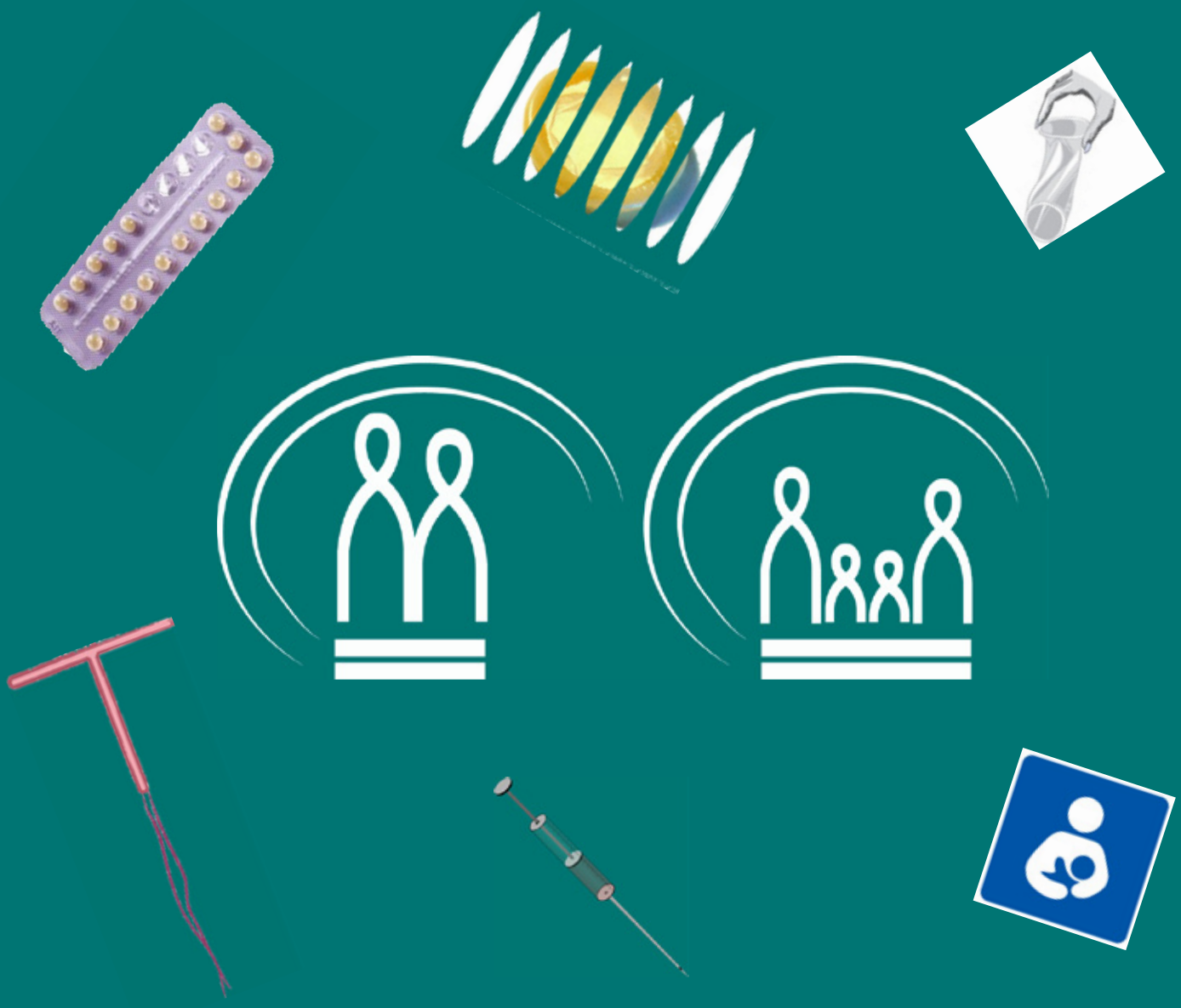
Iniciativa de Planeamento Familiar



Integração do Planeamento Familiar com Serviços de Saúde Primária e de HIV

MANUAL DO PARTICIPANTE

GOVERNO DE MOÇAMBIQUE
Ministério da Saúde

USAID
DO POVO AMERICANO

Pathfinder INTERNATIONAL
a global leader in reproductive health

ACONSELHAMENTO E SERVIÇOS EM PLANEAMENTO FAMILIAR
&
INTEGRAÇÃO DO PLANEAMENTO FAMILIAR COM SERVIÇOS DE HIV E SAÚDE PRIMÁRIA

MANUAL DE FORMADOR
JUNHO 2011

USAID
DO POVO AMERICANO

Pathfinder
INTERNATIONAL
a global leader in reproductive health

FICHA TÉCNICA

Ministério da Saúde (MISAU). Direcção Nacional de Saúde Pública; Departamento de Saúde Sexual e Reprodutiva. **Aconselhamento e Serviços em Planeamento Familiar & Integração do Planeamento Familiar com Serviços de Saúde Primária e HIV.** Moçambique: MISAU/DNSP; 2011.

Ministério da Saúde, 2011
Av. Eduardo Mondlane/Salvador Allende, Maputo
www.misau.gov.mz

Ministro da Saúde de Moçambique: Dr. Alexandre Jaime Lourenço Manguele
Director Nacional de Saúde Pública: Dr. Mouzinho Saíde
Director Nacional Adjunto de Saúde Pública: Dr. Leonardo Chavane

Instituições e Colaboradores

PATHFINDER: Regina Benevides, Ellie Feinglass, Albertina Idilia, Arsénia Nhancale, Hamida Momade, Jorge Matine, Maria Teresa Victorino, Manuel Naphua, Onei Utela, Randinho Tongai.

MISAU: Olga Sigaúque e Deolinda Sarmento,

O presente manual foi validado em formação piloto, com a participação e contribuíções de representantes das DPS de Cabo Delgado, Nampula, Inhambane e Maputo .

©Esta publicação do Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU) foi realizada com o apoio técnico da Pathfinder com os fundos da USAID.

É permitida a reprodução parcial ou total deste documento, desde que citada a fonte.

Edição e paginação : Lateral Multimédia
Gráfica e impressão: Prodata
Tiragem: 150 Exemplares

AGRADECIMENTOS

Este manual foi compilado e organizado pela Pathfinder International Moçambique e inclui vários materiais publicados na área de saúde reprodutiva e HIV e SIDA. Gostaríamos de agradecer o Ministério da Saúde da República de Moçambique e as seguintes organizações: OMS, Pathfinder International, the Academic Model Providing Access to Health Care (AMPATH Kenya), USAID/Extending Service Delivery (ESD), FNUAP, International Planned Parenthood Federation, EngenderHealth, the Acquire Project, Promundo, e Guttmacher Institute.

Gostaríamos de endereçar um especial agradecimento a USAID pelo apoio financeiro que possibilitou a realização deste material.

ACRÓNIMOS

ARV Antiretrovirais
ATS Aconselhamento e testagem em saúde
COE Cuidados Obstétricos de Emergência
CPN Consulta pré- Natal
CPP Consulta pós-parto
HIV Vírus de Imunodeficiência Humana
IDS Inquérito Demográfico e de Saúde
IEC Informação, Educação e Comunicação
INE Instituto Nacional de Estatística
INJAD Inquérito Nacional dos Jovens e Adolescentes
ITS Infecções de Transmissão Sexual
MDG Millenium Development Goals
MISAU Ministério da Saúde
MMAS Ministério da Mulher e Acção Social
OMS Organização Mundial da Saúde
ONG Organização Não Governamental
PF Planeamento Familiar
PTV Prevenção da Transmissão Vertical
PVHIV Pessoas vivendo com HIV
SIDA Sindroma de Imunodeficiência Adquirida
SMI Saúde Materna e Infantil
SSR Saúde Sexual e Reprodutiva
TMM Taxa de mortalidade materna
TMN Taxa de mortalidade neonatal
US Unidades sanitárias
USAID United States Agency for International Development
WHO World Health Organization

ÍNDICE

CAPÍTULO 1 - DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS.....7

CAPÍTULO 2 - SAÚDE MATERNA/PLANEAMENTO FAMILIAR.....12

CAPÍTULO 3 - INTEGRAÇÃO DE PLANEAMENTO FAMILIAR EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIA E SERVIÇOS DE HIV 30

CAPÍTULO 4 - MÉTODOS DE PLANEAMENTO FAMILIAR.....33

CAPÍTULO 5 - COMPETÊNCIAS E PRINCÍPIOS DO ACONSELHAMENTO EM PLANEAMENTO FAMILIAR ..74

CAPÍTULO 6 - GESTÃO LOGÍSTICA DE ANTICONCEPTIVOS.....92

ANEXOS - MATERIAIS DE APOIO.....102

CAPÍTULO 1 - DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS

TÓPICOS:

O QUE SÃO DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS?
DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS DOS ADOLESCENTES E JOVENS
QUAIS SÃO OS DIREITOS DAS PESSOAS VIVENDO COM HIV e SIDA?

OBJECTIVOS:

Até o fim do capítulo, os participantes devem ser capazes de:

- Definir os direitos sexuais e reprodutivos.
- Conhecer os direitos sexuais e reprodutivos específicos dos adolescentes e jovens, bem como das pessoas vivendo com HIV e SIDA.
- Fazer uma análise crítica que permita o cumprimento da garantia dos direitos sexuais e reprodutivos.
- Promover debates sobre os direitos sexuais e reprodutivos.

O QUE SÃO DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS?

Atingir as metas de desenvolvimento sustentável e equitativo requer que os indivíduos sejam capazes de exercer os seus direitos sexuais e reprodutivos. Isto inclui o direito de:

- Saúde reprodutiva como componente da saúde geral, ao longo da vida, tanto para homens e mulheres;
- Poder de decisão em relação à saúde reprodutiva, incluindo a escolha voluntária em relação ao casamento, constituição da família (determinação do número, periodicidade, espaçamento entre os filhos, direito de ter acesso à informação e aos meios necessários para exercer opções voluntárias;
- Igualdade e equidade entre homens e mulheres, para permitir que os indivíduos façam escolhas livres e informadas em todas as esferas da vida, sem discriminação baseada no género;
- Uma vida sexual saudável, com prazer e sem discriminação;
- Segurança sexual e reprodutiva, livre de violência sexual e coacção, bem como o direito à privacidade.

Os direitos sexuais e reprodutivos exigem dos sujeitos envolvidos o compromisso de se protegerem, por exemplo das infecções de transmissão sexual; partilha da decisão entre homem e mulher sobre o tipo de método contraceptivo que irão adoptar; o melhor momento para engravidar; e sempre manter o diálogo entre si sobre o parto e as responsabilidades com o bebé.

Todos os seres humanos têm direito a uma vida sexual saudável, com prazer e sem discriminação;

Cada pessoa tem o direito de decidir sobre quando ter filhos, quantos filhos ter e como tê-los;

A violência e os maus-tratos relacionados com a sexualidade devem ser imediatamente denunciados

Violência
A violência é um mal de que as mulheres, crianças e adolescentes são alvos preferenciais. Essa violência pode acontecer em qualquer lugar. Quando a situação de violência acontece na casa em que a pessoa atingida mora, sendo o seu autor um parente ou alguém que também mora no mesmo lugar, é denominada de violência doméstica.

Recentemente, a Assembleia da República de Moçambique, aprovou a "*Lei Sobre a Violência Doméstica Contra a Mulher*" (2009), que visa proteger todos os membros da família ou da casa. É um marco muito importante na luta contra os males que atingem as mulheres. Um dos méritos desta Lei reside no facto de tornar público o crime da violência doméstica. Isto significa que, acontecendo algum tipo de violência, qualquer pessoa pode ir meter a queixa na esquadra ou na procuradoria, que não poderá mais ser retirada. Antigamente só a pessoa atingida pela violência podia queixar-se e arrependendo-se, retirar a queixa contra o agressor, como acontece nos crimes particulares. A violência também pode tomar vários contornos, já que esta Lei contempla situações de violência física, moral, psicológica, patrimonial e sexual. (art. 3 da Lei Contra a Violência Doméstica, 2009)

a) A Violação Sexual
A violação sexual ocorre quando alguém pratica uma ou mais relações sexuais com uma mulher, ou mesmo com um homem, contra a sua vontade. A violação pode, entretanto, ocorrer com uso da força, da fúria, da brutalidade ou da intimidação. Muitas vezes acontece que essa violação é praticada por alguém da família directa da pessoa violada.

Acontece a violação sexual quando, por exemplo, o João, com recurso de uma faca ou de uma arma obriga a Maria a manter relações sexuais. A Maria não quer, mas cede porque tem medo de ser ferida ou morta. Acontece o **incesto** quando o João alicia a Mariana, que é sua filha, a manter relações sexuais com ele, mesmo sem usar da força como fez com a Maria.

b) Exploração
A exploração pode ser sexual ou laboral. Será considerada **exploração sexual** quando a mulher é "usada" contra a sua vontade a satisfazer sexualmente uma pessoa que depois paga através de dinheiro ou coisas valiosas, a alguém que tem essa ou mais mulheres como suas trabalhadoras. Por vezes alguém que goza de alguma superioridade em relação à mulher alicia-lhe a manter relações sexuais. É o caso dos professores com alunas adolescentes ou os chefes em relação a mulheres que já não são crianças. De todas as maneiras, a isto dá-se o nome de assédio.

A **exploração é laboral** quando a mulher ou o adolescente é utilizado como trabalhador, normalmente em empresas de construções de obras ou nas grandes plantações e não é devidamente remunerada, ou mesmo, nunca chega a ser remunerada. Note que as leis proíbem o trabalho infantil. Em Moçambique os menores podem ser empregados, desde que entre a idade de 12 e 15 anos, seja com a devida autorização dos seus representantes legais e acima daí por sua livre vontade. (Arts.26 e 27 da Lei do Trabalho).

c) Casamentos prematuros ou forçados
Moçambique possui uma das mais altas taxas de casamentos prematuros do mundo. Casamento prematuro é aquele que acontece abaixo da idade legal, que no caso, em Moçambique, é de 16 anos (art. 30.2 da Lei de Família). Tais casamentos são considerados forçados na medida em que os pais ou os encarregados de educação da rapariga é que negociam com um homem ou com uma família para que a sua filha seja casada, com base nos seus interesses pessoais. Mesmo contra a sua vontade e para que não seja discriminada na comunidade, ela aceita.

Entretanto o casamento prematuro prejudica toda a vida da mulher porque, para além de começar sua vida sexual e reprodutiva muito cedo, muitas vezes com apenas 13 ou 14 anos, ela deixa de estudar e pode

correr perigo de vida com complicações relativas a gravidez ou parto.

DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS DOS ADOLESCENTES E JOVENS

Os adolescentes e os jovens têm direito de ter acesso o informações e educação em saúde sexual e reprodutiva e de ter acesso a meios e métodos que os auxiliem a evitar uma gravidez não planejada e a prevenir-se contra as doenças sexualmente transmissíveis/HIV e SIDA, respeitando-se a sua liberdade de escolha.

> Adolescentes e jovens têm direito a ter atendimento sem discriminação de qualquer tipo, com garantia de privacidade e segredo.

Sendo os direitos sexuais e reprodutivos parte dos direitos humanos, eles são inerentes a todas as pessoas, e, portanto, ninguém pode tirá-los. Os adolescentes e jovens também gozam destes direitos. Acima de todos eles, é fundamental que os jovens possam ter o direito à informação e educação sobre saúde sexual e reprodutiva, assim como ter acesso facilitado aos métodos que os ajudem a evitar uma gravidez indesejada, a prevenir-se contra as infecções de transmissão sexual, além de ter acesso aos serviços básicos de saúde.

Os direitos sexuais dos adolescentes e jovens incluem:

- Direito de conhecer o seu corpo e receber todo o tipo de informação que os ajude a perceber a sexualidade
- Direito de descobrir a sua masculinidade ou feminilidade para além de exercê-la junto dos seus pares
- Direito a definir sua orientação sexual livremente e de viver uma relação amorosa e sexual consensual
- Direito de se proteger e recusar todas as formas de abuso e exploração sexual
- Direito de recusar todo o tipo de violência e maus-tratos relacionados com a sua sexualidade
- Direito à felicidade, sonhos e fantasias
- Direito de explorar a própria sexualidade livre de medo, de vergonha, de falsas crenças e outros impedimentos à livre expressão dos próprios desejos
- Direito de desfrutar a sexualidade livre de violência, coação e discriminação, num contexto de relações baseadas na igualdade, no respeito e na justiça
- Direito de escolher ser ou não sexualmente activo/a, incluindo o direito de ter sexo consensualmente e de casar com pleno consentimento
- Direito de expressar a sexualidade independentemente da reprodução
- Direito de exigir práticas de sexo de maneira segura para a prevenção de gravidez não desejada e infecção por ITS
- Direito à informação, à educação e aos serviços de qualidade que garantam a confidencialidade para tratar das questões de sexualidade.

ESTUDO DE CASO

Analise o seguinte caso:

Joana de 17 anos, casada tradicionalmente com Pedro de 44 anos, está a sofrer pressão por parte deste para que ela engravide imediatamente, porque o marido não quer ter filhos enquanto velho. Entretanto, a Joana não quer engravidar porque ainda sonha voltar a estudar e concluir a sétima classe. Eles são de famílias tradicionais da província de Maputo e Pedro ameaça que se ela não engravidar, ele vai devolver-lhe na casa de seus pais e vai pedir de regresso todos os bens e dinheiro que deu para pagar o lobolo.

Pode a Joana recusar-se a engravidar?
Recusando-se, é justo que o Pedro a mande de volta para a casa de seus pais?
É justo pedir de volta tudo que pagou como lobolo?
Será que a Joana, mesmo casada, ainda tem o direito de continuar a estudar?
E na eventualidade de ela engravidar, será que ela tem o direito de interromper a gravidez mesmo sem o consentimento do Pedro?

QUAIS SÃO OS DIREITOS DAS PESSOAS VIVENDO COM HIV?

Para garantir uma resposta eficaz ao HIV e SIDA, todas as pessoas vivendo com, afectadas por, e vulneráveis ao HIV e SIDA devem ter os seus direitos humanos respeitados, protegidos e cumpridos.

Estes incluem o direito a:

- Não discriminação e protecção
- Acesso a serviços de prevenção de HIV eficazes e baseados em evidências
- Acesso ao tratamento anti-retroviral, incluindo o tratamento para prevenir a transmissão do HIV da mãe para o filho
- Acesso ao sistema de justiça criminal, especialmente para os grupos em condições mais vulneráveis, tais como trabalhadoras de sexo, homens que fazem sexo com homens e pessoas com deficiências
- Tratamento médico sem coerção e com garantia de privacidade
- Liberdade de formar e participar em organizações e associações de HIV e SIDA
- Ambiente de trabalho que respeite pessoas vivendo com HIV
- Casamento e constituição de família
- Igualdade de acesso à educação, inclusive para as crianças afectadas pelo HIV
- Nível de vida adequado para manter uma boa saúde, incluindo segurança social, assistência e bem-estar
- Vida livre de tortura e tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes.

Os **direitos sexuais e reprodutivos** são parte dos **direitos humanos** e estes visam, sobretudo, proteger e respeitar a dignidade de todos os seres humanos independentemente da sua raça, da sua cor, do seu

sexo ou da sua orientação sexual, da sua religião, da sua língua, da sua opinião, da sua condição social, opinião, origem nacional ou social, lugar de nascimento ou qualquer outra condição, conforme o artigo 2 da Declaração Universal dos Direitos Humanos.

O Planeamento Familiar orienta-se pela garantia dos direitos sexuais e reprodutivos e, em última instância, pela garantia dos direitos humanos.

CAPÍTULO 2 - SAÚDE MATERNA/PLANEAMENTO FAMILIAR

TÓPICOS:

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA
MORTALIDADE MATERNA
O QUE É PLANEAMENTO FAMILIAR?
BARREIRAS CULTURAIS E SOCIAIS
A ESTRATÉGIA NACIONAL DE MOÇAMBIQUE DE PLANEAMENTO FAMILIAR E CONTRACEPÇÃO 2011-2014

OBJECTIVOS:

Até o fim do capítulo, os participantes devem ser capazes de:

- Definir Gravidez Precose, morte materna e Planeamento familiar.
- Identificar e discutir os principais determinantes e possíveis causas e consequências fisicas, psicológicas e sociais da gravidez na adolescência.
- Entender a amplitude do problema da mortalidade materna.
- Analisar as determinantes, consequências e possibilidades de intervenção no âmbito da mortalidade materna
- Descrever os benefícios do planeamento familiar.
- Explicar a relação entre a mortalidade materna e infantil e os factores de alto risco da idade materna, ordem dos nascimentos e intervalo entre os nascimentos
- Descrever os princípios fundamentais do aconselhamento em planeamento familiar.
- Discutir os pontos principais da actual estratégia de PF do MISAU.

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Em Moçambique é considerada gravidez na adolescência a que surge em idade menor ou igual a 16 anos. Pode ser classificada como desejada, ou indesejada. Considera-se **indesejada** a gravidez que não foi planificada e nem desejada no momento da sua concepção, independentemente do uso ou não de métodos contraceptivos. Para muitos adolescentes, rapazes e meninas, pode ser considerada indesejada na medida em que muitos deles ainda não terminaram a escola, não são economicamente independentes, não estão física e emocionalmente preparados para uma maternidade/paternidade, ou simplesmente porque não desejam ter filhos.

Quando existir o desejo de gravidez no acto da concepção, ou mesmo antes dele, numa ou ter havido algum planeamento, podemos dizer que se trata de uma **gravidez desejada**. No que se refere aos casamentos prematuros, prática frequente nas zonas rurais de algumas províncias de Moçambique, a gravidez, quando ocorre, é usualmente assumida como socialmente desejada, embora seja precoce. Tendo em conta o valor sociocultural da maternidade, esta gravidez surge como factor para provar a fertilidade da rapariga, e no caso de ser um adolescente que a engravida, sinónimo de "virilidade de macho".

O facto de nem sempre a gravidez na adolescência ser indesejada reforça a questão do direito de poder engravidar, discutindo-se a questão do momento, das condições que vulnerabilizam mais ou menos e das consequências desta gravidez na qualidade de vida de cada um dos progenitores enquanto jovens e na vida da criança gerada nestas circunstâncias. A gravidez embora seja um direito não pode ser assumida como consequência automática e natural do acto sexual. Este deve deixar de ter esta função meramente reprodutiva tornando-se mais numa manifestação de prazer e de desejo entre o casal.

Em Moçambique, de acordo com dados do Inquérito Demográfico de Saúde de 2003, a taxa de fecundidade em adolescentes entre 15-19 anos é de 179/1000, bastante similar às reportadas para os países da região Subsaariana (MISAU/IDS 2003). Na América incluindo a Latina, estas cifras apresentam uma variabilidade, situando-se entre 53/1000 nos Estados Unidos da América, 16/1000 no Canadá e 135/1000 na Nicarágua, mostrando uma diferença abismal entre países do mesmo continente, mas de contextos socioeconómicos e de desenvolvimento diferentes (ONU/UNFPA, 2003).

O "Relatório da Situação da População Mundial", referente ao ano de 2003, do Fundo das Nações Unidas para a População (UNFPA) revelou que ¼ a mais do que a metade de meninas entre 15-19 anos na África Subsaariana e Sul da Ásia Central são casadas, colocando-as, portanto, em risco de exposição à gravidez, e também para a infecção pelas ITS/HIV, já que, por estarem casadas, têm mais dificuldade em negociarem o sexo protegido ou recusarem relações sexuais dentro do casamento. (ONU/UNFPA, 2003) Em Moçambique, ainda de acordo com dados do IDS de 2003, 41% das adolescentes entre 15 e os 19 anos já haviam iniciado a maternidade ou estavam grávidas do primeiro filho. A Província do Niassa é a que apresentou o maior índice, pois 59% das raparigas apresentavam esta situação (MISAU/IDS, 2003).

CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Causas:
A gravidez na adolescência pode acontecer em vários contextos. Por exemplo, a falta de conhecimento em relação ao planeamento familiar e o desejo dos adolescentes de não assumir diante seus pais uma vida sexual activa faz com que os adolescentes não usem nenhum tipo de contraceptivo ou use algum método ineficaz.

O desejo da adolescente em autoafirmar-se como adultos, a contraposição as regras impostas pelos pais ao acto sexual e o desejo de viver ao lado da pessoa amada pode levar a uma gravidez "inesperada". Ainda o uso de drogas e bebidas alcóolicas pode interferir no uso correcto de preservativo ou pilulas, e a crença de que uma gravidez não irá acontecer com eles faz com que não se previnam.

Outros aspectos socio-culturais também podem concorrer para a gravidez precoce como o sexo transacional intergeracional (relações sexuais que implicam uma transacção comercial, em geral um dos intervinientes oferece recursos materiais ou financeiros, em troca da relação sexual), a curiosidade sexual, o desejo inconsciente de engravidar para ser aceite socialmente, o casamento prematuro e a violência sexual muitas vezes perpetrada por familiar ou amigo próximo.

Consequências:
As possíveis repercurssões da gravidez na adolescência reflectem-se em diversos sectores, como no aumento da pobreza, no aumento do número de famílias chefiadas por mulheres, constituição de prole numerosa devido a iniciar a maternidade precocemente, abandono escolar e dificuldade de ingresso no mercado de trabalho.

No tocante à educação formal, a interrupção temporária ou definitiva, costuma acarretar prejuízo na qualidade de vida e nas oportunidades futuras. Não é raro que com a conivência do agrupamento familiar e social, a adolescente grávida se afaste da escola quer por vergonha ou medo da reacção de seus pares. Em muitos países da África Subsahariana as raparigas são expulsas da escola quando grávidas. Em Moçambique vigora um despacho, Nº 39/GM/2003, do Ministério de Educação, que indica a transferência das meninas grávidas assim como ao actor da gravidez, quando o jovem é da mesma escola, do ensino diurno para o nocturno.

A gravidez em adolescentes pode mudar o curso de vida das meninas, restringindo a escolha de carreira, oportunidades de emprego; levando-as a trabalhos de risco, de baixo rendimento e até mesmo sexo comercial para sustentar os seus filhos. Além disso, a alternativa de sexo transaccional sem protecção põe

estas meninas em alto risco de violência de género e de ITS; HIV.

A "Avaliação das necessidades para uma maternidade segura em Moçambique", realizada pelo Ministério da Saúde de Moçambique, em 1999, revelou que o abandono da escola pela rapariga, a expulsão do seio familiar (principalmente na área urbana), a estigmatização social e as complicações do aborto inseguro que podem conduzir à morte, foram consideradas as consequências mais graves mencionadas da gravidez na adolescência, sendo o papel da família e da sociedade, bastante importantes na prevenção e no manejo destas situações.

Em algumas sociedades, a paternidade precoce conduz à elevação precoce do estatuto social do adolescente, sendo que os que assumem a paternidade podem, dentre outras, perder a oportunidade para educação e futuro avanço económico, sujeitando-se a trabalhos aquém da sua qualificação, a prole mais numerosa, recusando-se outros a responsabilizarem-se pela gravidez.

COMPLICAÇÕES FÍSICAS/OBSTÉTRICAS MAIS FREQUENTES

As complicações médicas e outras relativas à gravidez na adolescência têm servido como base para diversos estudos, e invariavelmente surgem como factor de múltiplos debates, embora não haja um consenso. Em Moçambique, foi definido como sendo os dezasseis (16) anos a idade mínima para uma gravidez, considerando que todas as que ocorrem antes dessa idade são consideradas de "alto risco". Quando a gravidez está associada a factores como baixo nível socioeconómico, o que acontece com a maioria das jovens mulheres em países em vias de desenvolvimento, as complicações de ordem médica costumam tornar-se mais frequentes e graves.

Todos os anos as adolescentes que dão a luz enfrentam um maior risco de morte por causas maternas comparando com as mulheres entre os 20 e 30 anos.

Estes riscos aumentam com a diminuição da idade. As adolescentes com menos de 16 anos enfrentam 4 vezes mais o risco de mortalidade materna comparado com as mulheres com 20 anos.

Contudo, bebés nascidos de adolescentes também enfrentam significativamente um alto risco de morte comparado com os bebés nascidos de mulheres adultas.

Adolescentes ainda não atingiram a maturidade física e a sua pélvis pode não ser suficientemente larga para acomodar a cabeça do bebé, pelo que há maior probabilidade de ocorrer nelas , parto obstruído e trabalho de parto arrastado, aumentando o risco de fístula, hemorragia e infecções e até a morte.
O trabalho de parto arrastado na adolescente ocorre principalmente devido a dois factores: psicológicos (medo) e fisiológicos (imaturidade da bacia). As fístulas vesico-vaginais podem resultar de trabalho de parto arrastado, com consequências a curto, médio e longo prazos, como incapacidade permanente, estigmatização familiar e social. Lacerações do períneo, da vagina e do colo, também são complicações que ocorrem com frequência.

A OMS reporta que a anemia é 2 vezes mais comum em adolescentes do que em adultas, sendo que uma mulher anémica é 5 vezes mais propensa à morte por causas relacionadas à gravidez do que uma mulher não grávida. Em muitos países, a maioria das mulheres que procura aborto não seguro, são adolescentes solteiras que querem continuar a estudar e a trabalhar, ou esperam ter filhos só quando lhes poderem dar uma boa qualidade de vida. Abortos não seguros são também mais letais para as adolescentes, pois elas só descobrem a gravidez tardiamente e em estado avançado, o que eleva o perigo, pois não podendo suportar os custos de um aborto seguro, recorrem a métodos inseguros.

O aborto inseguro é uma das principais causas de morbi-mortalidade em países onde o aborto não é permitido. Tendo em conta as barreiras legais e institucionais que lhe são impostas, a adolescente muitas vezes recorre à prática do aborto inseguro como forma de solução da gravidez indesejada, pondo em risco, algumas vezes, a sua capacidade reprodutiva, ou mesmo a própria vida. O aborto séptico, representou a segunda causa de morte em adolescentes, nas estatísticas do Hospital Central de Maputo, em 1998. No nosso país, o aborto é ilegal, embora e por vezes realizado por razões médicas, em hospitais públicos. Em curso, está todo um processo de advocacia visando a aprovação de uma lei, pelos órgãos legislativos da Assembleia da República, tendente à sua despenalização.

Existem riscos físicos, psicossociais, que se manifestam a curto e longo prazos, nos filhos de adolescentes, com maior frequência de prematuridade e de baixo peso ao nascer, não só associado à idade materna, mas também a inadequação e não realização da atenção pré-natal e baixa condição socioeconómica. Há uma maior mortalidade perinatal associada à gravidez e parto na adolescência, relacionadas com uma maior incidência de casos de trabalho de parto arrastado e de outras situações anómalas neste grupo.

A prevalência de baixo peso ao nascer é um indicador importante de saúde e do nível socioeconómico, na medida em que reflecte a situação nutricional e de cuidados à mãe antes e durante a gestação. A inadequada condição económica seria o factor de risco mais importante na determinação de prematuridade e de baixo peso ao nascer. A incidência de baixo peso ao nascer em bebés gerados por mães adolescentes é duas vezes maior que com as mães adultas. Em Moçambique, devido ao baixo nível socioeconómico e à pobreza, a prevalência nacional de baixo peso ao nascer é de 11.6%, podendo atingir os 15 a 19% em condições mais desfavoráveis. (UNICEF, 2001).

PARA LEMBRAR

- A gravidez na adolescência, desejada ou não, vulnerabiliza principalmente a menina e em alguma extensão também o rapaz.

- A superação das dificuldades de comunicação e diálogo entre pais e filhos, no ponto de vista da vulnerabilidade, pode ajudar a diminuir a ocorrência da gravidez na adolescência.

- Casamentos prematuros como condicionantes da gravidez na adolescência são atribuídos a relações de poder entre adultos e adolescentes, a quem são impostas estas normas culturais que podem em certa medida inviabilizar o futuro, principalmente o da menina. Portanto trabalhar no sentido de elevar-se o nível de consciência das comunidades sobre a magnitude e as consequências da gravidez precoce, principalmente nas faixas mais inferiores da adolescência, pode ser uma estratégia que, a longo prazo, trará benefícios pelo seu impacto na redução desta.

- A mobilização massiva de adolescentes e jovens para obtenção do acesso aos serviços para ter informação e insumos de contracepção e protecção contra as ITS/HIV é uma estratégia a ser continuamente implementada.

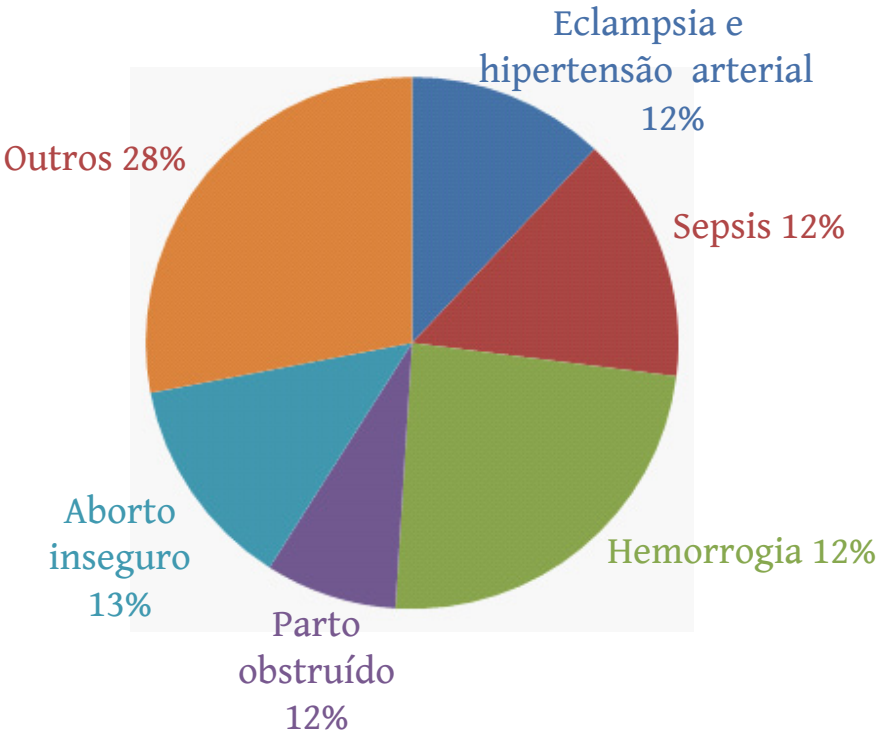
- O envolvimento forte do rapaz, nas questões de SSR e prevenção da gravidez, contribuirá para a redução da incidência de gravidez na adolescência, bem como das consequências desta, sendo a mais importante e crítica a da redução do aborto inseguro.

