o/a provedor/a deve seguir todos os passos e práticas para a prevenção de infeções.</i></p>
36	<p>Processar as luvas antes de as remover e depois de removidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Imergir ambas as mãos numa solução de hipoclorito de sódio; • Remover as luvas pelo interior e colocá-las num recipiente apropriado para tal; 	
37	Fazer a higiene das mãos.	

PASSOS A REALIZAR APÓS A INSERÇÃO DO DIU

Nº	Passos	Explicação/Orientações Adicionais
Passos 38-40	Fornecer informação e aconselhamento após a inserção do DIU	
38	<p>Informar a mulher que o DIU foi inserido com sucesso, e fornecer informação e aconselhamento após a inserção, incluindo instruções sobre o DIU. Dizer-lhe que estas instruções lhe serão dadas outra vez antes da sua saída da maternidade.</p> <p>Sossegar a mulher e responder a qualquer pergunta ou dúvida.</p>	 <p><i>Devem ser fornecidas, à mulher (e talvez também à família dependendo da vontade da mulher), instruções sobre o DIU, de forma a ter certeza de que as instruções foram bem entendidas.</i></p>
39	Registar a informação (data de inserção e data de remoção) na Caderneta de Saúde da Mulher, e anexar o cartão do DIU, para que a mulher possa ser seguida na consulta pós-parto.	
40	Registar a informação no livro de registos da maternidade e na ficha de recolha diária de dados do PF.	

ORGANIZAÇÃO DAS CONSULTAS

Recursos Humanos:

É sabido que de uma forma geral, a quantidade existente de recursos humanos não é suficiente para responder às necessidades. Contudo, em muitas Unidades Sanitárias não existe propriamente uma falta de recursos humanos, mas sim uma gestão deficiente destes recursos.

Tendo em conta a estratégia de integração dos serviços, toda a Parteira e Enfermeira de Saúde Materno-Infantil, deve estar habilitada para prestar o pacote completo de intervenções que foi definido para o Planeamento Familiar, salvaguardando uma vertente importante da integração, já que a mulher não necessita de ir a outra sala de consulta para que ela seja atendida.

Nesta perspectiva é importante que os recursos humanos existentes na US sejam geridos de forma adequada para responder à implementação integral dos pacotes de serviços definidos para cada nível de atenção.

Infra-Estruturas & Fluxograma de Atendimento

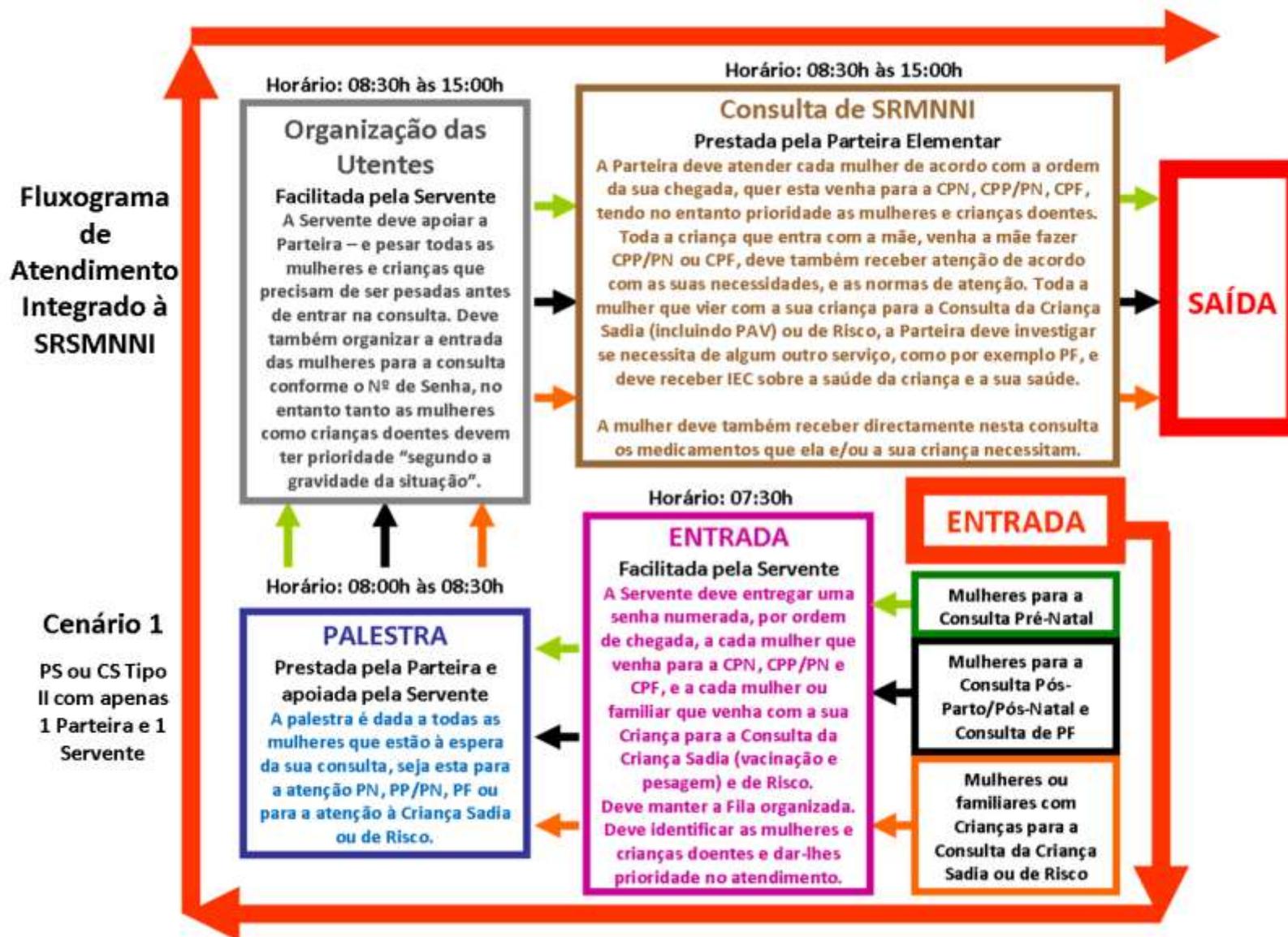
Muitas Unidades Sanitárias não possuem a “planta tipo”, dificultando a implementação de um fluxograma de atendimento que seja funcional. Assim sendo, será necessário que a Direcção da US, juntamente com os provedores dos serviços, faça uma adaptação do seu fluxograma de atendimento considerando o tipo da sua US e a proposta de cenários⁽⁵⁾ que é feita nas páginas a seguir.

