



Ministério
da Saúde

Direção Nacional da Saúde

Serviço de Promoção e Proteção Integradas à Saúde
Programa Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva

POLÍTICA, NORMAS E PROCEDIMENTOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA





**Ministério
da Saúde**
Direção Nacional da Saúde

Serviço de Promoção e Proteção Integradas à Saúde
Programa Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva

POLÍTICA, NORMAS E PROCEDIMENTOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

Praia, setembro de 2021

FICHA TÉCNICA

Ministro da Saúde

Dr. Arlindo Nascimento do Rosário

Direção Nacional da Saúde

Dr. Jorge Noel Barreto

Doutor. Artur Jorge Correia (Ex. DNS)

Serviço de Promoção e Proteção Integradas à Saúde da Criança, do Adolescente, da Mulher e do Homem

Dra. Yorleydis Rosabal Pérez

Programa Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva

Dra. Vaneusa Correia Rodrigues

APOIO FINANCEIRO

Agências do UNFPA e UNICEF

Dra. Ana Paula Maximiano

OMS

Dra. Edith Pereira

GRUPO DE TRABALHO

Dra. Yorleydis Rosabal Pérez

Dra. Vaneusa Correia Rodrigues

Dra. Ema Mascarenhas

Enf. Elga Fontes

Enf. Veronica Silva

Re-writers:

Vaneusa Rodrigues

Verónica Silva

Yorleydis Rosabal

SIGLAS E ABREVIATURAS

AIDI Atenção Integral às Doenças da Infância

AAS Acido Acetil Salicílico

AM Aleitamento Materno

AME Aleitamento Materno Exclusivo

ASB Agente Sanitário de Base

CCV Contraceção Cirúrgica Voluntária

CIPD Conferência Internacional sobre a População e Desenvolvimento

CS Centro de Saúde

EGB Streptococcus do Grupo B

DIU Dispositivo Intrauterino

DIP Doença Inflamatória Pélvica

HC Hospital Central

HPV Human Papilomavirus

HR Hospital Regional

IEC Informação, Educação e Comunicação

IG Idade gestacional

IGHAHB Imunoglobulina humana anti-hepatite tipo B

IST Infecções Sexualmente Transmissível

IVG Interrupção Voluntária da Gravidez

GPA Gravidez Parto e Aborto

LGBTi Lésbica, Gay, Bissexual, Transexual, Transgénero, Travesti, intersexual

MAMA Método de Aleitamento Materno e Amenorreia

MN Micronutrientes

NB Notar Bem

NTIC Novas Tecnologias de Informação e Comunicação

ONG Organização Não Governamental

PAV-SI Programa Alargado de Vacinação e Saúde Infantil

PF Planeamento Familiar

PMI Proteção Materno Infantil

PNN Programa Nacional de Nutrição-Saúde Oral-Escolas Promotoras da Saúde

PNSSR-SA Programa Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva e Saúde dos Adolescentes

PNSI Programa Nacional de Saúde do Idoso

PTV M-F Prevenção da Transmissão Vertical Mãe-Filho
RN Recém Nascido
SIDA Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SPPISCAMH Serviço de Promoção e Proteção Integradas à Saúde da Criança,
Adolescente, da Mulher e do Homem
SRIS Síndrome de Resposta Inflamatória Sistêmica
SRO Sais de Reidratação Oral
SSR Saúde Sexual e Reprodutiva
USB Unidade Sanitária de Base
VBG Violência Baseada no Gênero
VIH Vírus da Imunodeficiência Humana
Beta-HCG Subunidade beta do hormônio coriônico gonadotrófico
PP Pós-Parto
PS Posto Sanitário

PREFÁCIO

ÍNDICE

CONTEXTUALIZAÇÃO	9
CAPÍTULO 1	13
POLÍTICA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA	13
1. OS SERVIÇOS DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA (SSR).....	13
2. POLÍTICA GERAL DOS SERVIÇOS SSR.....	14
2.1 Beneficiários.....	14
2.2 Organização do serviço.....	15
2.3 Prestadores de serviço-Direitos e Deveres.....	17
2.4 Gestão do pessoal.....	17
2.5 Informação Educação e Comunicação (IEC).....	18
2.6 Formação.....	19
2.7 Sistema de Informação Sanitária.....	19
2.8 Responsabilidades.....	20
2.9 Sistema de Referência e Contra-referência.....	20
2.10 Coordenação, supervisão, monitorização e avaliação das atividades SSR.....	21
CAPÍTULO 2	24
NORMAS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA	24
1. TIPOS DE SERVIÇOS DE SSR POR NÍVEL DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS.....	24
2. ATIVIDADES DOS SERVIÇOS DE SSR POR CATEGORIA PROFISSIONAL.....	31
3. NORMAS DAS ATIVIDADES IEC.....	37
4. NORMAS DE FORMAÇÃO EM SSR.....	37
5. NORMAS DE SUPERVISÃO.....	38
6. NORMAS DE COORDENAÇÃO.....	38
7. MEDICAMENTOS E CONSUMÍVEIS POR NÍVEL DE PRESTAÇÃO.....	39
8. MATERIAIS E EQUIPAMENTOS POR NÍVEL DE PRESTAÇÃO.....	40
9. INFORMAÇÃO, EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO.....	43
10. BIO-SEGURANÇA (PREVENÇÃO DAS INFEÇÕES).....	45
11. REFERÊNCIAS/CONTRARÉFERÊNCIAS.....	48
CAPÍTULO 3	49
PROCEDIMENTOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA	49
1. PRESTAÇÃO DE CUIDADOS POR COMPONENTES.....	49
2. CUIDADO PRÉCONCEPCIONAL.....	49
2.1. AVALIAÇÃO PRÉ-CONCEPCIONAL.....	50
3. CUIDADOS PRÉ-NATAL.....	52
3.1. ATENDIMENTO CONSULTA PRÉ-NATAL - 1ª AVALIAÇÃO.....	52
4. CUIDADOS PÓS-NATAL (PUERPERA E RECÉM NASCIDO).....	70
4.1. ATENDIMENTO - CONSULTA PÓS-PARTO (Puerpera e RN).....	70
5. CUIDADOS ABORTO/PÓS ABORTO.....	72

Concepção Gráfica
Tipografia Santos, Lda.

Impressão e Acabamento
Tipografia Santos, Lda.

Tiragem
100 exemplares

Agosto 2021

CONTEXTUALIZAÇÃO

Sociodemográfica

Cabo Verde é um país arquipelágico, constituído por dez ilhas, com uma superfície de 4033 km², situado na região central do oceano atlântico, a 455 km da costa ocidental da África.

O país está dividido em 22 concelhos ou municípios, distribuídos pelas nove ilhas habitadas, com uma população total estimada em 556.857 habitantes para 2020, sendo 49,4% mulheres e 50,6% homens, com uma taxa anual de crescimento demográfico estimada em 1,16% e uma população maioritariamente jovem, com idade média de 29,5 anos. Esperança de vida à nascença para homens é de 72,2 anos e Mulheres 80,2anos (INE, Censo de 2010. Projeções demográficas 2010-2030).

Sistema Nacional de Saúde e Serviço Nacional de Saúde

O Sistema Nacional de Saúde abrange o Serviço Nacional de Saúde e o setor privado, que trabalham em complementaridade, com uma vasta rede de oferta de serviços e cuidados em saúde, cada vez mais diferenciada.

A participação do sector privado, organizações não governamentais, organismos internacionais e a sociedade civil foi definida pela Política Nacional de Saúde como forma de criar alianças e parcerias, com o fim de realizar ações duráveis. Essa atuação multisectorial no planeamento e na prestação de cuidados, favorece a ampliação da cobertura e a otimização dos recursos humanos e materiais.

O Serviço Nacional de Saúde (SNS), desde a independência de Cabo Verde em 1975, tem conseguido avanços significativos, no que se refere à proteção dos direitos à saúde e à promoção do bem-estar físico, mental e social da população cabo-verdiana e prevenção dos fatores de risco e agravos da saúde.

O SNS, para além dos serviços centrais do Ministério da Saúde incumbidos pela formulação de estratégias, políticas, regulamentação de leis e coordenação da execução das intervenções; compreende o nível descentralizado que garante a oferta de serviços e cuidados primários, secundários e terciários de saúde, composto por 19 delegacias de saúde; 32 Centros de Saúde em 22 concelhos do país que integram as valências da Saúde Sexual e Reprodutiva; 34 postos sanitários; 112 Unidades Sanitárias de Base; 2 hospitais centrais de referência e 4 hospitais regionais.

5.1. Diagnóstico clínico.....	72
6. PLANEAMENTO FAMILIAR- CONTRACEÇÃO.....	79
6.1. CONSULTA DE PLANEAMENTO FAMILIAR.....	81
6.2. OS MÉTODOS CONTRACETIVOS.....	81
6.2.1. OS CONTRACETIVOS ORAIS COMBINADOS (ESTROGÉNIOS E PROGESTAGÉNIOS).....	81
6.2.2. OS CONTRACETIVOS ORAIS PROGESTATIVOS (COP).....	82
6.2.3. OS CONTRACETIVOS INJETÁVEIS.....	83
6.2.4. IMPLANTES.....	83
6.2.5. O DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU).....	85
6.2.6. A CONTRACEÇÃO CIRÚRGICA VOLUNTÁRIA (CCV).....	87
6.2.7. PRESERVATIVOS.....	87
6.2.8. OUTROS MÉTODOS.....	89
6.2.9. A CONTRACEÇÃO DE EMERGÊNCIA.....	89
7. ABORDAGEM CLÍNICA DAS IST/VIH –SIDA E OUTRAS INFEÇÕES PREVALENTES DO TRATO GENITAL.....	90
8. INFERTILIDADE.....	95
9. RASTREIO DE CANCRO DA MAMA, COLO DO ÚTERO E PRÓSTATA.....	99
9.1. CANCRO DE MAMA.....	99
9.2. CANCRO DE COLO DE ÚTERO.....	102
9.3. CANCRO DE PRÓSTATA(CP).....	106
10. MENOPAUSA/CLIMATÉRIO.....	109
11. HIPOGONADISMO MASCULINO DO HOMEM IDOSO.....	111
12. CUIDADOS LIGADOS À ABORDAGEM “GÉNERO E SAÚDE”.....	113
BIBLIOGRAFIA.....	119

Cuidados em Saúde Sexual e Reprodutiva

De acordo com a Política Nacional de Saúde até 2020, a Política de Saúde Sexual e Reprodutiva constitui um compromisso em prol do desenvolvimento da pessoa humana, baseada na promoção da igualdade e da justiça social e implementada através do Programa Nacional de Saúde Reprodutiva (PNSSR) da Direção Nacional da Saúde (DNS).

O PNSSR, desde a sua criação em 2001, em substituição do PMI-PF/PAV implementado em 1977, visa garantir o acesso universal da população aos direitos e cuidados em Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR), com equidade de género, visando a melhoria da qualidade dos serviços e a satisfação das necessidades dos utentes, contribuindo assim para o desenvolvimento sustentável do país, através da plena participação da mulher e do homem nos cuidados promocionais, preventivos e curativos específicos na área da SSR, bem como na partilha das responsabilidades sobre todos os aspetos concernentes à família.