Acções de advocacia para desenho de políticas e implementação de estratégias que cuidam dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos e outras estratégias mais abrangentes de educação de pares nas escolas e nas comunidades com forte protagonismo juvenil, devem ser reforçados, expandidos e consolidados.

MORTALIDADE MATERNA

A morte materna é definida como a morte de uma mulher durante a gravidez, o parto ou até 42 dias depois do parto por causas originadas pela gravidez ou por esta agravada. (*OMS*)

CAUSAS DA MORTALIDADE MATERNA NO MUNDO



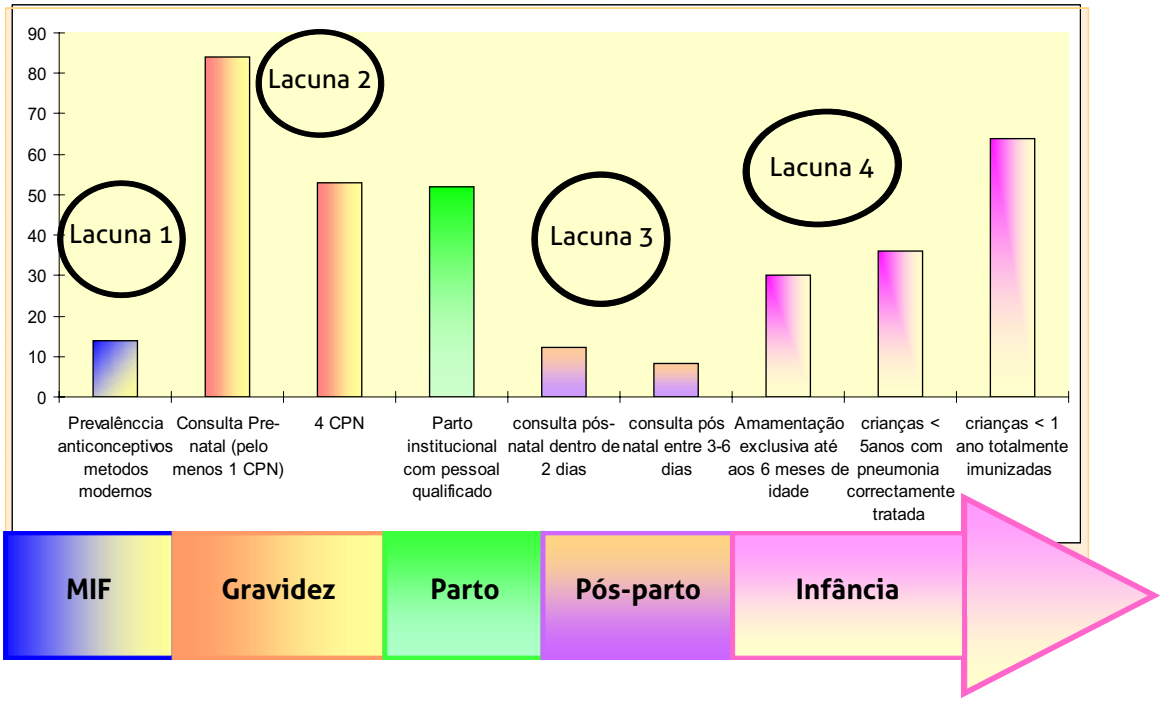
Outras: HIV, tuberculose, anemia, acidentes, homicidios, suicidios

Fonte: The Lancet, Maternal Survival, September 2006

FACTORES QUE CONTRIBUEM PARA A MORTALIDADE MATERNA EM MOÇAMBIQUE

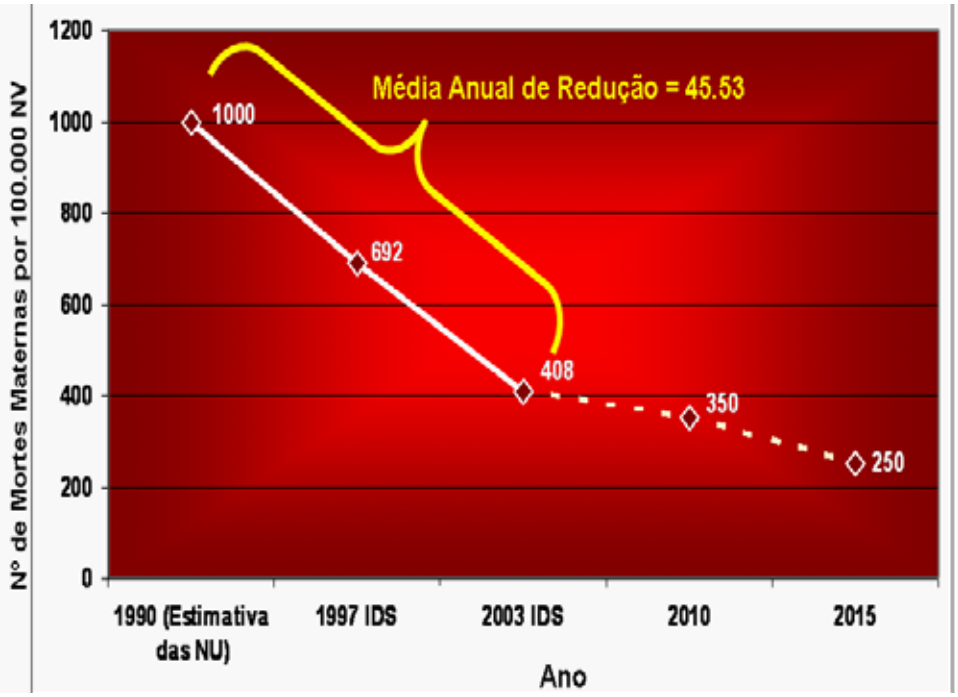
Muitas US ainda não prestam o pacote COE básicos completo. Por outro lado, quando se analisa a cobertura de algumas intervenções chave ao longo do ciclo da vida verificam-se grandes lacunas e uma perda evidente de oportunidades para prestar cuidados integrados de saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil , oque contribui de certa maneira para a mortalidade materna e neonatal em Moçambique.

Lacuna 1- Reduzida disponibilidade e qualidade de serviços de PF e contracepção.
Lacuna 2- Deficiente prestação de cuidados continuo ou continuado no seguimento pré-natal.
Lacuna 3- Fraco seguimento da mulher na consulta pós-natal dentro de 2 dias.



Saúde materna como um direito humano

A saúde materna esta directamente ligada as condições sociais e ao nível de empoderamento da mulher na tomada de decisões. Nas sociedades onde tradicionalmente o homem controla as finanças, a saúde da mulher muitas vezes não é considerada uma prioridade e esta encontra-se frequentemente numa posição de não poder decidir quando engravidar, quantos filhos ter e qual o espaçamento entre as crianças.



O que deverá ser feito?
Para alcançaro ODM 4 e 5, três estratégias são a chave:

- Todas as mulheres deverão ter acesso à informação e aos métodos contraceptivos, visto a reduzir gravidezes indesejadas.
- Todas as mulheres grávidas deverão ter acesso aos cuidados no pré-natal, no parto e pós-parto.
- Todas as complicações deverão ter acesso a cuidados obstétricos de emergência de qualidade.

Todas as mulheres grávidas estão em risco e poderão desenvolver complicações a qualquer momento durante a gravidez, parto e pós parto. Contudo, a mulher e seus familiares poderão aprender como evitar gravidezes indesejadas e se engravidar deverão saber da importância de receber cuidados pré-natais, como identificar sinais de perigo, plano de referência em caso de emergência e escolher opções de parto seguro.

Quando os problemas surgirem e as referencias feitas em tempo, complicações poderão ser tratadas nas unidades de saúde adequadamente equipadas com serviços, medicamentos e profissionais de saúde competentemente treinados.

O planeamento familiar reduz a mortalidade materna de formas diversas. A nível individual o planeamento familiar reduz o número de vezes que a mulher engravida. Diz-se geralmente que mulheres com alta paridade enfrentam maiores riscos durante a gravidez. O planeamento familiar reduz também o número de gravidezes indesejadas. As gravidezes indesejadas têm maior probabilidade de terminarem em aborto induzido e estão mais sujeitas a não receberem adequados cuidados pré natais do que uma gravidez desejada. Em algumas situações, os abortos são responsáveis por metade das mortes relacionadas a gravidez. Com o planeamento familiar a possibilidade de redução destas mortes é muito grande.

Ter filhos não deverá ser uma questão de vida ou morte

Garantir o acesso ao planeamento familiar voluntário pode reduzir a mortalidade maternal em mais de um terço e das crianças em cerca de 20%. O atendimento qualificado em todos os partos e resguardados com cuidados obstétricos de emergência sempre que necessários, poderão reduzir a mortalidade materna em cerca de 75%.

O QUE É PLANEAMENTO FAMILIAR?

Planeamento familiar (PF) é muitas vezes considerado como sinónimo de *contracepção* ou de *anticoncepção*. No entanto ele ultrapassa esta mera noção, sendo actualmente considerado como uma forma racional e saudável de espaçar os nascimentos, abrangendo áreas como a infertilidade e a sexualidade.

Entende-se por contracepção, a prevenção intencional da gravidez através da utilização de métodos contraceptivos, sendo o planeamento familiar um dos serviços habitualmente utilizados por quem quer fazer alguma forma de contracepção (*Nodin, 2002*). Outra definição refere que a contracepção é a prevenção da concepção por bloqueio temporário ou permanente da fertilidade.

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. (*Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres, 2001:25*)

Planeamento familiar em reposta aos factores maternos de alto risco
Em muitos países em desenvolvimento, os factores de alto risco referidos como "Muito Jovem, Muito Velha, Muitos, Muito Perto" são os principais responsáveis pela mortalidade materna e infantil.

Idade ("Muito Jovem, Muito Velha")

- No mundo em desenvolvimento, a gravidez e o parto são as principais causas da morte de mulheres com idades inferiores a 18 anos.
- Mães com menos de 18 e mais de 35 anos de idade estão em maior risco de complicações pré-natais e morte relacionada com a gravidez.
- Estudos sugerem que se a gravidez pudesse ser evitada nas mulheres com menos de 20 e mais de 35 anos de idade, a mortalidade materna podia ser reduzida por 8-40%.
- A mortalidade infantil é particularmente alta em bebés nascidos de mães com menos de 20 e mais de 40 anos de idade.
- Se fosse possível adiar o nascimento até que as mães que são "muito jovens" fossem mais adultas, e evitá-lo em mães que são "muito velhas" e as que estão "muito doentes", o impacto na mortalidade materna e infantil seria significativo.
- Os factores que poderiam reduzir grandemente a Taxa de Mortalidade Materna (TMM) e a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) na faixa etária "segura" (20-35) incluem:
    - Maior acesso aos cuidados pré-natais e pós-natais
    - Maior acesso aos métodos contraceptivos para permitir o espaçamento entre os filhos
    - Melhor nutrição
    - Parteiras tradicionais melhor formadas
    - Parto mais seguro e melhores condições de parto
    - Maior acesso a especialistas para o controlo de complicações de trabalho de parto e parto
    - Melhores instalações para o controlo de complicações

Número de Partos ("Muitos")

- Estudos revelam que quanto maior for o número de filhos que uma mulher conceber, maior será o risco de morte resultante de gravidez e/ou parto
- As mulheres que já tiveram cinco ou mais partos estão mais propensas a terem problemas durante a gravidez e trabalho de parto e a necessitarem de uma cesariana (que muitas vezes não está prontamente disponível ou não é feito em tempo útil).
- Este grupo tem um risco significativamente mais alto de abortos espontâneos e mortalidade perinatal do que as mulheres que dão à luz pela segunda ou terceira vez.

Intervalo Entre os Nascimentos ("Muito Perto")

- Estudos têm revelado consistentemente que há uma relação forte e directa entre os intervalos entre os partos e a mortalidade infantil.
- Bebés nascidos num intervalo inferior a dois anos após o nascimento do bebé anterior têm uma probabilidade duas vezes maior de morrer que bebés nascidos num intervalo de pelo menos dois anos.
- A criança que foi substituída pelo novo bebé também corre um risco maior— em média, tem uma probabilidade de cerca de uma vez e meia de morrer, se o novo bebé nasce num intervalo inferior a dois anos depois do seu nascimento, devido ao desmame precoce e os riscos acompanhantes de contrair doenças diarreicas e malnutrição.

Depois de um parto o mínimo intervalo recomendado antes de tentar a próxima gravidez é pelo menos 24 meses, a fim de reduzir o risco de problemas com a mãe, perinatais e infantis.

Depois de um aborto espontâneo ou induzido, o intervalo mínimo recomendado é pelo menos 6 meses a fim de reduzir o risco de problemas com a mãe, perinatais e infantis.

O PF ajuda as mulheres e famílias a atrasarem ou espaçarem as gravidezes, para alcançarem resultados mais saudáveis para as mulheres, recém-nascidos, lactentes e crianças, dentro do contexto de escolha livre e esclarecida, tendo em conta as intenções de fertilidade e tamanho desejado da família. Assim, Planeamento familiar engloba um conceito mais amplo do ciclo reprodutivo a partir da primeira gravidez com espaçamento entre gestações posteriores a um nascimento, aborto, ou parto - capturando todos os intervalos relacionadas com a gravidez na vida reprodutiva da mulher.

Vários estudos têm mostrado que os efeitos adversos maternos e perinatais estão relacionados à gravidez com curto espaçamento. Conforme demonstrado na tabela abaixo, os riscos são particularmente elevados para as mulheres que engravidam logo após uma gravidez ou aborto.

TABELA 1. QUANTIFICAÇÃO DO RISCO DA OCORRÊNCIA DE ADVERSIDADES QUANDO O ESPAÇAMENTO ENTRE AS GRAVIDEZES É CURTO

AUMENTA O RISCO QUANDO UMA GRAVIDEZ OCORRE 6 MESES APÓS O PARTO	
Adversidades	**Aumento do Risco**
Aborto Induzido	650%
Aborto Espontâneo	230%
Recém Nascidos mortos (menos de 9 meses)	170%
Mortes Maternas	150%
Nascimento Prematuro	70%
Nascido Morto	60%
Baixo Peso ao Nascer	60%

RISCOS ACRESCIDOS QUANDO A GRAVIDEZ OCORRE < 6 MESES APÓS UM ABORTO OU ABORTO EXPONTÂNEO		
Efeitos Adversos	**Aumento do Risco com 1-2 Meses de Intervalo**	**Aumento do Risco Com 3-5 Meses de Intervalo**
Baixo Peso ao Nascer	170%	140%
Anemia Materna	160%	120%
Nascimento Prematuro	80%	40%

Fonte: Conde-Agudelo, et al, 2000, 2005, 2006;al, 2004; Razzaque, et al, 2005; Rutstein, 2005

PLANEAMENTO FAMILIAR NO CONTEXTO MUNDIAL E EM MOÇAMBIQUE

Ao longo da história da humanidade, as mulheres com uma gravidez indesejada, independentemente do seu "status" socio-económico, têm procurado resolver esse problema pondo em risco a sua saúde, a sua fertilidade e aceitando até a possível consequência da sua própria morte. Muitas vezes são as mulheres jovens e adolescentes as mais afectadas.

Actualmente, nos países em desenvolvimento, cerca de 201 milhões de mulheres não fazem planeamento familiar, 137 milhões de mulheres correm o risco de uma gravidez não desejada por não estarem a utilizar nenhum método de PF e um adicional de 64 milhões de mulheres utilizam métodos de PF tradicionais que são pouco efectivos.

NO MUNDO...

Actualmente, nos países em desenvolvimento, cerca de 201 milhões de mulheres não fazem PF.

137 milhões de mulheres correm o risco de uma gravidez não desejada por não estarem a utilizar nenhum método de PF.

Um adicional de 64 milhões de mulheres utilizam métodos de PF tradicionais que são pouco efectivos

Em Moçambique, a gravidez indesejada é mais frequente nas adolescentes (de acordo com o último censo populacional, 17% das adolescentes entre os 15-19 anos tiveram já um filho), por um lado, porque a sociedade tradicional e os seus valores não são respeitados, particularmente nas áreas urbanas, e as adolescentes adoptam a cultura ocidental incluindo a prática de relações sexuais livres. Por outro lado a educação sexual nas escolas é ainda pobre ou não existe e visto que a sexualidade é um tabu, os pais não a discutem com os seus filhos adolescentes. O conhecimento acerca dos contraceptivos é também ainda muito limitado e mesmo, quando existe, muitos adolescentes têm as suas relações desprotegidas. Consequentemente a gravidez indesejada na mulher adolescente é frequente e muitas a terminam recorrendo a um aborto inseguro.

EM MOÇAMBIQUE...

Inquérito de Indicadores Múltiplos realizado em Moçambique em 2008 mostra que 83.8% das mulheres casadas ou em união marital, com idades entre os 15 e 49 anos, não usam nenhum método contraceptivo.

No País morrem cerca de 11 mulheres por dia e cerca de 3.840 por ano, devido a complicações relacionadas com a gravidez e o parto.

Para Moçambique atingir a meta 5 dos ODM significa que a mortalidade materna deverá cair para 350/100.00 nascidos vivos em 2010 e de 250/100.000 nascidos vivos em 2015.

A Estratégia Nacional de Planeamento Familiar e Contracepção 2010-2014 foi desenvolvida como resposta à necessidade de orientações nacionais para a implementação de acções de forma coordenada e sinérgica com vistas a expandir o acesso e a utilização de serviços de planeamento como pilar para a redução da mortalidade materna, neonatal e infantil.

MOÇAMBIQUE: USO DE CONTRACEPTIVOS CONTINUA BAIXO

Maputo, 29 Nov. 2010 (AIM) – O uso de contraceptivos em Moçambique continua muito baixo, apesar dos serviços de planeamento familiar serem maioritariamente públicos e oferecidos gratuitamente.

O Inquérito de Indicadores Múltiplos realizado em 2008 mostra que 83.8 por cento das mulheres casadas ou em união marital, com idades entre os 15 e 49 anos, não usam nenhum método contraceptivo. Entretanto, o uso de preservativo nas relações sexuais de alto risco aumentou nas áreas rurais quase três vezes e nas zonas urbanas em dois terços.

Segundo dados do Ministério da Saúde (MISAU), os métodos de contracepção mais usados em Moçambique são os injectáveis e a pílula, para além do preservativo. Dados da Organização Mundial da Saúde indicam que nos países em Desenvolvimento, grupo do qual Moçambique faz parte, cerca de 201 milhões de mulheres não fazem o planeamento familiar, das quais 137 milhões correm o risco de uma gravidez não desejada por não estarem a utilizar contraceptivos.

Enquanto isso, 64 milhões de mulheres utilizam métodos contraceptivos tradicionais que são considerados pouco eficazes. De acordo com o director nacional adjunto de saúde pública, Leonardo Chavane, mitos e concepções sócio - culturais sobre uso de métodos contraceptivos contribuem de forma negativa na saúde materna e infantil, assim como para a adesão e utilização dos serviços de saúde.

Chavane, que falava durante o lançamento da Estratégia de Planeamento Familiar e Contracepção 2010-2015, disse que estas crenças não são adoptadas apenas pelas mulheres, mas por toda a comunidade. Por outro lado, o limitado envolvimento dos homens, por não serem adequadamente informados sobre os riscos que as mulheres enfrentam durante a sua vida sexual e reprodutiva, entre outras causas, torna difícil resolver os problemas de saúde das mulheres.

"As crenças e práticas culturais sobre a contracepção e Planeamento Familiar estão também enraizadas nos trabalhadores de saúde, constituindo uma grande barreira e uma razão para a perda de oportunidades em oferecer aconselhamento e serviços de Planeamento Familiar, principalmente os de longa duração", segundo a mesma fonte.

Segundo os Inquéritos Demográficos e de Saúde de 1997 e 2003, a Taxa Global de Fertilidade decresceu de 6.6 por cento, em 1980, para 5.61, em 1997, e 5.5, em 2003. Entretanto, houve um aumento da taxa de fertilidade nas zonas rurais.

Dados do MISAU mostram que a taxa de prevalência de contracepção para as mulheres casadas ou em união marital aumentou de seis por cento, em 1997 para 17 por cento, em 2003. A Estratégia de Planeamento Familiar e Contracepção 2010-2015 foi desenvolvida como resposta à necessidade de orientações nacionais para a implementação de acções de forma coordenada e sinérgica com vista a expandir o acesso e a utilização de serviços de planeamento como pilar para a redução da mortalidade materna, neonatal e infantil.

O planeamento familiar foi introduzido em 1977, em Moçambique, com uma intervenção dentro do Programa de Protecção à Saúde Materna e Infantil. Em 1980, o planeamento familiar foi estabelecido como um programa de âmbito nacional.

OS BENEFÍCIOS DO PF INCLUEM A:

- **Reduz a mortalidade materna:** O PF pode reduzir a mortalidade associada à gravidez, parto e pós-parto. A utilização eficaz da contracepção pode reduzir a mortalidade materna por complicações pois dá oportunidade às mulheres a adiarem a gravidez, a espaçarem os nascimentos e a reduzirem o número de gravidezes não desejadas que podem terminar num aborto inseguro na maioria das vezes.

- **Melhora a saúde infantil:** Uma fecundidade mais baixa está também na origem de crianças mais saudáveis. As gravidezes pouco espaçadas (intervalo menor que 2 anos) têm amior probabilidade de resultar em bebés com baixo peso à nascença e de interferir na amamentação, maior que tem um papel vital na nutrição das crianças e no desenvolvimento de defesas contra doenças infecciosas. Em todo o mundo, cerca de 14,5 milhões de bebés e crianças com idades inferiores a cinco anos morrem anualmente, principalmente devido a doenças respiratórias e diarreicas exacerbadas pela malnutrição. Vários estudos realizados em todo o mundo indicam que o espaçamento dos nascimentos por pelo menos dois anos poderia prevenir pelo menos 20% das mortes destas crianças e reduzir significativamente os efeitos devastadores da morbidade experimentados por estas crianças.

- **Melhora as condições e opções de vida das mulheres:** Adiar a maternidade traz inúmeros benefícios para as mulheres jovens, pois garante-lhes mais tempo para sua educação e desenvolvimento de aptidões que lhes permitam concorrer ao mercado de trabalho e contribuir para os cuidados e orçamento familiar. Um maior controlo da sua fecundidade permite-lhes ter mais possibilidade de melhorar a sua situação de saúde e de fazer suas escolhas, desde que existam oportunidades educativas e económicas a nível local.

- Previne a gravidez indesejada e o aborto não terapêutico: A ausência de um programa de PF efectivo leva muitas vezes a uma gravidez indesejada ou não programada e em muitos casos à prática do aborto inseguro.

- **Permite aos casais tomarem decisões sobre o múmero, espaçamento entre os nascimentos.**

- **Contribui para a opção de uma gravidez com menos riscos de infecção em mulheres vivendo com HIV e/ou em TARV.** Por outro lado, no contexto do HIV e SIDA, a utilização de contraceptivos permite manter o sistema imunológico forte e ao casal ter uma vida sexual saudável, reduzindo o número de crianças infectadas pelo HIV através da transmissão vertical e o número de crianças órfãs. A utilização de métodos de barreira também tem grande impacto na prevenção da transmissão do HIV e SIDA na população.

MENSAGENS CHAVE

1. O PF voluntário é uma das medidas mais importantes para a saúde que um casal ou uma nação pode adoptar para reduzir a morbidade e mortalidade materna e infantil.
2. A prevenção de gravidezes indesejadas e o espaçamento entre os nascimentos por pelo menos dois anos tem um efeito profundo na redução da mortalidade materna e infantil.
3. O risco de morte durante a gravidez e o parto é muito maior do que o risco de morte que resulta do uso de métodos contraceptivos.
4. O PF salva vidas permitindo às mulheres evitar gravidezes indesejadas e espaçar gravidezes desejadas.

BARREIRAS CULTURAIS E SOCIAIS

As questões de género se interligam com diferenças biológicas e diferentes contextos sociais e políticos, resultando na construção social de papéis e expectativas diferentes tanto para o homen como para a mulher. Estes papéis limitam o grau em que mulheres e homens controlam os recursos e decisões para proteger sua saúde e resultam em diferenças nas suas vulnerabilidades no campo da saúde, na utilização

desigual de serviços preventivos, promotivos e curativos, com resultados desiguais na qualidade de sua saúde. A decisão sobre usar, quando usar e que tipo usar o contraceptivo é uma das questões que perpassa por essas relações de género. A dificuldade que as mulheres moçambicanas têm para negociar o uso do preservativo, assim como outros métodos que previnem a gravidez e as ITS/HIV e SIDA, é muito grande. Quando os homens não aceitam discutir ou não concordam com o uso, estão impondo as mulheres uma gravidez ou exposição à doenças. Eles estão exercendo um poder sobre elas, que eles acreditam que têm pela forte hierarquia de género em Moçambique.

Ao longo da história, nas mais diversas sociedades, a contracepção sempre foi percebida como uma responsabilidade que cabia exclusivamente às mulheres. Actualmente, esse pensamento mudou, e cada vez mais tem-se ressaltado evidências de que o envolvimento dos homens contribui para melhor saúde e bem-estar dele próprio, bem como de suas parceiras e crianças.

Envolver os homens em programas integrados de SSR, nos quais se juntam actividades face a face e actividades de mobilização comunitária e mensagens nos media, actuando sobre o indivíduo e sobre as estruturas sociais de poder, como líderes comunitários, profissionais, pessoas influentes na família, são estratégias altamente efectivas.

Mitos, crenças e práticas

Mitos e concepções sócio-culturais sobre o uso de métodos de PF também contribuem de forma negativa na saúde materna e infantil, assim como para a adesão e utilização dos serviços de saúde. Estas crenças não são somente adoptadas pelas mulheres, mas por todos na comunidade. O limitado envolvimento dos homens, entre outras causas por não estarem adequadamente informados sobre os riscos que as mulheres enfrentam durante sua vida sexual e reproductiva, torna difícil qualquer processo que resolva os problemas de saúde das mulheres.

As crenças e práticas culturais sobre a contracepção e PF estão também enraizadas nos trabalhadores de saúde, constituindo uma grande barreira e uma razão para a perda de oportunidades em oferecer aconselhamento e serviços de PF, principalmente os de longa duração.

As seguintes expressões resumem alguns mitos e crenças mais comuns em Moçambique:

- "ter muitos filhos é sinal de riqueza";
- "as crianças são uma dádiva de Deus, pelo que não devemos evitar a gravidez";
- "O PF é para mulheres que tenham muitos filhos" (5 ou mais);
- "Os novos métodos (modernos) contraceptivos provocam infertilidade";
- "Os métodos tradicionais são os mais eficazes";
- "Os contraceptivos familiar não é seguro e pode trazer doenças do útero";
- No geral, os homens consideram que "o PF é só para as mulheres";
- "As mulheres que estejam a amamentar não precisam de fazer PF".

Entre as práticas lesivas à contracepção incluem-se as seguintes :

- A decisão da mulher aderir ao PF é influenciada pela religião, valores culturais da comunidade e da família (sogras, tia, maridos etc.);
- Durante o puerpério não é habitual procurar os serviços de PF;
- E mesmo procurando não há informação adequada e conhecimento sobre os métodos que uma mulher no puerpério pode usar;
- Regra geral, as mulheres só fazem PF depois da primeira gravidez;
- Os benefícios do planeamento familiar são pouco conhecidos e
- A maioria das mulheres não fala destes assuntos com os seus parceiros (57%) , sendo que estes, na maior parte das vezes, proíbem a contracepção.

A ESTRATÉGIA NACIONAL DE MOÇAMBIQUE DE PLANEAMENTO FAMILIAR E CONTRACEPÇÃO 2010-2014 (EXTRATO)

Na última década, a priorização do PF tem sido preterida devido às mudanças nas prioridades e estratégias globais de saúde. A definição de programas prioritários como o HIV/SIDA, Malária e outras doenças infecciosas detém grande parte dos esforços e orçamentos dos Governos e Parceiros de Cooperação, levando a que Programas e Serviços como os de PF, não tenham recebido a devida atenção e por conseguinte um financiamento adequado. Existe assim uma necessidade urgente de voltar novamente as atenções ao PF, um foco que tem sido descrito como "reposicionamento do PF".

"Revitalizar o Planeamento Familiar" não significa que estes serviços não existam, mas sim que devem ser novamente colocados como uma prioridade de saúde, já que as evidências mostram que o acesso a estes Serviços é uma das intervenções chave de reconhecido impacto.

Por outro lado, não existem dúvidas dos potenciais benefícios dos serviços integrados na saúde global e em particular da mulher e criança, pelo que, através dos Serviços de PF podem ser incorporados outros serviços tais como o despiste de cancro de colo, mama e infertilidade.

O reposicionamento do PF é uma das estratégias definidas no Plano de Acção de Maputo, como componente essencial para o cumprimento dos ODM relacionados com a saúde.

DESAFIOS

- Elevada taxa de analfabetismo inlfuenciando no nível de conhecimento das comunidades.
- Limitado acesso à informação sobre Planeamento Familiar
- Limitado acesso aos métodos contraceptivos modernos (escolha, quantidade, locais com disponibilidade e continuidade) e cuidados de saúde reprodutiva relacionados.
- Deficiência na capacitação dos profissionais e organização dos serviços para PF.
- Barreiras culturais relacionadas com tabús e crenças.
- Baixo conhecimento da população principalmente nas camadas mais jovens, associada à alta taxa de analfabetismo principalmente nas zonas rurais do País.

OPORTUNIDADES

Existência de iniciativas globais que focalizam os ODM 4 e 5 e promovem a integração do PF na prevenção do HIV.

- Iniciativa Presidencial e a Parceria Nacional para a Promoção da Saúde Materna, Neonatal e Infantil.
- Movimento global para revitalização do Planeamento Familiar como intervenção para a redução da Mortalidade Materna
- Expansão das actividades ao nível comunitário, revitalização dos APE´s
- Inclusão do rastreio e tratamento do cancro do colo uterino e da mama nos Serviços de SSR.

ESTRATÉGIA DO PF

Para a redução da mortalidade materna, neonatal e infantil, conforme as metas e objectivos definidos no Plano Integrado para o Alcance dos Objectivos 4 e 5 de Desenvolvimento do Milénio, pretende-se implementar esta estratégia no País de 2010-2015.

PRINCIPIOS ORIENTADORES

Esta estratégia para a revitalização dos serviços de planeamento familiar baseia-se nos princípios seguintes:

- Abordagem baseada em direitos humanos: É fundamental que todos os implementadores e parceiros reconheçam e respeitem os direitos sexuais e reprodutivos dos indivíduos.

- Abordagem baseada em evidências: O sucesso da prática adequada de serviços e actividades de PF resulta da análise e solução de problemas, tendo como base as actuais evidências científicas disponíveis.
- Equidade de género: Envolver todos os grupos alvo do PF assegurando que tanto homens como mulheres tenham pleno acesso a serviços de PF de qualidade e a oferta de todos os métodos contraceptivos em uso no SNS.
- Sustentabilidade: Garantir a alocação de recursos do MISAU e reforçar a capacidade de gestão, como requisitos essenciais para a segurança de bens e produtos contraceptivos.

METAS

A implementação da Estratégia de PF pretende alcançar as seguintes metas:

- Aumentar a Taxa de Prevalência de Uso de Métodos Modernos de Contracepção de 14% em 2003, para 25% em 2014.
- Aumentar a cobertura de Novas Utentes de Métodos Modernos de Planeamento Familiar de 12.5% em 2008 para 19% em 2014.

OBJECTIVO GERAL

Aumentar a utilização dos Serviços de Planeamento Familiar e Contracepção pela população Moçambicana.

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

1. Aumentar a disponibilidade e qualidade dos serviços de PF e contracepção.
2. Incrementar a procura dos serviços de PF e contracepção.
3. Reforçar o sistema de gestão, logística, monitoria e avaliação dos serviços de PF e contracepção.
4. Aumentar o compromisso e a mobilização de recursos e reforçar os mecanismos de coordenação.

PACOTES DE SERVIÇOS

Os pacotes de serviços definem as intervenções prioritárias para uma atenção de qualidade a ser prestada às mulheres e homens em relação à disponibilidade e utilização dos serviços e métodos de PF. Estes pacotes de serviços foram definidos segundo o tipo de US e qualificação do pessoal e estão integrados nos pacotes de serviços definidos para a saúde reprodutiva/materna.

GRUPO ALVO

Embora o grupo alvo primário desta estratégia seja todos os homens e mulheres em idade reprodutiva, existem grupos que pelas suas particularidades necessitam de uma atenção direccionada, nomeadamente para:

- **Os adolescentes e jovens:** Além da vulnerabilidade particular deste grupo (os riscos de uma gravidez precoce e as consequências socioeconómicos de um filho), as(os) adolescentes e jovens também têm uma situação psicológica e socioeconómica diferente. Existem evidências de que as(os) adolescentes e jovens não se sentem confortáveis em utilizar as fontes tradicionais para receberem Serviços de PF e Contracepção, para além das diversas barreiras como aspectos legais relacionados com a idade, o medo de não terem garantia de confidencialidade, ou de não serem bem tratadas(os), levando à necessidade de uma abordagem que responda a estas constatações.
- **Os homens:** O envolvimento dos homens no PF é muito importante para se atingir uma maior utilização dos Serviços de PF e Contracepção por parte das mulheres e por eles próprios. Entretanto, existem muitas barreiras socioculturais que impedem que os homens

sejam envolvidos nas decisões de PF e por outro lado, o SNS não está estruturado para prover serviços de PF aos homens.

- **As pessoas vivendo com HIV/SIDA:** O aconselhamento em PF deve responder às necessidades médicas das pessoas que vivem com HIV/SIDA, visando reduzir a transmissão do HIV, favorecendo a dupla protecção, como meio para reduzir a infecção ou re-infecção. Para as mulheres HIV positivas ou casais discordantes que querem engravidar, atenção especial deve ser prestada, olhando-se a este desejo como um direito e promovendo abordagens que respondam às necessidades do casal.

PRINCIPAIS INTERVENÇÕES POR OBJECTIVO ESPECÍFICO

Para cada Objectivo Específico foram definidas intervenções e actividades chave.

