

Planeamento Familiar

Manual de Boas Práticas



Documento de controlo

Versão	Elaboração / revisão	Validação pelo Conselho Técnico	Aprovação em Conselho Geral
1	Patrícia Marques	22/08/2022	06/10/2022

Siglas e Abreviaturas

AUP – acetato de ulipristal
CE – Contraceção de Emergência
CHC – Contraceptivos Hormonais Combinados
CPO – Contraceptivo Progestativo Oral
CSP – Cuidados de Saúde Primários
DGS – Direção-Geral da Saúde
DIU – Dispositivo Intrauterino
EF – Enfermeiro de Família
FSH – hormona folículo-estimulante
IMC – Índice de Massa Corporal
IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis
IVG – Interrupção Voluntária da Gravidez
LNG – levonorgestrel
MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
MF – Médico de Família
OMS – Organização Mundial de Saúde
PA - Pressão Arterial
PF – Planeamento Familiar
RCCU – Rastreio do Cancro do Colo do Útero
Rh – Rhesus
RSNP – Relação Sexual Não Protegida
SIU – Sistema Intrauterino
USF – Unidade de Saúde Familiar
VIH – Vírus de Imunodeficiência Humana

ÍNDICE

Introdução	4
Objetivos Gerais	5
Organização dos serviços na USF	6
População Alvo	6
Atividades e Competências	7
Secretariado Clínico.....	7
Consulta de Enfermagem	8
Consulta Médica:.....	10
Métodos Contraceptivos	13
Critérios médicos de elegibilidade para o uso de contraceptivos e decisão clínica	14
Métodos contraceptivos disponíveis da USF	15
Fornecimento dos contraceptivos disponíveis da USF	16
Consentimento informado	16
Contraceção de emergência	17
Contraceção em situações médicas especiais	19
Contraceção após aborto	19
Contraceção no pós-parto	20
Contraceção na adolescência	21
Contraceção na perimenopausa	21
Descontinuação da contraceção.....	22
Diagnóstico de menopausa e uso de contraceção	22
Cuidados pré-concepcionais	23
Atividades/procedimentos a desenvolver	23
Cuidados antecipatórios/recomendações	24
Cuidados em Infertilidade	25
Estudo complementar na infertilidade	25
Fluxograma de atuação	26
Rastreio do Cancro do Colo do Útero (RCCU)	27
Indicadores de Monitorização	28
Referências bibliográficas	29

Introdução

A Saúde Reprodutiva é um estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade, em todos os aspetos relacionados com o sistema reprodutivo, suas funções e processos. Implica que as pessoas possam ter uma vida sexual satisfatória e segura e decidir se, quando e com que frequência têm filhos.

O Planeamento Familiar (PF) representa uma componente fundamental na prestação de cuidados em Saúde Reprodutiva e refere-se a um conjunto variado de serviços, medicamentos e produtos essenciais que possibilitam às pessoas, individuais e em casal, alcançar e planear o número de filhos desejados e o espaçamento dos nascimentos. A decisão de ter ou não filhos, assim como a escolha do momento para ter filhos, é um direito que assiste a todos os indivíduos e famílias.

Os vários elementos da Saúde Reprodutiva estão intimamente interligados, daí que a melhoria de um facilita a melhoria dos outros e, de igual modo, a deterioração de um condiciona os restantes. Por exemplo, a educação sexual contribuirá para o controlo da fertilidade e a prevenção das infeções sexualmente transmissíveis (IST), com consequências positivas na sexualidade, fertilidade, gravidez, vigilância pré-concepcional e pré-natal, segurança no parto e qualidade de vida de todos os elementos das famílias.

É neste contexto que as consultas de PF se destinam a apoiar e informar os indivíduos ou casais, para que estes possam planear uma gravidez no momento apropriado, proporcionando-lhes a possibilidade de viverem a sua sexualidade de forma saudável e segura.

Neste tipo de consulta, é feita a avaliação do estado de saúde da mulher/casal e é dada informação sobre os métodos contraceptivos, sendo fornecido gratuitamente o contraceptivo escolhido. Orientam-se ainda os casais com problemas de infertilidade, faz-se o aconselhamento sexual, bem como o rastreio do cancro do colo do útero (RCCU) e das doenças de transmissão sexual.

Na nossa Unidade de Saúde Familiar (USF), as consultas de PF regem-se pelas recomendações do Programa de Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar da Direção Geral da Saúde (DGS) e pretendem assegurar cuidados de saúde de qualidade neste âmbito. Com este documento pretende-se apresentar as últimas e principais recomendações dos programas nacionais e europeus na área da Saúde da Mulher e Planeamento Familiar, devidamente adaptadas à realidade da nossa comunidade e aos recursos disponíveis.

Objetivos Gerais

Numa perspetiva mais abrangente, o planeamento familiar deve:

- Promover uma vivência sexual gratificante e segura;
- Informar e aconselhar sobre a saúde sexual e reprodutiva;
- Permitir o planeamento de uma gravidez saudável e responsável;
- Preparar uma maternidade e paternidade saudáveis;
- Prevenir uma gravidez indesejada;
- Reduzir os índices de mortalidade e morbilidade materna, perinatal e infantil;
- Reduzir o número de IST's e as suas consequências, nomeadamente a infertilidade.

Organização dos serviços na USF

As atividades de PF são parte integrante dos cuidados de saúde primários (CSP). As consultas de PF podem ser agendadas por iniciativa do utente ou por iniciativa do médico de família (MF) ou do enfermeiro de família (EF).

A consulta de PF é constituída por dois momentos distintos, complementares e sequenciais: consulta de enfermagem e consulta médica. Esta consulta, embora preferencialmente programada em horário pré-estabelecido, pode ter também uma vertente oportunista, devendo sempre ser garantida a privacidade e vontade do utente.

Em situações particulares que necessitam de resolução breve, designadamente em situações de contração de emergência, a utente deverá ser encaminhada a uma consulta aberta idealmente da sua equipa de família, ou a uma consulta de intersubstituição, na sua ausência.