Relativamente aos principais indicadores no país, a taxa de mortalidade materna tem tido uma tendência para diminuir desde os anos 90 apesar das oscilações das taxas nos últimos anos, entre os 53,7/100.000 NV em 2009, os 9,4/100.000 em 2014 e 37,8/100.000 NV em 2018, variando em números absolutos, de 11 mulheres em 2000 para 1 em 2014 e 5 em 2018; destacando-se as causas obstétricas diretas.

No que concerne à taxa de mortalidade infantil no mesmo período, a tendência tem sido também para a diminuição, passando de 20,1/‰ NV em 2009 para 20,3/‰ NV em 2014 e 13/‰ NV em 2018. É de destacar que a percentagem de partos assistidos por profissionais qualificados tem evidenciado melhorias, passando de 74,4% em 2007 para 95,6% em 2014 e 92% em 2018, influenciando na diminuição da taxa de mortalidade materna, neonatal e infantil.

Relativamente ao planeamento familiar e utilização dos métodos de contraceção modernos disponíveis no país, a prevalência contracetiva, segundo o IDSR III (2018), foi de 43,1% no conjunto de todas as mulheres, com maior proporção no grupo de mulheres atualmente em união (57,5%) em relação às mulheres solteiras, sexualmente ativas (54,5%). No conjunto de todas as mulheres, é de referir que o grupo de 15-19 anos, apresentava uma taxa de prevalência contracetiva de 22%, sendo o método contracetivo mais utilizado o preservativo masculino (11,7%), seguido da pílula (6,2%). Apesar da reduzida taxa de prevalência contracetiva constatada, cabe destacar que o índice sintético de fecundidade das mulheres cabo-verdianas diminuiu significativamente, para 2,5 crianças em média, por mulher.

A evolução favorável dos indicadores de saúde espelha os ganhos conseguidos ao longo dos últimos 45 anos. Porém, os novos desafios que se deparam, inerentes

à transição epidemiológica do país, exigem a adoção de medidas concretas que contribuam na consolidação dos ganhos e na melhoria da qualidade do desempenho do setor da saúde, mais especificamente no domínio da saúde sexual e reprodutiva, com foco na humanização dos cuidados, centrados na pessoa, sem deixar ninguém para trás.

POLÍTICA, NORMAS E PROCEDIMENTOS EM SSR

As política, as normas e os procedimentos são documentos elaborados pelo Programa de Saúde Sexual e Reprodutiva, para servirem de referência a todos os intervenientes em matéria de Saúde Sexual e Reprodutiva, com o objetivo de oferecerem aos utentes, serviços de qualidade.

Definição de Política, Normas e Procedimentos:

A política justifica os objetivos e as metas de cada componente de SSR, e esclarece as questões sobre:

- Beneficiários de cada componente;
- Atividades a realizar por cada componente;
- Prestadores de serviços que serão implicados nas atividades;
- Locais de oferta de serviços: todas as estruturas suscetíveis de fornecer os serviços;
- Responsabilidades de cada participante;
- Condições de organização.

As normas fixam as condições e os níveis dos serviços. Para cada atividade, serão identificadas e definidas as estruturas para a oferta dos serviços, bem como as qualificações profissionais exigidas aos prestadores de serviço necessárias para que se possa obter serviços de qualidade.

Os procedimentos descrevem a sequência lógica de um conjunto de ações necessárias para a realização de uma determinada atividade. Assim, para cada componente de saúde sexual e reprodutiva os atos a serem executados pelo prestador de serviços, são descritos com precisão, numa ordem lógica e cronológica. Os procedimentos irão permitir aos prestadores de serviços e aos seus formadores/supervisores melhorar a qualidade da prestação de cuidados.

Relação entre Política, Normas e Procedimentos

Existe uma inter-relação entre a política, as normas e os procedimentos dado que o documento da política determina as normas e estas são utilizadas para a elaboração dos procedimentos.

Os documentos têm utilização diferente, de acordo com o nível a que estão a ser aplicados:

- A política e normas servem de apoio aos decisores e gestores dos serviços, para uma melhor definição e enquadramento das intervenções em matéria de saúde reprodutiva;

Os procedimentos servem de guia e de suporte aos prestadores de serviços (a nível operacional) para a prestação de cuidados de qualidade.

CAPÍTULO 1

POLÍTICA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

1. OS SERVIÇOS DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA (SSR)

Definição dos serviços de SSR

Em Cabo Verde, adota-se a definição da Conferência Internacional sobre a População e Desenvolvimento (CIPD) de SSR, ou seja, a Saúde Sexual e Reprodutiva é um perfeito estado de bem-estar geral, físico, mental e social da pessoa para tudo o que diz respeito ao aparelho genital, suas funções, seu funcionamento, e não somente ausência de doenças.

Componentes de SSR

- Maternidade segura (aconselhamento pré-concepcional, vigilância pré-natal, parto e pós-parto, cuidados perinatais e promoção do aleitamento materno);
- Contraceção e prevenção da gravidez indesejada;
- Prevenção, atendimento e seguimento dos abortos e suas complicações;
- Prevenção e luta contra IST/VIH/SIDA;
- Prevenção e tratamento do cancro da mama, colo do útero e próstata;
- Prevenção e tratamento da infertilidade;
- Climatério/menopausa e Hipogonadismo masculino no idoso;
- Cuidados ligados à abordagem “género e saúde”
- Informação, Educação e Comunicação.

Estratégia para a implementação do conceito SSR

Com a criação da Direção Nacional do Programa de Saúde Sexual e Reprodutiva em 2002, anteriormente chamado PMI/PF/PAV, após sua transversalização no Serviço Nacional da Saúde, passou a ser designado Programa Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva, com implementação de algumas ações imprescindíveis para melhor adoção do conceito universal de SSR e organização da prestação de cuidados neste domínio:

- Integração das componentes SSR nos serviços de saúde a todos os níveis da pirâmide sanitária.
- Integração de conteúdos em SSR nos currículos do ensino formal e não formal.
- Elaboração do Plano estratégico Nacional de SSR, Normas e Procedimentos.
- Plaidoyer e mobilização social em relação ao novo conceito de SSR implicando os homens e os decisores políticos.

- Colaboração de parceiros nacionais (ONGs, associações comunitárias, confissões religiosas) e parceiros da cooperação bilateral, multilateral e internacional.

2. POLÍTICA GERAL DOS SERVIÇOS SSR

2.1 Beneficiários

Os serviços de SSR abrangem o indivíduo desde o nascimento e durante toda a sua vida. Entretanto, por razões operacionais e programáticas, foram definidos alguns grupos alvo com necessidades específicas.

Grupos Alvo

0 a 5 anos: cuidados à saúde desde a infância, promoção do aleitamento materno, da vacinação, da sexualidade e prevenção da violência física e sexual.

6 a 9 anos: IEC e cuidados para a saúde e sexualidade, abordagem de género e prevenção da violência física e sexual.

10 a 19 anos / 20 a 24 anos: adolescentes e jovens adultos com atenção particular à prevenção de IST/VIH/SIDA, aconselhamento pré-concepcional, contraceção e prevenção da gravidez indesejada, parentalidade responsável, abortos e suas complicações, violência física e sexual, abordagem inclusiva, de género e da sexualidade.

25 a 49 anos: mulheres e homens em idade de reprodução com atenção particular aos serviços de maternidade segura, parentalidade responsável, contraceção/planeamento familiar, prevenção da gravidez indesejada, abortos e suas complicações, IST/VIH/SIDA, infertilidade, disfunção sexual, cancro da mama, colo do útero e próstata, implicação dos homens na problemática da SSR, prevenção da violência baseada no género e suas complicações, numa abordagem inclusiva (pessoas com deficiência, emigrantes, comunidade LGBT, profissionais do sexo, entre outros grupos chave).

50 anos e mais: mulheres e homens, dando atenção particular às manifestações do Climatério/menopausa e Hipogonadismo masculino do idoso e suas repercussões na qualidade de vida, IST/VIH/SIDA, disfunção sexual, tumores e outras patologias dos órgãos genitais. Abordagem da sexualidade, e da violência baseada no género (VBG).

Direitos e deveres dos utentes

Lei n.º 41/VI/2004(B.O. n.º 10, 05/04/2004)

Direitos:

- Respeito pela sua dignidade e preservação da sua vida privada sem discriminação baseada na condição social e económica, deficiência física ou mental, opções políticas, religiosas, sexuais e filosóficas;
- Sigilo por parte do pessoal da saúde relativamente a factos de que tenha conhecimento pelo exercício das suas funções;
- Informação sobre o seu estado de saúde, incluindo o diagnóstico, alternativas de tratamento e o prognóstico, bem como o acesso a todos os registos que a ele se refiram;
- Cuidados de qualidade exigíveis pela sua condição clínica, nos limites referidos no número 4 do artigo 5º;
- Apresentar, individual ou coletivamente, petições, sugestões, reclamações ou queixas sobre a organização e o funcionamento do Serviço Nacional de Saúde;
- Liberdade de escolha do prestador de cuidados de saúde, dentro dos condicionamentos da presente lei e no quadro do funcionamento normal das estruturas de saúde;
- Receber ou recusar a prestação de cuidados que lhe é proposta, salvo disposição especial da lei;
- Participar no acompanhamento das atividades dos serviços de saúde, através de representantes eleitos ou de associações de utentes.

Deveres:

- Abster-se de atitudes, comportamentos e hábitos que ponham em risco a sua própria saúde ou a de terceiros;
- Contribuir para a melhoria, ao seu alcance, das condições de saúde familiar e ambiental;
- Respeitar o pessoal de saúde e as regras de funcionamento das instituições prestadoras de cuidados de saúde a que recorre;
- Respeitar os direitos dos outros utentes;
- Participar, nos termos da lei, nos custos da saúde;
- Colaborar com os profissionais da saúde em relação à sua própria situação.

2.2 Organização do serviço

O serviço deve estar organizado, de forma a oferecer cuidados de qualidade respondendo às necessidades dos indivíduos, sendo o tempo de espera mínimo e a satisfação dos utentes, indicadores qualitativos de uma boa organização de serviço.

Recursos humanos

O técnico deve estar disponível e recetivo, ser competente e polivalente e oferecer os serviços integrados de SSR com responsabilidade, conforme a categoria profissional e o nível do sistema em que está inserido. O pessoal afeto ao serviço deve ser em numero suficiente para responder com eficácia às demandas.

Ambiente

Os locais de prestação de serviços devem proporcionar um ambiente de tranquilidade, conforto e privacidade e ainda permitir livre circulação do pessoal e utentes.

Horário de funcionamento

Os SSR devem estar disponíveis todos os dias úteis, sendo o horário do atendimento adaptado às necessidades da população conforme a realidade local.

O atendimento curativo deve ser articulado com o serviço de urgência.

Acessibilidade ao serviço

- Disponibilização dos serviços de SSR em todos os níveis da pirâmide sanitária (ver normas);
- Promoção da estratégia avançada de prestação dos serviços SSR, descentralizados e transferência de competências e recursos;
- Formação contínua de prestadores de serviço, implementação de atividades de supervisão técnica regular e periódica e apoio técnico permanente aos diversos níveis de atenção à saúde;
- Recursos materiais (equipamentos) nos locais de prestação de serviços de acordo com as necessidades, atribuições e competências;
- Promoção da participação da comunidade e promoção das atividades SSR fora das estruturas de saúde, com envolvimento de outros setores, sejam de caráter público ou privado (ONGs, associações, escolas, etc.);
- Envolvimento do sector privado como reforço e complemento ao sector público, aplicação de normas e procedimentos de SSR, incluindo a obrigatoriedade de comunicação atempada das informações e dados estatísticos produzidos.