Objectivo 1: *Aumentar a disponibilidade e qualidade dos serviços de PF e contracepção.*

1.1 Aquisição e distribuição de métodos contraceptivos e outros bens e produtos para os serviços de PF.

Actividades chave:

- Adquirir e disponibilizar de contraceptivos em todas unidades sanitárias de acordo com as necessidades.
- Realizar formações integradas sobre a gestao dos serviços de Saúde da Mulher e da Criança.

1.2 Formação/actualização de profissionais de saúde em práticas de PF de acordo com as normas e protocolos clínicos nacionais.

Actividades chave:

- Treinar equipas de formadores (incluindo Padrinhos, Monitores e Professores dos Institutos e Centros de Formação) em conhecimentos e práticas de PF.
- Formar profissionais de saúde em práticas de PF de acordo com as actuais evidências
- Apetrechar todas as instituições de formação e Direcções Provinciais com modelos anatómicos e outros materiais para formação inicial e contínua.
- Garantir que os serviços sejam orientados aos casais e não apenas às mulheres.
- Reforçar a promoção do PF orientado para adolescentes e jovens.

1.3 Actualização e divulgação das normas, protocolos clínicos e curricula de formação em PF com base nas actuais evidências científicas.

Actividades chave:

- Actualizar o pacote de formação contínua incluindo a gestão e logística do PF.
- Rever o pacote de formação inicial para a integração da gestão e logística do PF.

1.4 Aumentar o acesso aos serviços de PF ao nível comunitário.

- Extender para o nível comunitário a distribuição dos contraceptivos não invasivos em reposição.
- Advocar e definir em conjunto com a DNAM, Departamento das ITS, HIV, SIDA, Repartição de Aconselhamento e Testagem em Saúde, o reforço do PF como componente do pacote de formação em ATS, inclusive no ATS comunitário.
- Institucionalizar e divulgar a todos os níveis o pacote de serviços de PF de implementação comunitária.

1.5 Introdução de novos métodos de planeamento familiar

- Avaliar a viabilidade e aceitabilidade do uso do implante hormonal e outros métodos e recomendar em relação a sua introdução na consulta de PF.

Objectivo 2: *Incrementar a procura dos serviços de PF e contracepção.*

2.1 Mobilização social para a utilização dos serviços de PF/SSR e contracepção com ênfase na dupla protecção e métodos de longa duração.

Actividades chave:

- Divulgar regularmente mensagens chave através dos órgãos de comunicação social incluindo campanhas dedicadas nas rádios comunitárias, TV e outros meios de comunicação.
- Actualizar os materiais de IEC de SSR/PF e desenvolver materiais sobre a dupla protecção e métodos de longa duração.
- Institucionalizar a integração do PF de forma abrangente nas semanas de saúde (da mulher, criança e do adolescente).

2.2 Promoção do envolvimento do homem em questões de SSR/ PF e contracepção.

Actividades chave:

- Programar campanhas de mobilização social para promover o envolvimento do homem em SSR/PF.

Objectivo 3: *Reforçar o sistema de gestão, monitoria e avaliação dos serviços de PF e contracepção.*

3.1 Programar mecanismos para a melhoria da gestão e da qualidade do Programa e Serviços de PF e contracepção a todos os níveis.

Actividades chave:

- Realizar supervisões formativas e integradas na área de PF, incluindo seguimento pós treino de acordo com o guião de supervisão actualizado.
- Realizar uma avaliação intermédia (interna) em 2012 e, uma avaliação final (externa) em 2015 da implementação da Estratégia, incluindo aspectos de gestão programática, gestão logística de contraceptivos e satisfação de utentes.

3.2 Realização e divulgação de pesquisas operacionais incluindo a documentação de boas práticas.

Actividades chave:

- Realizar inquéritos sobre a satisfação das(os) utentes em relação aos serviços de PF e contracepção.

Objectivo 4: Aumentar o compromisso e a mobilização de recursos e reforçar os mecanismos de coordenação.

4.1 Fortalecimento do mecanismo de coordenação e da colaboração intra e intersectorial, para fortalecer o compromisso e integrar o componente de PF nas acções dos vários intervenientes.

Actividades chave:

- Realizar encontros de advocacia com os principais intervenientes para apresentação e divulgação da Estratégia do Planeamento Familiar.

4.2 Disponibilidade de um "envelope plurianual de recursos" para a implementação da Estratégia de PF.

Actividades chave:

- Assegurar a alocação de recursos financeiros através do Orçamento do Estado bem como de outras fontes de financiamento para Estratégia de PF e contracepção.
- Prioritizar no orçamento do MISAU fundos para aquisição de contraceptivos.

ODM 4
Reduzir em dois terços, entre 1990 e 2015, a taxa de motalidade em menores de cinco anos.

ODM 5
Reduzir em três quartos, entre 1990 e 2015, a mortalidade maternal.

A Estratégia de Planeamento Familiar e Contracepção 2010-2014 (MISAU) foi desenvolvida como resposta à necessidade de orientações nacionais para a implementação de acções de forma coordenada e sinérgica com vista a expandir o acesso e a utilização de serviços de planeamento como pilar para a redução da mortalidade materna, neonatal e infantil.

PAPÉIS E RESPONSABILIDADES ESPECÍFICAS

A definição de responsabilidades foi adaptada do Roteiro para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna e Neonatal em Moçambique, agora parte integrante do Plano Integrado para o Alcance dos ODM 4 e 5, sendo a implementação da presente Estratégia assim alinhada com estes documentos.

NÍVEL DISTRITAL

- Assegurar a divulgação e implementação da estratégia de PF e do seu plano operacional a todas as US e parceiros locais.
- Garantir a inclusão das intervenções da Estratégia de PF no Plano Económico Social e Orçamento do distrito;
- Supervisar a implementação e monitoria das intervenções de PF incluídas no plano distrital (incluindo as actividades desenvolvidas pelos diferentes parceiros e pela comunidade a este nível);
- Garantir o desenvolvimento de actividades de empoderamento da comunidade para a promoção do PF;
- Realizar formações de APE's, líderes, agentes/activistas comunitários, conselheiros leigos do ATSC e parteiras tradicionais para implementarem o pacote de FP/IEC comunitário; e
- Realizar sessões de sensibilização para os líderes comunitários e políticos sobre a importância da divulgação do PF e contracepção, através dos conselhos comunitários de saúde.

UNIDADES SANITÁRIAS

- Oferecer Serviços de SSR de qualidade, integrando serviços de PF em todos os Serviços/Consultas de SMI, Doenças Crónicas, TARV e ATS de acordo com as normas;
- Prestar apoio e realizar supervisões formativas à comunidade para a implementação de intervenções na comunidade; e
- Incluir nos encontros com os CLCs o tema do PF sensibilizando, informando e analisando dados da comunidade.

COMUNIDADE

Com o apoio do distrito/US, o Comité da Localidade deverá definir e implementar intervenções de promoção do PF a este nível. Outras responsabilidades incluem:

- Estabelecer e apoiar os Comités de Saúde da Aldeia com o apoio das US de ligação;
- Sensibilizar, mobilizar e implementar pacote de PF nas comunidades, seguindo as orientações do MISAU;
- Realizar campanhas porta-a-porta, participar das brigadas móveis e outros eventos que promovam o PF e os métodos de contracepção.

CAPÍTULO 3 - INTEGRAÇÃO DE PF EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIA E SERVIÇOS DE HIV E SIDA

TÓPICOS:

INTEGRAÇÃO DOS SERVIÇOS
POTENCIAIS PONTOS DE ENTRADA PARA A INTEGRAÇÃO DO PF NOS SERVIÇOS DE CUIDADOS PRIMÁRIOS
VANTAGENS DA INTEGRAÇÃO PF/CUIDADOS PRIMARIOS
VANTAGENS DA INTEGRAÇÃO PF/HIV
OBSTÁCULOS À INTEGRAÇÃO

OBJECTIVOS:

Até o fim do capítulo, os participantes devem ser capazes de:
- Identificar potenciais pontos de entrada para a integração do PF nos serviços de saúde primária e de HIV
- Perceber as vantagens da integração
- Identificar os obstáculos à integração e propor as possíveis soluções

INTEGRAÇÃO DOS SERVIÇOS

- Integração significa a incorporação de aspectos de 2 ou mais serviços num único serviço conjunto e coordenado.
- Implica a oferta de PF em todos serviços de cuidados primarios (incluindo HIV) na mesma unidade, com o provedor de cada um dos serviços a incitar activamente os utentes a acederem aos outros serviços na mesma consulta.
- Se os serviços não forem disponibilizados na mesma sala, é necessário uma referência reforçada e eficaz
- A integração dos programas de HIV e de PF exige a coordenação entre os gestores, supervisores e provedores de ambos os serviços.
- O aconselhamento integrado é um essencial dos programas e serviços integrados.
- Os potenciais pontos de entrada para a integração são: ATS, TIO, TARV, Triagem, CPN (incluindo PTV), maternidade, CPP, CCS e CCR

POTENCIAIS PONTOS DE ENTRADA PARA A INTEGRAÇÃO DO PF NOS SERVIÇOS DE CUIDADOS PRIMÁRIOS

PONTOS DE ENTRADA	ESTRATÉGIAS POTENCIAIS
Cuidados pré-natais	**NA UNIDADE SANITÁRIA** • Sessões de educação em grupo nas salas de espera • Vídeos educativos nas salas de espera • Aconselhamento individual • Encaminhamento a serviços de ATs/HIV • Material de apoio para o pessoal de CPN **NA COMUNIDADE** • Trabalhadores da saúde comunitária aconselham as grávidas sobre o PF • Parcerias com parteiras tradicionais e Agentes comunitários de saúde
Casa de espera para Mulher grávida	• Sessões de aconselhamento em grupo e individual • Discussão de sobre mitos e práticas que objectam ao PF eficaz • Oportinidade de desafio/convite para serem mães modelo para a actividade de Educação de pares
Maternidade (Salas de espera, de Parto e do puerpério)	• Aconselhamento na cama antes e depois do parto para garantir que todas as mulheres saiam da maternidade com um método de PF escolhido • Material de apoio para o pessoal da maternidade
Cuidados pós-natais	• Sessões de educação em grupo nas salas de espera • Vídeos educativos nas salas de espera • Aconselhamento individual sobre PF/HIV • Material de apoio para o pessoal
Imunização dos menores de 5 anos na clínica	• Sessões de educação em grupo nas salas de espera • Vídeos educativos nas salas de espera • Aconselhamento individual sobre PF/HIV • Encaminhamento a serviços de AT/HIV • Material de apoio para o pessoal
Departamento Ambulatório/Triagem	** importante ponto de entrada para alcançar os homens com mensagens de planeamento familiar* • Sessões de educação em grupo nas salas de espera • Vídeos educativos nas salas de espera • Aconselhamento individual sobre PF/HIV • Encaminhamento a serviços de AT/HIV • Material de apoio para o pessoal
Cuidados pós-aborto	• Aconselhamento na cama e provisão de métodos de PF no local (no mesmo sítio em que se prestam cuidados pós-aborto) • Material de apoio para o pessoal
Brigadas móveis	• Sessões de educação em grupo • Aconselhamento individual sobre PF/HIV

** O envolvimento dos líderes comunitários, religiosos e tradicionais, e das mulheres idosas ao nível comunitário será essencial para aumentar a adopção dos serviços de PF.*

VANTAGENS DA INTEGRAÇÃO PF/CUIDADOS PRIMÁRIOS

A maioria das mulheres vai sozinhas à consulta de PF porque:
- Estão à procura de um teste de gravidez ou aconselhamento sobre a interrupção da gravidez
- já estão grávidas ou
- receiam que estejam grávidas

Neste sentido, as **vantages da integração do PF/Cuidados Primários**
- Permite aumentar a demanda por serviços de PF de qualidade através da divulgação destes serviços do e aconselhamento
- Aumentar e diversificar a oferta de PF em outros serviços de saúde primária (triagem, maternidade, cuidados pos-aborto, etc)
- Cria oportunidade de contracepção segura, eficaz e imediata no pós-parto e pós-aborto
- Diminui as actuais percas de oportunidade para a mulher ser aconselhada em PF
- Promover o envolvimento do Homem

Além disso, deve-se ressaltar **as vantagens da Integração do PF/Maternidade**
- A maioria das mulheres não vem ao controlo pós-natal
- A clínica de vacinação infantil está tão ocupada que fica difícil prover serviços de PF enquanto se dão as vacinas
- Muitos métodos são seguros e eficazes para o uso imediato pós-parto
- Uma oportunidade para conseguir o espaçamento apropriado de filhos de forma eficaz

VANTAGENS DA INTEGRAÇÃO PF/HIV

- Suprir todas as necessidades dos utentes na mesma visita à US.
- Oferecer serviços de PF aos utentes sexualmente activos que procuram os serviços ATS, PTV e TARV
- Promover orientação segura de contracepção e planeamento familiar às PVHIV, levando em conta o esquema de TARV com destaque para os métodos de dupla protecção.
- Aumentar oportunidades de atrair utentes do ATS que normalmente não recorreriam de outra forma aos serviços de PF.
- Evitar a gravidez indesejada em mulheres em TARV sexualmente activas
- Rentabilizar os recursos económicos e humanos. O custo da criação de serviços integrados é inferior, devido às semelhanças entre os serviços de PF e HIV;
- Os provedores de serviços HIV já estão formados no aconselhamento sobre saúde reprodutiva, competências essenciais para as conversas sobre PF.
- Os provedores de serviços HIV já estão formados na prestação de serviços especializados a PVHIV e estão familiarizados com aspectos como os protocolos comuns de tratamento, a privacidade e a redução da estigma.

OBSTÁCULOS À INTEGRAÇÃO

- A criação de serviços adicionais pode exigir no início recursos financeiros;
- Pode no início sobrecarregar o pessoal – escassez de tempo do pessoal;
- Pode no início aumentar o tempo de espera dos utentes;
- Necessita de formação adicional;
- Os provedores sem formação clínica podem sentir-se intimidados ao debater os métodos de contracepção e o seu modo de funcionamento;
- Necessita de outro tipo de registos;

- Os serviços de PF e HIV são frequentemente implementados e subsidiados por programas diferentes
- Falta de métodos contraceptivos;
- Estigmatização em torno do HIV e do uso do preservativo;
- Preconceitos dos provedores contra o fornecimento de contracepção a certos tipos de utentes (p. ex. casais solteiros ou recém-casados, adolescentes);
- Os provedores podem sentir desconforto em propor métodos de contracepção a pessoas HIV-positivas se acharem que tais utentes se devem abster de actividade sexual. Por outro lado, podem não se sentir à vontade para falar da decisão de utentes HIV-positivos de terem filhos. Isso pode levá-los a apenas analisarem a abstinência ou a utilização de preservativo para prevenir o HIV, em vez de debaterem a utilização de contraceptivos ou de métodos de dupla protecção.
- Os provedores de PTV contactam com mulheres grávidas, que podem não estar a pensar em contracepção;
- Os provedores de TARV podem estar demasiado sobrecarregados com utentes muito doentes para disporem de tempo para falar de PF;
- Os utentes e os supervisores/gestores podem não estar direccionados para as vantagens da integração.

ENFRENTAR OS OBSTÁCULOS

- Os serviços de TARV já estão instaladas e os seus provedores já estão formados para o aconselhamento, o que torna mais fácil a integração;
- Aconselhar simultaneamente sobre HIV e PF não toma o dobro do tempo ao pessoal, uma vez que ambos são tratados ao mesmo tempo. Mas se 2 provedores diferentes tratarem ambos os assuntos separadamente, o tempo demorado e o custo será o dobro da perspectiva do programa;
- Embora o tempo de espera dos utentes possam sofrer um aumento relativo em relação ao serviço único (p. ex. PF ou TARV), de facto no total poupa-se tempo ao utente, uma vez que não tem de ir a 2 serviços diferentes e por duas vezes esperar pela sua vez;
- Os provedores em HIV já têm formação em competências de aconselhamento (p. ex. confidencialidade e promoção sanitária) que podem ser aplicadas ao aconselhamento PF. Só haverá formação adicional em métodos e princípios de contracepção, incluindo a importância e segurança da contracepção para PVHIV;
- A prática e a formação adequada reduzem os receios e os preconceitos.
- As opções de contracepção (preservativos, pílulas e injectáveis) serão disponibilizadas nas unidades sanitáriasde HIV.
- A formação actual em aconselhamento sobre PF para provedores de serviços HIV visa contrariar as atitudes, os valores e as crenças negativos em relação ao PF.
- Embora possam existir problemas específicos a determinadas unidades de disponibilização de serviços, o empenho dos gestores e supervisores pode enfrentá-los, através de reuniões do pessoal e da resolução interna de problemas.

CAPÍTULO 4 - MÉTODOS DE PLANEAMENTO FAMILIAR

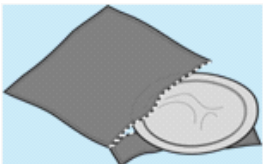
TÓPICOS:

PRESERVATIVO MASCULINO
PRESERVATIVO FEMININO
CONTRACEPTIVOS ORAIS COMBINADOS (COCs)
PÍLULAS SÓ DE PROGESTÓGENO (PSPs)
INJETÁVEIS SÓ DE PROGESTÓGENO
PÍLULAS ANTICONCEPCIONAIS DE EMERGÊNCIA (PAES)
IMPLANTES
DUPLA PROTECÇÃO
LAQUEAÇÃO DE TROMPAS
VASECTOMIA
MÉTODO DE AMENORRÉIA LACTACIONAL
MÉTODOS BASEADOS NA PERCEPÇÃO DA FERTILIDADE
DISPOSITIVO INTRAUTERINO COM COBRE (DIU)

OBJECTIVOS:

- **Até o fim do capítulo, os participantes devem ser capazes de saber:**
- Os métodos de Planeamento familiar
- Características/mecanismo de acção d e cada método
- Eficácia de cada método
- Vantagens e desvantagens d e cada método
- Indicações e contraindicações de cada método
- Possíveis efeitos secundários de cada método
- Mitos e crenças de cada método e como desfazer esses mitos ou crenças.
- Descrever a prática recomendada para prevenção de infecções, para minimiar os riscos para a utente e provedora
- Discutir o momento ideal/indicações para inserção e remoção do DIU
- Providenciar o seguimento e manejo das usuárias de DIU, incluindo o manejo apropriado para os feitos colaterais mais comuns e referência das complicações
- Demonstrar a inserção e remoção do DIU

PRESERVATIVO MASCULINO



Conceito: O preservativo masculino é uma película fina, normalmente feita de borracha (látex) que se introduz no pénis erecto antes das relações sexuais.

Modo de acção: Funciona formando uma barreira que mantém os espermatozóides fora da vagina, prevenindo a gravidez e as ITS. Assim,também impede que infecções existentes no sêmen, no pénis ou na vagina sejam contraídas pelo outro parceiro.

VANTAGENS E DESVANTAGENS

VANTAGEM	DESVANTAGEM
• Seguro • Previne tanto a gravidez como as ITS/HIV (se usado constante e correctamente) • Eficácia de 99% • Fácil de iniciar e de interromper • Não afecta a fertilidade • Praticamente não tem efeitos secundários; em casos raros, podem surgir reacções alérgicas ao látex (usado na maioria dos preservativos masculinos).	• Necessita de motivação para ser usado constante e correctamente • Necessita de cooperação entre os parceiros • Tem de ser usado um preservativo novo em cada relação sexual. Não pode ser reutilizado • Não reduz a sensação/prazer sexual • Exige armazenamento adequado e reabastecimento (os utentes têm de já ter em seu poder um fornecimento seguro e suficiente de preservativos antes de necessitarem deles.)

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 ou ao rompimento da camisinha.

Proteção contra gravidez:

- Em uso comum, ocorrem cerca de 15 gravidezes por 100 mulheres cujos parceiros usam preservativos masculinos ao longo do primeiro ano.
- Quando usados corretamente em cada relação sexual, ocorrem cerca de 2 gravidezes por 100 mulheres cujos parceiros usam preservativos no primeiro ano.

Proteção contra o HIV e outras ITS:

- Os preservativos quando usados de modo consistente e correto:
    - Protegem contra ITS disseminadas pelo contacto com o sêmen, tais como o HIV, gonorréia e clamídia.
    - Protegem contra ITS disseminadas por contato de pele com pele, tais como herpes e o papilomavirus humano.
    - Previnem de 80% a 95% a transmissão do HIV que aconteceria se não fossem usados.

Os preservativos são o único método de contracepção que também proporciona protecção contra as ITS, incluindo o HIV.

Os preservativos só são eficazes se forem usados adequadamente sempre que se tenham

COMO SE USA O PRESERVATIVO MASCULINO ?

5 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 contato físico, coloque o preservativo na ponta do pénis erecto com o lado enrolado para fora	Para maior proteção, coloque o preservativo antes que o pénis tenha algum contacto genital, oral ou anal.
3. Desenrole o preservativo totalmente até a base do pénis erecto	O preservativo deve ser desenrolado com facilidade
4. Imediatamente após a ejaculação, segure a borda do preservativo no lugar e retire o pénis enquanto o mesmo ainda está erecto	Retire o. Deslize o preservativo para fora, evitando que o sémen respingue.
5. Jogue fora o preservativo usado de modo seguro	Embrulhe o preservativo em sua embalagem e deite-o no lixo ou na latrina

PRESERVATIVO FEMININO

Conceito: O preservativo feminino é uma bolsa de plástico (poliuretano) fina, suave e folgada que forra a vagina.

Possui dois anéis flexíveis:

- Um anel interior na ponta fechada, que se usa para inserir o dispositivo na vagina e para o manter no lugar;
- Um anel externo que fica fora da vagina e que cobre os órgãos genitais externos.

Importante: *O dispositivo é feito de poliuretano. Os preservativos femininos podem ser usados com qualquer tipo de lubrificantes (à base de óleos ou de água) sem se romperem.*

VANTAGENS E DESVANTAGENS

VANTAGEM	DESVANTAGEM
• Seguro Controlado pela mulher • Não interfere com o coito; • Pode ser colocado até 8 horas antes da relação sexual • Previne tanto a gravidez como as ITS/HIV (se usado constante e correctamente) • Confere protecção adicional aos órgãos genitais externos • Método mais susceptível de um uso incorrecto e, neste sentido sua eficácia pode ser menor que outros métodos na prevenção da gravidez • Fácil de iniciar e de interromper • Não afecta a fertilidade • Não há efeitos secundários conhecidos para o preservativo feminino • Mais confortável para os homens em relação ao uso do preservativo masculino	• Necessita de motivação para ser usado constante e correctamente • Necessita de cooperação entre os parceiros • Tem de ser usado um preservativo novo em cada relação sexual. Não pode ser reutilizado • Não reduz a sensação/prazer sexual • Exige armazenamento adequado e reabastecimento (os utentes têm de já ter em seu poder um fornecimento seguro e suficiente de preservativos antes de necessitarem deles.)

Nota: *NUNCA utilizar simultaneamente preservativo masculino e preservativo feminino. Quando ambos os tipos são usados conjuntamente, a fricção aumenta, fazendo com que ambos os preservativos se possam romper.*

EFICÁCIA DO PRESERVATIVO FEMININO

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 incorreto, por escorregarem ou se romperem.

Proteção contra gravidez:

Em uso comum, ocorrem cerca de 21 gravidezes por 100 mulheres que utilizam preservativos femininos no primeiro ano

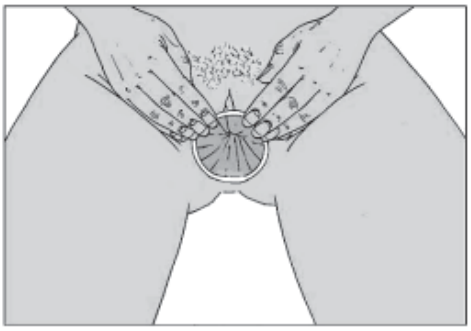
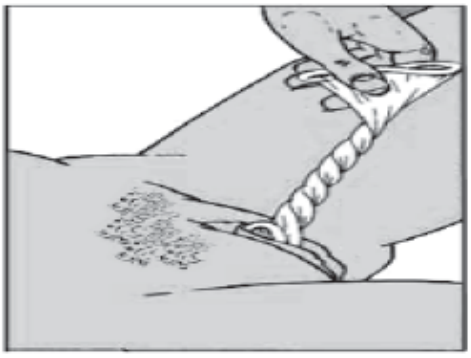
Quando usado de forma correta em cada relação sexual, ocorrem cerca de 5 gravidezes por 100 mulheres que utilizam preservativos femininos no primeiro ano.

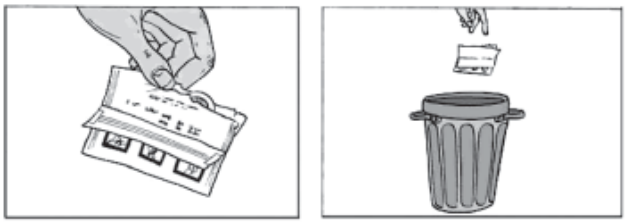
Proteção contra o HIV e outras ITS:

Os preservativos femininos reduzem o risco de infecção por ITS inclusive o HIV, quando usados corretamente em toda relação sexual.

- São usados por casais casados. Não se destinam exclusivamente ao uso fora do casamento
- Não são difíceis de utilizar, mas o uso correto precisa ser aprendido
- Não provocam doença numa mulher porque impedem o sêmen ou o esperma de entrarem no corpo dela.

COMO SE USA O PRESERVATIVO FEMININO ?

PASSOS BÁSICOS	DETALHES IMPORTANTES
1.Use um preservativo feminino novo em cada relação sexual	• Verifique a embalagem do preservativo. Não utilize caso esteja rasgada ou danificada. Evite usar um preservativo após sua data de validade-só faça isso se não houver preservativos mais novos disponíveis. • Se possível, lave as suas mãos com sabão neutro e água limpa antes de colocar o preservativo.
2. Antes de qualquer contato físico, coloque o preservativo na vagina	• Pode ser colocado até 8 horas antes do sexo. Para obter maior protecção, coloque o preservativo antes que o pénis entre em contacto com a vagina. • Escolha uma posição que seja confortável para a colocação - agache, levante uma perna, sente-se ou deite-se. • Esfregue os lados do preservativo feminino um no outro para espalhar o lubrificante de maneira uniforme. • Segure com força o anel na ponta fechada e comprima-o de modo que fique alongado e estreito. • Com a outra mão, separe os lábios externos e localize a abertura da vagina. • Pressione suavemente o anel interno para dentro da vagina tanto quanto conseguir. Insira um dedo no preservativo para empurrá-lo até se encaixar. Cerca de 2 a 3 centímetros do preservativo e do anel externo ficarão fora da vagina.
3. Certifique-se de que o pénis entre no preservativo e permaneça dentro dele 	• O homem ou a mulher devem guiar cuidadosamente a ponta do pénis dele para dentro do preservativo-não entre o preservativo e a parede da vagina. • Se o pénis dele sair do preservativo, retire e tente novamente. • Caso o preservativo, por acidente, seja puxado para fora da vagina ou empurrado para dentro durante o sexo, recoloque o preservativo no lugar.
4. Depois do homem tirar o pénis, segure o anel externo do preservativo, torça-o para vedar os fluídos lá dentro e suavemente puxe-o para fora da vagina 	• O preservativo feminino não precisa ser retirado imediatamente após o sexo. • Remova o preservativo antes de ficar de pé para evitar espirrar o sêmen. • Se o casal for fazer sexo novamente, devem utilizar um novo preservativo. • Não se recomenda reaproveitar preservativos femininos

5. Deite o preservativo usado fora de forma segura 	• Envolva o preservativo em sua embalagem e jogue-o no lixo ou latrina. Não deite o preservativo numa privada, pois pode causar problemas no encanamento.

DESFAZENDO MITOS

Como desfazer:
- 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 possa passar
- Não estão ligados ao HIV
- Não provocam doença na mulher porque impedem o sêmen ou espermatozóide de entrar em seu corpo.
- Não causam doença no homem porque o sêmen "Ficaca retido
- São usados por casais casados. Não se destinam exclusivamente ao uso fora do casamento
- Não são difíceis de utilizar, mas o uso correto precisa ser aprendido
- Não provocam doença numa mulher porque impedem o sêmen ou o esperma de entrarem no corpo dela.

Lembre-se sempre que:
Colocar no pénis um preservativo novo para cada relação sexual.
Os lubrificantes à base de óleos não devem ser usados com os preservativos masculinos de látex, uma vez que fazem com que estes se rompam. Os utentes não devem usar como lubrificante qualquer das seguintes substâncias: óleos como os de cozinha ou para bebé), vaselina, loções/cremes ou manteiga/margarina. É seguro utilizar lubrificantes à base de água, de silicone ou de glicerina, ou a saliva.
Se o preservativo se romper em algum momento durante a relação, retirar o pénis imediatamente e colocar outro novo.
Não é necessário utilizar mais de um preservativo ao mesmo tempo.
Deve-se guardar os preservativos em locais frescos, escuros e secos, se possível. O calor, a luz e a humidade podem danificar os preservativos. É errado guardar preservativos na carteira.Manter os preservativos ao abrigo da luz solar directa.

CONTRACEPTIVOS ORAIS COMBINADOS (COCS)

Conceito:
COC's são pílulas que contêm baixas doses de dois hormônios—um progestógeno e um estrógeno—similares aos hormônios naturais progesterona e estrógenio existentes no corpo da mulher.

Mecanismo de Acção:
Funcionam basicamente impedindo a liberação de óvulos pelos ovários (ovulação) por espessamento da mucosa cervical (fluido viscoso do interior do colo do útero que impede a entrada do esperma e das bactérias).

Tipos de COC´s
Há 2 tipos de embalagens de pílulas.
Algumas contêm 28 pílulas. Nelas, 21 pílulas são "activas" e têm hormonas, enquanto as outras 7 são pílulas de "lembrança" (sal ferroso), que não integram hormonas. As outras embalagens só trazem 21 pílulas "activas"

Eficácia

A efcácia depende da usuária: o risco de gravidez é maior quando uma mulher começa uma nova cartela de pílulascom três ou mais dias de atraso ou deixa de tomar três ou mais pílulas perto do início ou do fim de uma cartela.

Em uso comum, ocorrem cerca de oito gravidezes para 100 mulheres que utilizam COCs no primeiro ano. Quando não há erros na ingestão das pílulas, ocorre menos de uma gravidez em 100 mulheres utilizando COCs no primeiro ano (3 por 1.000 mulheres).

VANTAGENS E DESVANTAGENS DOS COC´S

VANTAGEM	DESVANTAGEM
• Seguros e muito eficazes em utilização constante e correcta • Reversíveis, rápido regresso à fertilidade • Não interferem com o coito • Fácil cessação da utilização • Com efeitos não contraceptivos vantajosos • Menor fluxo menstrual • Menos dores menstruais • Protecção contra anemias e doença fibroquística da mama • Ciclos menstruais regulares • Protecção contra a gravidez ectópica, os quistos dos ovários e a doença inflamatória pélvica sintomática • Retorno rápido da fertilidade após a interrupção dos COCs	• Exigem utilização diária • Enjoo, vómitos • Mudanças em peso, para algumas mulheres • Não reduz a sensação/prazer sexual • Alteração do fluxo menstrual • Perdas de sangue ao longo dos primeiros cicios • Alteração da tensão e sensibilidade mamárias • Podem surgir: Dores de cabeça, tonturas, náuseas, mastalgia, mudanças de humor, aumento de peso • Podem surgir: Sangramentos ou perdas uterinas anormais entre os períodos menstruais, por vezes amenorreia • A utilização incorrecta é frequente (é fácil esquecermo-nos de tomar uma pílula) • Exigem que a utente tenha quantidade suficiente em seu poder para que durem enquanto necessitar, o que pode implicar que ela regresse à unidade sanitária para se reabastecer • Não protegem contra ITS, incluindo o HIV

QUEM PODE TOMAR OS COC's.

Uma mulher pode começar a tomar os COC's a qualquer momento que desejar caso haja certeza de que ela não está grávida. Praticamente todas as mulheres podem utilizar COC's com segurança e eficácia, incluíndo-se entre elas:

- Tenham ou não tido Filhos
- Sejam ou não casadas.
- De qualquer idade, inclusive adolescentes e mulheres acima dos 40 anos.
- Tenham acabado de passar por um aborto, inclusive 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, estejam ou não em terapia anti-retroviral

QUEM NÃO PODE USAR COC's

- Geralmente, uma mulher que apresente qualquer um dos fatores relacionados abaixo não deveria utilizar COCs. Em circunstâncias especiais, entretanto, quando outros métodos, mais apropriados, não estiverem disponíveis ou sejam aceitáveis para ela, um profssional de saúde qualifcado – em condições de avaliar cuidadosamente a situação e as condições específicas de uma mulher – poderá decidir quanto ao uso de COCs. O profssional de saúde deve levar em consideração a gravidade de sua condição e, na maioria das situações, se ela terá acesso a acompanhamento.