As consultas de planeamento familiar estão isentas de taxas moderadoras.

O acesso a essas consultas deve ser garantido, em igualdade de circunstâncias, a imigrantes, independentemente do seu estatuto legal.

População Alvo

Podem ser inscritos na consulta de PF todos os indivíduos em idade fértil:

- mulheres até aos 54 anos;
- e os homens, sem limite de idade.

Para além destes critérios major, devem ser especialmente orientadas para as consultas de planeamento familiar as mulheres:

- com doença crónica que contraindique uma gravidez não programada;
- com paridade > 4;
- com idade inferior a 20 anos e superior a 35 anos;
- cujo espaçamento entre duas gravidezes foi inferior a 2 anos;
- puérperas;
- após a utilização de contraceção de emergência;
- após uma interrupção da gravidez.

Atividades e Competências

A USF compromete-se com a seguinte forma de prestação de trabalho:

Consulta de Planeamento Familiar	
Iniciativa	Profissional ou utente.
População	Mulheres (até aos 54 anos) e homens sem limite de idade.
Objetivo	Vigilância e educação sobre sexualidade, reprodução, contraceção, cuidados pré-concepcionais e infertilidade, fornecimento de contraceptivos, rastreio de cancro do colo do útero e da mama.
Periodicidade	Critério do profissional ou de acordo com o Programa Nacional de Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar, rastreio de cancro do colo do útero e rastreio de cancro da mama. Garantida prioridade ao pedido de contraceção de emergência.
Local	Gabinete médico e de enfermagem.
Profissional (duração)	Médico de família (30 minutos) e enfermeiro de família (30 minutos).

Secretariado Clínico

O rosto da equipa, à entrada nos serviços, é personalizado pelo Secretariado Clínico, cujo desempenho é crucial. O acolhimento, a correta identificação do utente, a orientação e a informação prestadas à chegada, facilitam todo o percurso seguinte.

Cabe ao Secretário Clínico a marcação de consulta, seja ela programada, aberta ou de intersubstituição.

As marcações podem ser realizadas presencialmente, via telefone ou por correio eletrónico, para agendamento de consultas programadas.

Após efetivação da presença, a utente aguarda a chamada na sala de espera.

Consulta de Enfermagem

O enfermeiro de família recebe e faz o acolhimento da mulher/casal, adequando o diálogo às necessidades. A consulta de enfermagem de PF tem como objetivo realizar educação para a saúde, relativa a métodos de contraceção e a comportamentos em saúde, que contribuem para a vivência da sexualidade de forma segura e saudável.

As **competências** do enfermeiro em PF incluem:

- Promover a vivência da sexualidade de forma saudável e segura, a todos os utentes, dando particular atenção aos adolescentes;
- Promover a saúde das pessoas no âmbito da saúde sexual e do PF;
- Prevenir complicações no âmbito da saúde sexual e do PF;
- Identificar disfunções sexuais, problemas de fertilidade, IST e fazer o encaminhamento adequado;
- Promover a saúde da mulher em idade fértil durante as diferentes fases de transição do ciclo de vida;
- Facilitar a adaptação da mulher e família às transições vivenciadas durante o ciclo de vida;
- Orientar a mulher a vivenciar, adequadamente, os processos de saúde/doença no âmbito da sexualidade e do PF;
- Preparar para uma maternidade e paternidade responsáveis.

Atividades gerais a desenvolver na consulta de enfermagem de PF (**O quê?**)

- Esclarecer sobre as vantagens de regular a fecundidade em função da idade;
- Elucidar sobre as consequências da gravidez não desejada;
- Informar sobre a anatomia e a fisiologia da reprodução;
- Facultar informação completa, isenta e com fundamento científico, sobre todos os métodos contraceptivos (folhetos);
- Proceder ao acompanhamento do método contraceptivo escolhido;
- Fornecer, gratuitamente, os contraceptivos disponíveis na USF;
- Informar sobre os cuidados pré-concepcionais, tendo em vista a redução do risco, numa futura gravidez;
- Informar sobre os benefícios do espaçamento adequado das gravidezes;
- Identificar e orientar para o MF os casais com problemas de infertilidade;

- Informar sobre a prevenção das IST;
- Sensibilizar para o RCCU e rastreio do cancro de mama, quando aplicáveis;
- Reconhecer e orientar para o MF os indivíduos/casais com dificuldades sexuais;
- Orientar para o MF as situações de desejo de contraceção definitiva ou de IVG;
- Promover a adoção de estilos de vida saudáveis.

Atividades / Procedimentos na Consulta de Enfermagem (**Como?**)

- Correta identificação do utente – segundo o procedimento respetivo;
- História clínica – colher os dados sobre: hábitos, problemas de saúde crónicos, registo de alergias, história obstétrica, ginecológica e sexual, data da última menstruação, apuramento das principais queixas e/ou de dúvidas em relação ao método anticoncecional e respetivo esclarecimento;
- Exame objetivo – avaliar os parâmetros antropométricos (peso, estatura e IMC) e a pressão arterial (PA), tendo em vista a caracterização dos critérios de elegibilidade para os diferentes métodos anticoncecionais;
- Esclarecimento de dúvidas – abordar as dúvidas da(o) utente em relação ao seu método anticoncecional e esclarecê-las, avaliar o seu correto uso, a medicação que possa interferir com a eficácia do método e a satisfação em relação ao mesmo; fornecer o método;
- Educação para a saúde – aproveitar em todas as consultas para fazer educação para a saúde e motivar para a vigilância de saúde (consulta pré-concecional e rastreio do cancro do colo do útero e mama, se aplicável);
- Colaborar com o MF na colocação/remoção de dispositivos/sistemas intrauterinos (DIU/SIU) e implantes subcutâneos (preparação do material e realização de penso no caso do implante);
- Fornecer o consentimento informado, livre e esclarecido, (implante e DIU/SIU) disponíveis na pasta partilhada online;
- Guardar os consentimentos informados devidamente assinados na pasta de arquivo respetivo;
- Cumprimento do calendário vacinal - verificar em todas as consultas;
- Registos no processo informático SClínico.