Apesar da inadequação de muitas das infra-estruturas, é essencial que as infra-estruturas actuais sejam melhor aproveitadas e utilizadas, com vista a criar boas condições de higiene e ventilação. É também fundamental que a privacidade seja garantida durante as consultas, atendendo apenas uma utente de cada vez e não permitir a entrada de outras pessoas no gabinete de consulta, mesmo que seja pessoal de saúde, a não ser que a mulher o requeira e o permita.

Por outro lado, em algumas Unidades Sanitárias, como CS Tipo I, Tipo A e Hospitais Distritais, devem ser estudados e implementados esquemas de marcação prévia de consultas preventivas das utentes que moram perto e nos arredores da cidade ou vila onde está localizada a US, como é feito a nível dos Hospitais Rurais, Gerais, Provinciais e Centrais, como forma de diminuir a avalanche de utentes e o tempo de espera, e de aumentar o tempo dedicado a cada consulta. O objectivo é que a mulher possa ter uma atenção integral de qualidade recebendo os cuidados que necessita numa única visita à US, diminuindo ao máximo o número de etapas ou lugares da US por onde terá que passar, assim como diminuir as oportunidades perdidas.

⁵Pacotes Integrados de Serviços e de Formação Contínua na Área de Saúde Reprodutiva/Manerna, Neonatal, Infantil e do Adolescente e Jovem. MISAU, Dezembro de 2010