Qualidade do serviço

A qualidade do serviço depende em grande parte do cumprimento dos seguintes requisitos:

- Disponibilização e facilitação do acesso aos documentos e instrumentos de uso quotidiano (Ex: Normas e Procedimentos dos serviços de SSR, Protocolos CONU, fichas de atendimento, cadernos, etc.), em todos os níveis da pirâmide sanitária;
- Formação e sensibilização dos prestadores de serviço SSR para a qualidade, humanização dos cuidados e a utilização adequada do sistema de referência e contra-referência;
- Cumprimento dos princípios, normas e procedimentos dos serviços SSR, em todos os níveis da pirâmide sanitária;
- Disponibilização e oferta de um atendimento personalizado nos serviços SSR;

- Garantia do aprovisionamento regular e periódico, de contraceptivos e produtos consumíveis com stock de segurança;
- Gestão equilibrada dos serviços e recursos disponíveis.

2.3 Prestadores de serviço-Direitos e Deveres

Direitos:

- Formação, capacitação e aperfeiçoamento em competências definidas pelas normas e procedimentos dos serviços SSR;
- Supervisão formativa e motivação;
- Ter recursos suficientes à sua disposição para responder de forma adequada à procura;
- Ser informado das decisões e ter acesso às informações que dizem respeito ao serviço ou ao funcionário;
- Segurança contra riscos profissionais;
- Ser respeitado pelos demais profissionais e utentes;
- Ser avaliado quanto à qualidade do seu desempenho;
- Progressão e promoção na carreira.

Deveres:

- Estar disponível para atender atempadamente e com qualidade a todos os que procuram o serviço.
- Respeitar e informar com clareza os utentes, dando uma atenção particular à comunicação interpessoal.
- Registrar as informações nas fichas e/ou documentos para informação do utente e do serviço.
- Recolher toda a informação e dados estatísticos e providenciar o seu envio regular e atempado aos serviços competentes.
- Gerir com critérios os recursos disponíveis de forma a garantir a sua utilização racional e uma boa manutenção dos equipamentos, respeitando os regulamentos internos dos serviços.
- Aplicar as normas e procedimentos em SSR.

2.4 Gestão do pessoal

A gestão do pessoal deve obedecer os princípios definidos, independentemente das considerações políticas, sociais, culturais e religiosas do profissional e respeitar os princípios da equidade e motivação.

A atribuição das responsabilidades deve ser feita de modo a levar em conta as normas do serviço e a experiência e competência do funcionário.

2.5 Informação Educação e Comunicação (IEC)

Objetivo

Contribuir para a adoção de comportamentos, atitudes e práticas individuais e coletivas saudáveis, seguras, em prol do bem-estar geral em tudo o que diz respeito à SSR.

Grupos alvo para IEC

Toda a população em todo o ciclo de vida.

Atividades essenciais da IEC

- Identificação das necessidades em IEC
- Definição das mensagens
- Elaboração das mensagens e produção do material IEC
- Identificação e seleção dos canais de difusão
- Difusão das mensagens
- Avaliação do impacto das atividades IEC

Canais e meios de difusão das mensagens

Os canais e meios de difusão das mensagens devem ser adaptados aos grupos alvo. De entre outros, podem ser utilizados: poster, brochura, desdobrável, álbum seriado, livro, dístico, cartaz, outdoors, pintura, roll up, visita domiciliar, dramatização, jogo, filme, palestra, jornal, rádio, televisão.

Responsabilidades

O Programa Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva é responsável pela elaboração de um Plano de comunicação e a coordenação da produção de materiais gráficos e audiovisuais, que inclui a sua divulgação e difusão, a nível nacional.

A nível das delegacias de saúde, deverá ser elaborado e implementado um plano de comunicação, em conformidade com o Plano Nacional, adaptado ao contexto local.

Os parceiros nacionais e internacionais intervenientes na área da IEC devem articular previamente com o PNSSR.

2.6 Formação

Objetivo

Disponibilizar informações e conhecimentos necessários para o desenvolvimento de competências necessárias para a oferta de serviços de SSR de qualidade.

Estratégia e tipos de formação

As estratégias e tipos de formação a serem adotados devem permitir a continuidade dos serviços (formação em exercício de funções), pelo que deverão ser priorizadas: a formação nos locais de trabalho, a formação à distância via NTIC (Novas Tecnologias de Informação e de Comunicação) e outras.

A formação do pessoal deve ser contínua e permanente e abarcar aspetos teóricos e práticos orientados para a resolução de problemas e necessidades dos utentes, conforme o nível da pirâmide sanitária.

Todas as formações em SSR devem seguir um currículo nacional definido, conforme as normas e procedimentos dos serviços SSR.

Responsabilidades

O Ministério da Saúde, através do PNSSR é responsável pela coordenação das atividades de formação contínua dos prestadores de serviço SSR, garantindo o cumprimento da política nacional de SSR e das normas e procedimentos em SSR

O programa das universidades de formação de base (médicos, enfermeiros) deve integrar nos currículos, os objetivos e prioridades de SSR, bem como seguir as normas e procedimentos de SSR.

As ações de capacitação continuas em SSR devem ser ministradas por formadores com competências nos domínios de SSR.

2.7 Sistema de Informação Sanitária

Harmonização e recolha de informação

Os instrumentos de recolha e tratamento da informação sanitária devem ser uniformizados em todo o país e adaptados às normas e procedimentos em SSR. De-

vem estar disponíveis em todas as estruturas sanitárias consoante o nível da pirâmide sanitária.

Análise e tratamento das informações

O sistema de informação sanitária deve garantir a recolha de dados objetivos que permitam a análise e a avaliação do funcionamento e grau de utilização dos serviços. Esses dados devem ser compilados, analisados e tratados em cada nível da pirâmide sanitária, visando a melhoria da qualidade dos serviços e enviados ao nível seguinte da pirâmide sanitária que deve providenciar a devida retroinformação em tempo útil.

2.8 Responsabilidades

O Ministério da Saúde, através do PNSSR é responsável pela conceção, produção e divulgação dos instrumentos de recolha da informação e deve proceder à análise, tratamento e publicação das informações sanitárias dos serviços SSR, junto do SVIR e SAG.

2.9 Sistema de Referência e Contra-referência

Objetivo

Garantir a facilidade do acesso, a continuidade e qualidade dos serviços SSR e uma resposta adequada à procura, em todos os níveis da pirâmide sanitária.

Critérios de referência

O sistema de referência deve respeitar os requisitos das normas e procedimentos em SSR e utilizar corretamente os instrumentos existentes para o efeito, incluindo os concernentes à contra-referência.

Responsabilidades

A estrutura que refere deve encaminhar para o nível seguinte da pirâmide sanitária, em tempo útil, todos os casos que ultrapassem as competências técnicas do nível considerado, devendo cada caso ser sempre acompanhado de um relatório com informações pertinentes (ver procedimentos).

A estrutura que recebe deve proceder ao acolhimento atempado e adequado de cada caso, providenciar o tratamento e a contra-referência à estrutura que referiu (ver procedimentos).

2.10 Coordenação, supervisão, monitorização e avaliação das atividades SSR

Coordenação

A coordenação das atividades SSR deve ser assegurada a todos os níveis da pirâmide sanitária. O PNSSR é responsável pela coordenação geral de todas as atividades em SSR a nível nacional, cabendo às Delegacias de Saúde a coordenação das atividades SSR a nível do concelho.

Supervisão

A supervisão dos serviços de SSR deve ser executada de forma periódica e regular, devendo priorizar a vertente formativa, com base em instrumentos elaborados de acordo com as tarefas atribuídas aos prestadores e cumprindo as normas de SSR.

A supervisão pode ser interna ou externa, ou seja, pode ser executada a nível do concelho e do nível central para a periferia da pirâmide sanitária, seguindo as seguintes etapas: preparação, execução, elaboração do relatório e retroinformação.

Monitorização

A monitorização das atividades nos serviços SSR deve permitir o acompanhamento ou seguimento, de forma periódica e organizada, da implementação da política, normas, procedimentos, estratégias, atividades e orientações do Programa para as estruturas de saúde, através da apresentação de relatórios periódicos, fornecimento regular de dados estatísticos, bem como a observação e verificação dos instrumentos e documentos pertinentes durante as visitas de supervisão.

Avaliação

A avaliação dos serviços SSR deve permitir a apreciação do grau da realização dos objetivos preconizados, utilização adequada dos recursos, desempenho dos serviços SSR e o impacto dos serviços SSR sobre a saúde geral da população.

A avaliação deve ser realizada do nível central para o periférico e pode ser interna ou externa.

POLITICA DAS COMPONENTES DOS SERVIÇOS SSR

Componentes de SSR	Grupo alvo	Serviços e atividades	Prestadores de serviço	Locais de prestação de serviços
Maternidade segura	Indivíduos ou casais que desejam ter filhos; grávidas, puérperas e RN.	Cuidados promocionais e preventivos, identificação de fatores de risco, exames complementares, cuidados curativos, seguimento, referência	Médicos, enfermeiros, auxiliares de SSR, agentes sanitários, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, assistentes sociais e outros técnicos de saúde.	Estruturas de saúde públicas e privadas, a todos os níveis da pirâmide sanitária, ONGs.
Vigilância do crescimento, desenvolvimento infantil e vacinação	crianças e Adolescentes, pais, encarregados de educação.	Promoção de aleitamento materno exclusivo até os 6 meses e complementar até 2 ou mais anos. Cuidados promocionais, preventivos, Identificação dos fatores de risco nutricional.		Estruturas de saúde públicas e privadas, a todos os níveis da pirâmide sanitária, escolas.
Contraceção/Planeamento familiar, prevenção da gravidez indesejada	Adolescentes, jovens e adultos (mulheres e homens).	Cuidados promocionais e preventivos. Disponibilização e promoção do uso de contraceptivos	Médicos, enfermeiros, auxiliares SSR.	Estruturas de saúde públicas e privadas, ONGs, farmácias.
Prevenção, atendimento e seguimento dos abortos e suas complicações	Adolescentes, jovens e adultos (mulheres e homens), Grávidas que desejam interromper a gravidez. Obs: Em Cabo Verde existe uma legislação (decreto 7/87 de 14/2/87). que regula a interrupção voluntária da gravidez até 12 semanas de gestação.	Cuidados promocionais e preventivos Suporte psicológico Cuidados curativos, seguimento e referências.	Médicos, enfermeiros, psicólogos, assistente social.	Estruturas de saúde públicas (centros de saúde e Hospitais) e privadas, ONGs.