Consulta Médica:

As consultas com o médico de família, sendo realizadas em paralelo com o enfermeiro, vão de encontro aos mesmos objetivos e na maioria das vezes complementam-se.

As **competências** do médico em PF incluem:

- Promover a vivência da sexualidade de forma saudável e segura, a todos os utentes, dando particular atenção aos adolescentes;
- Promover a saúde das pessoas no âmbito da saúde sexual e do PF;
- Prevenir complicações no âmbito da saúde sexual e do PF;
- Identificar disfunções sexuais, problemas de fertilidade, IST e instituir o respetivo tratamento e/ou referência;
- Promover a saúde da mulher em idade fértil durante as diferentes fases de transição do ciclo de vida;
- Facilitar a adaptação da mulher e família às transições vivenciadas durante o ciclo de vida;
- Orientar a mulher a vivenciar, adequadamente, os processos de saúde/doença no âmbito da sexualidade e do PF;
- Preparar para uma maternidade e paternidade responsáveis.

Atividades gerais a desenvolver na consulta médica de PF (**O quê?**)

- Esclarecer sobre as vantagens de regular a fecundidade em função da idade;
- Elucidar sobre as consequências da gravidez não desejada;
- Informar sobre a anatomia e a fisiologia da reprodução;
- Facultar informação completa, isenta e com fundamento científico sobre todos os métodos contraceptivos;
- Analisar, conforme as especificidades de cada utente, os critérios de elegibilidade dos diferentes métodos anticoncecionais aconselhar o método mais indicado, tendo em conta também as preferências do/a utente;
- Colocar e retirar implantes subcutâneos ou DIU/SIU, procedimento sempre precedido da obtenção do consentimento informado;
- Proceder ao acompanhamento clínico, qualquer que seja o método contraceptivo escolhido;
- Prestar cuidados pré-concepcionais, tendo em vista a redução do risco numa futura gravidez;

- Informar sobre os benefícios do espaçamento adequado das gravidezes;
- Identificar e orientar os casais com problemas de infertilidade;
- Efetuar a prevenção, diagnóstico e tratamento das IST;
- Efetuar o RCCU, quando aplicável;
- Reconhecer e orientar os indivíduos/casais com dificuldades sexuais;
- Promover a adoção de estilos de vida saudáveis;
- Referenciar a consulta hospitalar as situações de:
 - Desejo de contraceção definitiva (laqueação tubária ou vasectomia);
 - Desejo de interrupção voluntária da gravidez (IVG);
 - Dificuldade de colocação e/ou remoção de DIU/SIU e implante.

Atividades/Procedimentos na Consulta médica de PF (Como?)

- Correta identificação do utente – segundo o procedimento respetivo;
- Recolha da história clínica detalhada – visando, sobretudo, adequar à utente em causa os critérios de elegibilidade para os diferentes métodos anticoncepcionais;
- Exame físico:
 - Avaliação antropométrica: peso, estatura, IMC, PA (se não realizados na consulta de enfermagem);
 - Exame ginecológico;
 - Colheita para colpocitologia de acordo com as orientações técnicas da DGS.
- Meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) – cuja necessidade e pertinência clínica será determinada pela existência de fatores de risco ou problemas de saúde identificados;
- Esclarecimento de dúvidas – em todas as consultas médicas de PF devem ser abordadas e esclarecidas as dúvidas da(o) utente em relação ao seu método anticoncepcional, verificado o seu correto uso, investigada a medicação que possa interferir com a eficácia do método e a satisfação do casal com a sua utilização,
- Educação para a saúde – aproveitar em todas as consultas para fazer educação para a saúde e motivar para a vigilância de saúde (consulta pré-concepcional e rastreio do cancro do colo do útero e mama, se aplicável);

- Registos no processo informático SClínico: em cada consulta de PF, o médico deverá abrir o separador “Planeamento Familiar” onde deverá assegurar que os campos seguintes estão devidamente preenchidos:
 - Vigilância na USF: Sim/Não;
 - Ciclo Menstrual;
 - Hábitos
 - Contraceção: validado em todas as consultas;
 - Antecedentes Familiares;
 - História Obstétrica;
 - História Ginecológica;
 - História Pgressa;
 - Registo da descrição dos resultados do exame ginecológico (se realizado) e a realização dos exames de rastreio – acesso direto aos MCDT.

Quando necessário é feito o encaminhamento a consulta hospitalar, com base nos protocolos de articulação entre as USF e os serviços de ginecologia/obstetrícia do(s) Hospital(is) de referência.

Métodos Contraceptivos

Existe atualmente uma grande variedade de métodos contraceptivos, o que permite que seja feita uma escolha individualizada por parte da mulher, e de acordo com o seu perfil clínico.

Após o conhecimento de todos os métodos disponíveis, a escolha do método contraceptivo deve ser realizada de forma ponderada e responsável, cabendo ao profissional de saúde informar sobre a sua classificação, as vantagens e desvantagens, uso correto, eficácia, possíveis efeitos adversos, riscos, benefícios não contraceptivos, atitude a tomar em caso falha de utilização ou utilização simultânea de outros medicamentos. Deve ser incluída no aconselhamento informação sobre contraceção de emergência (CE) reforçando-se a sua segurança, acessibilidade e conduta posterior.

Esta coordenação é essencial para a boa adesão do método e consequente eficácia contraceptiva.

É frequente que a utente manifeste preferência por um contraceptivo e o aconselhamento deve iniciar-se a propósito desse método, comparando-o, depois, com outros similares. Não havendo razões de carácter médico que o impeçam, o método fornecido/prescrito deve ser o escolhido pela utente.