CENÁRIO 1

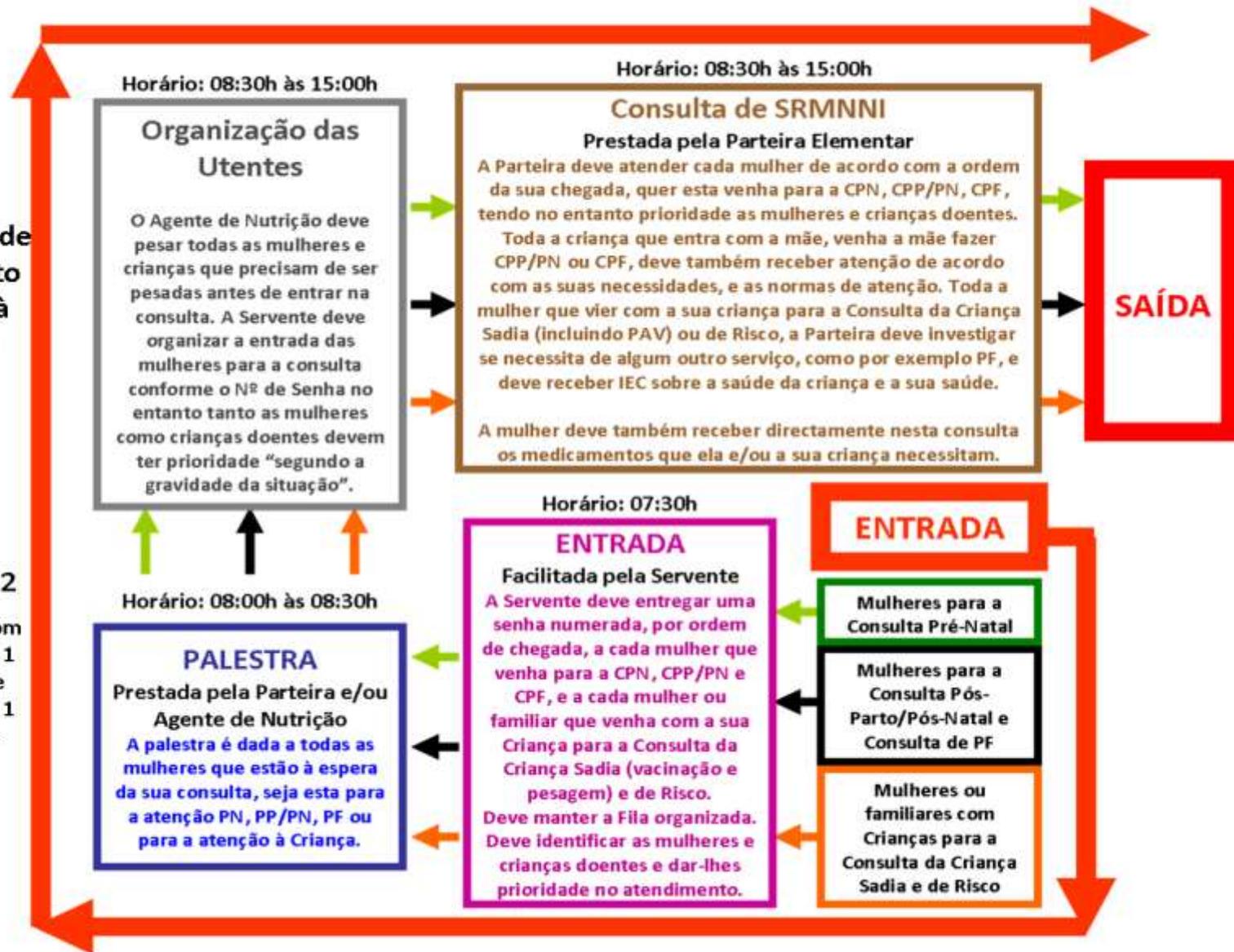


CENÁRIO 2

Fluxograma de Atendimento Integrado à SRSMNNI

Cenário 2

CS Tipo II com 1 Parteira, 1 Agente de Nutrição e 1 Servente



CENÁRIO 3

Horário: 08:30h às 15:00h

Fluxograma de Atendimento Integrado à SRMNNI

Horário: 08:30h às 15:00h

Organização da Utentes

O Agente de Nutrição deve pesar todas as mulheres e crianças que precisam de ser pesadas antes de entrar na consulta.

A Servente deve organizar a entrada das mulheres para a consulta conforme o Nº de Senha, no entanto tanto as mulheres como crianças doentes devem ter prioridade "segundo a gravidade da situação".

Consulta de SMI Componente Infantil: Crianças de 2 meses até 5 anos Prestada por uma das ESMI ou pelo Agente de Medicina

A ESMI ou o Agente de Medicina deve atender cada criança por ordem da sua chegada, tendo no entanto prioridade as mulheres e crianças doentes. Toda a mulher que vier com a sua criança para a Consulta da Criança Sadia ou Criança de Risco, se não necessitar de exame ginecológico na marquesa deve ser observada pela ESMI desta sala de Consulta. Se a mulher necessitar de um exame ginecológico na marquesa (despiste de Cancro do Colo do Útero, introdução de DIU, ITS...) ou se é o Agente de Medicina a fazer esta componente, a mulher deve ser enviada à Consulta de SMI – Componente Mulher, logo após a finalização da consulta da sua criança. Cada Mulher receberá atenção de acordo com as suas necessidades, ou de acordo com as necessidades detectadas pela ESMI/Agente de Medicina.

A mulher e sua criança devem também receber directamente nesta consulta os medicamentos como Sal Ferroso, Contraceptivos, Vit A, CTZ, AZT e outros que fazem parte dos Programas Preventivos. Para outros medicamentos a etapa seguinte será a Farmácia.

Consulta de SMI Componente Mulher e Recém-Nascido até 2 meses Prestada por uma das ESMI (ou Parteira)

A ESMI deve atender cada mulher por ordem da sua chegada, tendo no entanto prioridade as mulheres e crianças doentes. Toda a criança que vier com a sua mãe, se não for uma criança com parâmetros de "Consulta de Risco", deve ser examinada pela ESMI desta sala de consulta. Se for uma criança com parâmetros para uma Consulta de Risco deve enviada à Consulta de SMI – Componente Criança, logo após a finalização da consulta da sua mãe. Cada criança receberá atenção de acordo com as suas necessidades, ou de acordo com as necessidades detectadas pela ESMI.

A mulher e sua criança devem também receber directamente nesta consulta os medicamentos como Sal Ferroso, Contraceptivos, Vit A, CTZ, AZT e outros que fazem parte dos Programas Preventivos. Para outros medicamentos a etapa seguinte será a Farmácia.

FARMÁCIA

SAÍDA

Cenário 3

CS Tipo II e Tipo C que tenha 2 ESM (ou 1 ESMI e uma Parteira), 1 Agente de Nutrição, 1 Agente de Medicina e 1 Servente

Horário: 08:00h às 08:30h

PALESTRA

Prestada por uma das ESMI (ou Parteira) e/ou pelo Agente de Nutrição ou pelo Agente de Medicina

A palestra é dada a todas as mulheres que estão à espera da sua consulta, seja esta para a Atenção PN, PP/PN, PF ou para a Atenção à Criança.