- Não amamentando e a menos de 3 semanas após o parto (associado a maior risco trombogénico)
- Amamentando basicamente entre 6 semanas e 6 meses após o parto (por poderem reduzir a produção de leite).
- Tem idade de 35 anos ou mais e fuma cigarros
- Pressão arterial alta (pressão sistólica maior que 140 mmHg ou pressão diastólica maior que 90 e mm Hg)
- Histórico de alta pressão arterial, onde a pressão arterial não possa ser medida (inclusive pressão alta associada à gravidez)
- Cirrose moderada do fígado ou antecedente de icterícia ao utilizar COCs no passado
- Doença da vesícula biliar
- Tem idade de 35 anos ou mais e tem dores de cabeça com enxaqueca sem aura
- Teve câncer de mama há mais de 5 anos e não retornou
- Está tomando barbitúricos, carbamazepina, oxcarbazepina, fenitoína, primidona, topiramato ou rifampicina. Deve-se utilizar um método de apoio porque estes medicamentos reduzem a eficácia dos COCs
- Tem diabetes há mais de 20 anos ou danos às artérias, visão, rins ou sistema nervoso causados por diabetes
- Múltiplos fatores de risco para doença cardiovascular arterial tais como idade avançada, fumo, diabete e pressão arterial alta

COMO USAR OS COC's

SITUAÇÃO DA MULHER	QUANDO COMEÇAR
Tem ciclos menstruais ou está mudando de um método não-hormonal	A qualquer momento do mês: • Se ela estiver começando até cinco dias após o início de sua menstruação, não há necessidade de usar um método de apoio. • Se estiver a mais de cinco dias após o inicio de sua menstruação, ela pode começar a tomar a qualquer momento caso se tenha certeza de que ela não está grávida. Ela precisará de um método de apoio durante os primeiros sete dias da ingestão das pílulas. • Se ela estiver mudando de DIU, ela poderá tomar COC's imediatamente (ver DIU com Cobre, Mudando do DIU para Outro Método)
Mudança de um método hormonal para outro.	• Imediatamente, caso ela esteja usando o método hormonal de forma consistente e correta ou haja certeza razoável de que ela não está grávida. Não há necessidade de esperar até sua próxima menstruação. • Se ela estiver mudando de injetáveis, ela poderá começar a tomar COC's quando a injeção de repetição já tiver sido dada. Não há necessidade de método de apoio.
Amamentando de forma exclusiva e menos de seis meses após o parto	• Começar a tomá-los seis meses depois do parto ou quando o leite materno já não for mais o alimento principal do bébé—o que acontecer primeiro.
Amamentando de forma exclusiva e com mais de 6 semanas após o parto.	• Se a menstruação dela não tiver retornado, ela Poderá começar a tomar COC's a qualquer momento em que se tenha certeza de que ela não está grávida. Ela precisará de um método de apoio nos primeiros 7 dias de ingestão das pílulas. • Se a menstruação dela tiver retornado, ela poderá começar a tomar COC's tal como aconselhado para mulheres que apresentem ciclos menstruais.

Amamentando parcialmente e com menos de 6 semanas após o parto.	• Começar a tomálas 6 semanas após o parto.Forneça-lhe também um método de apoio para ser usado até 6 semanas desde o parto caso sua menstruação retorne antes deste período.
Amamentando parcialmente e com mais de 6 semanas após o parto.	• Se a menstruação dela não tiver retornado, ela poderá começar a tomar COC's a qualquer momento em que se tiver certeza de que ela não está grávida. Se sua menstruação tiver retornado, ela poderá começar a tomar COC's tal como aconselhado para mulheres que presentem ciclos menstruais.
Não amamentando com menos de 4 semanas após o parto.	• Começar a tomar COC's a qualquer momento do 21º ao 28º dia após o parto.A qualquer momento para que as mesmas sejam ingeridas durantes estes 7 dias. Não há necessidade de um método de apoio.
Não amamentando e com mais de quatro semanas após o parto.	• Se a menstruação dela não tiver retornado, ela poderá iniciar os COC's a qualquer momento se houver certeza que ela não está grávida. • Ela precisará de um método de apoio nos primeiros sete dias de ingestão das pílulas. • Se a menstruação tiver retornado, ela poderá tomar COC's tal como aconselhado para mulheres que apresentem ciclos menstruais.
Ausência de menstruação (não relacionado a parto ou amamentação)	• A qualquer momento desde que tenha certeza que ela não está grávida. Ela precisará de um método de apoio nos primeiros sete dias de ingestão das pílulas.
Após aborto, espontâneo ou induzido.	• Imediatamente, caso ela esteja começando após sete dias depois de um aborto espontâneo ou induzido, no primeiro ou segundo trimestres. Não há necessidade de um método de apoio. • Se for mais de sete dias após aborto, espontâneo ou não, no primeiro ou segundo trimestre, ela poderá começar a tomar COC's a qualquer momento caso se tenha certeza razoável que ela não está grávida. Ela precisará de um método de apoio nos primeiros sete dias da ingestão de pílulas.

Depois de tomar pílulas anticoncepcionais de emergência (PAEs)	• No dia em que parar de tomar PAEs. Não há necessidade de esperar sua próxima menstruação para começar a tomar pílulas. • Uma nova usuária de COC deve começar uma nova cartela de pílulas. • Uma usuária regular que precisou tomar PAEs devido a erros na ingestão das pílulas poderá continuar onde parou na cartela atual. • Todas as mulheres precisarão de um método de apoio nos primeiros sete dias de ingestão das pílulas.

POSSÍVEIS EFEITOS SECUNDÁRIOS DOS COC'S (GERALMENTE INDICAM PROBLEMAS DE SAÚDE GRAVE)

Os efeitos secundários são muito raros. A maioria das mulheres usa os COC's com sucesso, após devidamente aconselhadas quanto à forma da sua utilização e os potenciais efeitos secundários.
Continue tomando os COCs. Deixar de tomar as pílulas oferece risco de gravidez e pode agravar alguns efeitos colaterais.

Não menstruais: Dores de cabeça, tonturas, nostalgia, mudanças de humor, aumento de peso.
Menstruais: sangramento com perdas uterinas anormais, entre os períodos menstruais, por vezes amenorreia.

Explique o que fazer caso ocorram efeitos colaterais:
- Continue tomando os COC's. deixar de tomar pílulas oferece risco de gravidez e pode agravar alguns efeitos colaterais.
- Tome cada pílula no mesmo horário todos os dias para ajudar a reduzir o sangramento irregular e também ajudar a lembrar-se de tomá-las.
- Tome as pílulas com algum alimento ou na hora de dormir para ajudar a evitar náusea.
- A utente poderá retornar ao serviço para obter ajuda caso os efeitos colaterais a perturbem

PARA LEMBRAR

As pílulas têm de ser tomadas todos os dias para serem eficazes. Muitas mulheres podem não as tomar correctamente e arriscam-se a ficar grávidas.

As COCs são ligeiramente menos eficaz em pacientes em Terapia antiretroviral – TARV (NVP ou ritonavir)

A rifampicina (usada para o tratamento de TB) diminui a eficacia das pilulas e implantes. Outros antibióticos não tem este efeito.

O uso correcto do método (tomar a pílula todos os dias e à mesma hora) e o uso de preservativos ajuda a reforçar a contracepção.

DESFAZENDO MITOS

OS COC'S:

- Não se acumulam no corpo da mulher.
- As mulheres não precisam de um "descanso" extra além da semana de pausa entre as cartelas.
- Devem ser tomados diariamente, independente da mulher ter feito ou não sexo naquele dia.
- Não tornam a mulher infértil.
- Não provocam defeitos (ou malformações) de nascença ou múltiplos nascimentos.
- Não alteram o comportamento sexual da mulher.
- Não se acumula no estômago. Ao contrário, a pílula se dissolve a cada dia.
- Não se acumulam na na barriga da mulher e em nehuma outra parte do corpo dela

O QUE FAZER SE UMA MULHER SE ESQUECEU DE TOMAR COC´S?

1. Deixou de tomar 1 ou 2 pílulas? Começou a Tomar uma nova cartela com 1 ou 2 dias de atraso?

- Tome uma pílula hormonal assim que possível.
- Há pouco ou nenhum risco de gravidez.

2. Deixou de tomar 3 ou mais pílulas na primeira ou segunda semana? Começou uma nova cartela com 3 ou mais dias de atraso?

- Tome uma pílula hormonal assim que possível
- Utilize um método de apoio nos próximos sete dias
- Além disso, caso ela tenha feito sexo nos últimos cinco dias, poderá considerar a possibilidade de tomar PAE

3. Deixou de tomar 3 ou mais pílulas na terceira semana?

- Tome uma pílula hormonal assim que possível.
- Termine todas as pílulas hormonais da cartela
- Jogue fora as 7 pílulas não-hormonais de uma cartela de 28 pílulas
- Inicie uma nova cartela no dia seguinte
- Utilize um método de apoio nos próximos 7 dias
- Além disso, caso ela tenha feito sexo nos últimos cinco dias, poderá considerar a possibilidade de tomar PAEs

4.Deixou de tomar alguma(s) pílula(s) não- hormonais? (As últimas sete pílulas de uma cartela de 28 pílulas)

- Descarte as pílulas não hormonais não tomadas
- Continue tomando COCs, um por dia. Comece a nova cartela como faz normalmente

PÍLULAS DE PROGESTÓGENO (PSPS) OU TAMBÉM CHAMADAS "MINI-PÍLULA

As PSPs contêm apenas uma hormona (progestina). As PSPs têm apenas metade a um décimo da progestina presente nos COCs. Não integram estrogénos. Impede a ovulação em cerca de metade dos ciclos menstruais. Provocam o espessamento da mucosa cervical, dificultando a passagem do esperma.

VANTAGENS E DESVANTAGENS DOS PSP´S

VANTAGEM	DESVANTAGEM
• Tomadas continuamente (sem intervalo sem hormonas). • São o melhor contraceptivo oral para as mulheres que amamentem. Não reduzem a quantidade nem a qualidade do leite, por não conterem estrogénos. • Não possuem os efeitos secundários e complicações relacionados com os estrogénos, como coágulos sanguíneos. • Muito eficazes quando tomadas como contraceptivo de emergência. • Retorno rápido da fertilidade após a interrupção do uso de PSPs.	• Se as PSPs forem usadas por mulheres que não estejam a amamentar, podem sofrer sangramento vaginal, períodos excepcionalmente irregulares e sangramentos entre os períodos menstruais. • O sucesso de um programa que proponha PSPs depende do aconselhamento antecipado das mulheres sobre possíveis alterações menstruais. • Têm de ser tomadas todos os dias aproximadamente à me ma hora (mais ou menos 3 horas). • Não protegem contra ITS, incluindo o HIV.

EFICÁCIA DAS PSPs

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.

É menor em mulheres que não estejam amamentando:

Em uso comum ocorrem cerca de 3 a 10 gravidezes para 100 mulheres utilizando PSPs durante o primeiro ano. 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).

Mulheres amamentando:

Em uso comum ocorre cerca de 1 gravidez para 100 mulheres utilizando PSPs no primeiro ano.
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).

QUEM PODE TOMAR AS PSPS?

Uma mulher pode começar a tomar PSPs no momento em que desejar caso haja certeza de que ela não está grávida. Praticamente todas as mulheres podem utilizar PSPs de forma segura e eficaz, inclusive mulheres que:

- Estejam amamentando (iniciando a 6 semanas depois do parto)
- Já tiveram filhos ou não
- Não sejam casadas
- Sejam de qualquer idade, inclusive adolescentes e mulheres acima de 40 anos
- Acabaram de ter um aborto espontâneo ou induzido, ou uma gravidez ectópica
- Fumem cigarros, independente da idade da mulher ou do número de cigarros fumados
- Tenham anemia atualmente ou a tiveram no passado
- Tenham varizes
- Estejam infectadas com o HIV, estejam ou não em terapia antirretroviral

Importante: Incentive mulheres seropositivas a usarem preservativos juntamente com as PSPs. Quando usados de maneira consistente e correta, os preservativos ajudam a prevenir a transmissão do HIV e outras ITSs. Os preservativos também proporcionam proteção contraceptiva extra para mulheres em terapia ARV. Não está estabelecido se os medicamentos ARV reduzem a eficácia das PSPs.

QUEM NÃO DEVE TOMAR PSPs

- Geralmente, uma mulher que apresente qualquer um dos fatores relacionados abaixo não deveria uti-

lizar PSPs. Em circunstâncias especiais, entretanto, quando outros métodos, mais apropriados, não estiverem disponíveis ou sejam aceitáveis para ela, um profissional de saúde qualifi cado – em condições de avaliar cuidadosamente a situação e as condições específicas de uma mulher – poderá decidir quanto ao uso de PSPs. O profissional de saúde deve levar em consideração a gravidade de sua condição e, na maioria das situações, se a mulher terá acesso a acompanhamento.

- Amamentando e há menos de 6 semanas após o parto
- Existência atual de coágulo sanguíneo em veias profundas das pernas ou dos pulmões
- Teve câncer de mama há mais de 5 anos e o mesmo não retornou
- Tumor, infecção ou doença aguda no fígado
- Está tomando barbitúricos, carbamazepina, oxcarbazepina, fenitona, primidona, topiramato ou rifampicina. Deve-se também utilizar um método de apoio porque os medicamentos reduzem a eficácia das PSPs.

POSSÍVEIS EFEITOS SECUNDÁRIOS DAS PSPs (geralmente não indicam problemas de saúde)
A maioria das mulheres usa as PSPs com sucesso, após devidamente aconselhadas quanto à forma da sua utilização e aos potenciais efeitos secundários.

Não menstruais: Dores de cabeça, tonturas, náuseas, mudanças de humor (menos comuns/intensos que nos COC), dores abdominais

Menstruais: Aumento do sangramento e da frequência de perdas uterinas anormais entre os períodos menstruais, ciclos menstruais irregulares, amenorreia, e - no caso de mulheres amamentando - demora maior no retorno da menstruação após o parto (amenorréia pós-parto prolongada)

Efeitos colaterais não são sinais de doença. O aconselhamento sobre alterações na menstruação talvez seja a ajuda mais importante que uma mulher necessita para continuar utilizando o método. Explique o que fazer caso ocorram efeitos colaterais:

A maioria dos efeitos colaterais geralmente perde intensidade ou cessa nos primeiros meses de uso do PSPs. As mudanças de menstruação, entretanto, costumam persistir.
Continue tomando as PSPs. Deixar de tomar as pílulas oferece risco de gravidez.
Tome as pílulas com algum alimento ou na hora de dormir para ajudar a evitar náusea.
A cliente poderá retornar ao serviço para obter ajuda caso os efeitos colaterais a perturbem.

UTILIZAÇÃO DAS PSPs
É fácil se esquecer de tomar uma pílula ou tomá-la com atraso. As usuárias de PSP devem saber o que fazer caso se esqueçam de tomar alguma(s) pílula(s). Caso uma mulher atrase a ingestão de uma pílula em 3 horas ou mais ou esqueça completamente de tomar uma pílula, ela deverá seguir as instruções abaixo. No caso de mulheres amamentando, deixar ou não de tomar uma pílula a coloca em risco de gravidez dependendo da sua menstruação ter ou não retornado.

O que fazer quando se deixa de tomar alguma(s) pílula(s)

Mensagem principal
Tome uma pílula que se deixou de tomar assim que possível.
Continue tomando as pílulas como sempre, uma por dia. (Ela poderá tomar duas pílulas ao mesmo tempo ou no mesmo dia.)

Você fica menstruada regularmente?
Em caso afirmativo, ela também deverá utilizar um método de apoio (a abstinência, preservativos mascu-

linos ou femininos) nos próximos 2 dias.
Além disso, se ela fez sexo nos últimos 5 dias, poderá considerar a possibilidade de tomar pilula do dia seguinte.

Vômito ou diarréia aguda
Caso ela vomite duas horas depois de tomar uma pílula, ela deve tomar outra pílula da cartela assim que possível e depois voltar a tomar as pílulas normalmente.
Caso os vômitos ou diarréia continuem, siga as instruções sobre o que fazer quando se deixa de tomar alguma(s) pílula(s), anteriormente descrito.

DESFAZENDO MITOS
- Não fazem com que o leite de uma mulher amamentando seque totalmente.
- Devem ser ingeridas diariamente, independente da mulher ter feito sexo naquele dia.
- Não tornam a mulher estéril.
- Não provocam diarréia em bebes amamentando.
- Reduzem o risco de gravidez ectópica.

MÉTODOS INJECTÁVEIS

1.INJETÁVEIS SÓ DE PROGESTÓGENO
A fórmula mais vulgarmente disponível é o Acetato de medroxiprogesterona (Depo-Provera ou DMPA). Cada dose de 1 ml possui 150 mg de DMPA e é injectada a cada 3 meses. Em alguns países, também é vulgar o onantato de noretisterona (NET-EN). Cada dose contém 200 mg de NET-EN e é injectada a cada 2 meses. Os injetáveis só de progestógeno impedem a ovulação e provocam o espessamento da mucosa cervical (dificultando a penetração do esperma).

VANTAGENS E DESVANTAGENS DOS MÉTODOS INJECTÁVEIS

VANTAGEM	DESVANTAGEM
• Altamente eficazes • Fáceis de utilizar • Reversíveis, com algum atraso no retorno à fertilidade (a gravidez só ocorre em média quatro meses depois com a Depo e um mês mais tarde com o NET-EN). • Não afectam a quantidade e a qualidade do leite materno. • Protecção contra o cancro do endométrio, os fibromas uterinos e a gravidez ectópica. • Podem reduzir as crises falciformes em mulheres com anemia das células falciformes • Protecção contra a anemia por deficiência de ferro e a doença inflamatória pélvica sintomática.	• Têm efeitos secundários comuns • Não protegem contra ITS, incluindo o HIV • Podem dar :Alterações nos padrões de menstruação, Sangramento irregular , Sangramento prolongado, Ausência de menstruação ,Sangramento raro ou Sangramento irregular. • Podem surgir , Ganho de peso, Dores de cabeça , Tontura,Inchaço/desconforto no estômago ,Alterações no humor,Diminuição do desejo sexual

EFICÁCIA DOS INJETÁVEIS SÓ DE PROGESTÓGENO
A eficácia depende da regularidade na aplicação das injeções: o risco de gravidez é maior quando uma mulher deixa de tomar uma injeção.

Em uso comum, ocorrem cerca de 3 gravidezes por 100 mulheres que utilizam os injetáveis só de progestógeno no primeiro ano.

Quando as mulheres tomam as injeções no tempo certo, menos de 1 gravidez para 100 mulheres utilizando os injetáveis só de progestógeno durante o primeiro ano (3 por 1.000 mulheres).

QUEM PODE USAR INJETÁVEIS SÓ DE PROGESTÓGENO
Uma mulher pode começar a fazer injetáveis a qualquer momento em que quiser se houver certeza de que ela não está grávida. Praticamente todas as mulheres podem utilizar injetáveis só de progestogéno com segurança e eficácia, incluíndo-se entre ela às que:

- Tenham ou não filhos
- Sejam ou não 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 TARV

Importante: Incentive estas mulheres a utilizarem preservativos juntamente com os injetáveis só de progestógeno. Se usados de forma consistente e correta, os preservativos ajudam a prevenir a transmissão do HIV e outras ITSs.

QUEM NÃO DEVE USAR INJETÁVEIS SÓ DE PROGESTÓGENO
Uma mulher que apresente qualquer um dos fatores relacionados abaixo não deve utilizar injetáveis só de progestógeno. Em circunstâncias especiais, entretanto, quando outros métodos, mais apropriados, não estiverem disponíveis ou sejam aceitáveis para ela, um profissional de saúde qualificado que tenham condições de avaliar cuidadosamente a situação e as condições específicas de uma mulher poderá decidir quanto ao uso de injetáveis só de progestógeno. O professional de saúde precisa levar em consideração a gravidade da condição e, na maioria das situações, se ela terá acesso a um acompanhamento.

- Amamentando e há menos de 6 semanas após o parto
- Pressão arterial alta grave (sistólica de 160 mm Hg ou acima ou diastólica de 100 mm Hg ou acima)
- Existência atual de coágulo sanguíneo em veias profundas das pernas ou dos pulmões
- História ou existência atual de doença cardíaca devido a artérias bloqueadas ou estreitas (doença cardíaca isquêmica)
- História de derrame (acidente vascular cerebral -AVC)
- Múltiplos fatores de risco para doença cardiovascular arterial tais como diabetes e pressão alta
- Sangramento vaginal inexplicável antes da avaliação para possível problema subjacente grave
- Teve câncer de mama há mais de 5 anos e o mesmo não retornou
- Diabetes por mais de 20 anos ou danos às artérias, visão, rins ou ao sistema nervoso provado por diabetes
- Tumor, infecção ou doença aguda no fígado

UTILIZAÇÃO DOS INJETÁVEIS SÓ DE PROGESTÓGENO
Se a utente for elegível do ponto de vista médico e optar por injectáveis, o provedor deve dar-lhe uma injecção intra-muscular profunda na parte superior do braço ou na nádega, de acordo com as instruções da bula da embalagem (não friccionar depois). O hormônio é então liberado lentamente na corrente san-

guínea. Verificar o cumprimento dos procedimentos padrão para prevenção de infecções e pedir à utente que regresse 3 meses depois no caso de Depo-Provera ou 2 meses para o NET-EN para receber a próxima injecção, ou antes se tiver dúvidas ou preocupações.

* **Importante:** Dizer à paciente que ela se arrisca a engravidar se se atrasar (mais de 4 semanas para a Depo-Provera) a receber essa injecção. Até esse limite de atraso, ela poderá receber a injecção normalmente. Se o atraso for superior, só pode receber a próxima injecção se se tiver a certeza de que não se encontra grávida.

CONTRACEPÇÃO HORMONAL IMEDIATA PÓS-PARTO

A maioria das mulheres não vem ao controlo pós-parto na clínica.

A próxima vez que as verá é durante a vacinação infantil para menores de 5 anos
Posição da OMS sobre a contracepção imediata pós-parto com métodos que usam a progestina somente:

"A evidência directa de estudos clínicos não demonstra nenhum efeito dos métodos que usam a progestina somente no desempenho da amamentação e, em geral, não demonstra nenhuns efeitos prejudiciais de exposição através do leite materno em bebés com menos de 6 semanas de idade."

MÉTODOS QUE SÃO SEGUROS PARA O PERÍODO IMEDIATO PÓS-PARTO:

PSPs
Depo-Provera
Implantes (Jadelle)
DIU (taxa ligeiramente mais elevada de expulsão)

DESFAZENDO MITOS DOS INJETÁVEIS SÓ DE PROGESTÓGENO
Os injetáveis só de progestógeno:

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

PÍLULAS ANTICONCEPCIONAIS DE EMERGÊNCIA (PAES)

Podem ser usadas pelas mulheres para prevenir uma gravidez não planeada nos primeiros dias após uma relação sexual não protegida ou um acidente de contracepção (preservativo rompido, que tenha escorregado ou que tenha vertido).

CARACTERÍSTICAS DAS PAEs

As pílulas anticoncepcionais de emergência (PAEs) ajudam a prevenir a gravidez quando ingeridas até 5 dias (120 horas) após o sexo desprotegido. DEVEM SER TOMADAS O MAIS CEDO POSSÍVEL DEPOIS DO SEXO DESPROTEGIDO.

São pílulas que contêm somente progestógeno ou progestógeno e estrgénio juntos—hormônios semelhantes aos hormônios naturais progesterona e estrogénio existentes no corpo de uma mulher.

As pílulas anticoncepcionais de emergência (PAEs) são às vezes chamadas de "pílulas do dia seguinte" ou contraceptivos pós-coito.

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

Não protegem contra as ITS, inclusivamente contra o HIV (se a mulher tiver sido exposta a ITS ou ao HIV, tomar PAEs não tem qualquer efeito sobre a transmissão)

Retorno imediato da fertilidade após a ingestão de PAEs. Uma mulher pode engravidar imediatamente depois de tomar PAEs. A ingestão de PAEs previne só a gravidez que poderia ocorrer pelos actos sexuais que ocorreram nos 5 dias anteriores. Não protegerão a mulher de ficar grávida por actos sexuais praticados depois de ela ter tomado PAEs—nem mesmo no dia seguinte. Para permanecer protegida contra gravidez, as mulheres devem começar a fazer uso de outro método anticoncepcional imediatamente

EFICÁCIA DAS PAEs

Se 100 mulheres fizessem, cada uma, sexo uma vez durante a segunda ou terceira semana do ciclo menstrual sem utilizar método contraceptivo, 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.

A eficácia pode variar em função da rapidez com que a mulher possa ter acesso as PAEs após as relações sexuais.

INDICAÇÕES DE UTILIZAÇÃO DAS PAEs

- Quando não se usou nenhum contraceptivo
- Em casos de violação/estupro
- Quando existir acidente ou má utilização da contracepção. Especificamente:
    - Ruptura, deslizamento ou má utilização do preservativo
    - Expulsão do DIU
    - Três pílulas falhadas consecutivamente
    - Atraso na injecção de Depo igual ou superior a 4 semanas
    - Falha do comprimido espermicida ou película derretida antes do coito
    - Coito interrompido (retirada) falhado
- Não abstinência num dia fértil do ciclo em mulheres que usem o método do calendário

SEGURO E ADEQUADO PARA TODAS AS MULHERES

Não há necessidade de se realizar testes e exames para utilizar PAEs. Podem ser apropriadas por outras razões—especialmente no caso de sexo contra a vontade da mulher.

Todas as mulheres podem utilizar PAEs com segurança e eficácia, inclusive mulheres que não possam

fazer uso de métodos contraceptivos hormonais regulares. Devido à natureza de curto prazo do uso destas pílulas, não há situações clínicas que tornem as PAEs uma ameaça para qualquer mulher.

POSSÍVEIS EFEITOS SECUNDÁRIOS DAS PAEs

- Modificações na hemorragia menstrual, incluindo sangramento irregular durante 1 a 2 dias após a ECP, ou menstruação mensal a começar uns dias antes ou depois do esperado
- Na semana após tomarem PCE, algumas mulheres podem sentir dores de cabeça, tonturas, náuseas, vómitos, dor abdominal, cansaço/fadiga ou mastalgia
- Os efeitos colaterais não são sinais de doença.

* 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.

DESFAZENDO MITOS

As PAEs:

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.

UTILIZAÇÃO DAS PAEs

Há muitas opções que podem ser utilizadas como pílulas anticoncepcionais de emergência. Pílulas só de progestógeno e anticoncepcionais orais combinados todos podem atuar como contraceptivos de emergência.

Quais Pílulas Podem Ser Usadas Como Pílulas Anticoncepcionais de Emergência?

Um produto específico para PAE com o progestógeno levonorgestrel
Um produto específico para PAE com o estrógeno levonorgestrel
Pílulas só de progestógeno com levonorgestrel ou norgestrel (minipílula)
Contraceptivos orais combinados com estrógeno e um progestógeno— levonorgestrel, norgestrel ou norethindrone (também chamado de norethisterone)

INFORMAÇÕES SOBRE DOSAGEM DAS PAES

Produto especial só com levonorgestrel

- 1,5 mg de levonorgestrel em dose única.

Produto dedicado com estrógeno e progestógeno

- 0,1 mg de etinilestradiol + 0,5 mg de levonorgestrel. Prossiga com a mesma dose 12 depois.

Pílulas só de progestógeno com levonorgestrel ou norgestrel

- Pílulas de levonorgestrel: 1,5 mg de levonorgestrel em dose única.
- Pílulas de norgestrel: 3 mg de norgestrel em dose única.

Anticoncepcionais orais combinados (estrógeno progestógeno) contendo levonorgestrel, norgestrel ou noretindrona

- Pílulas de estrógeno e levonorgestrel: 0,1 mg de etinilestradiol + 0,5 mg levonorgestrel. Prossiga com a mesma dose 12 horas depois.
- Pílulas de estrógeno e norgestrel: 0,1 mg de etinilestra- diol + 1 mg de norgestrel. Prossiga com a mesma dose 12

Quando Tomá-las?
Assim que possível depois do sexo desprotegido. Quanto antes as PAEs forem ingeridas após o sexo desprotegido, mais efetivas serão para evitar a gravidez.
Podem prevenir a gravidez quando tomadas a qualquer momento até 5 dias (120 horas) após o sexo desprotegido.

Uso Posterior de Contracepção Regular
Não há necessidade de uma consulta de retorno rotineira. Contudo, assegure a cada cliente para que se sinta à vontade para voltar ao serviço quando quiser e também caso que ela ache que possa estar grávida, especialmente se ela não tiver sangramento mensal ou se sua próxima menstruação atrasar em mais de uma semana. Explique que as PAEs não a protegerão de engravidar em qualquer relação sexual futura—inclusive no dia seguinte. Discuta a necessidade e as opções existentes de prevenção contínua de gravidez e, se houver risco, de proteção contra ITSs inclusive o HIV.
Se ela não desejar iniciar um método contraceptivo agora, forneça-lhe preservativos ou anticoncepcionais orais e peça a ela para usá-los caso ela mude de idéia. Dê-lhe instruções sobre como utilizá-los. Convide-a a retornar a qualquer hora caso deseje conhecer outro método ou se surgirem dúvidas ou problemas.

DUPLA PROTECÇÃO
Dupla protecção define-se como sendo:
A utilização do preservativo mais um outro método para prevenir o HIV, as ITS e a gravidez. Quando usados de forma correcta e constante, os preservativos são muito eficazes nessa dupla prevenção.

A utilização da dupla protecção reduz:
- Os riscos de gravidez não planeada
- A transmissão do HIV entre os parceiros
- Os riscos de se adquirir outras ITS

A utilização da dupla protecção é particularmente importante para:
- Adolescentes sexualmente activos
- Homens que se coloquem e às parceiras em risco devido ao seu comportamento sexual
- Trabalhadora (o)s de sexo
- Homens ou mulheres em perigo devido ao comportamento sexual de alto risco dos seus parceiros
- Pessoas com ITS e/ou HIV e respectivos parceiros
- Pessoas sexualmente activas em ambientes em que a prevalência das ITS e/ou do HIV seja elevada

MÉTODO DE AMENORRÉIA LACTACIONAL (MAL)

CARACTERÍSTICAS DO MÉTODO DE AMENORRÉIA LACTACIONAL
É um método de planejamento familiar provisório baseado no efeito natural que a amamentação tem sobre a fertilidade. ("Lactacional" significa relativo à amamentação. "Amenorréia" significa ausência de menstruação.)
O método de amenorréia lactacional impõe 3 condições. Todas as 3 devem ser cumpridas:
Que a menstruação da mãe não tenha retornado
Que o bébé esteja sendo alimentado no peito de forma integral ou quase e que seja amamentado com dia.
Que o bébé tenha menos de 6 meses de idade
"Em amamentação integral" abrange tanto a amamentação exclusiva (o bébé não recebe nenhum outro líquido ou alimento, nem mesmo água, além do leite materno) quanto amamentação quase exclusiva (o bébé recebe vitaminas, água, suco ou outros nutrientes de vez em quando em adição ao leite materno).

"Em amamentação quase integral" significa que o bébé 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 de leite materno. Modo de acção: Funciona basicamente impedindo a liberação de óvulos pelos ovários (ovulação). A amamentação frequente impede temporariamente a liberação dos hormônios naturais que provocam a ovulação.

Desvantagem:
Nenhuma proteção contra as ITSs, incluindo HIV.
Vantagem:
Retorno da fertilidade após a interrupção do uso do Método de Amenorréia Lactacional
Depende do quanto a mulher continuar a amamentar.

AMAMENTAÇÃO FREQUENTE
Um padrão ideal é amamentar quando solicitado (isto é, na hora em que o bébé deseja ser alimentado) e no mínimo de 10 a 12 vezes por dia nas primeiras semanas após o parto e, a partir daí, 8 a 10 vezes por dia, inclusive pelo menos uma vez à noite nos primeiros meses.
As mamadas durante o dia não devem ser separadas por mais de 4 horas e as mamadas noturnas não mais do que 6 horas uma da outra.
Pode ser que alguns bébés não queiram mamar 8 a 10 vezes por dia e queiram dormir a noite inteira. Estes bébés podem precisar de um carinhoso incentivo para mamar com mais frequência.

EFICÁCIA DO MÉTODO DE AMENORRÉIA LACTACIONAL
A eficácia depende da usuária: o risco de gravidez é maior quando uma mulher não consegue amamentar de forma exclusiva ou quase o seu bébé.
Tal como comumente usado, ocorrem cerca de 2 gravidezes por 100 mulheres usando o Método de Amenorréia Lactacional nos primeiros 6 meses após o parto. Isto significa que 98 de cada 100 mulheres que recorrem ao Método de Amenorréia Lactacional não engravidarão.
Quando usado de forma correta, ocorre menos de 1 gravidez por 100 mulheres que usam o Método de Amenorréia Lactacional nos primeiros 6 meses após o parto.

QUANDO UMA MULHER PODE USAR O MÉTODO DE AMENORRÉIA LACTACIONAL?

Uma mulher amamentando pode usar o Método de Amenorréia Lactacional para espaçar seu próximo parto e como transição para outro método contraceptivo. Ela poderá começar o MAL a qualquer momento caso ela atenda aos 3 critérios requeridos para se usar o método. Faça à mãe estas 3 perguntas:

1) Sua menstruação já retornou?

2) Você tem dado regularmente ao bébé outros alimentos além do leite materno ou tem ficado longos períodos sem amamentar, seja de dia ou de noite?

3) Seu bébé tem mais de 6 meses de idade?

Se a resposta a todas estas perguntas for NÃO...
...ela pode usar o Método de Amenorréia Lactacional.

Mas, quando a resposta a alguma destas perguntas for SIM...suas chances de gravidez aumentam. Aconselhe-a a começar a usar outro método de PF.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES SOBRE O MÉTODO DE AMENORRÉIA LACTACIONAL:
É altamente eficaz quando a mulher cumpre a todos os 3 critérios do Método de Amenorréia Lactacional.
É igualmente eficaz entre mulheres gordas ou magras.
Pode ser usado por mulheres com nutrição normal. Não são necessários alimentos especiais.
Pode ser usado durante 6 meses inteiros sem necessidade de alimentação suplementar. O leite materno sozinho tem condições de alimentar um bébé nos primeiros 6 meses de vida. De fato, é o alimento ideal para este período da vida de um bébé.
Pode ser usado durante 6 meses sem se preocupar se a mulher ficará sem leite. O leite continuará a ser produzido pelos 6 meses e mais tempo ainda em resposta à sucção pelo bébé ou à expressão pela mãe de seu leite.

MÉTODOS NATURAIS -BASEADOS NA PERCEPÇÃO DA FERTILIDADE

CARACTERÍSTICAS DOS MÉTODOS NATURAIS
"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 planejamento familiar natural.

Os métodos baseados na percepção da fertilidade exigem a colaboração do parceiro. O casal deve assumir o compromisso de se abster ou de usar outro método nos dias férteis.

Uma mulher pode recorrer a diversas maneiras, individualmente ou combinadas, para dizer quando começa e quando termina seu período fértil.

Os métodos baseados no calendário envolvem fazer um registro 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 umidade vaginal.
Temperatura corporal basal (TCB): A temperatura corporal de uma mulher em repouso sobe ligeiramente após a liberação de um óvulo (ovulação), momento em que ela poderia engravidar. Sua temperatura permanece mais elevada até o início de sua próxima menstruação.
Exemplos: Método dos Dois Dias, método TCB, método da ovulação (também conhecido como método de Billings ou método do muco cervical) e o método sintotérmico.