Deve-se sempre assegurar que a informação foi compreendida, resumindo os aspetos mais importantes a reter e fornecer, sempre que possível, material informativo impresso.

Nas consultas seguintes, quer médicas ou de enfermagem, deve-se reavaliar a correta utilização do método, e encorajar o contacto com o enfermeiro ou o médico, sempre que surjam dúvidas, problemas ou desejo de mudar de contraceptivo.

Dispõem-se de seguida os diferentes métodos passíveis de ser escolhidos:

Diferentes métodos contraceptivos



Implante



DIU/SIU

Esterilização
femininaEsterilização
masculinaPílula
combinadaPílula sem
estrogénios

Adesivo



Anel vaginal



Injeção

Coito
interrompidoGestão do
período fértilPreservativo
FemininoPreservativo
Masculino

Importa referir e informar a utente/casal que os diferentes métodos contraceptivos não têm impacto sobre a fertilidade ulterior das mulheres, ou seja, a fertilidade retorna quase de imediato após a descontinuação de todos os métodos, à exceção da esterilização feminina e masculina.

De salientar apenas que se pode observar um ligeiro aumento do intervalo necessário para conceber após utilização prolongada de contraceção hormonal, apesar de a maioria das mulheres retomar ciclos ovulatórios nos meses que seguem à paragem do método contraceptivo. Só a utilização do método injetável (acetato de medroxiprogesterona) pode estar associada a um atraso no retorno dos ciclos menstruais regulares, pela persistência de metabolitos ativos em circulação durante períodos mais ou menos prolongados.

A segurança de cada método contraceptivo é determinada por situações individuais e condições médicas especiais.

Critérios médicos de elegibilidade para o uso de contraceptivos e decisão clínica

Em mulheres saudáveis todos os métodos de contraceção são elegíveis. No entanto, existem situações e condições médicas em que o uso de alguns contraceptivos pode aumentar a morbilidade, quer por condicionar agravamento da condição clínica existente quer pela situação/condição clínica condicionar um aumento dos riscos inerentes ao uso do método.

Neste sentido, a OMS estabeleceu critérios para o uso seguro e efetivo de um contraceptivo:

	CATEGORIA	DECISÃO CLÍNICA ESPECÍFICA	DECISÃO CLÍNICA GLOBAL
1	Não existem restrições ao uso do método	Método a usar em todas as circunstâncias	Sim (Pode usar o método)
2	As vantagens do uso do método superam os riscos provados ou teóricos	Método geralmente a ser usado	
3	O risco provado ou teórico de uso do método supera as vantagens	O uso do método não é recomendado a menos que outro não esteja disponível ou não seja aceite	Não (Não usar o método)
4	O uso do método representa um risco inaceitável para a saúde	Método a não usar	

Tabela 1: Critérios médicos de elegibilidade para o uso de contraceptivos e decisão clínica (OMS)

Para além destes critérios de elegibilidade para os diferentes métodos, existem outros aspetos não médicos (sociais, de comportamento e, em particular, a preferência individual de cada utente) que devem ser igualmente considerados na escolha do contraceptivo a adotar.

Métodos contraceptivos disponíveis da USF

Existem cada vez mais métodos contraceptivos, mas nem todos estão disponíveis na nossa USF. Para entrega de forma gratuita temos os seguintes métodos, sendo o seu stock gerido pela nossa equipa de enfermagem:

CONTRACETIVOS HORMONAIS COMBINADOS (CHC)	
Acetato de ciproterona 2mg+ Etililestradiol 0,035mg	Diane 35 [®]
Etililestradiol 0,03mg+ Gestodeno 0,075mg	Gynera [®] ou Minulet [®]
Etililestradiol 0,03mg + Desogestrel 0,15mg	Marvelon [®] ou Regulon [®]
Etililestradiol 0,02mg + Desogestrel 0,15mg	Mercilon [®] ou Novynette [®]
Etililestradiol 0,03mg+ Levonorgestrel 0,15mg	Microginon [®]
Etililestradiol 0,02mg+ Gestodeno 0,075mg	Minigeste [®] ou Harmonet [®]
Etililestradiol 0,02mg+ Levonorgestrel 0,1mg	Miranova [®]
Levonorgestrel 1,5mg	Postinor [®]
CONTRACETIVOS PROGESTATIVOS ORAIS (CPO)	
Desogestrel 0,075mg	Azalia [®]
IMPANTE SUBCUTÂNEO	
Etonogestrel 68mg	Implanon NXT [®]
CONTRACETIVOS INTRAUTERINOS	
DIU 380 mm ² fio de cobre	Nova T380 [®]
DIU Levonorgestrel 20mcg/24h	Levosert [®]
MÉTODO BARREIRA	
Preservativo masculino	

Tabela 2: Métodos contraceptivos disponíveis na USF Cartaxo Terra Viva

Fornecimento dos contraceptivos disponíveis da USF

A quantidade de contraceptivos orais e preservativos entregue a cada utente, no âmbito das consultas de planeamento familiar, deve ser de modo a não obrigar deslocações desnecessárias ao centro de saúde. No caso de utilizadores habituais, devem ser fornecidos, no mínimo, 6 blisters de contraceptivos; os preservativos devem ser fornecidos para um período a acordar com o/a utente de acordo com as suas necessidades e nunca inferior a 3 meses. No caso de utentes sem patologia, a entrega dos contraceptivos orais pode ser feita pelo enfermeiro dispensando a consulta médica desde que esta tenha sido realizada há menos de 1 ano.

O número de embalagens de contraceptivos e a data de entrega devem ser registados no processo eletrónico do utente.

Os contraceptivos podem ser dispensados através de terceiras pessoas mediante a verificação da comparência às consultas de vigilância e de anteriores fornecimentos.

Os serviços podem recusar a disponibilização de um determinado método contraceptivo caso não haja informação ou registo da sua utilização e/ou com base em razões de ordem médica, devidamente fundamentadas.