Horário: 07:30h

ENTRADA

Facilitada pela Servente

A Servente deve entregar uma senha numerada, por ordem de chegada, a cada mulher que venha para a CPN, CPP/PN e CPF, e a cada mulher ou familiar que venha com a sua criança para a Consulta da Criança Sadia (vacinação e pesagem) e de Risco. Deve manter a Fila organizada. Deve identificar as mulheres e crianças doentes e dar-lhes prioridade no atendimento.

ENTRADA

Mulheres para a Consulta Pré-Natal

Mulheres para a Consulta Pós-Parto/Pós-Natal e Consulta de PF

Mulheres ou familiares com Crianças para a Consulta da Criança Sadia ou de Risco

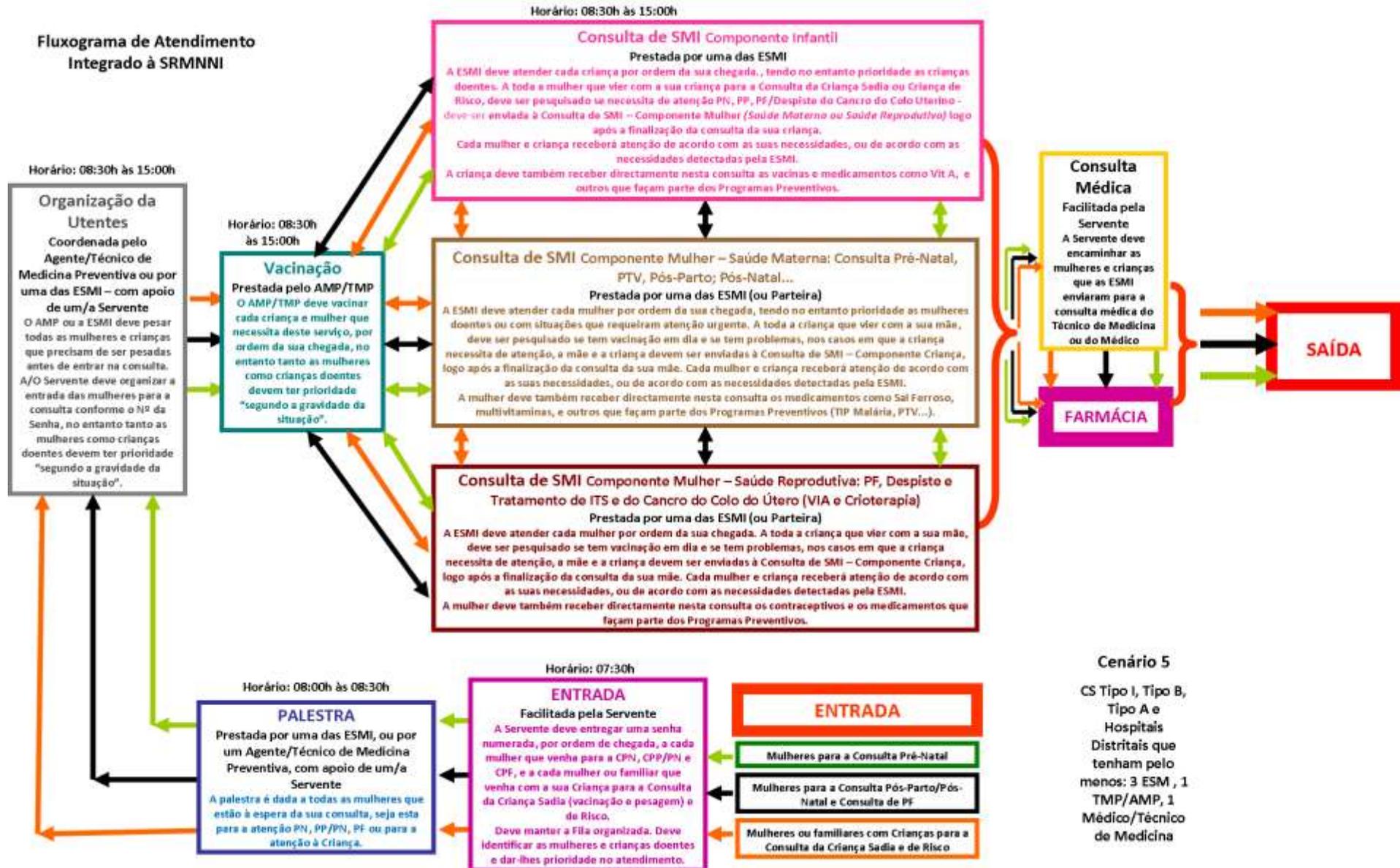
CENÁRIO 4



Cenário 4

CS Tipo I, Tipo B, Tipo A e Hospitais Distritais que tenha pelo menos: 2 ESM, 1 Médico e/ou Técnico de Medicina e 1 Servente