Prevenção e luta contra as IST-VIH/SIDA	População em geral (adolescentes, jovens, mulheres, homens, idosos), grupos chave (profissionais do sexo, homens que fazem sexo com homens, pessoas que vivem com VIH/SIDA);	Cuidados promocionais e preventivos. PTV M-F de VIH, Sífilis, Hep. B entre outras IST. Disponibilização e promoção do uso de preservativos. Sensibilização de grupos chave. Atendimento e seguimento psicossocial das pessoas que vivem com VIH/SIDA e seus contactos.	Médicos, enfermeiros, assistente sociais, psicólogos	Estruturas de saúde públicas e privadas, ONGs. Oferta de preservativos: farmácias, outros locais de venda.
Prevenção e tratamento do cancro da mama, colo do útero e próstata	Adolescentes que já iniciaram a atividade sexual. Jovens e Adultos.	Cuidados promocionais e preventivos(exame físico, rastreio) diagnóstico, tratamento, seguimento, referência.	Médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e outros técnicos de saúde.	Estruturas de saúde públicas e privadas, abrangendo todos os níveis da pirâmide sanitária.
Prevenção e tratamento da infertilidade	Indivíduos ou casais que desejam procriar.	Cuidados promocionais e preventivos das IST. Diagnóstico, tratamento, seguimento, referência.	Médicos, enfermeiros, psicólogos.	Estruturas de saúde públicas e privadas, ONGs.
Prevenção e tratamento das alterações inerentes ao climatério/ menopausa e hipogonadismo masculino no idoso.	Homens e mulheres,	Cuidados promocionais e preventivos. Diagnóstico, tratamento, seguimento, referência.	Médicos, enfermeiros, psicólogos.	Estruturas de saúde públicas e privadas, ONGs.
Género, prevenção e medidas contra a VBG	Crianças, adolescentes, jovens, adultos.	Cuidados promocionais e preventivos, diagnóstico, tratamento, seguimento, referência.	Médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais.	Estruturas de saúde públicas e privadas, ONGs, Outras instituições.
Informação Educação e Comunicação	Crianças, pais e encarregados de educação, adolescentes, jovens, mulheres, homens, idosos.	Em todos serviços de saúde da pirâmide sanitária, nas atividades promocionais da saúde, cuidados preventivos, diagnóstico, tratamento, seguimento, referência e contra-referência.	Médicos, enfermeiros, auxiliares de SSR, agentes sanitários, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, assistentes sociais e outros técnicos de saúde.	Estruturas de saúde públicas e privadas, ONGs, Outras instituições.

CAPÍTULO 2

NORMAS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

PROMOVENDO E PROTEGENDO A SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

O Ministério da saúde, através dos programas afetos ao Serviço de Promoção e Proteção Integrada à saúde da criança, do adolescente, da mulher e do homem, vem trabalhando na implementação das políticas de saúde/SSR numa forma transversal, inclusiva, humanizada, de equidade e igualdade de género, sem discriminação e preconceitos.

Os programas afetos ao serviço (PAV-SI; PNN-SO-EPS, PNSSR-SA; PNSI), foram criados para responder às especificidades de alguns grupos populacionais que devem ser considerados na atenção à saúde sexual e reprodutiva, na promoção e proteção dos direitos sexuais e reprodutivos.

- Atenção à saúde infantil (0 aos 5 anos) - sexualidade e cuidados à saúde desde a infância, prevenção da violência física e sexual;
- Atenção à saúde das crianças em idade escolar (6 aos 9 anos) - sexualidade e cuidados à saúde na idade escolar, prevenção da violência física e sexual;
- Atenção à saúde integral dos adolescentes e jovens (10 aos 19 anos / 20 aos 24 anos) - saúde sexual e reprodutiva, género, parentalidade, prevenção da violência física e sexual/VBG;
- Atenção à saúde da mulher, em particular em idade reprodutiva (15 aos 49 anos/50 a 59 anos) - saúde sexual e reprodutiva (PF, CPN, PP, cuidados pós-aborto), género, parentalidade, VBG, rastreio dos cancros (colo do útero e mama), IST-VIH/SIDA;
- Atenção à saúde do homem (20 aos 59 anos) - saúde sexual e reprodutiva, género, parentalidade, VBG, rastreio dos cancros (cancro da próstata), IST-VIH/SIDA;
- Atenção à saúde do idoso (mulheres e homens a partir dos 60 anos) - saúde e sexualidade para o envelhecimento ativo e saudável, género, VBG, rastreio dos cancros (colo do útero, mama e próstata).

1. TIPOS DE SERVIÇOS DE SSR POR NÍVEL DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

A prestação de serviços e cuidados em SSR está definida para cada tipo de estrutura, consoante o nível que ocupa na pirâmide sanitária como a seguir se discrimina.

ATIVIDADES DOS SERVIÇOS DE SSR POR NÍVEL DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS.

Serviço/ Atividades	Nível de prestação				
	USB	PS	CS	HR	HC
<u>Aconselhamento Pré-concepcional</u>					
- IEC	X	X	X	X	X
- Seguimento/Encaminhamento	X	X	X	X	X
<u>Vigilância pré-natal</u>					
- IEC	X	X	X	X	X
- Identificação dos fatores de Risco.	X	X	X	X	X
- Cuidados Preventivos (Vacinação, Ferro, Ácido Fólico)		X	X	X	
- Seguimento:					
a) Gravidez Normal		X	X		
b) Gravidez com fatores de risco			X	X	X
- Exames complementares:					
a) de base (Hemograma, grupo sanguíneo, VDRL, VIH/Teste DUO, glicemia, urina II)			X	X	X
b) especializados				X	X
c) Ecografia			X	X	X
Referência/Contra-referência	X	X	X	X	X

Serviço/Atividades	Nível de prestação				
	USB	PS	CS	HR	HC
<u>Vigilância do Parto</u>					
- IEC	x	x	x	x	x
- Diagnóstico do trabalho do parto		x	x	x	x
- Seguimento do trabalho do parto em:					
a) Gravidez Normal			x	x	x
b) Gravidez de risco				x	x
- Cuidados ao recém-nascido			x	x	x
- Cuidados à mãe (pós-parto imediato)			x	x	x
- Referência / Contra-referência			x	x	x

Serviço/Atividades	Nível de prestação				
	USB	PS	CS	HR	HC
<u>Consulta Pós-Parto</u>					
- IEC	x	x	x	x	x
- Cuidados Preventivos:	x	x	x	x	x
a) Vacinações		x	x		
b) Nutrição		x	x		
c) Aconselhamento sobre AME	x	x	x	x	x
d) Contraceção		x	x	x	x
- Cuidados PP normal	x	x	x	x	x
- Cuidados pós-parto com complicações			x	x	x
- Seguimento	x	x	x	x	x
- Referência / Contra-referência	x	x	x	x	

Serviço/Atividades	Nível de prestação				
	USB	PS	CS	HR	HC
<u>Vigilância do crescimento, desenvolvimento infantil e vacinação</u>					
- IEC, promoção do AME	x	x	x	x	x
- Cuidados Preventivos (Dados Antropométricos, vacinação, /Nutrição, suplementação de MN, desparasitação)		x	x		
- Puericultura, AIDI		x	x	x	x
- Cuidados Curativos:		x	x	x	x
a) Urgência			x	x	x
b) Internamento				x	x
c) Exames Complementares			x	x	x
-Seguimento		x	x	x	x
- Referência / Contra-referência	x	x	x	x	x
<u>Prevenção, atendimento e seguimento do aborto e suas complicações</u>					
- IEC	x	x	x	x	x
- Aconselhamento e suporte psicológico		x	x	x	x
- Realização da IVG				x	x
- Diagnóstico e tratamento das complicações			x	x	x
- Seguimento		x	x	x	x
- Referência/Contra-referência	x	x	x	x	x

Serviço/Atividades	Nível de prestação				
	USB	PS	CS	HR	HC
<u>Contraceção/Planeamento familiar</u>					
- IEC	x	x	x	x	x
- Anamnese, exame físico e ginecológico		x	x	x	x
- Oferta de métodos	x	x	x	x	x
a) Métodos Barreira (preservativos)	x	x	x	x	x
b) Contraceptivos Orais		x	x	x	x
d) Contraceptivos Injetáveis		x	x	x	x
e) Implantes			x	x	x
f) DIU				x	x
g) Contraceção Cirúrgica (laqueadura e vasectomia)				x	x
- Seguimento	x	x	x	x	x
- Referência/Contra-referência	x	x	x	x	x
<u>Prevenção e luta contra IST/VIH/SIDA</u>					
- IEC	x	x	x	x	x
- Promoção e distribuição de preservativos	x	x	x	x	x
- Diagnóstico e tratamento das IST		x	x	x	x
- Seguimento das IST		x	x	x	x
- Atendimento e seguimento das pessoas que vivem com VIH:					
a) Tratamento médico e TARV			x	x	x
b) Atendimento e seguimento psicossocial			x	x	x
- Referência/Contra-referência		x	x	x	x

<u>Prevenção, controlo e tratamento do cancro</u>					
- IEC	x	x	x	x	x
- Cuidados preventivos (exame físico, rastreio)		x	x	x	x
- Diagnóstico e tratamento				x	x
- Seguimento		x	x	x	x
- Referência / contra-referência		x	x	x	x
<u>Prevenção e tratamento da infertilidade</u>					
- IEC e aconselhamento	x	x	x	x	x
- Distribuição de preservativos (prevenção de IST)	x	x	x	x	x
- Diagnóstico e tratamento				x	x
- Seguimento			x	x	x
- Referência/Contra-referência		x	x	x	x

Serviço/Atividades	Nível de prestação				
	USB	PS	CS	HR	HC
<u>Climatério/menopausa e Hipogonadismo masculino no idoso</u>					
- IEC	x	x	x	x	x
- Abordagem clínica		x	x	x	x
- Seguimento			x	x	x
- Referência/Contra-referência			x	x	x

Serviço/Atividades	Nível de prestação				
	USB	PS	CS	HR	HC
<u>Género, prevenção e medidas contra a violência baseada no género (VBG) e mutilação genital.</u>					
- IEC	x	x	x	x	x
- Atendimento (Interrogatório/denúncia, exame físico, exames complementares)		x	x	x	x
- Apoio psicossocial		x	x	x	x
- Seguimento		x	x	x	x
- Referência/Contra-referência	x	x	x	x	x

2. ATIVIDADES DOS SERVIÇOS DE SSR POR CATEGORIA PROFISSIONAL

Os prestadores dos serviços SSR devem prestar cuidados conforme a sua competência profissional e atribuições, como a seguir se discrimina.