Cabe à USF em articulação com o ACES, assegurar a existência de contraceptivos, de acordo com a lista superiormente exposta, para distribuição gratuita aos utentes.

Consentimento informado

A colocação de contraceptivos de longa duração, nomeadamente implantes subcutâneos e dispositivos intrauterinos, exige consentimento informado escrito.

Após o esclarecimento dos riscos e benefícios inerentes ao contraceptivo de longa duração em questão, no dia da colocação é entregue à utente o consentimento informado, disponível na pasta partilhada online. Depois de devidamente assinado pela utente e pelo profissional, fica arquivado em pasta própria.

Contraceção de emergência

Os métodos de contraceção de emergência, são os únicos que permitem prevenir a gravidez após uma relação sexual não protegida (RSNP) ou não adequadamente protegida.

Previne até 95% das gestações se for utilizada no intervalo de 5 dias depois da relação sexual, sendo mais efetiva quanto mais imediata for a toma após a relação sexual. A CE deve estar disponível em locais de fácil acesso, em todos os centros de saúde.

Em Portugal, existem 3 métodos distintos de CE disponíveis. Por ordem de eficácia são eles: dispositivo intrauterino de cobre (DIU), contracetivo oral com acetato de ulipristal (AUP), e contracetivo oral com levonorgestrel (LNG). Na nossa USF estão disponíveis para distribuição gratuita o LNG e o DIU.

MÉTODO	CATEGORIA MEDICAMENTOSA	VIA DE ADMINISTRAÇÃO	ACESSIBILIDADE	POSOLOGIA
DIU cobre	Dispositivo intrauterino de cobre	Intrauterina	Gratuito nas consultas de PF do SNS	Aplicação única Contraceção 10 anos
Acetato de Ulipristal (AUP)	Modulador seletivo dos recetores de progesterona	Oral	Venda livre em farmácias	Toma única (30 mg) Até 120 h após a RS
Levonorgestrel (LNG)	Progestativo	Oral	Gratuito nas consultas de PF do SNS e urgências ginecológicas hospitalares Venda livre em farmácia e nos estabelecimentos autorizados para a venda de medicamentos	Toma única (1,5 mg) Até 72h após a RS

Tabela 3: Métodos de CE disponíveis em Portugal

A contraceção de emergência oral previne a gravidez por inibição ou bloqueio temporário da ovulação, pelo que não é abortiva. O DIU previne a fertilização por alterações químicas induzidas no espermatozoide e óvulo, antes da fecundação e possivelmente interfere na nidação por alterações induzidas no endométrio. A CE não interrompe uma gravidez em evolução e não tem efeitos teratogénicos se ocorrer gravidez. Também não está associada a nenhum efeito adverso grave.

Ter acesso à CE é particularmente importante para adolescentes que, com frequência, têm pouca experiência na utilização da contraceção. Dar informação sobre a CE e sobre os serviços onde pode recorrer para a adquirir é um meio de evitar os sérios problemas de saúde que podem advir, designadamente, de uma gravidez precoce.

Para além disso, o recurso à CE pode ser uma oportunidade privilegiada para o início de um método contracetivo continuado e eficaz.

As mulheres que solicitam CE podem apresentar grande ansiedade, devendo o aconselhamento, ser efetuado de uma forma ainda mais compreensiva, objetiva e isenta de juízos de valor. É importante discutir:

- A segurança da CE e sua eficácia;
- Os possíveis efeitos colaterais minor e a forma de os diminuir;
- A necessidade de utilizar outro contraceptivo em futuras relações sexuais até ao aparecimento da menstruação (tabela 4);
- As possíveis alterações na menstruação (que pode surgir alguns dias mais cedo ou mais tarde, do que o previsto);
- A necessidade de voltar à consulta, caso o período menstrual atrase mais de uma semana do que o esperado, ou se houver alguma outra queixa;
- A eventual possibilidade de contacto com uma ITS.

RECOMENDAÇÃO GERAL	RECOMENDAÇÃO ADICIONAL
<p>LNG:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ O uso de CHC e CPO pode ser imediato <p>AUP:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Deve aguardar 5 dias para o início de CHC, CPO 	<p>Início de CHC (exceto Qlaira®): 7 dias de proteção adicional</p> <p>Início de outra CHC (Qlaira®): 9 dias de proteção adicional</p> <p>Início de CPO: 2 dias de proteção adicional</p>
<p>LNG e AUP</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ O uso de um método reversível de longa duração deve ser diferido para a primeira menstruação após o uso de CE 	<p>Usar proteção adicional até a menstruação seguinte</p>

Tabela 4: Recomendações de uso de contraceção após CE

Deve ser salientado, de forma sistemática, que a CE não é um método contraceptivo de uso regular, mas sim um recurso. Devem ser discutidos outros contraceptivos para uso futuro, devendo ficar desde logo agendada uma consulta programada de acordo com o método escolhido.

Contraceção em situações médicas especiais

Contraceção após aborto

A realização de uma interrupção de gravidez (qualquer indicação) ou a ocorrência de um aborto espontâneo são oportunidades para os clínicos abordarem com a mulher as suas futuras intenções concetivas e o uso de um método de contraceção efetivo. A escolha deve respeitar o princípio da autonomia e a liberdade de opção da mulher.

Todos os métodos de contraceção são elegíveis em mulheres saudáveis após um aborto não complicado no 1.º/2.º trimestre. Nas mulheres com condições médicas especiais devem ser respeitados os respetivos critérios médicos de elegibilidade para uso de contraceção.

Recomenda-se o início da contraceção imediato ao procedimento (no dia ou nos 5 dias após) ou no dia (ou dia após) da confirmação do aborto. O início da contraceção no intervalo de 5 dias após o aborto evita a necessidade de usar um método de contraceção adicional.