CENÁRIO 5



Cenário 5

CS Tipo I, Tipo B, Tipo A e Hospitais Distritais que tenham pelo menos: 3 ESM, 1 TMP/AMP, 1 Médico/Técnico de Medicina

Pacote Mínimo de Mobiliário, Equipamentos, Instrumentos e Medicamentos

No contexto da implementação dos Pacotes Integrados de Serviços, poderão ainda existir dois cenários para a sala de consultas: Gabinete Único que inclui CPN, CPP-PN e Consulta de Saúde Reprodutiva (PF, ITS e CACUM), ou Gabinete da Consulta Pré-Natal e Pós-Parto/Pós-Natal (onde também se deve dar informação sobre PF ou prestar serviços de PF nno caso da mulher pós-parto). No futuro espera-se que existam apenas gabinetes únicos.

Apesar do pacote mínimo de equipamentos, instrumentos e medicamentos para a Consulta Pré-Natal e Pós-Parto/Pós-Natal ser o mesmo para os dois cenários, será contudo diferente para o Gabinete Único, já que este deve estar também apetrechado para a Consulta de Saúde Reprodutiva (PF, ITS e CACUM), dependendo do tipo de Unidade Sanitária.

Pacote Mínimo de Mobiliário, Equipamentos, Instrumentos e Medicamentos

Gabinete da Consulta Pré-Natal e Pós-Parto/Pós-Natal	
<ul style="list-style-type: none"> ● Cadeiras para a utente e acompanhante; ● Secretária ou mesa; ● Cadeira para a Enfermeira; ● Armário para guardar materiais, fichas, livros de registo e métodos de PF (dentro ou perto do Gabinete); ● Marquesa; ● Lençóis e guardados; ● Papel caqui; ● Escada de 2 degraus; ● Biombo (1 ou 2); ● Mesinha auxiliar, ou carrinho com rodas para colocar o material e equipamento a ser utilizado na consulta; ● Fonte de luz; ● Balança (dentro ou próximo do Gabinete); ● Esfingmomanómetro; ● Estetoscópio; ● Estetoscópio de PINARD; ● Termómetro; ● Fita métrica; ● Calendário Obstétrico; ● Antisséptico sem álcool; 	<ul style="list-style-type: none"> ● Antisséptico com álcool; ● Bolas de algodão ou gaze; ● Covete para bolas de algodão; ● Tabuleiro para colocar material; ● Luvas não esterilizadas; Balde/Cesto para o lixo comum não infeccioso; ● Balde com saco plástico para o lixo infeccioso; ● Recipiente/balde com solução de Hipoclorito de Sódio a 0.5% para descontaminação dos instrumentos; ● Kit para exame pélvico e introdução de DIU (espéculos de diferentes tamanhos, Pinças de colo, tesouras e luvas esterilizadas); ● Métodos de PF (DIU, Depoprovera, Pilula Combinada, Pilula Progestinica, Seringas e Agulhas); ● Sal-Ferroso, Sal-Ferroso c/ Ácido Fólico, Mebendazol, Sulfadoxina/Pirimetamina 500/25mg, Vitamina A, e Vacinas); ● Testes Rápidos para Sífilis e HIV; ● Cadernetas de Saúde da Mulher ou Fichas PN e Fichas de PP/PF, Cartão de Saúde da Criança, Livros de Registo, Ficha Diária de Recolha de Dados, Ficha de Resumo Mensal, Bloco de Receitas e Bloco para requisição de Análises;
Gabinete Único	
Igual ao Gabinete da Consulta Pré-Natal e Pós-Parto/Pós-Natal, MAIS:	
<ul style="list-style-type: none"> ● Relógio de Parede; ● KIT para o Exame de VIA e Tratamento com Crioterapia: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ácido Acético a 5%; ✓ Covete rinoforme; ✓ Algodão; ✓ Cronómetro; ✓ Aparelho de Crioterapia; ✓ Cilindro de Gáz CO2; ✓ 1 Chave Inglesa; 	<ul style="list-style-type: none"> ● Bandeja com materiais e acessórios: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cotonetes compridos; ✓ Pinças de argola; ✓ Crioponta; ✓ Covete com Ácido Acético a 5%; ✓ Espéculo; ✓ Bolas de Algodão.

ANEXOS

Anexo 1: CRITÉRIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDADE PARA USO MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

A tabela abaixo resume os Critérios Médicos de Elegibilidade da Organização Mundial da Saúde que orientam o uso dos métodos anticonceptivos.

Categorias Relativas a Métodos Temporários:

Categoria	Com Critério Clínico	Com Critério Clínico Limitado
1	Use o método em qualquer circunstância.	Sim (Use o Método)
2	De modo geral, use o método.	
3	Em geral, não se recomenda o uso do método a menos que outros métodos, mais adequados não estejam disponíveis ou sejam aceitáveis	Não (Não use o Método)
4	O método não deve ser usado	

Terminologia:

AOC: Anticonceptivos Orais;

AIC: Anticonceptivos Injectáveis Combinados;

PP: Pílula só de Progestogénio;

AMPD: Depo-Provera;

DIU-Cu: Diu com cobre;

DIU-LNG: Diu com Levonorgestrel.