Serviço/ Atividades	Categoria Profissional				
	Médico	Enfermeiro	Auxiliar de SSR	ASB	Outros Técnicos de Saúde
<u>Aconselhamento Pré-Concepcional</u>					
- IEC	x	x	x	x	x
- Seguimento	x	x			x
- Encaminhamento	x	x	x	x	x
<u>Vigilância pré-natal</u>					
- IEC	x	x	x	x	x
- Identificação dos fatores de Risco.	x	x	x	x	x
- Cuidados Preventivos (Vacinação, Ferro, Ácido Fólico)	x	x	x		
- Seguimento:					
a) Gravidez Normal	x	x			x
b) Gravidez com fatores de risco	x				x
- Exames complementares:					
a) de base (Hemograma, grupo sanguíneo, VDRL, VIH/Teste DUO, glicemia, urina II)	x	x			
b) especializados	x				
c) Ecografia	x				
- Encaminhamento	x	x	x	x	x
- Referência/Contra-referência	x	x	x	x	x

Serviço/Atividades	Categoria Profissional				
	Médico	Enfermeiro	Auxiliar de SSR	ASB	Outros Técnicos de Saúde
<u>Vigilância do Parto</u>					
- IEC	x	x	x	x	x
- Diagnóstico do trabalho do parto	x	x			
- Seguimento do trabalho do parto em:					
a) Gravidez Normal	x	x			
b) Gravidez de risco	x				
- Cuidados ao recém-nascido	x	x			
- Cuidados à mãe (pós-parto imediato)	x	x			
- Encaminhamento	x	x	x	x	x
- Referência / Contra-referência	x	x			
<u>Consulta Pós-Parto</u>					
- IEC	x	x	x	x	x
- Cuidados Preventivos:					
a) Vacinações	x	x	x		x
b) Nutrição	x	x	x		x
c) Aconselhamento sobre AME	x	x	x	x	x
d) Contraceção	x	x	x		
- Cuidados PP normal	x	x			
- Cuidados pós-parto com complicações	x	x			
- Seguimento	x	x			x
- Encaminhamento	x	x	x	x	x
- Referência / Contra-referência	x	x	x	x	x

Serviço/Atividades	Categoria Profissional				
	Médico	Enfermeiro	Auxiliar de SSR	ASB	Outros Técnicos de Saúde
<u>Vigilância do crescimento, desenvolvimento infantil e vacinação</u>					
- IEC, promoção do AME	x	x	x	x	x
- Cuidados Preventivos (Dados Antropométricos, vacinação, /Nutrição, suplementação de MN, desparasitação)	x	x			x
- Puericultura, AIDI	x	x			x
- Cuidados Curativos:					
a) Urgência	x	x			
b) Internamento	x	x			
c) Exames Complementares	x	x			
- Seguimento	x	x			x
- Encaminhamento	x	x	x	x	x
- Referência / Contra-referência	x	x			

Serviço/Atividades	Categoria Profissional				
	Médico	Enfermeiro	Auxiliar de SSR	ASB	Outros Técnicos de Saúde
<u>Prevenção, atendimento e seguimento dos abortos e suas complicações</u>					
- IEC	x	x	x	x	x
- Aconselhamento e suporte psicológico	x	x			x
- Realização do procedimento (IVG)	x				
Diagnóstico e tratamento das complicações	x	x			x
- Seguimento	x	x			x
- Encaminhamento	x	x	x	x	x
- Referência / Contra-referência	x	x			

Serviço/Atividades	Categoria Profissional				
	Médico	Enfermeiro	Auxiliar de SSR	ASB	Outros Técnicos de Saúde
<u>Contraceção/Planeamento familiar</u>					
- IEC	x	x	x	x	x
- Anamnese, exame físico e ginecológico	x	x			
- Oferta de métodos					
a) Métodos Barreira (preservativos*)	x	x	x	x	
b) Contraceptivos Orais	x	x	x		
d) Contraceptivos Injetáveis	x	x	x		
e) Implantes	x	x			
f) DIU	x	x			
g) Contraceção Cirúrgica (laqueadura e vasectomia)	x				
- Seguimento	x	x	x		
- Encaminhamento	x	x	x	x	x
- Referência/Contra-referência	x	x			

Serviço/Atividades	Categoria Profissional				
	Médico	Enfermeiro	Auxiliar de SSR	ASB	Outros Técnicos de Saúde
<u>Prevenção e luta contra IST/VIH/SIDA</u>					
- IEC	x	x	x	x	x
- Promoção e oferta de preservativos	x	x	x	x	x
- Diagnóstico e tratamento das IST	x	x			
- Seguimento das IST	x	x			x
- Atendimento e seguimento das pessoas que vivem com VIH:	x				x
a) Tratamento médico e TARV	x				
b) Atendimento e seguimento psicossocial.	x				x
-Encaminhamento	x	x	x	x	x
- Referência/Contra-referência	x	x			
Serviço/Atividade	Categoria Profissional				
	Médico	Enfermeiro	Auxiliar	ASB	Outros Técnicos de Saúde
<u>Prevenção, controlo e tratamento do cancro</u>					
- IEC	x	x	x	x	x
- Cuidados preventivos (exame físico, rastreio)	x	x			
- Diagnóstico e tratamento	x	x			
- Seguimento	x	x			
-Encaminhamento	x	x	x	x	x
- Referência/Contra-referência	x	x			x

Serviço/Atividade	Categoria Profissional				
	Médico	Enfermeiro	Auxiliar	ASB	Outros Técnicos de Saúde
<u>Prevenção e tratamento da infertilidade</u>					
IEC e aconselhamento	x	x	x	x	x
- Disponibilização de preservativos (prevenção de IST)	x	x	x	x	x
- Diagnóstico e tratamento	x	x			
- Seguimento	x	x			x
- Encaminhamento	x	x	x	x	x
- Referência/Contra-referência	x	x			
<u>Climatério/menopausa e Hipogonadismo masculino no idoso</u>					
- IEC	x	x	x	x	x
- Abordagem clínica	x	x			
- Seguimento	x	x			
-Encaminhamento	x	x			x
- Referência/Contra-referência	x	x	x	x	x
<u>Género, prevenção e medidas contra a violência baseada no género (VBG), e mutilação genital.</u>					
- IEC	x	x	x	x	x
- Atendimento (Interrogatório/denúncia, exame físico, exames complementares)	x	x			
- Apoio psicossocial.	x	x			x
- Seguimento.	x	x			x
- Encaminhamento	x	x	x	x	x
- Referência/Contra-referência	x	x			

3. NORMAS DAS ATIVIDADES IEC

Responsabilidade das atividades de IEC por nível de serviço.

Nível do Serviço Atividades	Nível Central	Nível Regional	Nível Concelhos	Nível Centros de saúde	Nível PS e USB
A. Identificação das necessidades em IEC.	Programa Nacional de SSR	Direção da Região Sanitária	Delegacias de Saúde	Delegacias de saúde/ Centros de Saúde	Delegacias de saúde/ Centros de Saúde /Postos Sanitários
B. Definição das Mensagens.					
C. Elaboração das mensagens e material de IEC.					
D. Identificação e seleção dos canais de difusão.					
E. Difusão das Mensagens.					
F. Avaliação.					

4. NORMAS DE FORMAÇÃO EM SSR

Critérios de formação:

- Adequação à função conforme o nível da pirâmide sanitária e respondendo às necessidades identificadas;
- Domínios ou áreas de formação adaptados à categoria profissional, conforme necessidades;
- Adequação da linguagem;
- Uniformização e atualização periódica dos conteúdos da formação;
- Componentes teórica e prática;
- Formadores capacitados;
- Seguimento e monitorização dos formandos.

5. NORMAS DE SUPERVISÃO

A supervisão dos serviços SSR deve ser executada conforme as normas seguintes:

Normas Nível da Estrutura	Frequência das visitas	Responsáveis
Hospital Central	1 x ano	PNSSR
Hospital Regional	1 x ano	PNSSR
Centro de Saúde	1 ou 2 x ano	PNSSR /Delegacia de Saúde
Posto Sanitário	4 x ano	Delegacia de Saúde
Unidade Sanitária de Base	4 x ano	Delegacia de Saúde, Posto Sanitário
ONGs	1 ou 2 x ano	PNSSR

6. NORMAS DE COORDENAÇÃO

A coordenação das atividades dos serviços SSR é da responsabilidade de:

Normas Nível do Serviço	Responsáveis
Nível Central	Programa Nacional de SSR
Nível Concelho	Delegacias de Saúde

7. MEDICAMENTOS E CONSUMÍVEIS POR NÍVEL DE PRESTAÇÃO

Os medicamentos e consumíveis devem ser disponibilizados às estruturas de saúde, conforme lista descritiva abaixo indicada:

Medicamentos*	Hospital Central	Hospital Regional	Centro de Saúde	Posto Sanitário	USB
1- Antissépticos e desinfetantes					
- Álcool 70°	x	x	x	x	x
- Iodopovidona (sol. aquosa 10%)	x	x	x	x	x
- Iodopovidona (sol. alcoólica 10%)	x	x	x	x	x
- Clorexidina (sol. tópica 5%)	x	x			
- Glutaraldeído (solução 2%)	x	x			
2 - Suplementos					
- Sulfato ferroso (oral solida)	x	x	x	x	
- Sulfato ferroso + Ácido Fólico	x	x	x	x	
- Gluconato ferroso (orla líquida)	x	x	x		
- Multivitaminas	x	x	x	x	
- Micronutriente(vitaferro)	x	x	x	x	
- Vitamina A cápsula			x		
- Vitamina C comp.	x	x	x	x	
3 - Anti-inflamatórios E antipiréticos					
- A.A.S 500	x	x	x	x	
- A.A.S. 500mg inject	x	x			
- Paracetamol 500mg	x	x	x	x	x
- Paracetamol xarope 125mg/5ml	x	x	x	x	
- Paracetamol sup.125mg,250mg	x	x	x	x	
- Ibuprofeno 200mg,400mg	x	x	x	x	
- Ibuprofeno 100mg/5ml	x	x	x	x	
- Diclofenac inj.25mg/ml	x	x	x	x	
4 - Antibióticos e antiparasitários					
- Penicilânicos	x	x	x		
- Cotrimoxazol	x	x	x		
- Doxiciclina	x	x	x		
- Macrólidos	x	x	x		
- Outros antibióticos	x	x	x		
- Metronidazol oral	x	x	x		
- Metronidazol injet.	x	x	x		
- Antimicóticos óvulos	x	x	x		
- Antibióticos óvulos	x	x	x		
- Colírio	x	x	x		
- Antisséptico pomada	x	x	x		
- Antibiótico pomada	x	x	x		
5 - Antihipertensivos					
- Furosemida	x	x	x		
- Hidralazina	x	x	x		
- Nifedipina	x	x	x		
- Metildopa	x	x	x		
6- Anticoagulantes					
- Heparina	x	x			

7- Medicamentos do aparelho respiratório					
- Salbutamol	x	x	x		
- Aminofilina	x	x	x		
8- Medicamentos que actuam no útero					
- Maleato de ergometrina (injetável)	x	x	x		
- Oxitocina	x	x	x		
- Nifedipina	x	x	x		
- Misoprostol (200ug)	x	x	x		
- Misoprostol+Mifepristona (200ug+20ug)	x	x			
10- Hormonas	x	x			
11- Contracetivos					
- Oraís	x	x	x	x	
- Pilulas de emergência	x	x	x	x	
- Injetáveis	x	x	x	x	
- DIU	x	x	x	x	
- Implantes	x	x	x	x	
- Preservativo F	x	x	x	x	x
- Preservativo M	x	x	x	x	x
- Lubrificante	x	x	x	x	x
12- Anestésicos					
- Gerais	x	x			
- Locais	x	x	x	x	
13- Vacinas					
- Vacinas do PAV			x	x	
14- SRO	x	x	x	x	x

*consultar Lista Nacional de Medicamentos por tipologia de estrutura (B O nº133 II, Serie de 20 de set de 2019)

8. MATERIAIS E EQUIPAMENTOS POR NÍVEL DE PRESTAÇÃO

Nível da Unidade Sanitária de Base (USB)