MÉTODO CONTRACETIVO	ABORTO ESPONTÂNEO	ABORTO MEDICAMENTOSO	COMENTÁRIOS	ABORTO CIRÚRGICO	COMENTÁRIOS
CHC (O, T, V)	No dia da confirmação do aborto completo	No dia ou num intervalo de 5 dias após uso de misoprostol	Sem impacto na eficácia do misoprostol Sem impacto na perda de sangue Risco TEV baixo	No dia do procedimento	Sem impacto na perda de sangue Risco TEV baixo
PO	No dia da confirmação do aborto completo	No dia ou num intervalo de 5 dias após uso de misoprostol	Sem impacto na eficácia do misoprostol Sem impacto na perda de sangue Sem risco TEV	No dia do procedimento	Sem impacto na perda de sangue Sem risco TEV
Acetato de medroxiprogesterona	No dia da confirmação do aborto completo	No dia ou num intervalo de 5 dias após uso de misoprostol	O início no dia do aborto (dia de administração do mifepristone) pode condicionar a diminuição da eficácia do procedimento	No dia do procedimento	Sem impacto na perda de sangue
Implante (ETG)	No dia da confirmação do aborto completo	No dia da toma do mifepristone	Sem impacto na eficácia do procedimento	No dia do procedimento	Sem impacto na perda de sangue
DIU-Cu SIU-LNG	No dia da confirmação do aborto completo	No dia da confirmação do aborto completo	Sem impacto na perda de sangue ou dor	No dia do procedimento	Sem impacto na perda de sangue ou dor A taxa de expulsão parece ser maior na inserção imediata do que na inserção diferida

Tabela 5: Início de contraceção após aborto 1.º/2.º trimestre

Contraceção no pós-parto

O aconselhamento contraceutivo deve ser iniciado logo nas consultas pré-natais permitindo que a mulher escolha atempadamente o método mais adequado. O aconselhamento contraceutivo realizado antes do parto parece melhorar o uso de um método de contraceção efetivo.

O aconselhamento deve ser universal, com especial atenção nas mulheres com complicações obstétricas, grupos vulneráveis (jovens) e mulheres com comorbilidades.

A decisão efetiva sobre o método escolhido deverá ser confirmada na consulta de Revisão de Puerpério de enfermagem e médica, que deverá ocorrer 4-6 semanas após o parto, ou idealmente aquando da realização da consulta do 1º mês do bebé.

Nas mulheres que não amamentam, a ovulação ocorre em média ao 39.º dia pelo que se recomenda uma contraceção eficaz imediata após o parto. Nas mulheres que amamentam a ovulação ocorre mais tarde e é dependente das características do aleitamento, pelo que o início da contraceção pode ser diferido.

	ALEITAMENTO MATERNO (AM)	ALEITAMENTO ARTIFICIAL (AA)
Progestativo isolado (oral/implante/injetável)	0 as 3 semanas após parto	
CHC (O/T/V)	6 meses após parto	3 a 6 semanas após o parto (ver Quadro 1)
Métodos barreira	6 meses após o parto (ver critérios de Bellagio)	Imediatamente
Calendário	Não aplicável	Após 3 ciclos regulares
DIU Cu/SIU LNG	Imediatamente ou após 4 a 6 semanas	Imediatamente ou após 4 a 6 semanas
Laqueação tubária	< 7 dias ou após 42 dias	

Tabela 6: Recomendações para início de contraceção

Contraceção na adolescência

Os adolescentes são um grupo vulnerável na área da saúde sexual e reprodutiva especialmente pelos riscos de gravidez não desejada, aborto e de infeções sexualmente transmissíveis.

Em Portugal os métodos contraceptivos mais utilizados pelas adolescentes são o preservativo masculino e a pílula. São métodos dependentes da utilizadora e nas adolescentes tem uma taxa de continuação de uso ao fim do primeiro ano de uso de 30 a 35% (ao contrário dos grupos etários > 20 anos em que 65% continuam a utilizar a CHC no final do 1.º ano). Cerca de 17% das adolescentes utilizadoras da CHC oral esquecem-se da toma mais de uma vez / mês e 28% esquecem-se todos os ciclos.

Deve ser facilitado o acesso à contraceção, promover o uso correto e responsável da contraceção e disponibilizar o uso de métodos de longa duração, desmistificando alguns conceitos relativamente à contraceção.

Destaque para o preservativo que é o único método de contraceção que protege simultaneamente das IST. Deve ser reforçado o ensino do seu uso correto. Preferencialmente deve ser utilizado em associação com outro método: “Dupla proteção”, promovendo-se a proteção eficaz da gravidez e das infeções de transmissão sexual.

Contraceção na perimenopausa

A perimenopausa corresponde a uma fase de transição na vida reprodutiva da mulher de duração e sintomatologia variável refletindo as oscilações hormonais ováricas.

Pode ter início por volta dos 40 anos e prolongar-se até 1 ano após a última menstruação

Os aspetos particulares da mulher nesta faixa etária que vão condicionar a escolha do método contraceptivo são:

- Hemorragias uterinas anómalas mais frequentes, que podem ser de causa orgânica (miomas, adenomiose e patologia endometrial) ou de causa funcional;
- Ciclos irregulares na perimenopausa inicial e posteriormente oligoamenorreia e amenorreia secundária;
- Sintomatologia própria do hipoestrogenismo: sintomatologia vasomotora, secura vaginal, dispareunia, urgência miccional e aumento do risco de osteoporose;
- Risco acrescido de patologia oncológica (cancro do endométrio, do ovário e cancro da mama);
- Risco cardiovascular e tromboembólico aumentado.

Descontinuação da contraceção

A contraceção hormonal combinada pode ser usada até aos 50 anos em mulheres saudáveis e não fumadoras e em alguns casos até à menopausa sempre com doses baixas.

A contraceção com progestativo isolado, DIU de cobre, SIU-LNG e método barreira pode ser mantida até ao diagnóstico de menopausa, ou até aos 55 anos, altura em que toda a contraceção pode ser descontinuada.