Funciona basicamente ajudando uma mulher a saber o momento em que ela ficaria grávida. O casal previne a gravidez evitando sexo vaginal desprotegido durante estes dias férteis—geralmente abstendo-se de fazer sexo ou usando preservativos. Alguns casais usam espermicidas ou o coito interrompido, mas estes estão entre os métodos menos eficazes.
Nenhuma proteção contra ITSs, incluindo HIV.

EFICÁCIA DOS MÉTODOS NATURAIS
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. (Não se sabe como tais mulheres identificaram seu período fértil. Não estão disponíveis as taxas de gravidez para a maioria dos métodos específicos, baseados na percepção da

fertilidade, tal como comumente usados.) Alguns métodos baseados na percepção do período fértil, mais recentes, são mais fáceis de utilizar sendo, portanto, mais eficazes.
As taxas de gravidez com o uso correto e consistente variam de acordo com os tipos de métodos baseados percepção da fertilidade.

Em geral, abter-se de sexo durante os períodos férteis é mais eficaz do que usar outro método durante tais períodos

MÉTODOS DEFINITIVOS

LAQUEAÇÃO DE TROMPAS

A laqueação de trompas é a contracepção permanente para mulheres que não querem mais ter filhos. É uma intervenção cirúrgica que funciona através do corte ou bloqueio das trompas de falópio. Os óvulos liberados pelos ovários não conseguem se deslocar pelas trompas e, por este motivo, não encontram o espermatozóide. (As trompas podem ser amarradas e cortadas, cauterizadas ou bloqueadas/interrompidas por meio de um anel ou mola.)

CARACTERÍSTICAS DA LAQUEAÇÃO DE TROMPAS
Há 2 abordagens cirúrgicas que são as utilizadas com maior freqüência:
A minilaparotomia envolve a realização de uma pequena incisão no abdômen. As trompas de falópio são trazidas até a incisão para serem cortadas ou bloqueadas.
A laparoscopia envolve a introdução de um tubo longo e fino com lentes no abdomen por meio de uma pequena incisão. Este laparoscópio permite que o médico observe e bloqueie ou corte as trompas de falópio no abdômen.
Altamente eficaz
Definitiva
Sem efeitos secundários de origem química ou hormonal
Não interfere com o coito
Fácil de utilizar
Possibilidade de arrependimento
Intervenção cirúrgica (com o desconforto associado)
Não protegem contra as ITSs, incluindo o HIV
Podem ser usados por mulheres de qualquer idade ou estádio reprodutivo e que tenham a certeza de que não podem ou não querem ter mais filhos.
Com efeitos não contraceptivos vantajosos (protecção parcial contra o cancro dos ovários e a doença inflamatória pélvica sintomática)
Caso a mulher fique grávida devido a insucesso da operação, a possibilidade de gravidez ectópica é mais provável

* A fertilidade não tem retorno porque a laqueação de trompas, de modo geral, não tem como ser interrompida ou revertida. O procedimento tem por objetivo 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.

EFICÁCIA DA LAQUEAÇÃO DE TROMPAS
È um dos métodos mais eficazes mas apresenta um pequeno risco de falha:
Ocorre menos de 1 gravidez por 100 mulheres no primeiro ano após a realização do procedimento de laqueação de trompas (5 por 1.000).
A um pequeno risco de gravidez permanece além do primeiro ano de uso e até que a mulher atinja a me-

nopausa. Mais de 10 anos de uso: Cerca de 2 gravidezes por 100 mulheres (18 a 19 por 1.000 mulheres).

A eficácia varia ligeiramente dependendo da forma como as trompas foram bloqueadas, mas as taxas de gravidez são baixas para todas as técnicas. Uma das técnicas mais eficazes é a de cortar e amarrar as pontas cortadas das trompas de falópio após o parto (ligação das trompas pós-parto).

QUEM PODE FAZER A LAQUEAÇÃO DE TROMPAS
Havendo um aconselhamento adequado e consentimento esclarecido, qualquer mulher pode fazer a laqueação de trompas 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 amamentando
Estão infectadas com o HIV, independente de estarem ou não em TARV
Em algumas destas situações, é importante prestar um aconselhamento especialmente cuidadoso de modo a assegurar que a mulher não se arrependerá de sua decisão. O utente deve ser informado de que se trata de um método definitivo para evitar a gravidez, mas que não protege do HIV e das ITSs.

QUEM DEVE ADIAR A LAQUEAÇÃO DE TROMPAS
Mulheres correspondendo às seguintes condições:

- Grávidas
- Entre 7 e 42 dias após o parto
- Com infecções pós-parto ou pós-aborto ou hemorragias graves
- Actualmente com trombose venosa profunda
- Actualmente com doença cardíaca isquémica
- Com cancros ginecológicos
- Actualmente com gonorreia, clamídia ou doença inflamatória pélvica
- Actualmente com doença da vesícula ou hepatite viral activa
- Com doença respiratória aguda

GARANTIA DE UMA DECISÃO INFORMADA
O aconselhamento deve abranger todos os 6 pontos do consentimento esclarecido. A utente e a provedora de saúde poderão assinar um termo de consentimento informadas. Para dar consentimento informado à esterilização, a cliente deve compreender os seguintes pontos:

Também há anticoncepcionais temporários à disposição da cliente.

A laqueação de trompas é um procedimento cirúrgico.

Existem certos riscos, bem como benefícios, na execução do mesmo. (Tanto os riscos quanto os benefícios devem ser explicados de uma maneira que a cliente possa entender.)

Se bem-sucedido, o procedimento evitará que a mulher tenha mais filhos para sempre.
O procedimento é considerado permanente e provavelmente não poderá ser revertido.
A cliente pode mudar de idéia e decidir não mais fazer o procedimento a qualquer momento antes da realização do mesmo (sem que, com isso, perca seus direitos a outros serviços e benefícios médicos e de saúde).

NINGUÉM DEVE SER COAGIDA OU PRESSIONADA A FAZER A LAQUEAÇÃO DE TROMPAS, INCLUSIVE AS MULHERES SEROPOSITIVAS

Um homem ou uma mulher poderá consultar o parceiro e outras pessoas quanto à decisão de submeter-se à laqueação de trompas e poderá levar em conta suas opiniões, mas a decisão não pode ser tomada no lugar deles por um parceiro ou outra pessoa da família, por um profissional de saúde, uma liderança da comunidade ou qualquer outro indivíduo. Os profissionais de planeamento familiar têm o dever de certificar-se de que a decisão a favor ou contra a laqueação de trompas seja tomada pelo ou pela cliente e que não sido pressionada ou forçada por ninguém.

POSSÍVEIS EFEITOS SECUNDÁRIOS DA LAQUEAÇÃO DE TROMPAS (geralmente não indicam problemas de saúde)
Algumas dores e desconforto durante e imediatamente após a intervenção cirúrgica
Raramente, complicações da cirurgia e da anestesia

DESFAZENDO MITOS

A laqueação de trompas:
- Não enfraquece as mulheres.
- Não provoca dor duradoura nas costas, no útero ou no abdômen.
- 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.

VASECTOMIA

A vasectomia é a contracepção permanente para homens que não queiram mais ter filhos. É uma pequena intervenção cirúrgica que termina definitivamente a fertilidade nos homens, através da realização de uma pequena incisão no seu escroto e do encerramento de ambos os seus canais (vaso deferente) que transportam o esperma a partir dos testículos. Após a esterilização, o sémen é ejaculado mas não contém espermatozóides, pelo que estes não se podem reunir com o óvulo.

CARACTERÍSTICAS DA VASECTOMIA
Através de uma pequena incisão no escroto, o profissional localiza cada um dos 2 tubos por onde o esperma é transportado até o pénis (vaso deferente) e corta e bloqueia o mesmo, cortando e amarrando-o de modo a fecha-lo ou aplicando calor ou eletricidade (cautério).
Também conhecida por esterilização masculina e contracepção cirúrgica masculina.
Altamente eficaz
Definitivo; podem ser usados por homens de qualquer idade ou estádio reprodutivo e que tenham a certeza de que não podem ou não querem ter mais filhos.

Sem efeitos secundários de origem química ou hormonal
Não acfeta o desempenho sexual masculino.
Não protegem contra as ITSs, incluindo o HIV
Demora 3 meses para fazer efeito. O homem ou o casal deve utilizar preservativos ou um outro método contraceptivo por 3 meses após a vasectomia.

* 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 freqüentemente não conduz à gravidez.

PORQUE ALGUNS HOMENS DIZEM QUE GOSTAM DA VASECTOMIA

É segura, permanente e prática.

Tem menos efeitos colaterais e complicações que muitos métodos destinados às mulheres.

O homem assume a responsabilidade pela contracepção—retira o fardo dos ombros da mulher.

Aumenta o prazer e a freqüência do sexo.

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

Em locais onde não é possível examinar o sêmen dos homens operados 3 meses após o procedimento para verificar se o mesmo ainda contém espermazóides, 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.
Em locais onde é possível examinar o sêmen 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).

A vasectomia não é inteiramente eficaz por 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 correta 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

QUEM PODE FAZER A 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 TARV
- 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.

QUEM DEVE ATRASAR A VASECTOMIA

Homens correspondendo às seguintes condições:

- Com infecções locais (da pele do escroto, ITS, epididimite ou orquite – inflamação dos testículos)
- Com infecção sistémica ou gastroenterite
- Com inchaço no interior do escroto

VASECTOMIA PARA HOMENS SEROPOSITIVOS

Homens que estejam infectados com o HIV, tenham AIDS ou estejam em TARV podem fazer uma vasectomia com segurança.

São necessárias medidas especiais para realizar a vasectomia num homem com AIDS.

A vasectomia não previne a transmissão do HIV. Incentive estes homens a utilizar preservativos juntamente com a vasectomia. Quando usados de forma consistente e correta, os preservativos ajudam a prevenir a transmissão do HIV e outras ITSs.

Ninguém deve ser coagido ou pressionado a submeter-se a uma vasectomia, inclusive homens seropositivos.

GARANTIA DE UMA DECISÃO INFORMADA

O aconselhamento deve abranger todos os 6 pontos do consentimento Informado, a utente e o(a) provedor(a) poderão assinar um termo de consentimento informado. Para dar consentimento informado à vasectomia, o cliente deve compreender os seguintes pontos:

- Também há anticoncepcionais temporários à disposição do cliente.
- A vasectomia é um procedimento cirúrgico.
- Existem certos riscos, bem como benefícios, na execução do mesmo. (Tanto os riscos quanto os benefícios devem ser explicados de uma maneira que a cliente possa entender.)
- Se bem sucedido, o procedimento fará com que o cliente nunca mais possa ter filhos.
- O procedimento é considerado permanente e provavelmente não poderá ser revertido.
- O utente pode mudar de idéia e decidir não mais fazer o procedimento a qualquer momento antes da realização do mesmo (sem que, com isso, perca seus direitos a outros serviços e benefícios médicos e de saúde).

POSSÍVEIS EFEITOS SECUNDÁRIOS DA VASECTOMIA (geralmente não indicam problemas de saúde)

Algumas dores e desconforto durante e imediatamente após a intervenção cirúrgica

Raramente:
Complicações associadas com a própria operação

Incomuns a raras:
Dor aguda no escroto ou no testículo que dura por meses ou anos
Infecção no local da incisão ou interior da mesma

O QUE DIZEM ACERCA DA VASECTOMIA? Mitos.

- Removem-se os testículos. .
- Diminui o desejo sexual.
- Diminiu a função sexual.
- Não faz com que um homem engorde ou fi que mais fraco, menos masculino ou menos produtivo. Ou seja o homem não fica erecto.
- Provoca doenças mais adiante na vida.

DESFAZENDO OS MITOS

- 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 acfeta a função sexual. A ereção de um homem continua a mesma, dura o mesmo tempo e ele ejacula tal como antes.
- Não faz com que um homem engorde ou fi que 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.

MÉTODOS DE LONGA DURAÇÃO

IMPLANTES

* Esse método esta em fase de estudos para ser incluido nas opções do PF em Moçambique. Entretanto, ele ja esta incorporado na estrategia de PF recentemente approvada pelo MISAU. Actualmente, os implantes sao frequentemente usados para mulheres no mundo inteiro, incluindo a Africa Sub-Sahariana.

Os implantes são pequenas cápsulas ou hastes plásticas, cada uma do tamanho aproximado de um palito de fósforo, que liberam um progestógeno semelhante ao hormônio natural progesterona existente no corpo da mulher. Funcionam basicamente por meio de 1) epessamento do muco cervical, produzindo um bloqueio que impede o esperma de chegar até um óvulo e 2) interrupção do ciclo menstrual, o que também impede a ovulação.

CARACTERÍSTICAS DOS IMPLANTES

Há muitos tipos de implantes:
Jadelle: 2 hastes, eficaz por 5 anos
Implanon: 1 haste, eficaz por 3 anos
Norplant: 6 cápsulas, com indicação de 5 anos de uso (estudos de grande porte constataram que têm eficácia durante 7 anos)

Um profissional devidamente treinado para este fim realiza um pequeno procedimento cirúrgico para inserir os implantes sob a pele no lado de dentro do antebraço da mulher

Vantagens:
- Altamente eficazes
- Fáceis de utilizar
- Protecção a longo prazo contra a gravidez, mas facilmente reversíveis
- Não interferem com o coito, confidenciais
- Não contêm estrógeno e, por isso, podem ser utilizados durante toda a amamentação e por mulheres que não podem utilizar métodos com estrógeno
- Não afectam a quantidade e a qualidade do leite materno
- Com efeitos não contraceptivos vantajosos como a protecção contra a anemia por deficiência de ferro e a doença inflamatória pélvica sintomática
- Retorno da fertilidade após a remoção dos implantes: não há demora

Desvantagem:
- Não protegem contra as ITSs, incluindo o HIV

EFICÁCIA DOS IMPLANTES

Taxa de falhas: inferior a 1% (em um ano)

Após o primeiro ano de utilização, o risco de gravidez aumenta ligeiramente para todos os implantes

No Jadelle, a eficácia diminui nas mulheres mais pesadas (com peso superior a 70 kg). Essas mulheres podem necessitar de substituir os implantes mais rapidamente que as mais magras

QUEM PODE USAR ?
- Praticamente todas as mulheres podem utilizar implantes de forma segura e eficaz,;
- Tenham ou não tido filhos
- Seja ou não casadas
- De qualquer idade, inclusive adolescentes e mulheres acima dos 40 anos
- Acabam de ter um aborto espontâneo ou induzido ou uma gravidez ectópica
- Fumem cigarros, independente da idade da mulher e do número de cigarros
- Estejam amamentando (podendo iniciar 6 semanas após o parto)
- Tenham anemia no momento ou tenham tido no passado
- Tenham varizes
- Estejam infectadas com o HIV, estando ou não em TARV

QUEM NÃO DEVE USAR IMPLANTES
- Geralmente, uma mulher que apresente qualquer um dos fatores relacionados abaixo não deveria utilizar implantes. Em circunstâncias especiais, entretanto, quando outros métodos mais apropriados não estiverem disponíveis ou sejam aceitáveis para ela, um profi ssional de saúde qualificado que tenha condições de avaliar cuidadosamente a situação e as condições específicas de uma mulher poderá decidir quanto ao uso de implantes. O profissional de saúde precisa levar em consideração a gravidade de sua condição e, na maioria das situações, se ela terá acesso a acompanhamento.
- Amamentando e a menos de 6 semanas após o parto
- Presença de coágulo sangüíneo em veias profundas das pernas ou dos pulmões
- Sangramento vaginal inexplicável antes de avaliação de possível problema subjacente grave
- Teve câncer de mama há mais de 5 anos e não retornou
- Tumor, infecção ou doença hepática severa
- Está tomando barbitúricos, carbamazepina, oxcarbazepina, fenitoína, primidona, topiramato ou rifampicina. Deve-se também utilizar um método de apoio porque estes medicamentos reduzem a eficácia dos implantes.

POSSÍVEIS EFEITOS SECUNDÁRIOS DOS IMPLANTES (geralmente não indicam problemas de saúde graves)

- Ligeiras hemorragias entre os períodos menstruais durante vários meses iniciais
- Amenorreia (vulgar, mas normal e não indicando problemas)
- Hemorragias prolongadas (menos vulgar)
- Aumento de peso
- Dores de cabeça, náuseas e mastalgia (menos vulgar que com COCs)

DESFAZENDO MITOS

Os implantes:
Param de funcionar assim que são removidos. Os hormônios contidos nos implantes não permanecem no corpo da mulher.
Podem fazer a menstruação parar, mas isso não é algo prejudicial. É semelhante a não menstruar durante a gravidez. O sangue não está se acumulando dentro da mulher.
Não tornam as mulheres estéreis.
Não se deslocam para outras partes do corpo.
Reduzem substancialmente o risco de gravidez ectópica

DISPOSITIVO INTRAUTERINO COM COBRE (DIU)

O DIU mais vulgarmente disponível é o de Cobre T (TCu 380A), que dura até 10 anos. O 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. Quase todos os tipos de DIU possuem um ou dois fios amarrados aos mesmos. Os fios ficam pendurados pelo cérvix até a vagina. Um profissional de saúde especifiamente treinado para tal insere o DIU no útero da mulher através de sua vagina e cérvix.

COMO FUNCIONA/MECANISMOS DE ACÇÃO DO DIU COM COBRE
Impede o espermatozoide de se unir com o óvulo, por provocar modificações químicas que afectam tanto um como o outro, danificando-os antes de se dar essa união.
Impede a migração do esperma no tracto genital superior feminino.
Afecta o transporte dos óvulos.

EFICÁCIA

Ocorre menos de 1 gravidez por 100 mulheres que utilizam DIU durante o primeiro ano.

CARACTERÍSTICAS DOS DIUS

- Altamente eficazes
- Não são necessários fornecimentos constantes
- Fácil de utilizar
- Não interfere com o coito
- Rápido regresso à fertilidade
- São necessários provedores formados para iniciar e interromper a utilização (para inserir o DIU e para o remover, passados até 10 anos.)
- Pequenas dores ou desconforto durante os procedimentos de inserção e de remoção

- São raras as complicações importantes, mas podem incluir doença inflamatória pélvica sintomática ou perfuração do útero
- Não protege contra ITS, incluindo o HIV
- Pode ajudar a proteger contra o cancro do endométrio (cancro da membrana que reveste o útero)

POSSÍVEIS EFEITOS SECUNDÁRIOS (geralmente não indicam problemas de saúde)
- Durante a inserção: algumas dores e cãibras
- Durante os primeiros dias de utilização: cãibras e hemorragias leves
- Durante os primeiros meses de utilização: hemorragias menstruais mais abundantes, leves cãibras durante a menstruação e perdas de sangue

Importante: A utente deve ser informada sobre os sinais de aviso precoce seguintes, e deve consultar o provedor logo que possível se detectar qualquer um deles:
- Atraso do período (gravidez), corrimento anormal ou hemorragia
- Dores abdominais ou durante o coito
- Descarga vaginal anormal
- Febre ou arrepios
- Falta do fio, ou fio mais curto ou mais comprido

PORQUE ALGUMAS MULHERES DIZEM QUE GOSTAM DO DIU

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

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE E CONTRAINDICAÇÕES
Que mulheres podem usar?
A maioria das mulheres podem usar DIUs com segurança e eficácia e em qualquer das condicoes abaixo.
- Tenha ou não tido filhos
- Seja ou não 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 amamentando
- Executem trabalhos físicos pesados
- Tenham tido uma gravidez ectópica
- Tenham tido uma doença inflamatória pélvica (DIP)
- Tenham infecções vaginais (recomendável tratamento previamente)
- Tenham anemia
- Estejam infectadas com o HIV ou em terapia anti-retroviral desde que esteja bem de saúde.

Quem não deve usar DIUs
- Uma muher que deu à luz há mais de 48 horas e há menos de 4 semanas; retarde a colocação de um DIU até atingir 4 ou mais semanas depois do parto
- Uma mulher que apresenta risco individual muito elevado de gonorréia ou clamídia no momento da inserção

- Mulheres que tenham acabado de passar por um aborto espontâneo ou induzido e que teem DIP/sepsis
- Câncer ovariano no momento
- Não insira um DIU se a mulher tiver AIDS a menos que ela esteja clinicamente bem e em terapia anti-retroviral. Caso ela esteja infectada com HIV mas não tenha SIDA, ela poderá usar o DIU. Se uma mulher que tem um DIU colocado desenvolver AIDS, ela poderá manter o DIU.

DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS PARA MULHERES COM HIV

Mulheres que tenha risco de contrair ou estejam infectadas com o HIV podem, com segurança, colocar um DIU.

Mulheres que tenham AIDS, estejam em TARV e estejam clinicamente bem pode, com segurança, colocar um DIU.

Mulheres quem tenham AIDS mas não estejam em TARV ou que não estejam clinicamente bem não devem colocar o DIU.

Caso uma mulher desenvolva AIDS durante o tempo em que esteja utilizando um DIU, o mesmo não precisa ser removido.

As usuárias de DIU com AIDS devem ser monitoradas quanto a doença inflamatória pélvica.

Incentive as mulheres a utilizarem preservativos juntamente com o DIU. Quando usados de maneira consistente e correta, os preservativos ajudam a prevenir a transmissão do HIV e de outras ITSs.

MITOS E CRENÇAS

Desfazendo mitos do DIU

Os dispositivos intrauterinos:
Raramente conduzem a uma doença inflamatória pélvica (DIP)
Não aumentam o risco de contrair ITS, 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 cancer
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

Perguntas e respostas sobre o DIU

1. **O DIU provoca doença inflamatória pélvica (DIP)?**
   Por si próprio, o DIU não provoca DIP. As causas diretas básicas de uma DIP são gonorréia e clamídia. Contudo, a inserção do DIU quando uma mulher tem gonorréia ou clamídia pode conduzir a uma DIP. Isto não acontece com freqüência. Quando ocorre, é mais provável nos primeiros 20 dias após a inserção do DIU. Foi estimado que, num grupo de clientes em que as ITSs sejam comuns e perguntas de triagem identifi cam metade dos casos de DST, pode haver 1 cada de DIP em cada 666 inserções de

DIU (ou menos de 2 por 1.000)

2. **Mulheres jovens ou mais velhas podem usar DIU?**
   Sim. Não uma idade limite mínima ou máxima. O DIU deve ser removido após a menopausa—até 12 meses após a ocorrência da última menstruação.

3. **Se uma usuária atual de DIU tiver uma ITS venha a ter um risco individual muitoalto de se infectar com uma ITS, ela deve retirar o DIU?**
   Não. Se uma mulher desenvolver uma nova ITS depois do DIU ter sido colocado, ela não apresenta um risco especial de desenvolver uma DIP por causa do DIU. Ela pode continuar usando o DIU enquanto estiver sendo tratada pela ITS. Remover o DIU não traz nenhum benefício e poderá expô-la ao risco de uma gravidez não desejada. Aconselhe-a sobre o uso de preservativos ou outras estratégias para evitar ITSs no futuro.

4. **O DIU torna a mulher IUD estéril?**
   Não. Uma mulher pode engravidar logo após a retirada do DIU da mesma forma que uma mulher que nunca utilizou um DIU, embora a fertilidade diminua à medida que as mulheres envelhecem. Estudos seguros não constataram aumento do risco de infertilidade entre mulheres que utilizavam DIUs, inclusive mulheres jovens e mulheres sem filhos. Contudo, independente de uma mulher ter um não um DIU, se ela desenvolver uma DIP e esta não for tratada, há alguma chance de que ela fi que estéril.

5. **Uma mulher que nunca teve um bébé pode usar um DIU?**
   Sim. Uma mulher que nunca teve fi lhos geralmente pode usar um DIU, mas ela deve entender que o DIU tem maior probabilidade de sair porque seu útero poderá ser menor do que o de uma mulher que já deu à luz.

6. **O DIU pode se deslocar do útero da mulher para outros partes do seu corpo, como o coração ou o cérebro?**
   O DIU nunca se desloca para o coração, cérebro ou qualquer outra parte do corpo fora do abdomen. O DIU normalmente permanece dentro do útero como uma semente dentro de uma casca. Em raras situações, o DIU poderá atravessar a parede do útero para atingir a cavidade abdominal. Se isso ocorrer, na maioria das vezes será devido a um erro durante a inserção. Se for descoberto em aproximadamente até 6 semanas após a inserção ou se estiver causando sintomas a qualquer momento, o DIU precisará ser removido por cirurgia laparoscópica ou laparotômica. De modo geral, contudo, o DIU que esteja fora do lugar não causa problemas e deve ser deixado onde está. A mulher não necessitará de outro método contraceptivo.

7. **Uma mulher deve ter um "período de descanso" depois de utilizar um DIU por vários anos ou depois do DIU alcançar o período recomendado para sua remoção?**
   Não. Não é necessário e poderia até ser prejudicial. A retirada do antigo DIU e a imediata inserção de um novo oferece menos risco de infecção do que 2 procedimentos distintos. Além disso, uma mulher poderia engravidar durante o "período de descanso" antes do novo DIU ser colocado.
8. **Antibióticos devem ser dados rotineiramente antes da inserção de um DIU?**
   Não, geralmente não. As pesquisas mais recentes feitas em locais onde as ITSs são comuns sugerem que o risco de DIP e baixo, com ou sem antibióticos. Quando se usam perguntas adequadas para avaliar o risco de ITS e a inserção do DIU é feita com procedimentos apropriados anti-infecção (dentre eles a técnica de inserção sem toque), há pouco risco de infecção. Os antibióticos poderão ser considerados, contudo, em regiões em que as ITS sejam comuns e os testes para as mesmas sejam limitados.

9. **Um DIU deve ser inserido somente durante a menstruação de uma mulher?**
Não. No caso de uma mulher que tenha ciclos menstruais, um DIU pode ser colocado a qualquer momento durante seu ciclo menstrual se houver certeza razoável de que a mulher não está grávida. A inserção do DIU durante a menstruação pode ser um bom momento porque a probabilidade é de que ela não esteja grávida e a inserção poderá ser mais fácil. Entretanto, não é fácil observar sinais de infecção durante o período de menstruação.

10. **Deve-se negar a uma mulher um DIU porque ela não deseja fazer a verificação dos fios do seu DIU?**
Não. Não se deve negar a uma mulher um DIU porque ela não está disposta a fazer a verifi cação dos fios. A importância de verifi car os fi os do DIU tem sido exagerada. Não é comum que um DIU saia e é raro que saia sem que a mulher perceba. O DIU tem maior probabilidade de sair durante os primeiros meses após a inserção, durante a menstruação, entre mulheres que colocaram o DIU logo após o parto, um aborto induzido no segundo semestre ou um aborto espontâneo, e entre mulheres que nunca engravidaram. Uma mulher pode verificar os fios do seu DIU caso queira assegurar-se de que o mesmo se encontra no lugar. Ou, se ela não quiser verifi car os fi os, poderá observar cuidadosamente no primeiro mês e durante a menstruação para ver se o DIU saiu.

11. **Os DIUs aumentam o risco de gravidez ectópica?**
Não. Ao contrário, o DIUs reduzem enormemente o risco de gravidez ectópica. Gravidezes ectópicas são raras entre usuárias de DIU. A taxa de gravidez ectópica entre mulheres com DIU é de 12 por 10.000 mulheres por ano. A taxa de gravidez ectópica entre mulheres nos Estados Unidos que não utilizam nenhum método contraceptivo é de 65 por 10.000 mulheres por ano. Em raras ocasiões em que o DIU falha e ocorre uma gravidez, 6 a 8 de cada 100 destas gravidezes são ectópicas. Assim, a grande maioria de gravidezes após uma falha do DIU não é ectópica. Ainda assim, uma gravidez ectópica representa risco de vida para a mulher, por isso o profissional de saúde deve estar ciente sobre a possibilidade de gravidez ectópica caso haja falha do DIU.

MOMENTOS INDICADOS PARA INSERIR O DIU

Com o ciclo menstrual
Uma mulher pode inserir um DIU a qualquer momento dentro dos primeiros 12 dias após o início do fluxo menstrual, quando lhe é conveniente, não só durante a menstruação. Não é preciso nenhum método contraceptivo adicional.

O DIU também pode ser inserido a qualquer momento,, que lhe for convenier , e se tiver certeza de que não está grávida. Não é preciso nenhum método contraceptivo adicional.

* Tem que excluir a possibilidade de gravidez em utentes de planeamento familiar sem menstruação.

Trocar de método
Ela pode inserir o DIU imediatamente, se se tiver alguma certeza de que não está grávida. Não há necessidade de esperar até ao próximo período menstrual. Não é preciso nenhum método contraceptivo adicional.

Após o parto
Imediatamente após o parto (dentro de 10 minutos) após a saída da placenta durante ou imediatamente a seguir à cesariana. Isso requer formação especial.

Dentro das primeiras 48 horas após o parto. As taxas de expulsão podem ser mais altas quando o DIU é inserido neste momento. Inserções feitas após uma semana e antes de quatro semanas devem ser evitadas por causa do risco mais elevado de complicações, incluindo a perfuração uterina.

Dentro de 4 a 6 semanas após o parto para as utentes que vêm para cuidados pós-parto rotineiros e que solicitem um DIU. DIU's de cobre podem ser inseridos com segurança a esta altura.

Imediatamente após o aborto
O DIU pode ser inserido imediatamente após o aborto (espontâneo ou induzido) se o útero não está infectado, ou durante os primeiros 7 dias após o aborto (ou a qualquer momento em que se tiver alguma certeza de que a utente não está grávida).

IMPORTANTE: DIU's não devem ser inseridos imediatamente após o aborto nas seguintes situações:

Sinais de um aborto inseguro ou induzido em más condições de higiene, sinais de infecção. Não insira o DIU até que o risco de infecção tenha desaparecido ou até que a infecção esteja completamente tratada.

Trauma grave ao tracto genital (perfuração uterina, grave trauma vaginal ou cervical, queimaduras químicas). Não insira o DIU até se curar.

Hemorragia e sinais físicos de anemia aguda, os DIU's inertes ou de cobre não são aconselháveis até que a hemorragia ou anemia aguda seja tratada. DIU's que libertam a progestógeno reduzem a perda de sangue menstrual e podem ser usadas em casos de anemia aguda.

A inserção imediata do DIU após o aborto depois de 16 semanas de gestação requer atenção e habilidade. Se a gravidez teve mais de 16 semanas, adie a inserção por 6 semanas após o aborto.

PROGRAMA DE CONTROLO APÓS INSERÇÃO DO DIU

Deve haver uma consulta de controlo aproximadamente 3 a 6 semanas após a inserção. Depois disso, não há necessidade de um programa fixo de controlo.

A utente deve ser fortemente encorajada a vir à clínica a qualquer momento se tiver perguntas ou problemas, especialmente se tiver:
Um período atrasado (possível gravidez);
Fluxo prolongado ou manchas excessivas e anormais ou hemorragia;
Dores abdominais ou dores durante as relações sexuais;
Exposição à infecções (como a gonorreia), fluxo vaginal anormal, ou dores pélvicas, especialmente com febres; ou
Desaparecimento dos fios ou alteração do seu comprimento

Incentive as utentes a procurar cuidados preventivos de saúde reprodutiva se disponíveis, incluindo a provisão de preservativos (dupla ptoteção).

MOMENTOS INDICADOS E MOTIVOS PARA REMOVER O DIU

O DIU pode ser removido a qualquer momento. Alguns clínicos preferem remover os DIU's durante a menstruação porque o colo está ligeiramente aberto e a utente não se vai preocupar se tiver algum sangramento.

Sempre que a cliente solicitar – por qualquer motivo declarado, ou sem nenhum motivo.

Evidência de perfuração do útero.

Gravidez comprovada ou suspeita.

Expulsão parcial – o DIU antigo pode ser removido e substituído por um novo.

Efeitos colaterais persistentes inaceitáveis à utente.
Utente corre risco de contrair ITS.

Quando o DIU tiver estado no útero por toda a sua vida efectiva – pode inserir-se um novo DIU imediatamente se não houver nenhuma necessidade de precaução.

Dores severas ou sangramento severo com evidência de grave anemia que está a piorar.

* Na maioria dos casos, quando se sabe ou se suspeita que seja DIP, a utente deve ser tratada com antibióticos, aconselhada e continuar com o DIU.

COMPONENTE PRÁTICA: INSERÇÃO E REMOÇÃO DO DIU

EXPLICAÇÃO DO PROCEDIMENTO DE INSERÇÃO
Para se aprender como colocar um DIU é necessário treinamento e prática sob supervisão direta. Portanto, esta descrição é apenas um resumo não representando as instruções detalhadas.

O profissional de saúde realiza um exame pélvico a fim de avaliar se a cliente está apta. O profissional executa, primeiramente, o exame bimanual e, em seguida, insere um espéculo na vagina do modo a inspecionar o cérvix.

O profissional limpa o cérvix e a vagina com cetrimida ou outro antisséptico apropriado.

O profissional insere lentamente a pinça do colo (através do espéculo), pinça o suficiente para manter fixo o colo.

O profissional carrega o DIU no aplicador enquanto ambos ainda estão na embalagem estéril fechada.

O profissional calcula a profundidade da cavidade uterina com auxílio do papel graduado do DIU.

O profissional insere, lenta e suavemente, o DIU e remove o aplicador.

O profissional corta os fios existentes no DIU, deixando-os pendurados cerca de 3 centímetros fora do cérvix.

Após a inserção, a mulher descansa. Ela permanece na mesa de exame até que se sinta segura para se vestir.

DESCREVER O PROCEDIMENTO DE INSERÇÃO DO DIU ÀS UTENTES
Uma mulher que tenha optado pelo DIU precisa saber o que acontecerá durante a inserção. A descrição a seguir pode ajudar a explicar o procedimento a ela. Poderia se dizer:

"O DIU é um pequeno aparelho feito de plástico e cobre. É colocado no útero através da vagina e abertura do útero usando um aplicador. Tem duas cordas finas que ficam suspensas sobre a vagina. Se se sente à vontade, pode usar estas cordas para verificar se o DIU ainda está no devido lugar uma vez por mês após o seu período menstrual e que ainda está protegida contra a gravidez. Estas cordas também são usadas para remover o DIU. Só leva alguns minutos para remover o DIU e normalmente não dói. Quando quiser que o DIU seja removido, deve pedir a um médico ou um profissional de saúde formado.