Tabelas Resumo - Critérios Médicos de Elegibilidade para Uso Métodos Anticoncepcionais

TABELAS RESUMO								
CONDIÇÃO	AOC	AIC	AT/AV	PP	AMPD NET-EN	Implantes NG/ETG	DIU-Cu	DIU-LNG
I = Início, C = Continuação								
CARACTERÍSTICAS PESSOAIS E ANTECEDENTES REPRODUTIVOS								
GRAVIDEZ	NA*	NA*	NA*	NA*	NA*	NA*	4*	4*
IDADE	Menarca a <40=1 ≥40=2	Menarca a <40=1 ≥40=2		Menarca a <18=1 18-45=1 >45=1	Menarca a <18=2 18-45=1 >45=2	Menarca a <18=1 18-45=1 >45=1	Menarca a <20=2 ≥20=1	Menarca a <20=2 ≥20=1
PARIDADE								
a) Nulípara	1	1	1	1	1	1	2	2
b) Multipara	1	1	1	1	1	1	1	1
AMAMENTAÇÃO								
a) < 6 semanas após o parto	4	4	4	3*	3*	3*		
b) 6 semanas a < 6 meses	3	3	3	1	1	1		
c) ≥ 6 meses após o parto	2	2	2	1	1	1		
PÓS-PARTO (mulheres que não amamentam)								
a) < 21 dias	3	3	3	1	1	1		
b) ≥ 21 dias	1	1	1	1	1	1		
PÓS-PARTO (com ou sem amamentação, inclusive após cesárea)								
a) < 48 horas							2	3
b) ≥ 48 horas a <4 semanas							3	3
c) ≥ 4 semanas							1	1
d) Infecção puerperal							4	4
PÓS-ABORTO								
a) Primeiro trimestre	1*	1*	1*	1*	1*	1*	1*	1*
b) Segundo trimestre	1	1	1	1	1	1	2	2
c) Após aborto séptico	1	1	1	1	1	1	4	4
GRAVIDEZ ECTÓPICA ANTERIOR	1	1	1	2	1	1	1	1
ANTECEDENTE DE CIRURGIA PÉLVICA (incluindo após cesárea) (ver também pós-parto)	1	1	1	1	1	1	1	1

* Favor consultar as tabelas no texto para obter esclarecimento quanto a esta classificação

TABELAS RESUMO								
CONDIÇÃO	AOC	AIC	AT/AV	PP	AMPD NET-EN	Implantes NG/ETG	DIU-Cu	DIU-LNG
I = Início, C = Continuação								
TABAGISMO								
a) Idade < 35	2*	2	2	1	1	1	1	1
b) Idade ≥ 35								
(i) <15 cigarros/dia	3*	2	3	1	1	1	1	1
(ii) ≥15 cigarros/dia	4*	3	4	1	1	1	1	1
OBESIDADE Índice de massa corporal (IMC) ≥30 kg/m ²								
	2	2	2	1	1	1	1	1
MEDIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL NÃO DISPONÍVEL								
	NA*	NA*	NA*	NA*	NA*	NA*	NA*	NA*
DOENÇA CARDIOVASCULAR								
MÚLTIPLOS FATORES DE RISCO PARA DOENÇA CARDIOVASCULAR ARTERIAL (tais como idade ≥ 35 anos, tabagismo, diabetes e hipertensão)								
	3/4*	3/4*	3/4*	2*	3*	2*	1	2
HIPERTENSÃO								
a) Antecedente de hipertensão em que a pressão arterial NÃO PODE ser avaliada (inclusive hipertensão na gravidez)	3*	3*	3*	2*	2*	2*	1	2
b) Hipertensão adequadamente controlada em que a pressão arterial PODE ser avaliada	3*	3*	3*	1*	2*	1*	1	1
c) Níveis elevados de pressão arterial (medições feitas corretamente)								
(i) sistólica 140-159 ou diastólica 90-99	3	3	3	1	2	1	1	1
(ii) sistólica >160 ou diastólica >100	4	4	4	2	3	2	1	2
d) Doença vascular	4	4	4	2	3	2	1	2
ANTECEDENTE DE HIPERTENSÃO NA GRAVIDEZ (em que a pressão arterial atual é medida e encontra-se normal)								
	2	2	2	1	1	1	1	1

* Favor consultar as tabelas no texto para obter esclarecimento quanto a esta classificação