Diagnóstico de menopausa e uso de contraceção

O diagnóstico de menopausa deve ser considerado nas mulheres:

- Com mais de 45 anos saudáveis e sem contraceção hormonal, sempre que apresentem um período de amenorreia superior ou igual a 12 meses associado a sintomatologia vasomotora, dispensando o doseamento sérico da FSH. Quando necessário deve efetuar-se o doseamento sérico da FSH, provas tiroideias e prolactina;
- Não se recomenda a utilização do doseamento sérico de FSH sob contraceção hormonal combinada ou progestativa;
- Com mais de 45 anos sob o efeito de contraceção hormonal combinada, a ausência de hemorragia de privação ou em amenorreia previsível sob o efeito do progestativo isolado e sintomatologia vasomotora associada, deve ser efetuado o doseamento sérico da FSH para diagnóstico. Nestes casos deve haver a suspensão da contraceção duas a quatro semanas antes da realização do doseamento sérico da FSH. Se $FSH > 50-70$, o diagnóstico de menopausa pode ser estabelecido. Se $FSH < 25$ deve manter contraceção. Se $FSH > 25$ e < 50 , deve manter a contraceção e fazer nova avaliação dentro de 6 meses.
- Com menos de 45 anos sem contraceção hormonal, com amenorreia secundária e sintomas vasomotores devem ser submetidas a estudo hormonal ovárico e avaliação, para exclusão de outras causas de alterações do ciclo menstrual.

Cuidados pré-concepcionais

Os cuidados pré-concepcionais integram-se na prestação de cuidados primários em saúde reprodutiva. Abrangem atividades de promoção da saúde e os cuidados antecipatórios dirigidos para o período antes da concepção.

Tendo em conta os riscos biológicos associados à gravidez, os cuidados pré-concepcionais têm como alvo preferencial as mulheres que desejam engravidar, mas devem abranger todas as mulheres em idade fértil. É necessário contemplar ainda a participação dos homens como verdadeiros parceiros nestes domínios e, como tal, devem ser sujeitos a intervenção.

O aconselhamento pré-concepcional deve ser entendido como um processo durante o qual o médico deve obter toda a informação possível para estabelecer o risco de anomalia reprodutiva, numa determinada mulher/casal, e propor as medidas tendentes a minimizar ou eliminar esse risco.

Atividades/procedimentos a desenvolver

- Realização da história clínica completa: estado de saúde geral dos futuros progenitores, antecedentes pessoais e familiares, hábitos (álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas), medicação;
- Avaliação de fatores de riscos: antecedentes obstétricos prévios de risco, fatores de risco familiares, contexto social;
- Verificação do cumprimento do Plano Nacional de Vacinação, com prioridade na vacinação contra o tétano, difteria, rubéola e sarampo;
- Realização do RCCU se o anterior foi efetuado há mais de 3 anos;
- Exame objetivo: peso, IMC, perímetro abdominal, pressão arterial, exame mamário e exame ginecológico;
- Avaliação laboratorial:
 - À mulher: grupo sanguíneo e fator Rh, pesquisa de aglutininas irregulares, hemograma completo, glicemia em jejum, eletroforese das hemoglobinas (se aplicável), rastreio da sífilis, rastreio da rubéola, rastreio da toxoplasmose, rastreio da infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH), rastreio da hepatite B, rastreio da bacteriúria assintomática;
 - Ao parceiro: VDRL, AgHBs, VIH1 e 2.

Cuidados antecipatórios/recomendações

- espaçamento recomendado entre os nascimentos;
- discutir a interrupção responsável do uso dos contraceptivos; conversar;
- abordar as possíveis consequências para o feto da ocorrência na gravidez de uma ITS e a importância da adoção, pelo homem e pela mulher, de comportamentos seguros;
- Recomendar não engravidar até um mês após a vacinação contra a rubéola;
- Recomendar vacinação contra a gripe, independentemente da idade gestacional;
- Iniciar suplementação com ácido fólico e iodo;
- Promover estilos de vida saudáveis: hábitos alimentares, atividade física regular, hidratação cutânea;
- Abordar aspetos psicológicos, familiares, sociais e financeiros relacionados com a preparação da gravidez.

Cuidados em Infertilidade

A maior parte das pessoas, em todo o mundo, tem expectativas de vida que incluem o exercício da parentalidade. Contudo, nem todos os casais que desejam uma gravidez irão conseguir esse objetivo espontaneamente e uma proporção desses indivíduos necessitará de intervenção médica para o fazer.

A OMS define infertilidade como “uma doença do sistema reprodutivo traduzida na incapacidade de obter uma gravidez após 12 meses ou mais de relações sexuais regulares e sem uso de contraceção”. Existe consenso em considerar que após um ano, deve ser iniciado um processo de avaliação de eventuais fatores envolvidos.

A probabilidade da ocorrência de uma gravidez em cada ciclo menstrual é de cerca de 20% a 25%. Após um ano, aproximadamente 80% dos casais terão obtido uma gravidez. Esta proporção sobe para 90% ao fim de dois anos.

As causas de infertilidade são múltiplas e podem, ou não, estar associadas a anomalias do sistema reprodutor masculino ou feminino. A investigação deve desenvolver-se de forma faseada e abranger simultaneamente os dois elementos do casal, uma vez que em cerca de 30% dos casos, ambos contribuem para o problema.