- Mesa ginecológica
- Lâmpada ginecológica
- Biombo
- Estetoscópio de Pinard
- Estetoscópio
- Esfigmomanómetro
- Termómetro
- Fita métrica
- Kits (para curativos simples)
- Seringas descartáveis

- Luvas
- Balança para adulto
- Altímetro
- Balança para criança
- Balança de mesa para RN
- Mesa de exame de criança
- Maca
- Craveira ou mesa com craveira
- Caixas de segurança (para inceneração)
- Livros de registo de atividades
- Material IEC

Nível do Posto Sanitário (PS)

Todo o material disponível nas Unidades Sanitárias de Base mais os seguintes:

- Kit para colocação do DIU
- Kit para colocação de implantes
- Kit parto (período expulsivo)
- Estufa para esterilização
- Aspirador de secreções (manual)
- Material de vacinação
- Mala térmica
- Arca frigorífica com Fridge Tag e folha de registo diário da temperatura
- Fichas de atendimento (Saúde do Homem, Planeamento familiar, Consulta pré-natal /pós-parto)
- Caderno de saúde da criança e do Adolescente
- Caderno AISM/AISSRMA
- Livro de referência
- Livros de registo diário (Infantil, Pré-natal, PF/PP)
- Livro de inscrição

Nível do Centro de Saúde (CS)

Todo o material disponível nos postos sanitários mais os seguintes:

- Otoscópio
- Aspirador de secreções (elétrico)
- AMIU
- Ambu para adulto
- Ambu para criança
- Nebulizador
- Balão de oxigénio e manómetro
- Mesa aquecedora RN

- Doppler (detetor de BCF)
- Camas
- Kit de parto
- Kit de curetagem
- Kits de emergência:
 - o Hemorragia pós-parto
 - o Sepsis
 - o Pré-eclâmpsia Grave/Eclâmpsia.
- Carro de emergência.
- Kit de colheita de citologia do colo uterino
- Fórceps e ventosas
- Ecógrafo
- Cardiotocógrafo
- Livro de Registo obstétrico

Nível do Hospital Regional (HR)

Todo o material disponível nos Centros de Saúde mais os seguintes:

- Colposcópio
- Incubadora
- Kits para cesariana
- Kits para histerectomia
- Kits para laparotomia
- AMIU
- Aspirador uterino elétrico
- Material para anestesia geral
- Equipamentos de bloco operatório
- Monitores e ventiladores de adulto e recém-nascido.
- Livro de contra-referência.

Nível do Hospital Central (HC)

Todo o material disponível nos hospitais regionais mais os seguintes:

- Incubadora com monitorização de funções essenciais
- Kit para amnioscopia e amniocentese
- Kit para histeroscopia
- Eco Doppler
- Kits para histerosalpingografia
- Mamógrafo
- Kits para biopsia mamária

9. INFORMAÇÃO, EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO

A «Comunicação em saúde diz respeito ao estudo e utilização de estratégias de comunicação para informar e para influenciar (educar) as decisões dos indivíduos e das comunidades no sentido de promoverem a sua saúde»

A comunicação é um tema transversal em saúde e com relevância em contextos muito diferentes:

- Na relação entre técnicos de saúde e os utentes,
- Na disponibilização e uso da informação sobre saúde, quer nos serviços de saúde, quer nas famílias, escolas, locais de trabalho e nas comunidades,
- Na construção de mensagens no âmbito de atividades de educação para a saúde e de programas de promoção da saúde e de prevenção que visam a promoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis;
- No tratamento de temas para a saúde nos meios de comunicação social, na internet e outras tecnologias digitais (CD ROM, DVD)
- Na educação dos utentes com a finalidade de melhorar a acessibilidade aos serviços de saúde;
- Na formação dos técnicos de saúde;
- Nas relações interpessoais em saúde;
- Na qualidade do atendimento aos utentes por parte dos funcionários e serviços.

IEC em SSR – é um processo, que consiste na utilização planificada de diferentes métodos de comunicação, com o objetivo de facilitar a cada grupo alvo a análise de um problema específico e ajudar na adoção de atitudes e comportamentos favoráveis à saúde dos indivíduos e dos grupos.

Métodos de comunicação – palestras, aconselhamento, visita domiciliar, animação, entre outros.

Meios de comunicação – cartazes, painéis, desdobráveis, brochuras, roll-up, manequins, rádio, televisão, vídeos, CD, DVD, filmes, slides, jornais, revistas, internet, entre outros.

I - Métodos de comunicação

Palestra

É a discussão em grupo, planificada e orientada por um profissional, com a finalidade de levar os membros do grupo a analisar um problema específico e ajudar na adoção de atitudes e comportamentos favoráveis à saúde.

Etapas de uma palestra:

1ª Fase preparatória

- Escolher o assunto e meios de IEC em função das necessidades do grupo alvo e/ou das prioridades sanitárias do momento;
- Escolher a metodologia de animação da palestra;
- Preparar o local para a sessão de palestra.

2ª Fase de execução

- Anunciar o tema do dia;
- Adaptar as palavras chave na linguagem local;
- Desenvolver o tema da palestra (em 20 a 30 minutos)
- Convidar o grupo a colocar perguntas sobre o assunto.

3ª Fase de encerramento

- Agradecer os participantes;

N.B: as mesmas etapas são válidas para todas as componentes de SSR. Proposta de temas para palestras, conforme a pertinência do serviço e grupo alvo.

II - Aconselhamento

- Assegurar privacidade e confidencialidade;
- Mostrar a sua disponibilidade para escutar;
- Deixar a utente expressar o seu problema;
- Colocar perguntas ou solicitar informações necessárias para facilitar o dialogo;

III - Visita domiciliar

Etapas da visita domiciliar:

1ª Fase da preparação da visita domiciliar

- Identificar a pessoa ou a família;
- Escolher e preparar o material que poderá ser utilizado durante a visita domiciliar;
- Consultar o dossier familiar dos utentes, para ajudar a fixar com maior precisão as metas da visita domiciliar e abordar os problemas por ordem de prioridade;
- Avisar a família ou a pessoa a visitar.

2ª Fase de realização da visita domiciliar

- Fazer os cumprimentos habituais;
- Introduzir o assunto da visita/colocar o problema com calma;
- Ouvir atentamente o interlocutor, sem responder, durante toda a intervenção;
- Se possível, evitar escrever;
- Aconselhamento respeitando a individualidade do utente e oferecer materiais de IEC;
- Encaminhar para o centro de saúde os casos que requerem;
- Agradecer.

N.B: A IEC e visita domiciliar são atividades transversais para todos os componentes da saúde sexual e reprodutiva.

10. BIO-SEGURANÇA (PREVENÇÃO DAS INFEÇÕES)

Na execução das atividades de SSR os trabalhadores de saúde deverão observar com rigor as medidas de biossegurança.

A prevenção da infeção deve ser feita, respeitando rigorosamente a execução das fases descritas a seguir:

1. Medidas individuais de prevenção das infeções

- Lavar as mãos corretamente, antes e depois de qualquer procedimento.
- Utilizar luvas em situação que o exijam (contacto com sangue e líquidos orgânicos, mucosas ou material esterilizado)
- Usar batas e evitar sair com as batas para fora das instalações sanitárias.

2. Tratamento do material

O tratamento dos instrumentos, equipamentos é feito de acordo com o método mais adequado para cada tipo de material de que são constituídos e respeitando a sequência das etapas previamente definidas.

São recomendados os seguintes métodos:

2.1. Descontaminação/Desinfeção

A descontaminação é a primeira etapa do tratamento dos instrumentos sujos, ela diminui o risco de contaminação pelo VIH/SIDA e Hepatite B.

O Hipoclorito de Sódio (lixívia) é um dos produtos mais utilizados como desinfetante. Para se obter uma solução de desinfeção de 0,5 %, a lixívia deve ser diluída na razão de uma parte de lixívia para 6 partes de água.

2.2. Limpeza

A limpeza retira as partículas de matéria e melhora a qualidade da desinfeção de alto nível ou das esterilizações que serão feitas.

2.3. Esterilização

A esterilização destrói todos os microrganismos, incluindo os endósporos.

Prevenção de infeções - Etapas do tratamento dos instrumentos e equipamentos.

Instrumentos/Equipamentos	Descontaminação	Limpeza	Esterilização
Superfície da mesa ginecológica ou outras superfícies.	Limpar com solução de hipoclorito de sódio (lixívia) a 0,5%.	Lavar com água e detergente..	Não é necessário.
Roupas (batas, lençóis etc.) e campos operatórios.	Se contaminado com sangue ou líquido orgânico, mergulhar durante 10 minutos em solução de hipoclorito de sódio a 0,5%.	Lavar com detergente e água. Secar ao ar livre ou na máquina.	Campos operatórios: autoclave 121°C, durante 30 minutos.
Histeroscópios, laparoscópios	Limpar as superfícies expostas, com gases embebida, em álcool a 60 - 90%. Enxaguar imediatamente.	Desmontar, depois lavar com água e detergente. Enxaguar com água limpa e secar com toalha	Esterilizar utilizando esterilização química: formaldeído a 8% ou glutaraldeído durante 10 horas. Enxaguar com água esterilizada ou fervida durante 20 minutos.
Alguidares de instrumentos e bacias de cama (rastadeiras)	Mergulhar durante 10 minutos na solução de hipoclorito de sódio a 0,5%.	Lavar com água e detergente. Enxaguar com água limpa e secar ao ar livre ou com toalha.	Em estufa durante 1 hora, após ter atingido 170°C ou autoclave a 121°C durante 20 minutos.
Instrumentos para exame ginecológico; inserção/remoção de DIU e implantes.	Mergulhar durante 10 minutos na solução de hipoclorito de sódio a 0,5%.	Escovar e lavar com água e detergente. Enxaguar com água limpa e secar ao livre ou com toalha.	Em estufa durante 1 hora, após ter atingido 170°C ou autoclave a 121°C durante 20 minutos.

N.B: o material utilizado na vacinação (seringas e agulhas), é descartável.

3. Tratamento dos resíduos

O tratamento dos resíduos é um dos componentes essenciais da biossegurança cujas normas devem ser respeitadas nas suas diferentes fases:

3.1. Identificação e separação dos resíduos

Identificar as diferentes categorias de resíduos em função da sua natureza e colocá-los em recipientes diferentes:

Biomédicos: Partes do corpo humano, líquido biológico, algodão, compressas, agulhas, objetos cortantes ou pontiagudos utilizados;

Químicos: solventes, reagentes, corantes;

Farmacêuticos: medicamentos fora do prazo ou deteriorados, vacinas;

Gerais: do tipo de lixo doméstico.

3.2. Transporte interno

Os resíduos devem ser transportados do local de origem até o local de depósito sem poluir o ambiente.

3.3. Depósito

Identificar a localização de um ou vários depósitos e certificar-se que são do conhecimento do pessoal. Definir um horário regular para o esvaziamento, evitando odores e presença de insetos.

3.4. Eliminação dos resíduos

A eliminação é feita em função da natureza do resíduo:

- Objetos pontiagudos: colocar todos os objetos pontiagudos numa caixa de segurança. Incinerar ou queimar e enterrar quando estiver ocupada em três quartos do seu volume;
- Líquidos: descontaminar e deitar pela canalização ou num buraco e tapar;
- Resíduos sólidos: incinerar ou queimar e enterrar;
- Recipientes de lixo: lavar e descontaminar.