TABELAS RESUMO								
CONDIÇÃO	AOC	AIC	AT/AV	PP	AMPD NET-EN	Implantes NG/ETG	DIU-Cu	DIU-LNG
I = Início, C = Continuação								
TROMBOSE VENOSA PROFUNDA (TVP)/ EMBOLIA PULMONAR (EP)								
a) Histórico de TVP/EP	4	4	4	2	2	2	1	2
b) TVP/EP atual	4	4	4	3	3	3	1	3
c) Antecedente familiar de TVP/EP (parentes de primeiro grau)	2	2	2	1	1	1	1	1
d) Cirurgia de grande porte								
(i) com imobilização prolongada	4	4	4	2	2	2	1	2
(ii) sem imobilização prolongada	2	2	2	1	1	1	1	1
e) Cirurgia menor sem imobilização	1	1	1	1	1	1	1	1
MUTAÇÕES TROMBOGÊNICAS CONHECIDAS (p.ex., Fator V de Leiden, mutação de protrombina, deficiência de proteína S, proteína C e antitrombina)	4*	4*	4*	2*	2*	2*	1*	2*
TROMBOSE VENOSA SUPERFICIAL								
a) Veias varicosas	1	1	1	1	1	1	1	1
b) Tromboflebite superficial	2	2	2	1	1	1	1	1
DOENÇA CARDÍACA ISQUÊMICA ATUAL OU PREGRESSA				I C		I C		I C
	4	4	4	2 3	3	2 3	1	2 3
ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC) (antecedente de acidente vascular cerebral)				I C		I C		
	4	4	4	2 3	3	2 3	1	2
HIPERLIPIDEMIAS CONHECIDAS (exames NÃO são necessários para o uso seguro de métodos contraceptivos)	2/3*	2/3*	2/3*	2*	2*	2*	1*	2*

TABELAS RESUMO										
CONDIÇÃO	AOC	AIC	AT/AV	PP	AMPD NET-EN	Implantes NG/ETG	DIU-Cu	DIU-LNG		
I = Início, C = Continuação										
DOENÇA CARDÍACA VALVULAR										
a) Não complicada	2	2	2	1	1	1	1	1	1	
b) Complicada (hipertensão pulmonar, risco de fibrilação atrial, histórico de endocardite bacteriana subaguda)	4	4	4	1	1	1	2*	2*		
ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS										
CEFALÉIA*	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C
a) Não enxaqueca (leve ou intensa)	1*	2*	1*	2*	1*	2*	1*	1*	1*	1*
b) Enxaqueca										
(i) sem aura										
Idade <35	2*	3*	2*	3*	2*	3*	1*	2*	2*	2*
Idade ≥35	3*	4*	3*	4*	3*	4*	1*	2*	2*	2*
(ii) com aura (em qualquer idade)	4*	4*	4*	4*	4*	4*	2*	3*	2*	3*
EPILEPSIA	1*		1*		1*		1*		1	1
ALTERAÇÕES DEPRESSIVAS										
ALTERAÇÕES DEPRESSIVAS	1*		1*		1*		1*		1*	1*
INFECÇÕES E ALTERAÇÕES DO APARELHO REPRODUTOR										
PADRÕES DE SANGRAMENTO VAGINAL									I	C
a) Padrão irregular sem sangramento intenso	1		1		1		2		2	1
b) Sangramento intenso ou prolongado (padrões tanto regulares quanto irregulares)	1*		1*		1*		2*		2*	2*
SANGRAMENTO VAGINAL INEXPLICADO (suspeita de condição grave)									I	C
Antes da avaliação	2*		2*		2*		3*		3*	4*
ENDOMETRIOSE	1		1		1		1		2	1
TUMORES OVARIANOS BENIGNOS (inclusive cistos)	1		1		1		1		1	1

* Favor consultar as tabelas no texto para obter esclarecimento quanto a esta classificação

TABELAS RESUMO								
CONDIÇÃO	AOC	AIC	AT/AV	PP	AMPD NET-EN	Implantes NG/ETG	DIU-Cu	DIU-LNG
I = Início, C = Continuação								
DISMENORRÉIA INTENSA	1	1	1	1	1	1	2	1
DOENÇA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL*								
a) Benigna	1	1	1	1	1	1	3	3
b) Maligna	1	1	1	1	1	1	4	4
ECTRÓPIO CERVICAL	1	1	1	1	1	1	1	1
NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL (NIC)	2	2	2	1	2	2	1	2
CÂNCER DE COLO UTERINO (à espera de tratamento)	2	2	2	1	2	2	I : C 4 : 2	I : C 4 : 2
DOENÇA MAMÁRIA								
a) Massa não diagnosticada	2*	2*	2*	2*	2*	2*	1	2
b) Doença mamária benigna	1	1	1	1	1	1	1	1
c) Antecedente familiar de câncer	1	1	1	1	1	1	1	1
d) Câncer								
(i) atual	4	4	4	4	4	4	1	4
(ii) no passado ou sem evidência de doença por 5 anos	3	3	3	3	3	3	1	3
CÂNCER ENDOMETRIAL	1	1	1	1	1	1	I : C 4 : 2	I : C 4 : 2
CÂNCER OVARIANO	1	1	1	1	1	1	I : C 3 : 2	I : C 3 : 2
MIOMAS UTERINOS*								
a) Sem distorção da cavidade uterina	1	1	1	1	1	1	1	1
b) Com distorção da cavidade uterina	1	1	1	1	1	1	4	4
ANOMALIAS ANATÔMICAS								
a) Que distorcem a cavidade uterina							4	4
b) Que não distorcem a cavidade uterina							2	2