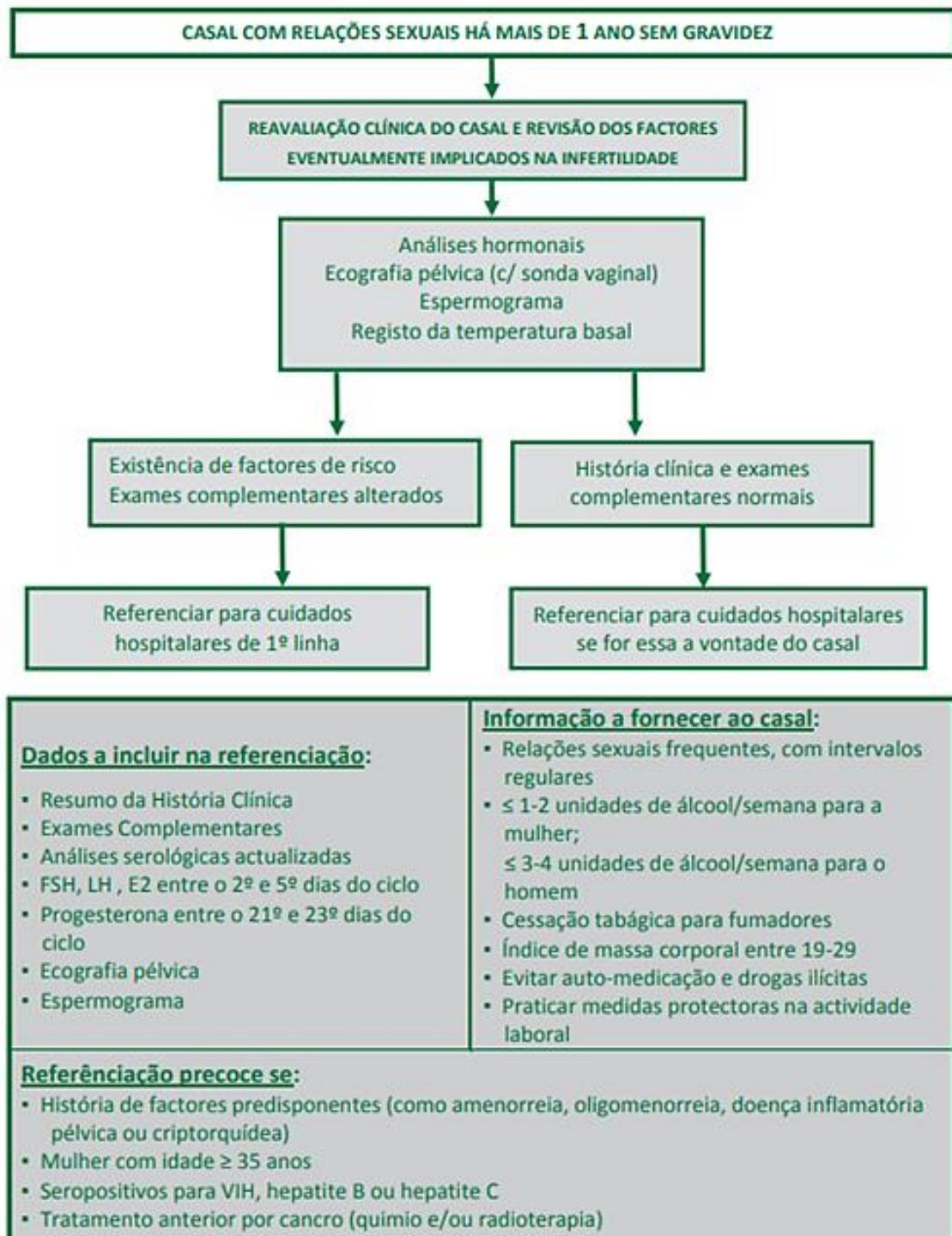
Decorrido pelo menos um ano de relações sexuais regulares sem contraceção e não sendo possível identificar o fator de infertilidade deverá ser proposto ao casal a realização de exames complementares de diagnóstico antes da referenciação a cuidados hospitalares.

Estudo complementar na infertilidade

- Homem – Espermograma;
- Mulher – FSH, LH e estradiol séricos na 1ª fase do ciclo entre o 2º e 4º dias do ciclo; progesterona sérica (entre o 21º e 23º dias do ciclo); Serologias atualizadas; Ecografia pélvica (por sonda vaginal).

O casal deve ser referenciado de acordo com o protocolo da Unidade Coordenadora Funcional e Rede de Referenciação de Infertilidade. A resposta adequada e atempada aos problemas encontrados minimiza as dificuldades do casal e contribui para um maior índice de satisfação por parte de todos os envolvidos, bem como para um maior sucesso reprodutivo

Fluxograma de atuação



Rastreio do Cancro do Colo do Útero (RCCU)

O RCCU é uma das atividades efetuadas durante as consultas de planeamento familiar. Deve ser sempre incentivada a sua realização de forma promover a saúde das mulheres e diminuir a incidência de problemas decorrentes do diagnóstico tardio do cancro do colo do útero.

Da nossa USF o rastreio é feito através de uma colpocitologia, em lâmina ou em meio líquido, consoante determinados critérios. Preconiza-se como data de início de rastreio, os 25 anos de idade ou 3 anos após início da vida sexual (a que se atingir primeiro). O rastreio deve ser realizado até aos 65 anos.

Indicadores de Monitorização

A avaliação do processo assistencial é imprescindível no seu desempenho e implementação. A USF Cartaxo Terra Viva selecionou indicadores que podem ser monitorizados pelos sistemas informáticos utilizados.

Indicador 008 – Taxa de utilização de consultas de PF (méd./enf.);

Indicador 045 – Prop. mulheres 25-60 anos c/ rastr. c. colo út.

Os resultados dos indicadores acima referidos são retirados mensalmente na plataforma MIM@UF e analisados trimestralmente.

Referências bibliográficas

- Direção-Geral da Saúde. Saúde Reprodutiva – Planeamento Familiar. Orientações Clínicas da Direção-Geral da Saúde, 2008.;
- Direção-Geral da Saúde. Conduta em Infertilidade. Norma nº 003/2011. (2011);
- Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. (2015);
- Direção-Geral da Saúde. Prestação de cuidados pré-concepcionais. Circular Normativa nº 2/DSMIA. 5 (2006);
- Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Vacinação 2020. Norma 018/2020. (2020);
- Pacheco, A. et al. Consenso sobre contraceção 2020. Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2020);
- <https://contracecao.pt/>;
- World Health Organization. (OMS).