"É fácil inserir o DIU. Pode não se sentir à vontade por alguns minutos. A maioria das mulheres, porém, diz que não é demasiado doloroso e compara a sensação àquela que se tem quando alguém tem cólicas

menstruais pesadas. Antes de inserir o DIU, tenho de lhe fazer algumas perguntas sobre seu histórico clínico, e fazer um exame pélvico para ter certeza de que o DIU é um método adequado para si."
Converse com a cliente antes de realizar o procedimento
Explique o procedimento de inserção.
Mostre a ela o espéculo, o pinça de colo e o DIU e o aplicador, dentro da embalagem.
Diga que ela terá um pouco de desconforto ou cólicas durante o procedimento, e que isso é algo esperado.
Peça a ela para lhe dizer, a qualquer momento, se ela sentir desconforto ou dor.
Pode-se dar Ibuprofeno (200–400 mg), paracetamol (325–1000 mg) ou outro analgésico 30 minutos antes da inserção para ajudar a reduzir as cólicas e a dor. Não dê aspirina, pois ela retarda a coagulação do sangue.
Converse com a cliente durante o procedimento.
Conte a ela o que está acontecendo, passo a passo, para que fi que tranqüila.
Alerte-a antes de executar um passo que possa causar dor ou possa sobressaltá-la.
Pergunte, de tempos em tempos, se ela está sentindo dor.

PREVENÇÃO DA INFECÇÃO

PREVENÇÃO DE INFECÇÕES NA INSERÇÃO DO DIU

A correta técnica de inserção poderá ajudar a prevenir muitos problemas, tais como infecção, expulsão e perfuração.
Siga os procedimentos adequados para prevenção de infecções.

Utilize instrumentos estéreis ou de alto nível de desinfecção. Obtém desinfecção de alto nível através da fervura, vapor ou deixando-os de molho em produtos desinfetantes.

Utilize um DIU novo, pré-esterilizado cuja embalagem incluiu o seu aplicador.

A técnica de inserção "sem toque" é a melhor. Isto inclui não permitir que o DIU ou sonda uterina toquem quaisquer superfícies não-estéreis (por exemplo, as mãos, espéculo, vagina, topo da mesa). A técnica sem toque abrange:

- Carregar o DIU no aplicador enquanto o DIU ainda está na embalagem estéril, afim de evitar que se toque diretamente o DIU
- Limpar o cérvix completamente com antisséptico antes da inserção do DIU
- Tomar cuidado para não tocar a parede vaginal ou lâminas do espéculo como a sonda uterina ou o aplicador do IUD carregado
- Passar a sonda uterina e o aplicador de DIU carregado somente uma vez, cada um, pelo canal cervical

CONSULTA DE SEGUIMENTO PÓS-INSERÇÃO (3 A 6 SEMANAS)

Pergunte à cliente como está sendo a utilização do método e se ela está satisfeita. Pergunte se ela tem dúvidas ou alguma coisa sobre a qual queira conversar.

Pergunte, particularmente, se ela está preocupada com as mudanças na menstruação. Forneça-lhe as informações ou ajuda que ela necessitar.
Pergunte se ela tem:
Aumento ou dor abdominal aguda ou dor durante o sexo ou ao urinar

Fluxo vaginal anormal
Febre ou calafrios
Sinais ou sintomas de gravidez
Não tem sentido os fios (caso ela os tenha verificado)
Sentido que o plástico rígido do DIU saiu parcialmente

Não é necessário haver um exame pélvico de rotina na consulta de acompanhamento. Contudo, poderá ser adequado em alguns locais ou para algumas clientes. Realize um exame pélvico especialmente se as respostas da cliente levarem a suspeitar de:

Uma doença sexualmente transmissível ou doença inflamatória pélvica
DIU saiu parcial ou totalmente do lugar

REMOÇÃO DO DISPOSITIVO INTRAUTERINO

IMPORTANTE: Os profissionais de saúde não devem se recusar ou retardar a solicitação de uma mulher de que seu DIU seja removido, não importando a razão, seja ela de ordem pessoal ou médica. Todos os funcionários devem compreender e estar de acordo que a mulher não deve ser pressionada ou forçada a continuar utilizando o DIU.

Se uma mulher está achando que é difícil tolerar os efeitos colaterais, converse em primeiro lugar sobre os problemas que ela está enfrentando. Verifique se ela gostaria de tentar lidar com o problema ou se prefere que o DIU seja removido imediatamente.

A remoção de um DIU é, geralmente, simples. Pode ser feito em qualquer época do mês. A remoção pode ser mais fácil durante a menstruação, quando o cérvix fica naturalmente mais amolecido. Nos casos de perfuração uterina ou se a remoção apresentar dificuldade, encaminhe a mulher a um clínico experiente que possa utilizar uma técnica de remoção apropriada.

Explicação do procedimento de remoção

Antes de remover um DIU, explique o que acontecerá durante a remoção:

O profissional insere um espéculo para observar o cérvix e os fios do DIU. Cuidadosamente limpa o cérvix e a vagina com uma solução antisséptica, como, por exemplo, iodo.

O profissional pede à mulher para respirar vagarosa e profundamente e relaxar. A mulher deve dizer se sente dor durante o procedimento.

Usando Pinça de Kocher , o profissional puxa os fios do DIU lenta e suavemente até que o DIU saia completamente do cérvix.

COMO LIDAR COM PROBLEMAS
Suspeita de perfuração uterina

Se houver suspeita de perfuração no momento da inserção ou sondagem do útero, interrompa o procedimento imediatamente (e remova o DIU caso tenha sido inserido).
Observe a utente na clínica cuidadosamente:
Na primeira hora, mantenha a mulher em repouso na cama e verifi que seus sinais vitais (pressão arterial, pulso, respiração e temperatura) a cada 5 a 10 minutos.

Se a mulher permanecer estável depois de uma hora, verifique se há sinais de sangramento intra-abdominal, tais como baixo nível de hematócrito ou hemoglobina, se possível, e seus sinais vitais. Observe por diversas horas mais. Se ela não apresentar sinais ou sintomas, poderá ser mandada para casa, mas deverá evitar fazer sexo por 2 semanas. Ajude-a a escolher outro método.

Se ela tiver um pulso rápido e a pressão arterial em queda ou uma nova dor ou aumento da dor ao redor do útero, encaminhe-a para um nível superior de atendimento.

Se houver suspeita de perfuração uterina até 6 semanas após a inserção ou se houver suspeita posterior que esteja causando os sintomas, encaminhe a utente para avaliação por um clínico mais diferenciado..

O DIU saiu parcialmente (expulsão parcial)

Se o DIU sair parcialmente, remova-o. Converse com a cliente se ela deseja outro DIU ou um método diferente. Caso ela queira outro DIU, ela poderá colocar outro a qualquer momento se houver certeza de que ela não está grávida. Se a cliente não quiser continuar utilizando um DIU, ajude-a a escolher outro método.

O DIU saiu completamente (expulsão total)

Se a cliente relatar que o DIU saiu, converse com ela para saber se ela deseja outro DIU ou um método diferente. Caso ela queira outro DIU, poderá colocá-lo a qualquer momento em que se tenha certeza razoável de que ela não está grávida.

Caso se suspeite de expulsão total e a cliente não souber se o DIU saiu ou não, encaminhe-a para um raio x ou ecografia afim de avaliar se o DIU se deslocou para a cavidade abdominal. Forneça a ela um método de apoio para ser usado durante este período.

Ausência dos fios (sugerindo possível gravidez, perfuração uterina ou expulsão)

Pergunte à cliente:

- Se e quando ela viu o DIU sair
- Quando ela sentiu os fios pela última vez
- Quando ela teve sua última menstruação
- Se ela tem algum sintoma de gravidez
- Se ela usou um método de apoio desde que ela deu pela falta dos fios

Sempre inicie com procedimentos menores e seguros e aja com suavidade. Verifique se há fios nas dobras do canal cervical com o toque ou visualizando com o especulo.. Em metade dos casos de ausência dos fios de um DIU, os mesmos podem ser encontrados no canal cervical.

Se não se conseguir localizar os fios no canal cervical, ou eles subiram para o útero ou o DIU foi expelido sem se notar. Exclua a possibilidade de gravidez antes de tentar procedimentos mais invasivos. Encaminhe-a para avaliação. Forneça a ela um método de apoio para ser usado no período, caso o DIU tenha saído.

NOVOS PROBLEMAS QUE POSSAM REQUERER A TROCA DE MÉTODO (podem ou não ser devidos ao método)

Sangramento vaginal inexplicável (que sugere um problema médico não relacionado ao método)

Encaminhe ou avalie de acordo com a história e exame pélvico. Diagnostique e trate da maneira apropriada. Ela poderá continuar utilizando o DIU enquanto o problema estiver sendo avaliado.

Se o sangramento é causado por uma doença sexualmente transmissível ou inflamação pélvica, ela poderá continuar usando o DIU durante o tratamento.

Suspeita de gravidez

Avalie se há gravidez, inclusive gravidez ectópica.
Explique que um DIU no útero durante a gravidez aumenta o risco de parto prematuro ou aborto espontâneo, inclusive aborto espontâneo infectado (séptico) durante o primeiro ou o segundo trimestre, o que pode colocar em risco a vida da mulher.

Caso a mulher deseje prosseguir com a gravidez, aconselhe-a de acordo com as diretrizes do programa.

Se ela prosseguir com a gravidez:

Avise a ela que é melhor remover o DIU.

Explique os riscos de uma gravidez se houver um DIU colocado. A remoção precoce do DIU reduz estes riscos, embora o próprio procedimento de remoção envolva um pequeno risco de aborto espontâneo.

Se ela concordar com a remoção, retire o DIU suavemente ou encaminhe-a para remoção.

Explique que ela deve retornar imediatamente caso ela apresente quaisquer sinais de aborto espontâneo ou séptico (sangramento vaginal, cólicas, dor, descarga vagina anormal ou febre).

Se ela optar por manter o DIU, sua gravidez deverá ser acompanhada de perto por uma enfermeira ou médico. Ela deve consultar uma enfermeira ou médico imediatamente caso apresente quaisquer sinais de aborto espontâneo séptico.

Caso não se consiga encontrar os fios do DIU no canal cervical e o DIU não possa ser recuperado com segurança, encaminhe-a para a ecografia, se possível, afim de determinar se o DIU ainda está no útero. Caso esteja, ou haja um ecografo disponível, sua gravidez deve ser acompanhada de perto. Ela deverá procurar atendimento imediatamente caso ela venha a apresentar quaisquer sinais de aborto espontâneo séptico.

CONFIRMAÇÃO DE GRAVIDEZ
Uma mulher pode iniciar um método anticoncepcional hormonal ou, na maioria dos casos, um DIU a qualquer momento em que houver certeza de que ela não está grávida. Isto inclui um determinado número de dias antes do início da menstruação, dependendo do método. Em outros momentos no ciclo mensal de uma mulher, a lista de verificação abaixo pode ser usada para se obter a certeza razoável de que ela não está grávida.

A mulher que responder “não” a todas as perguntas na lista de verificação de gravidez, não exclui gravidez. Em muitos casos, tal mulher precisará usar um método de apoio e aguardar até sua próxima menstruação para iniciar o método de sua escolha ou até que se constate claramente que não esteja grávida.

FAÇA À CLIENTE AS PERGUNTAS DE 1 A 6. TÃO LOGO A CLIENTE RESPONDA "SIM" A QUALQUER UMA DAS QUESTÕES, PARE E SIGA AS INSTRUÇÕES ABAIXO.

NÃO		SIM
	1) Você teve um bébé há menos de 6 meses, você está amamentando de forma exclusive ou quase e não teve nenhuma menstruação desde então?	
	2) Você se absteve de ter relações sexuais desde sua última menstruação ou parto?	
	3) Você teve um bébé nas últimas 4 semanas?	
	4) Sua última menstruação começou nos últimos 7 dias (ou nos últimos 12 dias caso a cliente esteja planeando utilizar um DIU)?	
	5) Você teve um aborto natural ou induzido nos últimos 7 dias (ou nos últimos 12 dias caso a cliente esteja planeando utilizar um DIU)?	
	6) Você tem utilizado um método anticoncepcional confiável de maneira consistente e correta?	

↑

Se a cliente respondeu "não" a todas as perguntas, não é possível excluir a possibilidade de gravidez. A cliente deve esperar até sua próxima menstruação ou utilizar um teste de gravidez.

↑

Se a cliente respondeu "sim" a pelo menos uma das perguntas e não apresenta sinais ou sintomas de gravidez, pode-se fornecer a ela o método de sua escolha.

SINAIS E SINTOMAS DE GRAVIDEZ

Náusea
Sensibilidade nos seios
Fadiga
Vômitos
Aumento da freqüência urinaria
Aumento da sensibilidade a odores
Alterações do humor
Ganho de peso

CAPÍTULO 5 - COMPETÊNCIAS E PRINCÍPIOS DO ACONSELHAMENTO EM PF

TÓPICOS:

CRENÇAS E VALORES COMUNS EM RELAÇÃO À UTILIZAÇÃO DE CONTRACEPÇÃO
DIREITOS DO UTENTE DE PF
PRINCÍPIOS DO ACONSELHAMENTO EM PF
PONTOS CHAVES SEGUNDO O TIPO DE ACONSELHAMENTO EM PF

- **ATENDIMENTO AOS UTENTES SEROPOSITIVOS**
- **ATENDIMENTO AOS ADOLESCENTES E JOVENS**
- **ATENDIMENTO AOS HOMENS**
- **ATENDIMENTO AS MULHERES EM SITUAÇÃO DE PÓS-ABORTO**
- **ATENDIMENTO AS MULHERES SOBREVIVENTES DE VIOLÊNCIA**
- **ATENDIMENTO AS MULHERES PRÓXIMAS DA MENOPAUSA**
- **REQUISITOS LEGAIS E DE POLÍTICAS DO GOVERNO AMERICANO PARA PROGRAMAS DE PF**

OBJECTIVOS:

Até o fim do capítulo, os participantes devem ser capazes de:

- Identificar crenças e valores comuns em relação à utilização da contracepção
- Definir os direitos do utente no PF
- Identificar os princípios do aconselhamento no PF
- Enumerar as competências necessárias para um aconselhamento eficaz em PF
- Descrever o processo de avaliação das necessidades de PF nos serviços de HIV
- Enumerar as competências e conhecimentos necessários para um aconselhamento em PF eficaz junto de utentes com HIV; adolescentes e jovens; homens; mulheres em pós-aborto; vítimas de violência; e mulheres próximas da menopausa.
- Garantir que os princípios de confidencialidade e consentimento informado sejam fornecidos a todos os utentes do PF

CRENÇAS E VALORES COMUNS EM RELAÇÃO À UTILIZAÇÃO DE CONTRACEPÇÃO.

É importante que os provedores tenham consciência e analisem os seus próprios valores/crenças para não os imporem aos utentes. Além disso, é importante que os utentes se sintam seguros e protegidos para que estes possam transmitir as suas preocupações e obter os serviços de que necessitam.

- As escolhas e as necessidades de contraceptivos variam de acordo com os estádios da vida da mulher (adolescência/juventude, período pré-nupcial, recém-casada até ao primeiro filho, após o primeiro filho e até ao último, próximo à menopausa) e com outros aspectos relacionados com estar ou não infectada pelo HIV.
- O PF deve basear-se na vontade e na decisão informada do utente, independentemente de estar ou não infectado pelo HIV.
- Os profissionais de saúde têm o dever profissional de não julgarem os utentes e de evitarem que os seus valores, crenças e atitudes pessoais se tornem obstáculos à prestação de serviços de qualidade aos utentes independentemente do seu sero estado.

RAZÕES PARA SE FAZER CONTRACEPÇÃO
Há muitas razões pelas quais as pessoas e os casais decidem iniciar, continuar ou interromper o uso de contracepção, nomeadamente:

- Desejo de adiar o nascimento do primeiro filho
- Espaçar o nascimento dos filhos,
- Reduzir o número de partos/filhos
- Para assegurar um método de dupla protecção
- Para proteger a sua saúde sexual e reprodutiva
- Por razões económicas

DIREITOS DO UTENTE DE PF

Todos os utentes de PF têm o direito a:

- **Informação:** conhecerem as vantagens e a disponibilidade de todos os métodos contraceptivos
- **Acesso:** obterem assistência independentemente do seu sexo, idade, estado civil, credo, origem étnica, cor ou local de residência.
- **Escolha:** decidirem livremente se desejam fazer ou não o PF e qual o método a utilizar. Interromper ou mudar de método, independentemente da sua idade, do estado civil e/ou seroestado.
- **Segurança:** usarem contracepção eficaz e segura.
- **Privacidade:** terem um ambiente privado durante as consultas.
- **Confidencialidade:** ser-lhes assegurado que as suas informações pessoais são mantidas confidencialmente.
- **Dignidade:** serem tratados com cortesia, consideração e atenção.
- **Conforto:** sentirem bem-estar ao receberem assistência.
- **Continuidade:** Receberem serviços e contraceptivos quanto necessitarem.
- **Opinião:** tem direito a opinar sobre os serviços que recebem

* **NOTA:** As PVHIV têm o direito a tomar as suas próprias decisões quanto à reprodução, e têm o direito a uma vida sexual segura e satisfatória, para além do direito a toda a gama de serviços de saúde sexual e reprodutiva.

PRINCÍPIOS GERAIS DO ACONSELHAMENTO

Aconselhamento é uma forma de ajudar as pessoas a reflectirem sobre os seus valores, atitudes, percepções e condutas para que possam fazer escolhas informadas e consistentes com os seus valores e prioridades.

Para haver um bom aconselhamento é necessário:

- Confiança mútua entre o utente e o provedor. O provedor respeita o utente, detecta e responde às suas preocupações quanto à utilização de contracepção.
- Confidencialidade e privacidade na abordagem do utente e no registo de informações
- Clima acolhedor, atencioso e sem julgamento
- Linguagem adequada ao utente
- Informações pertinentes, exactas e completas que permitam ao utente tomar uma decisão
- Recursos visuais e escritos para facilitar a comunicação

PRINCÍPIOS ENVOLVIDOS NOS SERVIÇOS DE PF

O aconselhamento em PF ajuda o utente a decidir se pretende fazer ou não contracepção, a escolher um método que lhe seja mais adequado do ponto de vista pessoal e médico, e a compreender a utilização correcta do método escolhido.

A base de um bom Aconselhamento em PF é o que incorpora os seguintes cinco princípios:

- Voluntariedade - a utente tem o direito a tomar uma decisão voluntária sobre que método contraceptivo adoptar sem ser pressionada, desde que seja seguro do ponto de vista médico.

- Decisão informada - os utentes têm o direito de ter todas as informações relacionadas com os métodos contraceptivos e, a partir daí, tomar a decisão.

Para isso, o utente tem de saber:

- A existência dos métodos disponíveis,
- As características de cada método (vantagems/desvantagems)
- A eficácia de cada método,
- Os possíveis efeitos secundários
- Os riscos da não utilização de qualquer método de modo consistente

- Confidencialidade - a preservação da dignidade e respeito, a provisão de serviços de PF independentemente da idade ou religião, estado civil, ou condição socioeconómica são todos elementos essenciais da política de um programa de PF.

O provedor deve estender o princípio de confidencialidade ao ponto de não envolver o marido, a sogra, etc., se tal for o desejo da utente.

- Oferta do maior leque de métodos de PF possível - os utentes tem o direito de ter a eles oferecidos todos os métodos, de ser com eles analisadas as vantagens e desvantagens de cada um e quais melhores opções dentre os que estão disponíveis.

- Integração dos Serviços/PF - implica a oferta da componente PF em todos serviços de cuidados primários (incluindo HIV) na mesma unidade. Com o provedor de saúde preocupado com saúde do utente como um todo, e não apenas com um aspecto clínico específico, devendo aproveitar todas oportunidades para introduzir o PF, aumentando assim o acesso dos utentes.

PONTOS CHAVES SEGUNDO O TIPO DE ACONSELHAMENTO EM PF

ACONSELHAMENTO GERAL

- Normalmente acontece na primeira consulta de planeamento familiar
- Discutem-se as necessidades dos utentes
- Resolvem-se as preocupações dos utentes
- Dá-se informação geral sobre os métodos/opções
- Respondem-se às perguntas
- Discutem-se os conceitos erróneos/mitos
- Inicia-se a tomada de decisão e a escolha do método

ACONSELHAMENTO ESPECÍFICO AO MÉTODO

- Faz-se a tomada de decisão e a escolha do método
- Dá-se mais informação sobre o método escolhido
- Explica-se o processo e procedimentos de selecção do método

- Dão-se instruções sobre como e quando usar o método
- Discute-se o que fazer se houver problemas no caso de haver efeitos colaterais:
  - Prepare as utentes para o que pode ocorrer enquanto estiverem a usar um método.
  - Fale à utente sobre os sintomas/ efeitos colaterais que poderão diminuir com o tempo (Por exemplo, a ausência da menstruação com Depoprovera).
  - Não despreze, mas leve a sério, qualquer preocupação da utente relacionada com os efeitos colaterais.
  - Dê encorajamento e sugestões práticas para lidar com os efeitos colaterais.
  - Ajude a utente a trocar ou escolher outro método caso a utente assim o deseje.
- Discute-se quando voltar para controle
- Solicita-se que a utente repita as instruções chave para ver se não há dúvida
- Utente recebe fichas/informação para levar à casa se disponíveis

ACONSELHAMENTO DE RETORNO/CONTROLE

- Discute-se e procura-se soluções para os problemas e efeitos secundários
- Incentiva-se a continuação da utilização do método a menos que existam problema graves ou troca-se o método e novamente explica-se tudo em relação ao novo método
- Solicita-se que a utente repita as instruções chaves para ver se não há dúvida
- Responde-se às perguntas e resolve-se as preocupações da utente

ACONSELHAMENTO INDIVIDUAL

Apropriado quando a privacidade e confidencialidade são necessárias

- Saudar de uma forma amigável
- Escutar o motivo que traz a utente à consulta
- Perguntar sobre a história clínica da saúde reprodutiva da utente
- Perguntar à utente o que sabe sobre o planeamento familiar e explicar os métodos de planeamento familiar, incluindo as vantagens, desvantagens e possíveis efeitos secundários
- Encorajar perguntas e ajudar a utente na escolha do método
- Explicar à utente como usar o método que escolheu
- Pedir que a utente repita a informação chave
- Marcar a outra consulta

ACONSELHAMENTO EM GRUPO

Apropriado quando os utentes se sentem mais à vontade numa situação em grupo ou quando o aconselhamento individual não é viável

- Saudar utentes de uma forma amigável
- Introduzir os benefícios de planeamento familiar
- Extrair e discutir rumores e preocupações sobre o planeamento familiar
- Discutir os métodos de planeamento familiar e encorajar perguntas e discussão em grupo
- Discutir como obter métodos apropriados

ATENDIMENTO A GRUPOS ESPECÍFICOS

- Atendimento a utentes seropositivos

COMPETÊNCIAS E CONHECIMENTOS NECESSÁRIOS PARA UM ACONSELHAMENTO EM PF EFICAZ JUNTO A UTENTES SEROPOSITIVOS

Os utentes seropositivos podem ter motivações semelhantes às dos utentes seronegativos para ponderarem ou pretenderem evitar a gravidez. Podem ter também razões adicionais. Todos os utentes têm o direito a serem informados sobre os métodos contraceptivos seguros que correspondam às suas necessidades e sobre como ter uma gravidez mais segura.

RAZÕES QUE OS UTENTES SEROPOSITIVOS PODEM TER PARA PRETENDER UMA GRAVIDEZ

- Desejo de ter filhos
- Expectativas sociais, familiares e/ou de outros relacionamentos no sentido de que tenham filhos
- Receio de que os filhos que já têm possam falecer
- Preocupação com a redução da fertilidade à medida que a infecção do HIV avança
- Confiança de que os programas PTV reduzem o risco de terem filhos infectados pelo vírus
- Expectativas de receberem o TARV e de viverem tempo suficiente para verem os filhos crescer
- Receio de que o facto de evitarem a gravidez gere suspeitas de que estão infectados pelo vírus
- Medo de que as consequências potenciais de se revelar um estado de seropositividade ao parceiro possam implicar violência, abandono e perda do dinheiro para os filhos

RAZÕES QUE OS UTENTES SEROPOSITIVOS PODEM TER PARA EVITAR A GRAVIDEZ

- Manter a situação económica da família, alcançar o tamanho da família que pretendem e fazer intervalos entre o nascimento dos filhos.
- Receio de que a gravidez lhes prejudique ainda mais a saúde, especialmente se já sofrerem de sintomas relativos ao SIDA. Na ausência de TARV e de tratamento para as infecções oportunistas, a sua longevidade e qualidade de vida podem ficar seriamente afectadas.
- Medo de transmitirem o HIV aos filhos.
- Receio de deixarem órfãos, uma vez que é provável que a infecção pelo HIV lhes reduza a esperança de vida, sobretudo sem tratamento. Os pais preocupam-se naturalmente sobre quem tomará conta dos seus filhos se eles deixarem de o poder fazer.

FACTORES QUE AFECTAM A DECISÃO DE UTILIZAR CONTRACEPÇÃO

- Receios relacionados com a divulgação do seroestado (rejeição, violência, prejuízos finaceiros)
- Conhecimento dos métodos contraceptivos (incluindo conceitos errados e mitos culturais)
- Questões de género/oposição do parceiro
- Estigmatização relativa ao uso de preservativos

FACTORES QUE AFECTAM A ESCOLHA DO MÉTODO

- Como interage com outros medicamentos, nomeadamente ARVs
- Se proporciona protecção contra a transmissão e a aquisição de ITS, incluindo o HIV
- Se é necessária negociação ou participação do parceiro

OFERTA DO PACOTE PF NOS SERVIÇOS DE HIV

Implica colocar quatro questões a todos os utentes:

1. Actualmente está (ou a sua parceira) grávida?
   - Se sim: "Quando ficou grávida pretendia engravidar?
     Se sim, não tem necessidade de PF.
   - Se não, tem necessidades de PF não atendidas. Continua com o questionario.

2. Pretende (ou a sua parceira) ficar grávida no próximo ano?
   Para utentes que não estejam grávidas (ou cuja parceira não esteja grávida).
   - Se sim, não tem necessidade de PF
   - Se não, continue com a Pergunta 3

3. Usa actualmente algum método de contracepção?

Para utentes que não pretendam engravidar no próximo ano.

- Se sim, tem necessidade de PF atendidas
- Se não, continua com a Pergunta 4

4. Pode dizer-me porque não utiliza nenhum método?
   - Se a razão for "esterilidade ou infertilidade", o utente não tem necessidade de PF
   - Se a razão for "não ter actividade sexual", o utente não tem necessidade de PF
   - Se o utente responder qualquer outra razão, tem necessidades de PF não atendidas

Aconselhamento com base nestas perguntas de avaliação

- Para utentes com necessidades de PF atendidas, os provedores devem perguntar se estão satisfeitos com o método de contracepção que usam ou gostariam de ter mais informações sobre os outros métodos disponíveis.

- Para utentes com necessidades de PF não atendidas, é importante apresentar as opções de contracepção disponíveis, debater as preferências do utente e prestar assistência ou referência.

- Para utentes que desejem engravidar, aconselhar sobre os riscos de transmissão vertical e gravidez segura. As orientações de 2009 da OMS recomendam o início de TARV nas mulheres grávidas HIV-positivas com contagens de CD4 iguais ou inferiores a 350 (ou profilaxia ARV em mulheres não elegíveis ou que não recebam TARV), o que poderá reduzir a transmissão do HIV a 5% ou menos. Sem qualquer intervenção ou medidas preventivas e com o aleitamento contínuo, as taxas de transmissão são de cerca de 35%. Recordemos: As PVHIV, como toda a gente, têm o direito de decidir se querem ou não ter filhos. É muito importante que o provedor não tome qualquer posição se uma pessoa infectada com o HIV tiver um desejo forte de ter filhos. Se o provedor fizer julgamentos de valor, a mulher e a família podem recusar-se a ouvir conselhos sobre todas as formas de se manterem tão protegidos e saudáveis quanto possível.

- Para utentes grávidas, é adequado debater a testagem do HIV, a elegibilidade para TARV e a eficácia dos ARVs durante a gravidez para prevenção de PTV.

- Os provedores devem certificar-se de que todos os homens compreendam o seu papel fundamental na prevenção do HIV (impedindo a transmissão a parceiras HIV-negativas e PTV).

ATENDIMENTO A ADOLESCENTES E JOVENS

- Os utentes de ATS adolescentes podem não ter muitos conhecimentos sobre métodos de contracepção ou sobre saúde sexual e reprodutiva.
- Os utentes adolescentes casados podem enfrentar fortes pressões para provarem a sua fertilidade.
- Os utentes adolescentes do PTV ou do TARV podem ter mais probabilidade que os mais velhos de desejarem a gravidez porque se sentem mais saudáveis ou porque ainda não têm filhos.
- Os adolescentes podem-se sentir mais àvontade com métodos pouco prováveis de serem detectados (como os injectáveis ou os DIUs), com métodos facilmente reversíveis (pílula ou preservativo), ou com métodos de fácil obtenção e/ou que só sejam usados no momento das relações sexuais (como os preservativos).
- Em muitas zonas há escassez de centros "amigáveis a jovens", onde estes possam obter serviços de saúde de forma confidencial.
- Os provedores podem ajudar os adolescentes a compreender que serão seres sexuados durante toda a vida – não têm de tentar, perceber ou aperfeiçoar tudo já.
- Os jovens necessitam de ter capacidades no dia-a-dia para dizerem "NÃO" ao sexo, para negociarem sexo mais seguro e para resistirem à pressão dos colegas. Os provedores podem ajudar os jovens que não se sintam prontos para o sexo a aprenderem a recusá-lo. As conversas comsimulação e desempenho de papéis com o utente podem ser uma forma eficaz de o fazer. A abstinência protege-os da gravidez não planeada e do HIV e ITS.
- Se os adolescentes forem sexualmente activos, podem necessitar de toda a gama de serviços e de informações de PF. Os provedores podem debater com eles a possibilidade de abstinência sexual.

- Os provedores têm de perguntar aos utentes qual o seu estado civil/relacionamento, e se têm planos quanto ao casamento. Os provedores têm de apresentar visões realistas dos relacionamentos, do casamento e da paternidade. Devem ser discutidos e incentivados relacionamentos sexuais com fidelidade recíproca com parceiros não infectados e outros meios de redução de riscos.

Pessoas jovens poderão vir a um serviço de planejamento familiar não apenas em busca de contracepção, mas também à procura de aconselhamento quanto aos seguintes aspectos:

- mudanças físicas
- sexo
- relacionamentos e família
- problemas relativos ao crescimento e amadurecimento.

O aconselhamento bem como a oferta de serviços deve ser de acordo com a situação específica:

- casados ou não
- sexualmente ativos ou não
- com filhos ou não

PRESTE SERVIÇOS COM ATENÇÃO E RESPEITO

Críticas e attitudes 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. Garantir a confidencialidade e assegur à cliente que ninguém saberá do teor da conversa.
- Ouça cuidadosamente e faça perguntas abertas tais como "Em que posso ajudar você?" ou "Que dúvidas você tem?"
- Use termos que se adeqüem aos jovens. Evite termos tais como "planeamento familiar," que podem parecer irrelevantes para as pessoas que não são casadas.
- Certifique-se de que as opções de uma jovem sejam decisão sua e não resultado da pressão de 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 pressão. 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 clients jovens a tomar decisões que sejam de seu melhor interesse.
- Dedique tempo para abordar as dúvidas, receios e falta de informação sobre sexo, ITSs, e métodos anticoncepcionais. 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 freqüentes sobre puberdade, menstruação, masturbação, ejaculação noturna e higiene genital.
- É importante falar com os adolescentes sobre o sexo responsável e seguro antes de eles serem sexualmente activos.

TODOS OS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS SÃO SEGUROS PARA AS PESSOAS JOVENS

Os jovens podem usar, com segurança, qualquer método anticoncepcional. As jovens são, freqüentemente, 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 contraceptivos não há observações específicas em relação aos jovens (ver o Capítulo 5 para obter uma orientação completa sobre os mesmos).

Anticoncepcionais hormonais (anticoncepcionais orais, injetáveis)
- Os injetáveis podem ser usados sem que outras pessoas fiquem sabendo.
- Para algumas jovens, tomar pílulas com regularidade é particularmente difícil.
- Os preservativos conferem dupla protecção e tem maior disponibilidade.

Pílulas anticoncepcionais 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 freqüência.
- 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 contraceptivo que estiver usando.

Dispositivo intrauterino (DIU com cobre)
- Os DIUs tem maior probabilidade de sairem entre jovens que não deram à luz porque seu útero é menor.

Métodos baseados na percepção da fertilidade
- Os métodos baseados na percepção da fertilidade não devem ser Incentivados, visto que os ciclos menstruais, nem sempre são regulares.
- 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 pénis a tempo. Isso pode ser de difícil execução para alguns rapazes.
- É um dos métodos menos efificazes de prevenção à gravidez, mas pode ser o único método disponível—e disponível sempre—no caso de alguns jovens.

ATENDIMENTO A HOMENS

SEU APOIO É FUNDAMENTAL; SÃO CLIENTES IMPORTANTES

Para os profissionais de saúde, os homens são importantes por 2 motivos. Primeiro, eles infiuenciam as mulheres. Alguns homens se preocupam com a saúde reprodutiva de suas parceiras e as apóiam nisso. Outros atrapalham ou tomam decisões por elas. Por isso, as atitudes dos homens podem determinar se as mulheres conseguirão praticar efetivamente comportamentos saudáveis. Em algumas circunstâncias, como por exemplo evitar a infecção pelo HIV ou obter ajuda rápida numa emergência obstétrica, as ações de um homem implicarão na vida ou na morte de uma mulher. Os homens são também clientes importantes. Os principais métodos de planeamento familiar—preservativos masculinos e vasectomia—são realizados pelos homens. Os homens também têm suas próprias necessidades e preocupações em termos de saúde reprodutiva—em particular com as ITSs —que merecem a atenção do sistema de saúde e seus profifissionais.

HÁ MUITAS MANEIRAS DE AJUDAR AOS HOMENS

Os profifissionais de saúde podem dar apoio e prestar serviços aos homens tanto no caso de serem incentivadores das mulheres quanto como clientes.

Incentive os casais a conversarem

Casais que conversam sobre planejamento familiar—com ou sem a ajuda de um profissional de saúde—têm meios de fazer planos que poderão cumprir.