TABELAS RESUMO											
CONDIÇÃO	AOC	AIC	AT/AV	PP	AMPD NET-EN	Implantes NG/ETG	DIU-Cu		DIU-LNG		
I = Início, C = Continuação											
DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA (DIP)											
a) DIP no passado (supondo não haver fatores de risco para DST)							I	C	I	C	
(i) com gravidez subseqüente	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
(ii) sem gravidez subseqüente	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	
b) DIP – atual	1	1	1	1	1	1	4	2*	4	2*	
IST											
a) Cervicite purulenta atual ou infecção por clamídia ou gonorréia	1	1	1	1	1	1	4	2*	4	2*	
b) Outras IST (exceto HIV e hepatite)	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	
c) Vaginite (inclusive tricomoniase vaginal e vaginose bacteriana)	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	
d) Risco aumentado para IST	1	1	1	1	1	1	2/3*	2	2/3*	2	
HIV/AIDS											
ALTO RISCO DE HIV							I	C	I	C	
	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	
INFECTADA COM HIV	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	
AIDS	1*	1*	1*	1*	1*	1*	3	2*	3	2*	
Clinicamente bem em terapia ARV	Ver TERAPIA ANTI-RETROVIRAL abaixo							2	2	2	2
OUTRAS INFECÇÕES											
ESQUISTOSSOMOSE											
a) Não complicada	1	1	1	1	1	1	1		1		
b) Fibrose do fígado (se intensa ver cirrose)	1	1	1	1	1	1	1		1		
TUBERCULOSE											
a) Não pélvica	1*	1*	1*	1*	1*	1*	1	1	1	1	
b) Pélvica conhecida	1*	1*	1*	1	1	1	4	3	4	3	
MALÁRIA	1	1	1	1	1	1	1		1		

TABELAS RESUMO								
CONDIÇÃO	AOC	AIC	AT/AV	PP	AMPD NET-EN	Implantes NG/ETG	DIU-Cu	DIU-LNG
I = Início, C = Continuação								
ALTERAÇÕES ENDÓCRINAS								
DIABETES								
a) Antecedente de doença gestacional	1	1	1	1	1	1	1	1
b) Sem doença vascular								
(i) não insulino dependente	2	2	2	2	2	2	1	2
(ii) insulino dependente	2	2	2	2	2	2	1	2
c) Com nefropatia/ retinopatia/ neuropatia	3/4*	3/4*	3/4*	2	3	2	1	2
d) Com outra doença vascular ou diabetes com duração > 20 anos	3/4*	3/4*	3/4*	2	3	2	1	2
ALTERAÇÕES DA TIREÓIDE								
a) Bócio simples	1	1	1	1	1	1	1	1
b) Hipertireoidismo	1	1	1	1	1	1	1	1
c) Hipotireoidismo	1	1	1	1	1	1	1	1
ALTERAÇÕES GASTROINTESTINAIS								
DOENÇA DA VISÍCULA BILIAR								
a) Sintomática								
(i) tratada por colecistectomia	2	2	2	2	2	2	1	2
(ii) tratada clinicamente	3	2	3	2	2	2	1	2
(iii) atual	3	2	3	2	2	2	1	2
b) Assintomática	2	2	2	2	2	2	1	2
ANTECEDENTE DE COLESTASE								
a) Relacionada à gravidez	2	2	2	1	1	1	1	1
b) Relacionada ao uso de AOC no passado	3	2	3	2	2	2	1	2
HEPATITE VIRAL								
a) Ativa	4	3/4*	4*	3	3	3	1	3
c) Portadora	1	1	1	1	1	1	1	1
CIRROSE								
a) Compensada	3	2	3	2	2	2	1	2
b) Descompensada	4	3	4	3	3	3	1	3

TABELAS RESUMO										
CONDIÇÃO	AOC	AIC	AT/AV	PP	AMPD NET-EN	Implantes NG/ETG	DIU-Cu	DIU-LNG		
I = Início, C = Continuação										
TUMORES DO FÍGADO										
a) Benigno (adenoma)	4	3	4	3	3	3	1	3		
b) Maligno (hepatoma)	4	3/4	4	3	3	3	1	3		
ANEMIAS										
TALASSEMIA	1	1	1	1	1	1	2	1		
ANEMIA FALCIFORME	2	2	2	1	1	1	2	1		
ANEMIA POR DEFICIÊNCIA DE FERRO	1	1	1	1	1	1	2	1		
INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS										
MEDICAMENTOS QUE AFETAM AS ENZIMAS DO FÍGADO										
a) Rifampicina	3*	2*	3*	3*	2*	3*	1	1		
b) Certos anticonvulsivantes (fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxcarbazepina)	3*	2*	3*	3*	2	3	1	1		
ANTIBIÓTICOS (exceto rifampicina)										
a) Griseofulvina	2	1	2	2	1	2	1	1		
b) Outros antibióticos	1	1	1	1	1	1	1	1		
TERAPIA ANTIRRETROVIRAL										
							I	C	I	C
	2*	2*	2*	2*	2*	2*	2/3*	2	2/3*	2

V