4. Limpeza e manutenção dos locais

4.1. Piso

Limpar frequentemente o piso (sempre que necessário) com um pano, água, detergente, e um desinfetante. Deve-se evitar limpar a seco ou varrer pois isso levanta poeira, detritos e microrganismos que se espalham pelo ar ou pelas superfícies limpas.

4.2. Paredes

Limpar de cima para baixo, com um pano molhado em água e detergente. Deve-se evitar espanar a poeira, pois, esta e os microrganismos vão espalhar-se pelo ar.

NB.: deve-se efetuar a limpeza das salas de parto e cirurgia após cada parto ou cada intervenção.

11. REFERÊNCIAS/CONTRARREFERÊNCIAS

1. Etapas de referência

- Decidir atempadamente a transferência do paciente;
- Informar ao utente e à família;
- Preencher os documentos de apoio (caderno e ficha de referência)
- Informar, se possível, o centro de referência;
- Tomar as medidas necessárias para o transporte do utente (meios de deslocação, técnico de saúde acompanhante);
- Estabilizar e transportar com segurança;

N.B A nota de referência é enviada ao serviço de referência com o profissional que acompanha o paciente, ou o próprio paciente.

2. Etapas de contra referência

- Preencher os documentos de apoio: cadernos e/ou registos e fichas;
- Enviar uma cópia da ficha de contra referência ao centro que referiu;
- Recomendar ao doente que se apresente no centro de origem.

N.B.: A nota de contra referência (retro informação) devem ser preenchidas e devolvidas ao centro de origem.

CAPÍTULO 3

PROCEDIMENTOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

1. PRESTAÇÃO DE CUIDADOS POR COMPONENTES

Durante a prestação de cuidados é importante respeitar as etapas abaixo descritas, para cada componente, de forma a sistematizar os procedimentos e assegurar a qualidade no atendimento, designadamente:

- a) **Acolhimento:** deve ser uma prática nas estruturas de saúde, que inicia na receção do utente, favorecendo a construção de uma relação de confiança e compromisso entre os utentes e os profissionais de saúde, promovendo a humanização dos cuidados.
- b) **Anamnese:** é um procedimento individual, estabelecido entre o técnico de saúde e o utente, com base na confiança e confidencialidade, de forma a obter a história clínica conhecer os fatores pessoais, familiares e sócio epidemiológicos relacionados com o seu estado de saúde, queixa ou doença, que permita orientar o exame físico, definir os exames complementares a serem realizados, direcionar o tratamento e o seguimento.
- c) **Exame físico:** o utente deverá ser informado sobre a necessidade da realização do exame físico completo e como este será feito. Após o exame físico completo do paciente, deve-se prosseguir a um exame mais específico, com a busca exaustiva de sinais correlacionados aos sintomas referidos.
- d) **Exames complementares:** serão solicitados, sempre que necessário, tendo em conta a história clínica do paciente e o exame físico. Estes auxiliarão na confirmação ou exclusão de uma hipótese diagnóstica.
- e) **Aconselhamento e cuidados preventivos:** busca prover informações, apoio emocional, auxiliar na adesão ao tratamento e na adoção de medidas preventivas, mudança de hábitos e atitudes para uma melhor qualidade de vida.

2. CUIDADO PRÉCONCEPCIONAL

Define-se como um conjunto de intervenções com vista a identificar e modificar fatores de risco reprodutivo antes da conceção, sempre que for possível.

A avaliação pré-concepcional é uma consulta para a mulher e/ou o casal antes de uma gravidez, visando corrigir, eliminar ou diminuir fatores ou condutas de risco reprodutivo e/ou tratar patologias que possam alterar a evolução normal da futura gestação.

2.1. AVALIAÇÃO PRÉ-CONCEPCIONAL

a. Anamnese

Antecedentes Pessoais

- Malformações congénitas e/ou anomalias cromossômicas.
- Doenças crónicas materna não transmissíveis (D. Mellitus, HTA, Epilepsia, Cardiopatia, anemias).
- Doenças materna transmissíveis.
(rubéola, varicela, citomegalovirus, toxoplasmose, sífilis, VIH, Hepatite B).

Antecedentes familiares

- Doenças hereditárias
- Malformações congénitas e/ou anomalias cromossômicas
- Doenças crónicas

Histórico obstétrico

- GPA (nº de gravidez, partos e abortos)
- Abortos recorrentes
- Óbitos fetal e neonatal
- Filhos com malformações congénitas ou alterações genéticas.

Uso de medicamentos

Misoprostol, antiepiléticos, talidomida, cumáricos, isotretinoína etc.

Fatores de risco de defeitos congênitos

- Idade Materna Avançada
- Consanguinidade – (Dois indivíduos com pelo menos um antecessor comum)
- Etnia.
- Ocupação Materna - Certas ocupações aumentam o risco de resultados perinatais adversos (aborto, morte fetal, parto pré-termo, baixo peso ao nascer e alguns defeitos congênitos):
 - o Trabalhar mais de 10 horas por dia.
 - o Permanecer em pé por mais de 6 horas em forma ininterrupta.
 - o Exposição a tóxicos químicos e radiações (incluindo agentes anestésicos, solventes e pesticidas).

- Hábitos nutricionais.
- Hábitos tóxicos (tabaco, bebidas alcoólicas, outras drogas).

b. **Exame físico geral**

- Estado geral
- Peso e altura, (cálculo do IMC)
- Pele, mucosas, face e boca
- Exame da Tireoide
- Exame de mama
- Aparelho Respiratório (FR)
- Aparelho Cardiovascular (TA, FC)
- Abdómem
- Membros superiores e inferiores
- Sistema neurológico/avaliação psicológica.

c. **Exame ginecológico**

- **Inspeção:** genital externo, períneo e região perianal - avaliar disposição dos pelos, alterações da coloração da pele, presença de lesões, malformações, rupturas, cicatrizes etc.
- **Exame especular:** avaliar introito vaginal, paredes vaginais, colo uterino, fundo do saco de douglas, conteúdo vaginal.
- **Toque bimanual:** avaliar vagina, colo uterino, útero - posição, tamanho, mobilidade, consistência, superfície e anexos.

d. **Exames complementares**

- Hemograma
- Grupo sanguíneo e Fator RH (solicitar ao parceiro se fator RH -)
- Glicemia
- Urina II
- VDRL, VIH, Ag HBS
- IgM/IgG para Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus
- Ecografia pélvica
- Outros exames se necessário.

e. **Aconselhamento e cuidados preventivos**

- Alimentação saudável (variada e equilibrada).
- Uso de ácido fólico (0,4mg/dia, pelo menos 3 meses antes de engravidar).
- Prevenção/Tratamento das IST.
- Se doenças crónicas, realizar controle adequado.

3. CUIDADOS PRÉ-NATAL

São visitas programadas da grávida com a equipa de saúde com o objetivo de acompanhar a evolução da gravidez e conseguir uma preparação adequada para o parto e cuidados do recém-nascido.

A captação da grávida (1ª avaliação) deve ser precoce (antes das 12 semanas), possibilitando a identificação de eventuais fatores de risco e instituindo os cuidados do pré-natal.

3.1. ATENDIMENTO CONSULTA PRÉ-NATAL - 1ª AVALIAÇÃO

a. **Anamnese**

A consulta pré-natal, desenrolar-se-á tendo como instrumento guia o Caderno de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Caderno AISM/AISSRMA):

- Identificação da grávida (nome completo, data de nascimento, naturalidade/concelho, residência atual/concelho, escolaridade e número de telefone)
- Atribuição de um código de inscrição.

NB: caso a mulher tenha o caderno, atualizar os dados se necessário.

Antecedentes Pessoais (Riscos biomédicos)

- Doenças crónicas (HTA, Doença cardíaca, Doença renal D. Mellitus etc.)
- Doenças hereditárias, Tuberculose Epilepsia
- Doença psíquica
- Outras Doenças
- História obstétrica (GPA, tipo de partos, nados vivos/mortos, filhos vivos)
- Antecedentes de massa pélvica
- Cirurgia dos órgãos genitourinários
- Uso de medicação contínua/Alergia a medicamentos.

Antecedentes familiares

- Doenças hereditárias
- Doenças autoimunes.
- Malformações congénitas e/ou anomalias cromossômicas
- Doenças crónicas (Diabetes, HTA etc.)

Riscos sociais e comportamentais

- Ambiente familiar
- Hábitos tóxicos
- Ocupação

Data da última menstruação, cálculo da idade gestacional e data provável do parto.

b. Exame físico geral

- Estado geral.
- Peso e altura, (cálculo do IMC).
- Pele, mucosas, face e boca.
- Exame da Tireoide.
- Exame das mamas: Inspeção estática e dinâmica, palpação de ambas mamas, segmento axilar e axila, avaliar os mamilos, realizar expressão mamária).
- Aparelho Respiratório (FR).
- Aparelho Cardiovascular (TA, FC).
- Abdómen: inspeção, palpação, dependendo da IG avaliar altura uterina, manobras de Leopold e ausculta dos batimentos cardíacos fetais (BCF).
- Membros superiores e inferiores.
- Sistema neurológico/avaliação psicológica.

c. Exame ginecológico

- **Inspeção:** genital externo, períneo e região perianal - avaliar disposição dos pelos, alterações da coloração da pele, presença de lesões malformações, rupturas, cicatrizes.
- **Exame especular:** avaliar introito vaginal, paredes vaginais, colo uterino, fundo do saco de douglas, conteúdo vaginal.
- **Toque bimanual:** avaliar vagina, colo uterino, fundo de saco de Douglas, útero de acordo a IG avaliar posição tamanho, consistência, superfície.

d. Exames complementares

- Teste DUO VDRL/VIH
- Hemograma
- Grupo sanguíneo e Fator RH
- Glicemia
- Urina II
- Ecografia pélvica/Obstétrica
- Outros exames
IgM/IgG para Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus, Antígeno de HBSag, grupo sanguíneo do parceiro se a grávida for RH (-) e Coombs indireto se necessário, outros exames indicados.

e. Aconselhamento e cuidados preventivos

1 - IEC de acordo com a idade gestacional e de acordo com o estipulado no caderno AISSRMA/AISM

2 - Vacinação contra tétano (TT) / tétano e difteria (Td)

Grávidas e mulheres em idade fértil (15 aos 49 anos) nunca vacinadas contra o Tétano ou com estado vacinal desconhecido.

VACINA CONTRA:	IDADE DE APLICAÇÃO	IMUNIDADE CONFERIDA	DOSE	VIA	LOCAL
Tétano, Difteria Td - 1ª dose	Grávida: A partir das 12 semanas- MIF: no primeiro contacto com a estrutura de saúde	0	0,5 ml	Intramuscular	Braço esquerdo
Td - 2ª dose	04 Semanas após 1ª dose	Até 1 a 3 anos (conforme cada caso)			
Td - 3ª dose	06 Meses após 2ª dose	Até 5 anos			
Td - 4ª dose	01 Ano após 3ª dose	Até 10 anos			
Td - 5ª dose	01 Ano após 4ª dose	Toda a vida			

Atualização do calendário vacinal TT / Td, em adolescentes e adultos, incluindo as grávidas de acordo com o seu estado vacinal (Nº de doses recebidas anteriormente, e o tempo decorrido desde a última dose, confirmadas com qualquer documentação).