Os profisionais podem:
- Treinar homens e mulheres sobre como conversar com suas parceira(o)s sobre sexo, planeamento

familiar e ITSs.
- Estimular a tomada de decisão conjunta sobre assuntos de saúde sexual e reprodutiva.
- Convidar e incentivar que as mulheres tragam seus parceiros à unidade sanitária para que façam juntos o aconselhamento, a tomada de decisão e o atendimento.
- Sugerir às clientes que conversem com seus parceiros sobre os serviços de saúde para homens. Forneça materiais informativos para levarem para casa, se disponíveis.

Forneça informações precisas

Para mudar as opiniões e decisões dos homens, eles precisam de informações corretas e que se desfaçam alguns mitos e percepções equivocadas. Entre os assuntos importantes a abordar com os homens, estão:

- Os métodos de planejamento familiar, tanto os destinados aos homens quanto os para as mulheres, inclusive a segurança e eficácia de cada um deles
- As ITSs, entre elas HIV/SIDA—transmissão, sinais e sintomas, testes e tratamento
- Os benefícios de se esperar até que o fifilho mais novo complete 2 anos de idades antes de a mulher engravidar novamente
- A anatomia e função sexual e reprodutiva masculina e feminina
- Gravidez e parto seguro

Ofereça serviços ou encaminhamento

Entre os serviços importantes que os homens podem vir a querer, encontram-se:

- Preservativos, vasectomia e aconselhamento sobre outros métodos
- Aconselhamento e ajuda em casos de problemas sexuais
- Aconselhamento, testes e tratamento para ITS/HIV
- Aconselhamento sobre infertilidade
- Testes preventivos para câncer peniano, testicular e da próstata

Tal como as mulheres, homens de todas as idades, casados ou não, têm suas próprias necessidades em saúde sexual e reprodutiva. Merecem receber serviços de boa qualidade e aconselhamento respeitoso capaz de lhes transmitir apoio ao invés de críticas e censuras.

- Os homens estão normalmente menos informados e é mais provável que tenham informações erradas quanto à contracepção. Os homens têm frequentemente conceitos errados e receios graves de que a contracepção tenha impactos negativos sobre o seu prazer e/ou desempenho sexuais.
- Os homens temem frequentemente que as mulheres se tornem promíscuas por usarem contracepção.
- Muitos dos homens não sabem utilizar o preservativo correctamente. Os provedores devem sempre demonstrar a utilização correcta do preservativo, se possível usando um modelo.
- Os provedores devem perguntar sempre aos utentes masculinos qual o seu estado civil/relacionamento, quando trabalharem com eles, uma vez que as necessidades dos solteiros diferem das dos casados. (Embora a maioria das questões acima também se apliquem a eles).
- Os provedores devem debater a importância da utilização de métodos de dupla protecção tanto com os homens casados como com os solteiros, e incentivá-los à prática desses métodos.

QUAIS SÃO AS VANTAGENS DE UM UTENTE SATISFEITO?
- Menos gravidezes não planeadas ou de alto risco para acompanhar
- Menos utentes com gravidez não planeada a requerem serviços PTV
- Menos queixas sem importância e efeitos secundários que consomem tempo
- Maior confiança e respeito entre o utente e o provedor Promoção positiva de PF pelo utente junto dos outros e da comunidade

ATENDIMENTO EM SITUAÇÕES DE PÓS-ABORTO
Mulheres que acabam de ser tratadas em função de complicações pós-aborto necessitam de acesso fácil e imediato aos serviços de planejamento familiar. Quando tais serviços são integrados ao atendimento pós-aborto, são oferecidos imediatamente após o aborto ou encontram-se próximos geograficamente, as mulheres têm maior probabilidade de usar contracepção quando elas enfrentam o risco de uma gravidez indesejada.

AJUDE AS MULHERES A OBTEREM PLANEAMENTO FAMILIAR
Oriente Com o Coração

Uma mulher que passou por complicações pós-aborto precisa de apoio. Uma mulher que enfrentou o duplo risco da gravidez e de um aborto induzido inseguro necessita, especialmente, de ajuda e apoio. Um bom aconselhamento fornece apoio à mulher que acaba de ser tratada devido a complicações pós-aborto. Em particular:

- Tente 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 em quem ela confie esteja presente durante o aconselhamento

Forneça Informações Importantes

- Uma mulher tem escolhas importantes a fazer após receber cuidados pós-aborto. Para tomar decisões quanto à sua saúde e fertilidade, ela precisa saber que:

- 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. Portanto, ela precisa de proteção contra gravidez quase que imediatamente.

- Ela pode escolher dentre os muitos e diversos métodos de planeamento família, os quais ela pode começar agora mesmo (ver na página seguinte). 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 contraceptivo para uso regular, mas ela deve considerar a possibilidade de usar um método de apoio durante este tempo, caso ela faça sexo.

- Se uma mulher decidir não utilizar contraceptivos neste momento, os profissionais podem oferecer informações sobre os métodos disponíveis e onde obtê-los. Além disso, os profissionais de saúde podem oferecer preservativos, anticoncepionais orais ou pílulas de anticoncepcionais de emergência para que as mulheres as levem para casa e as utilizem posteriormente.

- Para evitar infecção, ela não deve fazer sexo até o sangramento parar—cerca de 5 a 7 dias. Se estiver sendo tratada por infecção ou ferimento vaginal ou cervical, ela deve aguardar para fazer sexo novamente até que ela tenha sido totalmente curada.

- Se ela quiser engravidar logo novamente, incentive a esperar. Aguardar pelo menos 6 meses poderá reduzir as chances do bébé 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.

- Em particular, um profissional de saúde pode ajudá-la a refletir sobre a possibilidade de ela ter sido exposta a doenças sexualmente transmissíveis.

QUANDO COMEÇAR MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

- Os anticoncepcionais orais combinados, as pílulas só de progestógeno, os injetáveis só de progestógeno, os implantes, os preservativos masculinos, os preservativos femininos e o coito interrompido podem ser iniciados imediatamente em cada um dos casos, mesmo que a mulher tenha algum ferimento no aparelho genital, tenha uma possibilidade de infecção ou uma infecção confirmada.

- Os DIUs, a esterilização feminina e os métodos baseados na percepção da fertilidade podem ser iniciados uma vez que tenha sido excluída a possibilidade de infecção ou uma eventual infecção tenha sido tratada.

- Os DIUs, a esterilização feminina e os métodos de percepção da fertilidade podem ser iniciados uma vez que qualquer ferimento no aparelho genital tenha sido curado.

Considerações especiais:

- A colocação de um DIU imediatamente após um aborto no segundo trimestre exige um profissional especificamente treinado para tal procedimento.

- A esterilização feminina deve ser decidida antes e não quando a mulher estiver sedada, sob estresse ou sentindo dor. Realize um aconselhamento cuidadoso e não se esqueça de mencionar os métodos reversíveis disponíveis (ver pagina 55).

- Métodos de percepção da fertilidade: uma mulher pode começar a usar os métodos baseados em sintomas uma vez que ela não tenha secreções provenientes de infecções ou sangramento devido a ferimento no aparelho genital. Ela pode começar métodos baseados no calendário junto com sua próxima menstruação, caso não tenha sangramento devido a alguma ferida no aparelho genital.

ATENDIMENTO EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES

Todo profissional que trabalha com planeamento familiar provavelmente atende muitas mulheres que já sofreram alguma violência. A violência contra as mulheres é comum em todos os lugares e, em algumas localidades, ela é muito comum. Num estudo recente em 10 países mais de 1 de cada 10 mulheres e até cerca de 7 em cada 10 mulheres relataram que tinham sofrido violência física ou sexual em suas vidas.

A violência física abrange uma ampla gama de comportamentos, entre os quais pancadas, bofetadas, chutes e surras. A violência sexual abrange atenção ou contato sexual indesejado, sexo coercivo e sexo à força (estupro). A violência contra as mulheres também pode ser psicológica como no caso de comportamento controlador, intimidação, humilhação, isolamento da mulher da família e amigos e restrição de seu acesso a recursos.

Mulheres que enfrentam agressões têm necessidades especiais de saúde, muitas delas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva. A violência pode levar a uma gama de problemas de saúde entre os quais ferimentos, gravidez indesejada, ITSs inclusive o HIV, diminuição do desejo sexual, dor durante o sexo e dor pélvica crônica. Para algumas mulheres, a violência pode começar ou se agravar durante a gravidez, o que coloca o feto em risco também. Além disso, a violência ou ameaça de violência por parte de um homem pode privar uma mulher de seu direito de escolher se quer utilizar um método de planeamento familiar e qual método gostaria de usar. Portanto, os profissionais de saúde reprodutiva tem probabilidade maior do que outros profissionais de saúde de atenderem mulheres que foram abusadas.

VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES MOÇAMBICANAS

- 54% das mulheres pesquisadas entre 15 e 49 anos referiu que se justifica ser espancada pelo marido/parceiro por razões como roubar comida, sair de casa sem informá-lo, discutir, recusar-se a ter relações sexuais ou não cuidar dos filhos;

- As mulheres que vivem nas zonas rurais aceitam os actos de violência (57,5%) do que as que vivem nas zonas urbanas (48%);

- 34% das mulheres entrevistadas concordou que justifica ser espancada por recusar ter relações sexuais com o parceiro

Fonte: INE/DHS, 2003

O QUE OS PROfiSSIONAIS DE SAÚDE PODEM FAZER?

1) Ajude as mulheres a se sentirem bem recebidas, seguras e livres para conversar.

Ajude as mulheres a se sentirem à vontade para falar livremente sobre qualquer assunto pessoal, inclusive a violência. Assegure a cada mulher que sua consulta será confidencial.

Dê às mulheres oportunidades de falar sobre violência, perguntando, por exemplo, a respeito das atitudes de seu parceiro para com o fato dela recorrer ao planeamento familiar, perguntando se ela prevê algum problema por usar o planeamento familiar e perguntando simplesmente se há alguma outra coisa sobre a qual ela gostaria de conversar.

2) Pergunte às mulheres se sofreram abuso sempre que suspeitar ter havido violência.

Se por um lado a maioria das mulheres não mencionará o fato de que estejam sendo abusadas, muitas falarão sobre isso se perguntadas sobre violência. Recomenda-se que se pergunte a todas as utentes se estão sofrendo algum tipo de agressão, somente quando os profissionais forem bem treinados para prestar este tipo de aconselhamento, com privacidade e confidencialidade e se houver recursos suficientes para lidar adequadamente com os casos identificados de violência. Até que haja tais condições, os profissionais podem perguntar sempre que suspeitarem de abuso, centrando desta forma os recursos nas mulheres que necessitam de cuidados imediatos.

Esteja alerta para os sintomas, ferimentos ou sinais que possam sugerir violência. Os profissionais podem suspeitar que haja violência quando depressão, ansiedade, dores de cabeça crônicas, dor pélvica ou vagas dores de estômago não melhorarem com o tempo em função do tratamento. Outro sinal de violência pode ser quando o relato de uma cliente sobre a ocorrência de um ferimento não bate com o tipo de ferimento que ela apresenta.
Suspeite de violência diante de qualquer ferimento durante a gravidez, especialmente no abdômen e nos seios.
Algumas dicas de como trazer à tona o assunto da violência:

- Para aumentar a confiança, explique porque você está fazendo perguntas— porque você deseja apenas ajudar.

- Use termos em que você fique à vontade e que melhor se enquadrem no seu próprio estilo.

- Não faça este tipo de perguntas quando o parceiro da mulher ou qualquer outra pessoa estiver no recinto ou quando não houver certeza da privacidade.

- Você poderá dizer, "a violência doméstica é um problema comum na nossa comunidade por isso temos perguntado às nossas clientes se sofreram algum abuso."

- Pode-se fazer perguntas semelhantes a estas:

    - "Seus sintomas podem ser devidos ao estresse. Você e seu parceiro costumam brigar muito? Você já se machucou alguma vez?"
    - "Seu parceiro às vezes quer fazer sexo quando você não quer? O que acontece nestas situações?"
    - "Você tem medo do seu parceiro?"

3) Oriente sem julgar, com sensibilidade e oferecendo apoio.

Um serviço importante para mulheres em relacionamentos violentos é o aconselhamento. O aconselhamento em questões de violência deve ser realizado em função das circunstâncias particulares daquela pessoa. As mulheres podem estar em estágios diferentes de vontade e determinação de buscar mudanças. Isto afetará a possibilidade e a receptividade da mulher em aceitar ajuda.

Algumas mulheres não estarão prontas para conversar sobre sua situação com um profi ssional de saúde. O sentido do aconselhamento não é descobrir, com certeza, se a cliente está sofrendo agressões, mas lidar com o problema de maneira solidária e permitir que ela saiba que você se importa com o que está acontecendo.

- Se ela não quiser falar sobre a violência, tranqüilize-a dizendo que você estará à disposição sempre que ela precisar de ajuda. Informe a ela quais são as opções e recursos disponíveis caso ela precise deles algum dia.

- Se ela quiser falar sobre sua experiência de violência, pode-se:

    - Assegurar a confidencialidade e manter a situação da mulher sob total sigilo. Conte apenas para as pessoas que precisam saber (por exemplo, os funcionários da segurança), e faça isso apenas com permissão da cliente.
    - Reconheça a experiência narrada por ela. Ouça, ofereça apoio e evite fazer julgamentos. Respeite sua capacidade e direito de fazer suas próprias escolhas de vida.
    - Tente aliviar os sentimentos de vergonha e culpa da mulher: "Ninguém merece apanhar." "Você não merecer sofrer abuso e não é culpa sua."
    - Explique que a violência é um problema comum: "Isto acontece a muitas mulheres." "Você não está sozinha e pode obter ajuda para enfrentar isso."
    - Explique que o mais provável é que a violência não pare por si mesma: "As agressões tendem a continuar e geralmente vão piorando e acontecendo com mais freqüência."

4) Avalie o perigo imediato a que uma mulher está submetida, ajude-a a elaborar um plano de segurança e encaminhe-a aos serviços existentes na comunidade.

Se a mulher enfrenta perigo imediato, ajude-a a pensar em diversas possibilidades de ação. Se não estiver em perigo iminente, ajude-a a elaborar um plano de longo prazo.

- Ajude-a avaliar sua situação atual:
    - "Ele está aqui no posto médico agora?"

- “Você ou seus filhos estão em perigo agora?”
- “Você se sente segura para voltar para casa?”
- “Há algum/a amigo/a ou parente que possa ajudar você nesta situação em sua casa?”

- Ajude-a a proteger a si mesma e aos fi lhos caso a violência volte a acontecer. Sugira que ela mantenha uma mala pronta com documentos importantes e uma muda de roupa de modo que ela possa sair rapidamente se precisar. Sugira que ela estabeleça um sinal para avisar as crianças quando devem buscar a ajuda de vizinhos.

- Faça e mantenha actualizada uma lista dos recursos (serviços) disponíveis para socorrer vítimas de abuso, inclusive a polícia, os serviços de aconselhamento e as organizações de mulheres que possam prestar suporte psicológico, jurídico e talvez até financeiro. Forneça uma cópia da lista à cliente.

5) Preste o atendimento adequado.

Adapte seu atendimento e aconselhamento às circunstâncias específicas da cliente.

- Trate seus ferimentos ou providencie para que ela obtenha tratamento.

- Avalie o risco de gravidez e forneça contracepção de emergência se for o caso e ela assim o desejar.

- Ofereça pílulas anticoncepcionais de emergência para uso futuro.

- Se ela desejar, forneça a ela um método contraceptivo que possa ser usado sem o conhecimento de seu parceiro, como por exemplo um injetável.

- Ajude as mulheres a refletirem sobre se conseguiriam, sem correr riscos, propor o uso de preservativos, sem que isso implique em novas agressões.

- Em casos de estupro:

  - Primeiramente, faça a coleta de quaisquer amostras que possam ser usadas como provas (por exemplo, roupas rasgadas ou manchadas, cabelos e pelos, e manchas de sangue e sêmen).
  - Forneça ou encaminha para testagem e tratamento de HIV e outras ITSs. Algumas mulheres podem precisar de tais serviços repetidas vezes.
  - Considere a possibilidade de usar profilaxia pós-exposição ao HIV, se disponível, e tratamento presuntivo de gonorréia, clamídia, sífilis e outros ITSs prevalentes na região.

ATENDIMENTO ÀS MULHERES PRÓXIMO DA MENOPAUSA

Uma mulher chegou à menopausa quando seus ovários param de liberar óvulos (ovulação). Devido ao fato da menstruação não vir mais todos os meses à medida que a menopausa se aproxima, considera-se que uma mulher deixou de ser fértil uma vez que ela tenha passado 12 meses seguidos sem ter sangramento menstrual. A menopausa geralmente ocorre entre 45 e 55 anos de idade. Cerca de metade das mulheres chegam à menopausa até os 50 anos. Por volta do 55, cerca de 96% das mulheres atingiram a menopausa. Para prevenir a gravidez até que esteja claro que ela não é mais fértil, uma mulher mais velha pode utilizar qualquer método, caso não apresente nenhum problema médico que limite seu uso. Por si própria, a idade não impede que uma mulher utilize qualquer método contraceptivo.

EM QUE MOMENTO UMA MULHER PODE PARAR DE USAR O PLANEJAMENTO FAMILIAR?

Devido à menstruação não ocorrer mais a cada mês no tempo certo antes da menoupausa, é difícil para uma mulher cuja menstruação parece ter se interrompido saber quando deve parar de usar algum meio

anticoncepcional. Por isso, recomenda-se que se utilize um método de planejamento familiar durante os 12 meses após a última menstruação, independentemente da menstruação ocorrer novamente.

Os métodos hormonais afetam a menstruação, e assim, pode ser difícil saber se uma mulher que os utiliza já chegou à menopausa. Depois de interromper o uso de um método hormonal, ela poderá usar um método não hormonal. Ela não precisará mais de contracepção uma vez que não menstrue mais por 12 meses seguidos.

Os DIUs com cobre podem ser mantidos no lugar após a menopausa. Devem ser removidos até 12 meses após a última menstruação de uma mulher.

ALÍVIO DOS SINTOMAS DA MENOPAUSA

As mulheres passam por efeitos físicos antes, durante e após a menopausa: ondas de calor, suor excessivo, dificuldade em reter a urina, secura vaginal pode tornar o sexo doloroso e dififi culdade para dormir.

Os profissionais de saúde podem sugerir formas de reduzir alguns destes sintomas:

- A respiração profunda a partir do diafragma pode fazer cessar uma onda de calor mais rapidamente. Uma mulher também pode tentar comer alimentos que contenham soja ou ingerir 800 unidades internacionais de vitamina E por dia.

- Comer alimentos ricos em cálcio (tais como laticínios, grãos, peixe) e realizar atividades físicas moderadas para ajudar a diminuir o ritmo da perda de densidade óssea que acompanha a menopausa.

- Pode-se utilizar lubrifificantes ou umedecedores vaginais caso a secura da vagina persista e provoque irritação. Durante o sexo, utilize um lubrifificante vaginal disponível no mercado, água ou saliva como lubrificante, caso a secura vaginal seja um problema.

A qualidade de assistência em programas de planeamento familiar pode ser definida pela escolha de métodos, pelas informações prestadas aos clientes, competência técnica, relações interpessoais, acompanhamento e mecanismos de continuidade, e a adequada constelação de serviços (Bruce, 1990). A importância da qualidade do atendimento nos serviços de PF / SR foi reforçada ainda mais em 1994 na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento realizada em Cairo. Aqui o foco dos esforços do planeamento familiar mudou para um mais abrangente voltado para a abordagem da saúde reprodutiva, que é "cliente-orientada", com serviços de planeamento familiar de qualidade que capacitam uma mulher a fazer uma escolha com consentimento informado em um ambiente de dignidade e respeito (Cohen e Richards, 1994).

REQUISITOS LEGAIS E DE POLÍTICAS DO GOVERNO AMERICANO PARA PROGRAMAS DE PF

Os "Requisitos para Projectos de Planeamento Familiar Voluntário", ou a Emenda Tiahrt, aplicam-se aos projectos de prestação de serviços de PF que recebem fundos do Governo dos EUA e que lidam directamente com pacientes que aceitam um determinado tratamento ou método de PF. A Emenda Tiahrt aplica-se a todas as formas de assistência dada a projectos de prestação de serviços de PF incluindo assistência sob forma de dinheiro, assistência técnica, bens ou formação. Estes projectos podem incluir, por exemplo, clínicas geridas por entidades públicas, clínicas móveis de atendimento na comunidade, clínicas comerciais e privadas, e serviços porta-a-porta comunitários. A Emenda Tiahrt baseia-se nos

PONTOS BÁSICOS PARA PROFISSIONAIS/SERVIÇOS DE SAÚDE E CLIENTES

PVHIV
As PVHIV, como toda a gente, têm o direito de decidir se querem ou não ter filhos. É muito importante que o provedor não tome qualquer posição se uma pessoa infectada com o HIV tiver um desejo forte de ter filhos. Se o provedor fizer julgamentos de valor, a mulher e a família podem recusar-se a ouvir conselhos sobre todas as formas de se manterem tão protegidos e saudáveis quanto possível.

Adolescentes
Jovens casadas e não casadas têm diferentes necessidades em termos de saúde sexual e reprodutiva. Todos os métodos contraceptivos são seguros para pessoas jovens.

Homens
Informações corretas podem ajudar aos homens a tomar decisões melhores quanto à sua própria saúde e de suas parceiras também. Quando os casais conversam sobre contracepção, eles têm maior probabilidade de fazer planos que serão capazes de cumprir.

Pos-Aborto
Uma mulher que enfrentou o duplo risco da gravidez e de um aborto induzido inseguro necessita, especialmente, de ajuda e apoio.

Vítimas de Violência
A violência pode levar a uma gama de problemas de saúde entre os quais ferimentos, gravidez indesejada, ITSs inclusive o HIV, diminuição do desejo sexual, dor durante o sexo e dor pélvica crônica.

Mulheres Próximas da Menopausa
Para ter certeza de que evitará a gravidez, uma mulher deve recorrer aos métodos anticoncepcionais até que não tenha mais menstruação por 12 meses seguidos.

princípios fundamentais da voluntariedade e escolha informada das pessoas para escolher o número de filhos e os intervalos entre eles.

Os cinco requisitos principais da Emenda Tiahrt para projectos de prestação de serviços de PF financiados pelo Governo dos EUA são:

1. Proibição de metas ou quotas para os provedores de serviços ou agentes de reencaminhamento
Provedores de serviços ou agentes de encaminhamento são pessoas que lidam directamente com clientes de PF. Incluem tanto trabalhadores comunitários como os que trabalham nos serviços. Uma meta ou quota é um número pré-determinado que é atribuído a um provedor de serviços ou que o mesmo deve atingir, como por exemplo: um número total de nascimentos, um número de utentes que tenham que aceitar o PF, ou um número de utentes para um determinado método de PF. Não inclui, contudo, números usados para fins de planificação ou orçamentais; relatórios ou planos de monitoria e de avaliação; ou estimativas de necessidades de abastecimentos ou de pessoal.

2. Proibição de pagamento de incentivos e recompensas monetárias a clientes ou pessoal do programa

Não se pode dar compensações ou incentivos financeiros aos utentes ou ao pessoal do programa. Não se pode fazer pagamentos às pessoas por ficarem "utentes que aceitam PF", nem fazê-lo ao pessoal do programa por terem cumprido uma meta numérica ou uma quota por alcançarem um número de nascimentos, de utentes em PF, ou utentes de um determinado método de PF. O termo 'Pessoal do programa' inclui igualmente pessoas que não prestam serviços directos, tais como os gestores dos serviços ou pessoal das ONG.

A Emenda Tiahrt permite:

1. A distribuição gratuita de métodos de PF ou a venda de métodos a um preço reduzido;
2. Remunerações por serviço ou pagamentos a provedores de serviços;
3. Pequenos artigos sem valor comercial dados ao pessoal dos projectos ou a outras pessoas em reconhecimento de um bom desempenho ou para mostrar em que fazem parte de um programa (por exemplo, bonés, aventais, mochilas, botas, guarda-chuvas, etc.);
4. Providenciar acções de formação ou promoções especiais ao pessoal dos projectos que demonstram um bom desempenho.

3. Proibição de recusa de direitos ou benefícios a pessoas que optaram por não usar PF

As pessoas não podem ser penalizadas por não aceitarem PF. Exemplos de penalizações podem ser os seguintes casos:

- Recusar acesso a programas alimentares suplementares a pessoas que não aceitam PF;
- Recusar serviços de saúde materna gratuitos a mulheres que tiveram mais que um determinado número de nascimentos;
- Exigir dos provedores de cuidados de saúde ou dos trabalhadores comunitários que usem contraceptivos;
- Providenciar acesso a projectos de geração de rendimentos apenas a aceitantes de PF.

4. Requisito de providenciar informação compreensível sobre o método de PF escolhido

Informação compreensivel (i.e. clara, abrangente e fácil de perceber) inclui as vantagens e os riscos de saúde do método escolhido, as condições que tornariam o uso do método desaconselhável para o cliente, e efeitos secundários conhecidos. A Tiahrt não requer que sejam fornecidas informações sobre todos os métodos de PF mas requerem a disponibilização de uma vasta gama de métodos, bem como informações sobre onde podem ser obtidos. É, sobretudo,uma boa prática nas clínicas dar informação aos clientes sobre os métodos disponíveis que podem ser adequados para eles.

Informação específica e concreta deve estar disponível e visível nas clínicas ou nas mãos dos trabalhadores comunitários (p. ex. cartazes nas paredes, blocos gigantes para os clientes ou folhetos). Ter material impresso exposto de forma bem visível nas unidades de saúde ou nas mãos de trabalhadores comunitários de saúde oferece um meio eficaz tanto para demonstrar como para documentar que foi fornecida informação compreensível.

5. Requisito de providenciar métodos experimentais de PF apenas no contexto de um estudo científico

Os projectos devem garantir que medicamentos e dispositivos contraceptivos e procedimentos médicos experimentais são fornecidos exclusivamente no contexto de um estudo científico. Os participantes devem igualmente ser avisados sobre potenciais riscos e benefícios

Princípios orientadores:

Apoio à liberdade de os indivíduos escolherem voluntariamente o número e o espaçamento dos seus filhos.

- Acção por Vontade Própria = decisões baseadas na livre escolha e não obtidas através de qualquer

forma de indução ou coerção.

- Escolha Informada = acesso efectivo a informação sobre escolhas de contracepção e ainda a aconselhamento, serviços e itens que permitam a escolha do cliente

Requisitos para os métodos permanentes:

A Resolução 3 sobre Políticas (PD-3) é complementar à Tiahrt e tem 3 requisitos principais:

1. Antes de qualquer procedimento é necessário o consentimento informado, o qual deve ser documentado.
2. É proibido o pagamento de incentivos para a esterilização.
3. A compensação aos provedores de serviços pode ser aceitável em determinadas circunstâncias.

- Os pagamentos não podem ser utilizados como incentivos para aceitar, fornecer ou encaminhar os clientes para o serviço de esterilização voluntária.
- Certos pagamentos aos clientes não são considerados incentivos, desde que sejam razoáveis (ex: transporte para ir ou regressar do procedimento ou alimentos fornecidos durante o tempo de permanência).
- A determinação de pagamento "razoável" tem que ser feita pela Missão da USAID baseada no país e tendo em conta as características do programa, usando o conhecimento das circunstâncias sociais e económicas.

Há 3 coisas a recordar se houver suspeita de violação da política:

- Informar
- Investigar
- Corrigir

Fluxos principais para o PF/MIESG

MOMENTO IDEAL E ESPAÇAMENTO SAUDÁVEL ENTRE GRAVIDEZES (MIESG)

Consulta os seguintes fluxogramos (nos Anexos, páginas 102-107):

- Mensagens MIESG
- Benefícios da MIESG
- Aconselhamento MIESG para mulheres que estão grávidas, em situação pós-parto, ou com uma criança com menos de 2 anos
- Aconselhamento MIESG para mulheres em situação de pós-aborto induzido ou aborto espontâneo
- Aconselhamento MIESG para adolescentes (com menos de 18 anos, sexualmente activos e que nunca estiveram grávidas)

CAPÍTULO 6 - GESTÃO LOGÍSTICA DE CONTRACEPTIVOS

TÓPICOS:

SISTEMA LOGÍSTICO
PROCESSO DE ELABORAÇÃO DA REQUISIÇÃO/BALANCETE
AVALIAÇÃO DO STOCK

OBJECTIVOS:

Até o fim do capítulo, os participantes devem ser capazes de:

- Identificar os aspectos a serem considerados na gestão de contraceptivos a nível da U.S.
- Preencher correctamente a ficha de stock
- Calcular as quantidades de contraceptivos a requisitar.
- Determinar o período de cobertura do stock disponível.

SISTEMA LOGÍSTICO

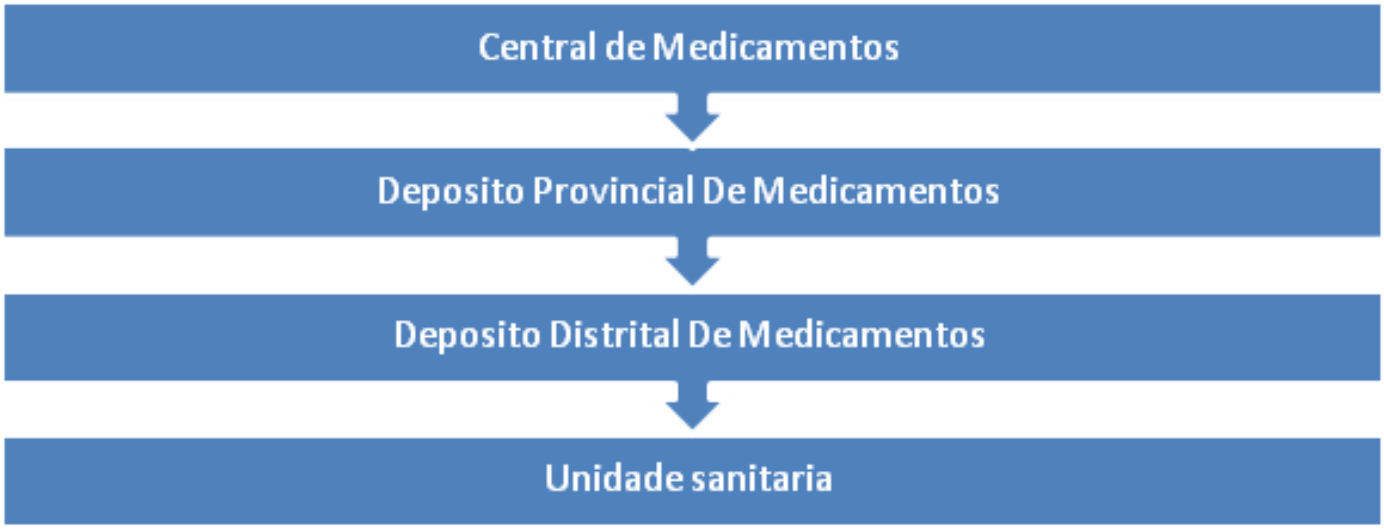
Sistema que permite movimentar os contraceptivos desde o fabricante até ao utente, inclui a monitorização,quantificacao, conservacao, armazenamento e dispensa.

Os objectivos de um sistema logístico englobam os seis "Certos":

- Os produtos **certos**
- Em quantidade **certa**
- Em qualidade **certa**
- Entregue no lugar **certo**
- No momento **certo**
- Ao preço **certo**

* A gestão dos contraceptivos/preservativos está totalmente integrada no sistema normal de abastecimento, seguindo os mesmos procedimentos tal como qualquer outro medicamento da via clássica.

O fluxograma de abastecimentos de contraceptivos é o seguinte:



- Stock Existente: Quantidades que estão disponíveis no momento do inventário físico
- Quantidades recebidas: Quantidades de contraceptivos recebidos
- Quantidades dispensadas: Quantidade total de anticonceptivos dispensadas aos utentes
- Perdas/Ajustamentos: Quantidades retiradas do inventario por alguma razão, sem ser para os utentes ou para distribuição as US

ACTIVIDADES NO ACTO DE RECEPÇÃO E REGISTO DOS MEDICAMENTOS/CONTRACEPTIVOS

- Controlar a integridade dos volumes
- Conferir as quantidades recebidas e indicadas na GR
- Cada remessa deve ser acompanhada da Guia de Remessa/Entrada (que acumula também a função de nota de entrega
- Completar, assinar e devolver um exemplar da Guia de Remessa/Entrada ao deposito fornecedor

* IMPORTANTE: Se detectar qualquer anomalia tanto de quantidade assim como da qualidade do produto, deve ser comunicado imediatamente através do relatório de ocorrência ao depósito fornecedor devendo este transmiti-lo ao seu Responsável Clínico.

- O relatório de ocorrência será enviado após ter recebido o visto do responsável da unidade sanitária.

ARRUMAÇÃO DOS PRODUTOS

- Em estrados ou paletas (grandes volumes de medicamentos)
- Directamente nas prateleiras (medicamentos da via clássica)

* Os produtos não devem ser colocados em contacto directo com pavimento.

PREENCHIMENTO DA FICHA DE STOCK

- Utiliza-se uma ficha de stock como suporte para registo do movimento (saída, entrada, inventário ou perdas e ajustes) de todos os produtos, incluído os contraceptivos
- Os movimentos de stock devem ser imediatamente registados na ficha de stock
- As fichas de stock devem ser colocadas nas prateleiras juntas dos respectivos medicamentos
- Primeiro produto a expirar é o primeiro a sair (PEPS)

EXERCÍCIO 1 Preenchimento da Ficha de Stock

O DDM de Matola registou durante o mês de Outubro os seguintes movimentos de stock:

- No dia 01/10/2010, o responsável do DDM da Matola fez um inventário tendo apurado 2.000 ciclos de Microgynon
- No dia 05/10/10 enviou 200 ciclos de Microgynon para C.S da Matola, através da Guia Remessa (GR) 30/10
- Dia 07/10/10 – 100 ciclos para o Centro de Saúde de Boquisso, através da GR 32/10
- Dia 15/10/10 – 150 ciclos para o Centro de Saúde da Machava, através da GR 33/10
- Dia 20/10/10 – 100 ciclos para o Centro de Saúde de Matola II , através da GR 34/10
- Dia 20/10/10 – 200 ciclos para o Centro de Saúde Ndlavela, através fa GR 35/10
- No dia 27/ 10/10 o responsável da DDM, recebeu um devolução de 90 ciclos de Microgynon com a guia de devolução 24/10 proveniente do C.S de Kongolote
- No dia 30/10/10 retirou-se da prateleira, para a zona de quarentena 50 ciclos de Microgynon, fora do prazo com a GR 36/10
- No dia 18 /10/10 a DDM recebeu a remessa de Nr 336/10, referente a requisição do último trimestre de 2010 com 1500 ciclos de Microgynon, provenientes do DPM de Maputo

a) Ajude o responsável da DDM da Matola a preencher a ficha de stock de Microgynon.

	República de Moçambique								
	Ministério da Saúde								
	Central de Medicamentos e Artigos Médicos								
Unidade Sanitária			Distrito: Matola			Província: Maputo			
Enfermaria			Farmácia:						
FNM	**Designação (Nome, dosagem e forma Farmacêutica)**	**CMM**	**Prazos de Validade:**						

Data do Movimento	Origem/ Destino do movimento	N° de Documento	Entradas	Ajustes Negativos	Ajustes Positivos	Saídas	Stock Existente	Pedidos	Rubrica
						Transporte:			

PROCESSO DE ELABORAÇÃO DA REQUISIÇÃO/BALANCETE

PREPARAÇÃO DO INVENTÁRIO

- Cada requisição deve ser antecedida da realização do processo de inventário e do preenchimento do balancete;
- A determinação do consumo médio mensal é em função das quantidades Recebidas /Distribuídas/ Dispensadas durante o mês ou o trimestre anterior;
- O cálculo das quantidades a requisitar é realizado directamente no modelo da requisição/balancete.

- A realização o inventário obedece uma periodicidade mensal;
- A preparação do inventário pressupõe 3 actividades consecutivas:
    - Contagem física do stock e preenchimento do "Relatório Inventário";
    - Analise dos movimentos e elaboração do balancete;
    - Actualização das fichas de stock.

> O inventário físico deve ser realizado no fim do mês ou no trimestre antes elaboração da requisição.
>
> As discrepâncias detectadas devem ser comunicadas através do relatório de ocorrência justificando a razão dos erros constatados e enviado ao responsável clínico que deverá analisar e pôr um visto nos dois documentos.

QUANTIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES

A requisição elabora-se a partir do Balancete e das Fichas de Stock, sendo necessário:

- Calcular o Consumo Médio Mensal (CMM), podendo ser em função dos pedidos ou em função das saídas;
- Conhecer o stock existente (SE);
- Aplicar a fórmula para cálculo das necessidades: onde QR- Quantidade a Requisitar e SS- Stock de Segurança;

Consumo Médio Mensal
É um indicador que nos mostra que quantidades em média uma Unidade Sanitária ou Deposito de Medicamentos, dispensa ou distribui por mês, respectivamente.
- Dispensa: Contraceptivos que a enfermeira/Parteira/Enfermeiro entregam às utentes para o seu consumo;
- Distribuição: Contraceptivos entregues de um armazém para outro (Armazém Provincial para o armazém distrital/ armazém distrital incluindo para as Unidades Sanitárias);

Stock de Segurança
É a quantidade de Contraceptivos reservados para evitar roturas em caso de demora na distribuição ou aumento da procur, o qual deverá ser de:

- Nível provincial : dois (2) meses
- Nível Distrital e U.Sanitária: 1 mês

Cálculo do CMM:
- É a soma dos Contraceptivos em ciclos para os orais, em doses Medroxiprogesterona, e em unidades para o DIU, distribuídos durante vários meses, divididos pelo total de meses analisados (As taxas de consumo flutuam por vezes imenso de um mês para outro, deve utilizar uma média de consumo correspondente a vários meses).
- O resultado é expresso em números inteiros

A nível do CS e DDM (Depósito Distrital de Medicamentos)
- Produtos para os quais não houve ruptura de stock

QR = 1 mês de distrib. + SS (1 mês de distrib.) – (SE)
- Produtos para os quais houve ruptura de stock

QR = 1 mês de pedidos mensais + SS (1 mês de pedidos) – (SE)
A nível do DPM (Depósito Provincial Medicamentos)

- Produtos para os quais não houve ruptura de stock

QR = 3 meses de distrib. + SS (2 meses de distrib.) – (SE)

- Produtos para os quais houve ruptura de stock

QR = 3 meses de pedidos mensais + SS (2 meses de pedidos) – (SE)

- Formula para Requisição semanal:

CMD (consumo médio diário) x 8 dias (7 dias + 1dia SS) – SE

- Formula para requisição quinzenal

CMD x 16 dias (14 dias + 2 dias SS) - SE

EXEMPLO DO CÁLCULO DAS NECESSIDADES

Uma U.S quer fazer uma requisição de Microgynon	
Período de reposição (PR)	1 mês
Stock de Segurança (SS)	1 mês de pedidos
Stock existente (SE)	2 50 ciclos
Saída de medicamentos durante 3 meses	1 500 ciclos
Consumo Médio Mensal	500 ciclos

Cálculo do Consumo Médio Mensal (CMM) e Quantidade a Requisitar (QR)

CMM = 1500 ciclos : 3 meses de consumo = 500 ciclos

QR = CMM + SS – SE
QR = 500 + 500 -250 = 750 ciclos

EXERCICIO 1 - Preenchimento da Requisição/Balancete

Supondo que é responsável do depósito de Medicamentos da Direcção de saúde da Cidade de Inhambane,com base nas cópias das fichas de requesição dos C.S. urbano da Cidade de Inhambane, de Muelé e Guiúa, referentes as necessidades de Microlut no mês de Fevereiro de 2010 :

a) Calcule as necessidades de contraceptivos para o mês de Março, sabendo que o stock no inicial no mês de Março é de 610 e total de ciclos aviados às 3 U.S no mês de Fevereiro foi:

    - C.S Urbano - 8210 ciclos
    - C.S de Muelé - 4660 ciclos
    - C.S Guiuá - 5840 ciclos

b) Elabore a Requesição/Balancete referente ao mês Fevereiro

AVALIAÇÃO DOS STOCKS : Meses de disponibilidade de stock

- São as quantidades de cada método de contraceptivos disponíveis no depósito de medicamentos e é expresso em meses.

Porque calcular?
O que realmente precisa-se de saber não é “que quantidade que tem?” mas sim “quanto tempo é que vai durar o stock existente” de modo:

- Evitar roturas de stock
- Ter sempre disponíveis as quantidades certas de contraceptivos
- Ajuda a determinar as quantidades a requisitar

Cálculo

Para calcular o período de cobertura, é preciso conhecer dois dados:

- Stock Existente através de Ficha de Stock , realizando um inventário físico;
- Consumo Médio Mensal (CMM).

Divida o stock existente pelo Consumo Médio Mensal e o resultado será o stock de Anticonceptivos disponíveis em meses.
Meses de Stock = Stock Existente / CMM

EXEMPLO

O centro de saúde de Boquisso consome 1000 ciclos de Microgynon por mês e o stock disponível é de 3000 ciclos.

É possível determinar que o stock disponível irá durar 3 meses a partir da seguinte fórmula:

STOCK DISPONÍVEL : QUANTIDADE DISTRIBUÍDA DURANTE UM MÊS = QUANTO TEMPO ESSA QUANTIDADE DISPONÍVEL IRÁ DURAR (3000 / 1000 = 3 MESES)

Dependendo de avaliação feita, o gestor de U.S pode tomar a decisão para elaborar uma requisição urgente ou concluir que não é necessário nenhuma requisição confiante que a quantidade existente irão durar até a próxima requisição.

As taxas de consumo flutuam por vezes imensamente de um mês para outro, deve utilizar uma média de consumo correspondente a vários meses. Por exemplo, imagine que durante os últimos 6 meses, o número de ciclos de Microlut distribuído por mês no C.S. de Boquisso era o seguinte:

Janeiro = 1184
Fevereiro = 1210
Março =1060
Abril =1250
Maio=1361
Junho=1252

TOTALIZANDO 7317 ciclos

- CMM = 7317/6 = 1219.5 ou 1220 ciclos
- Stock Existente = 3000 ciclos
- Meses de Stock = Stock Existente / CMM = 3000/1220 = 2.46 ou 2.4 meses de stock

EXERCICIO 2 - Avaliação de Stock

A Sra. Julia e o Sr. Castigo são responsáveis de SMI Distritais e do DDM de Massinga respectivamente. Na 1ª semana do mês de Fevereiro de 2011, efectuaram uma visita de supervisão ao C.S. de Mangonia, onde fizeram inventário do stock físico do qual apuraram, 2950 ampolas, fizeram também o levantamento dos registos do consumo da Depo Provera dos últimos 6 meses do ano de 2010, tendo encontrado as seguintes quantidades:

- Julho 1200 ampolas
- Agosto 1330 ampolas
- Setembro 1460 ampolas
- Outubro 1590 ampolas
- Novembro 1595 ampolas
- Dezembro 1660 ampolas

a) Calcule com base nesta informação o consumo médio mensal da Depo Provera.
b) Determine o período de consumo do stock existente.

EXERCICIO 4 Avaliação de Stock

Ainda durante a visita, a mesma equipe fez o inventário de Microlut (prazo de validade – Abril de 2011), e apurou 8600 ciclos e o levantamento do consumo do mesmo produto nos úçtimos 6 meses do mesmo ano:

- Julho 1400 ciclos
- Agosto 1330 ciclos
- Setembro 1480 ciclos
- Outubro 1660 ciclos
- Novembro 1720 ciclos
- Dezembro1780 ciclos

a) Calcule com base nesta informação o consumo médio mensal de Microlut.
b) Determine o período de consumo do stock existente.

Definição de Termos

- Quantidade Máxima: É a quantidade máxima de anticonceptivos que deve estar disponível em armazém, acima do qual o stock não deve subir ;
- Quantidade Mínima: quantidade de anticonceptivos que sempre deve estar disponível em armazém, abaixo do qual o stock nunca deve descer , mesmo que o fornecimento do nível superior seja irregular.

Nota:Níveis Máximo e Mínimo são sempre expressos em meses

Cálculo dos níveis Máximo e Mínimo

	Mínimo	Máximo
Armazém Provincial	6 meses	12 meses
Armazém distrital	4 meses	7 meses
Unidades sanitárias	3 meses	6 meses

Cálculo das quantidades Máxima e Mínima

- Quantidade Máxima = Consumo Médio Mensal, multiplicado pelos níveis de stock Máximo
- Quantidade Mínima = Consumo Médio Mensal, multiplicado pelos níveis de stock Mínimo

Para garantir a disponibilidade dos contraceptivos nas u.S. É fundamental a coordenação de actividades entre o responsável da farmácia e a enfermeira de smi.

A) Caso Joana (página 6)

O caso de Joana ajuda-nos a reflectir sobre os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e dos adolescentes e, para tanto, podemos tentar responder estas perguntas, tendo como base os direitos sexuais e reprodutivos:

- A Joana tem o direito de decidir individualmente se quer ou não ter um filho ou uma filha. Ela tem o direito de decidir quando quer ter esse filho, se agora que tem 17 anos ou mais tarde depois de concluir a sétima classe. Mas esta decisão tomada juntamente pelo casal pode ser melhor para o casal;

- A Joana tem o direito de tomar a decisão de ter ou não ter filhos sem ser ameaçada, intimidada ou violentada. Não é admissível a ameaça que o Pedro faz de condicionar o casamento à gravidez da Joana. Ele não pode mandá-la embora por causa disso;

- A Joana não é uma mercadoria que o Pedro comprou por meio do lobolo, sendo que ela não pode ser maltratada sob a intimidação de que vai deixa-la na casa de seus pais e vai pegar de volta os bens e o dinheiro que deu de lobolo. Esta cerimónia é simplesmente um acto simbólico de casamento tradicional de certas culturas e não é uma cerimónia de compra e venda da mulher.

B) Exercício 1 – Ficha de Stock (Capítulo 6)

	República de Moçambique								
	Ministério da Saúde								
	Central de Medicamentos e Artigos Médicos								
Unidade Sanitária			Distrito: Matola			Província: Maputo			
Enfermaria				Farmácia:					
FNM	**Designação (Nome, dosagem e forma Farmacêutica)**	**CMM**	**Prazos de Validade:**						
	Mycrogynon	830		30/10/10	30/10/12				

Data do Movimento	**Origem/ Destino do movimento**	**N° de Documento**	**Entradas**	**Ajustes Negativos**	**Ajustes Positivos**	**Saídas**	**Stock Existente**	**Pedidos**	**Rubrica**
						Transporte:			
1/10/10	Inventário Mensal					2000 ciclos			
5/10/10	CS Matola	GR 30/10			200 ciclos	1800 ciclos			
7/10/10	CS Boquisso	GR 32/10			100 ciclos	1700 ciclos			

15/10/10	CS Machava	GR 33/10			150 ciclos	1550 ciclos			
18/10/10	DPM Maputo	GR 336/10	1500 ciclos			3050 ciclos			
20/10/10	CS Matola II	GR 34/10			100 ciclos	2950 ciclos			
20/10/10	CS NDlavela	GR 35/10			200 ciclos	2750 ciclos			
27/10/10	CS Kongo-lote	GD 24/10	90 ciclos			2840 ciclos			
30/10/10		GR 36/10		50 ciclos		2790 ciclos			

C) EXERCÍCIO 2 - Preenchimento da Requisição/Balancete (capítulo 6)

Supondo que é responsável do depósito de Medicamentos da Direcção de saúde da Cidade de Inhambane,com base nas cópias das fichas de requesição dos C.S. urbano da Cidade de Inhambane, de Muelé e Guiúa, referentes as Necessidades de Microlut no mês de Fevereiro de 2010 :

c) Calcule as necessidades de contraceptivos para o mês de Março, sabendo que o stock no inicial no mês de Março é de 610 e total de ciclos aviados às 3 U.S no mês de Fevereiro foi:

- C.S Urbano - 8210 ciclos
- C.S de Muelé - 4660 ciclos
- C.S Guiuá - 5840 ciclos

d) Elabore a Requesição/Balancete referente ao mês Fevereiro

Correcção:

1º calcular a quantidade total de ciclos de microlut distribuídos pelo deposito da DSC de Inhambane.
8210+4660+5840= 18710

2º calcular a quantidade a requisitar (para um mês)
QR = 1 mês de distribuição + SS (1 mês de distribuição) – (SE)
QR = 18710+ 18710 -610 = 18100 ciclos

D) EXERCICIO 3 - Avaliação de Stock (Capítulo 6)

A Sra. Julia e o Sr. Castigo são responsáveis de SMI Distritais e do DDM de Massinga respectivamente. Na 1ª semana do mês de Fevereiro de 2011, efectuaram uma visita de supervisão ao C.S. de Mangonia, onde fizeram inventário do stock físico do qual apuraram, 2950 ampolas, fizeram também o levantamento dos registos do consumo da Depo Provera dos últimos 6 meses do ano de 2010, tendo encontrado as seguintes quantidades:

- Julho 1200 ampolas
- Agosto 1330 ampolas
- Setembro 1460 ampolas
- Outubro 1590 ampolas
- Novembro 1595 ampolas
- Dezembro 1660 ampolas

c) Calcule com base nesta informação o consumo médio mensal da Depo Provera.
d) Determine o período de consumo do stock existente.

Correcção

1º calcular o CMM:
1200+1330+1460+1590+1595+1660 = 8835
8835/6 =1473

2º calcular o período de consumo do stock existente:
meses de stock = stock existente /CMM = 2950/1473 = 2 meses

* NOTA: porque a presente remessa expira em Abril, a U.S deveria ficar com uma quantidade para 2 meses. Logo: CMM x 2meses =1562 x 2 = 3124 ciclos; o remanescente deveria ser redistribuído.

E) EXERCICIO 4 - Avaliação de Stock (Capítulo 6)
Ainda durante a visita, a mesma equipe fez o inventário de Microlut (prazo de validade – Abril de 2011), e apurou 8600 ciclos e o levantamento do consumo do mesmo produto nos úçtimos 6 meses do mesmo ano:

- Julho 1400 ciclos
- Agosto 1330 ciclos
- Setembro 1480 ciclos
- Outubro 1660 ciclos
- Novembro 1720 ciclos
- Dezembro 1780 ciclos

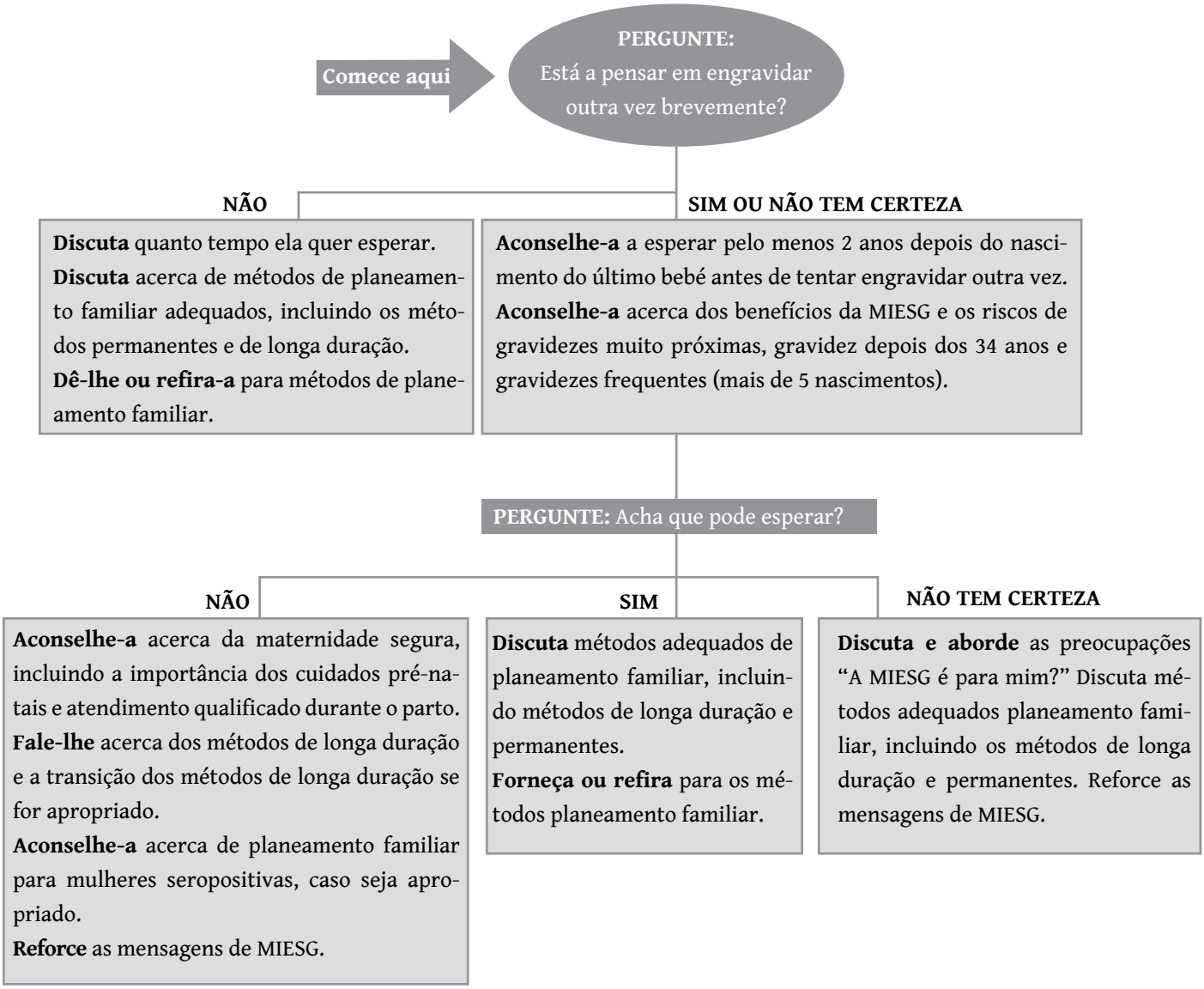
1) Calcule com base nesta informação o consumo médio mensal de Microlut.
2) Determine o período de consumo do stock existente.

Correcção:

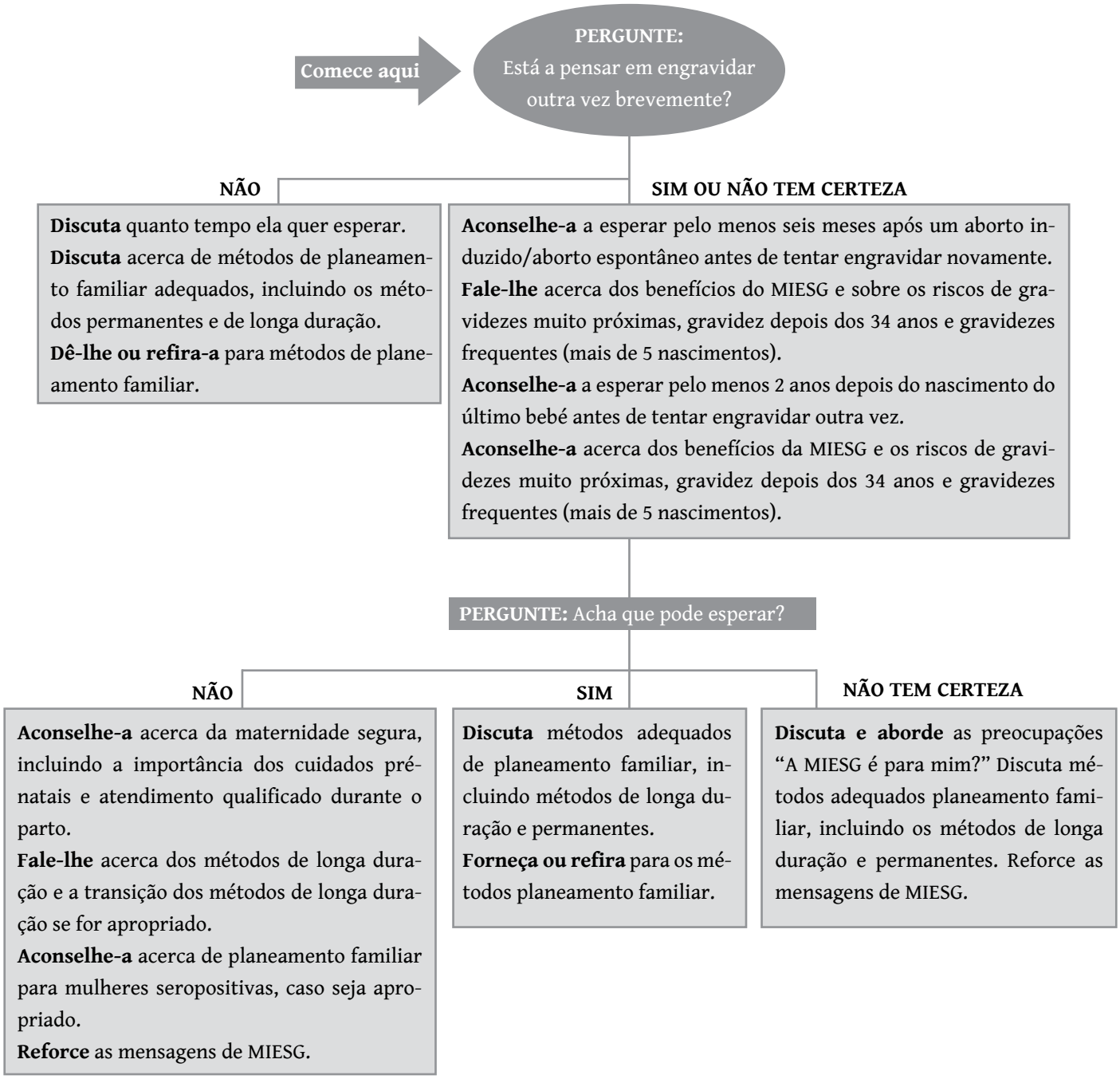
1º calcular o CMM
1400 + 1330+1480+1660+1720+1780 = 9370
9370/6 =1562

2º calcular o período de consumo do stock existente
meses de stock = stock existente /CMM = 8600/1562 = 5.5 m

ACONSELHAMENTO MOMENTO IDEAL E ESPAÇAMENTO SAUDÁVEL ENTRE GRAVIDEZES (MIESG) PARA MULHERES QUE ESTÃ GRÁVIDAS, EM SITUAÇÃO PÓS-PARTO, OU COM UMA CRIANÇA COM MENOS DE 2 ANOS



ACONSELHAMENTO MIESG PARA MULHERES EM SITUAÇÃO DE PÓS-ABORTO INDUZIDO OU ABORTO ESPONTÂNEO



ACONSELHAMENTO MIESG PARA ADOLESCENTES (COM MENOS DE 18 ANOS, SEXUALMENTE ACTIVOS E QUE NUNCA ESTIVERAM GRÁVIDAS)

Comece aqui

PERGUNTE: Está a pensar em engravidar outra vez brevemente?

NÃO

Discuta quanto tempo ela quer esperar.
Discuta acerca de métodos de planeamento familiar adequado, incluindo os métodos permanentes e de longa duração.
Dê-lhe método ou refira-a para os serviços de planeamento familiar.

SIM OU NÃO TEM CERTEZA

Aconselhe-a a esperar até ter pelo menos 18 anos antes de tentar ficar grávida.
Fale-lhe acerca dos benefícios do MIESG e sobre os riscos de gravidezes muito cedo e muito próximas.

PERGUNTE: Acha que pode esperar?

NÃO

Aconselhe-a acerca da maternidade segura, incluindo a importância dos cuidados pré-natais e atendimento qualificado durante o parto.
Fale-lhe acerca dos métodos de longa duração e a transição dos métodos de longa duração se for apropriado.
Aconselhe-a acerca de planeamento familiar para mulheres seropositivas, caso seja apropriado.
Reforce as mensagens de MIESG.

SIM

Discuta métodos adequados de planeamento familiar, incluindo métodos de longa duração e permanentes.
Forneça ou refira para os métodos planeamento familiar.

NÃO TEM CERTEZA

Discuta e aborde as preocupações "A MIESG é para mim?" Discuta métodos adequados planeamento familiar, incluindo os métodos de longa duração e permanentes. Reforce as mensagens de MIESG.

MENSAGENS MIESG

Espaçamento saudável entre gravidezes (MIESG) é uma abordagem para a prestação de serviços de planeamento familiar que ajuda mulheres e casais a tomar uma decisão informada sobre retardarem a primeira gravidez até aos 18 anos de idade, e espaçamento saudável entre gravidezes subsequentes para obterem resultados mais saudáveis tanto para a mãe como para o bebé. As recomendações baseadas em evidências MIESG são:

Para casais que desejam ter outra gravidez após um nascimento vivo, as mensagens são:

- Para a saúde da mãe e do bebé, espere pelo menos dois anos antes de tentar engravidar novamente.
- Considere usar um método de planeamento familiar de sua escolha durante esse tempo.

Para casais que desejam ter outra gravidez após um aborto espontâneo ou induzido, as mensagens são:

- Para a saúde da mãe e do bebé, esperar pelo menos seis meses antes de tentar engravidar novamente.
- Considere usar um método de planeamento familiar de sua escolha durante esse tempo.

Para os adolescentes, as mensagens são:

- Para a sua saúde e a do seu bebé, espere até que tenha pelo menos 18 anos antes de tentar engravidar.
- Considere usar um método de planeamento familiar de sua escolha até que tenha pelo menos 18 anos.

BENEFÍCIOS DA MIESG

Os benefícios da MIESG baseados em evidências para recém-nascidos, mulheres e adolescentes são:

Para recém-nascidos:

- Menor risco de morte perinatal
- Menor risco de morte neonatal
- Menor risco de parto prematuro
- Menor risco de baixo peso ao nascer
- Menor risco de bebés pequenos para o tempo gestacional
- Aumento dos benefícios do aleitamento materno

Para adolescentes:

- Menor risco de morte materna: mães adolescentes têm duas vezes mais probabilidade do que aquelas com mais de 20 anos de morrer durante a gravidez ou o parto. Meninas menores de 15 anos têm cinco vezes mais probabilidade de morrer
- Menor risco de complicações relacionadas com a gravidez e parto, como pré-eclâmpsia e fístula.
- Menor risco de parto prematuro ou bebés com baixo peso ao nascer.
- Menor risco de casamento precoce ou forçado, abandono escolar, aborto inseguro e outras consequências negativas sociais e de saúde

Para todas as mulheres:

- Menor risco de morte materna
- Menor incidência de aborto induzido
- Menor risco de pré-eclâmpsia
- Permite dois anos de aleitamento materno, que está ligado a um risco reduzido de cancro da mama e do ovário

Método	Até que ponto é efectivo este método?	Com que frequência é usado?	Com que rapidez pode engravidar uma vez interrompido o método?	Interacção com ARV/	Anti-TB	Contra-indicações	Efeitos colaterais mais comuns
Contraceptivo Oral	COCs	Eficácia de 99%	Todos dias	Uma vez interrompido, a fertilidade retorna em poucos meses	Ligeiramente menos eficaz em pacientes em TARV (NVP ou Ritonavir). A Rifampicina (usada para o tratamento de TB) diminui a eficacia das pilulas. Outros antibióticos não tem este efeito. O uso correcto do método (tomar a pílula todos os dias e à mesma hora) e o uso de preservativos ajuda a reforçar a contracepção	Amamentação (primeiras 6 semanas), trombo embolismo venoso profundo, icterícia, HTA (>160/100), cancro da mama, >35 anos, tumor hepático, tabagismo, enxaquecas com aura	Diminuição na quantidade e duração do fluxo menstrual
Injetáveis (Depo)	PSPs	Eficácia de 99%	Todos dias, aproximadamente à mesma hora	Uma vez interrompido, a fertilidade retorna em poucos meses	Sem interacção com ARV ou Anti-TB	Tumor da mama, tumor hepático, hepatite activa	Diminuição na quantidade e duração do fluxo menstrual
Implantes (Jadelle)		Eficácia de 99%	Uma injecção de 3 em 3 meses	A ovulação retorna depois de 6 M -1ª	Sem interacção com ARV ou Anti-TB	Diabetes, tumor da mama, tumor hepático, hepatite activa	Ganho de peso de aproximadamente 2-3 kgs. 80% das mulheres tem amenorreia
Preservativo Masculino e Feminino		Eficácia de 97%	É descartável e deve ser usado em cada acto sexual	Sem o preservativo, não há protecção contra gravidez	Sem interacção com ARV ou Anti-TB	Nenhuma	Nenhum
DIU – Dispositivo Intra-Uterino		Eficácia de 99%	Uma vez inserido, pode permanecer por mais de 10 anos	Uma vez interrompido, a fertilidade retorna em poucos meses	Sem interacção com ARV ou Anti-TB	Actual DIP/ITS (antecedente de DIP/ ITS não são contra-indicações)	Menstruações com fluxo mais pesado e longo
Laqueação das Trompas e Vasectomia		Eficácia > 99%	Definitivo e irreversível	Nunca mais ficará susceptível de engravidar	Sem interacção com ARV ou Anti-TB	Nenhuma	Nenhum
Contracepção de Emergência		Eficácia de 70-80%	Menos de 72 horas depois da relação sexual desprotegida	N/A	Sem interacção com ARV ou Anti-TB	Tumor da mama, tumor hepático, hepatite activa	Náuseas

BIBLIOGRAFIA

Family Health International (2009) Quick Reference Chart for the WHO Medical Eligibility Criteria For Contraceptive Use — to initiate and continue use of combined oral contraceptives, DMPA, implants, and copper IUDs. http://www.fhi.org consultado em 20 de março de 2011

Nouga.A, Ayalew.A (2010); **Integration of Family Planning into HIV Counseling and Testing, Prevention of Mother-to-Child transmission, and Antiretroviral Therapy Services**; Ethiopia.

OMS; Jonhs Hopkins;USAID (2007); **Planeamento Familiar. Um Manual Global Para Profissionais e Serviços de Saúde**; USA; http://info.k4health.org/globalhandbook/remindersheets/portuguese.shtml, consultado em 08 de Junho de 2011.

Pathfinder International (2009) **Manual do Participante em Saúde Sexual e Reprodutiva e HIV/SIDA para os Instituções de Formação da Educação, Agricultura e Saúde**. Moçambique.

Pathfinder International (2010). **Planeamento Familiar e Integração com HIV e SIDA**. Angola

República de Moçambique, MISAU (2010) Estratégia de Planeamento Familiar e Contracepção 2010-2015(2020), Maputo, mimeo.

República de Moçambique, MISAU, Povey.G, Jamisse.L, Vaz.Mrª.D.L (1992); **Manual de Planeamento Familiar**; Maputo; 0015/92/MS-CI.

Solter.C, (1997), **Comprehensive Reproductive Health and Family Planning Training Curriculum**; Watertow,MA; httpt://www.pathfind.org/pt/pubs/mod1.pdf, consultado em 05 de Maio de 2011.

Solter.C, (1997), I**ntegration of family planning into HIV counseling and testing, prevention of mother-to-child transmission and, antiretroviral terapia services**,Watertow,MA; httpt://www.pathfind.org/site/doc server/FP-Trainers_Gd_4.pdf. consultado em 05 de Maio de 2011.

The ACQUIRE Project, Promundo (2008); **Envolvendo Rapazes e Homens na Transformação das Relações de Género: Manual de actividades Educativas**; Rio de Janeiro: ISBN 978-1-885063-77-9.

The ACQUIRE Project, Promundo (2008); **Pacote de Avaliação de Necessidades Para Programas de Envolvimento Masculino**; Rio de Janeiro.

USAID, Extending Delivery Project (ESD) (2010) **Healthy Timing and Spacing of Pregnancy, Counseling Pathways A counseling tool for health care providers**. http://www.esdproj.org/site/DocServer/HFSP_Counseling_Pathways-Final consultado em 9 de Junho de 2011

República de Moçambique, MISAU, **Pacotes Integrados de Serviços e de Formação Contínua na Área de Saúde Reprodutiva/Materna, Neonatal, Infantil e do Adolescente & Jovem**, Maputo, mimeo

Esta tiragem foi de 150 exemplares.

Material reproduzido em Junho de 2011 com apoio financeiro da USAID

GOVERNO DE MOÇAMBIQUE
Ministério da Saúde

USAID
DO POVO AMERICANO

Pathfinder
INTERNATIONAL
a global leader in reproductive health