Nº DE DOSES DE VACINA TT/Td RECEBIDAS	Nº DOSES RECOMENDADAS DE Td				
Desconhecido, 0 doses, 1 ou 2 doses (2ª dose há mais de 3 anos)	1ª dose logo que possível	2ª doses 4 semanas após a 1ª dose	3ª dose 6 meses após a 2ª dose	4ª dose 1 ano após a 3ª dose	5ª dose 1 ano após a 4ª dose
3 doses (administradas corretamente na infância, aos 2 - 4 e 6 meses de idade)	4ª dose logo que possível	5ª doses 4 semanas após a 4ª dose	6ª dose 1 ano após a 5ª dose		
4 doses (administradas corretamente na infância, aos 2 – 4 - 6 e 18 meses de idade)	5ª dose logo que possível	6ª dose 1 ano após a 5ª dose			

Nota: As mulheres que completaram o calendário vacinal há mais de 10 anos, com as doses recebidas na infância e na adolescência (2M, 4M, 6M, 18M, 6A e 14A), poderão receber uma dose adicional, de reforço na gravidez.

3-Suplementação de Ferro

Mulheres com boa aceitação do ferro e ácido fólico

1 comprimido ao dia (60 mg de ferro elementar + 400µg (0,4mg) de ácido fólico). Iniciar o mais cedo possível (na primeira consulta) até o puerpério.

Mulheres com fraca aceitação (intolerância e adesão)

2 comprimido 1x semana (120 mg de ferro elementar + 800µg (0,8mg) de ácido fólico). Iniciar após as 12 semanas, o mais cedo possível (nas primeiras consultas), até o parto.

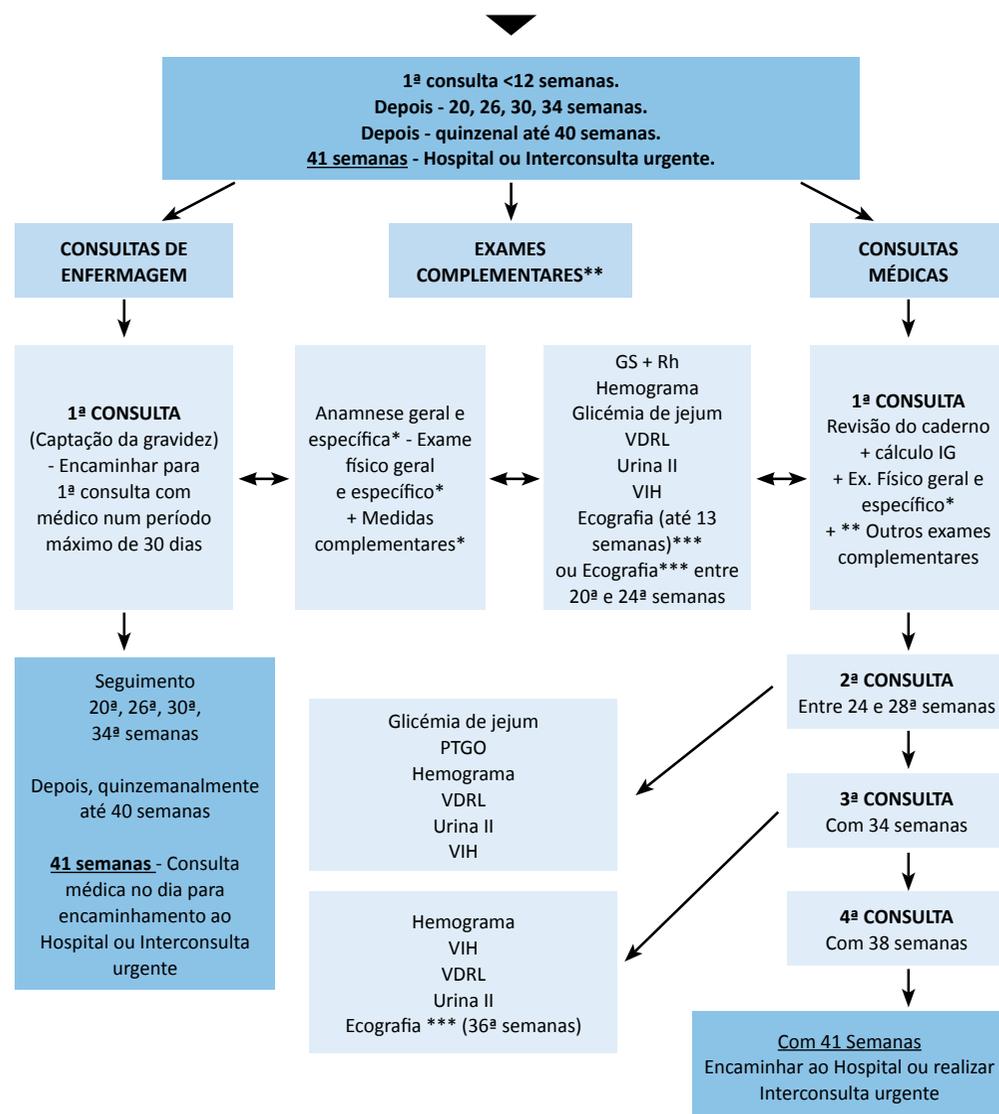
Marcação da próxima consulta.

Explicar à grávida a frequência das consultas (pelo menos 8 durante a gravidez, se não houver riscos):

1ª consulta-antes de 12 sem,
2ª consulta-20 sem,
3ª consulta 26 sem
4ª consulta 30 sem
5ª consulta 34 sem
6ª consulta 36 sem,
7ª consulta 38 sem
8ª consulta 40 sem.

Insistir sobre a importância do cumprimento das datas das consultas e a necessidade de voltar à consulta/urgência, sempre que a grávida tiver alguma queixa fora do habitual.

Marcar a data da próxima consulta no caderno AISM/AISSRMA da grávida e na agenda do serviço.

FLUXOGRAMA DE SEGUIMENTO DA GRAVIDEZ DE BAIXO RISCO*** Anamnese geral e específica:**

- Fatores biológicos de risco
- Fatores socioeconómicos
- Fatores Ambientais
- Patologias clínicas
- Fatores obstétricos anteriores
- Fatores obstétricos atuais

**** Outros ex. complementares***** Medidas complementares:**

- Isoimunizações (Td, a partir de 12ª semana)
- Exame odontológico
- Práticas educativas/orientações quanto à gravidez e parto ao longo de todo p pré-natal
- Conversa com psicóloga/nutricionista

*** Exame físico geral e específico:**

- Estado geral (peso, mucosas, pele, face)
- Sistema neurológico
- Sistema cardiovascular (TA, ausculta cardíaca)
- Sistema respiratório (ausculta respiratória (• Abdómen (cicatriz, massas, AU, BCF, apresentação, posição e situação fetais) • Exame ginecológico completo (inspeção, especular, toque vaginal)
- Membros (mão e membros inferiores)

Avaliação e classificação de risco

A gravidez não é uma doença, mas fatores de risco e situações patológicas não detetáveis a tempo podem transformar-se em fatores de mau prognóstico tanto para a grávida como para o feto. Na verdade, diversas doenças crónicas e patologias, podem agravar-se durante a gravidez ou constituir um risco acrescido para a normal evolução da gravidez.

A avaliação e classificação de risco durante a gravidez (tabela de Goodwin modificado Quadro I) permite a deteção precoce de complicações a prevenção de situações que podem levar a resultados adversos e aumento da morbi-mortalidade materna e neonatal.

A gravidez de alto risco deve ser seguida pelo médico, encaminhada ao Hospital de referência para seguimento ou consulta via telemedicina com o obstetra para melhor avaliação, e conduta.

A comunicação entre os cuidados primários e secundários é fundamental para uma assistência adequada da gravidez de alto risco.

A avaliação e classificação de risco deve ser realizada na 1ª consulta e na 36ª semana de gravidez.

A reavaliação do grau de risco pela tabela de Goodwin (Quadro II) deve ser realizada sempre que for detetado qualquer alteração no exame físico e ou alteração de exames laboratoriais.

Tabela de Goodwin modificado-Quadro I

História Reprodutiva		
Idade	<= 17 e 40 >	= 3
	18-29	= 0
	30-39	= 1
Paridade	0	= 1
	1 – 4	= 0
	>= 5	= 3
História obstétrica anterior		
Aborto habitual >= (3 consecutivos)		= 1
Infertilidade		= 1
Hemorragia pós-parto/dequitação manual		= 1
RN >= 4000 g		= 1
Pré-eclampsia/eclampsia		= 1
Cesariana anterior		= 2
Feto morto/ morte neonatal		= 3
Trabalho de parto prolongado ou difícil		= 1
Patologia associada		
Cirurgia ginecológica anterior		= 1
Doença renal crónica		= 2
Diabetes gestacional		= 1
Diabetes Mellitus		= 3
Doença cardíaca		= 3
Outras desordens médicas (bronquite crónica, lúpus, etc.)		
Índice de acordo com a gravidade		= (1 a 3)

Tabela de Goodwin modificado-Quadro II

Gravidez atual	1ª visita	36ª semana
Hemorragias <= 20 semanas = 1		
Hemorragias > 20 semanas = 3		
Anemia (<= 10 g) = 1		
Gravidez prolongada >= 42 semanas = 1		
Hipertensão = 2		
Rotura prematura da membranas = 2		
Hidramnios = 2		
ACIU(atraso de crescimento intrauterino) =3		
Gravidez múltipla		
Apresentação pélvica = 3		
Má apresentação		
Isoimunização Rh = 3		
Baixo risco 0 – 2		
Médio risco 3 – 6		
Alto risco >= 7		

PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DAS INFECÇÕES DE TRANSMISSÃO VERTICAL (HEPATITE B, SIFILIS, STREPTOCOCCUS DO GRUPO B, VIH/SIDA).

Conceito

As infeções de transmissão vertical são as que se transmitem da mulher grávida para o feto ou para o recém-nascido. Podem ocorrer:

- Durante a gravidez.
- Durante o parto (através do contato com o sangue ou secreções infetadas no canal do parto)
- Depois do parto (através do aleitamento materno ou contato com secreções maternas).

HEPATITE B

A hepatite B é uma infeção viral cuja transmissão pode ser via parenteral, via sexual, e de mãe para o filho (transmissão vertical).

As mulheres suscetíveis podem adquirir o vírus ao entrarem em contato com sangue e ou sêmen da pessoa infetada e podem transmitir ao recém-nascido intra útero ou durante o aleitamento.

Diagnóstico

O rastreamento dos anticorpos de superfície da Hepatite B na primeira consulta pré-natal, permite identificar as mulheres suscetíveis, ou infetadas.

Marcadores serológicos Hepatite B aguda

Marcadores	Significado
HBsAg	É o primeiro marcador que aparece no curso da infeção pelo HBV Na hepatite aguda, ele declina a níveis indetectáveis rapidamente.
HBeAg	É marcador de replicação viral. Sua positividade indica alta infecciosidade
Anti-HBc IgM	É marcador de infeção recente, encontrado no soro até seis meses após a infeção.
Anti HBc IgG	É marcador de longa duração, presente nas infeções agudas e crónicas. Representa contato prévio com o vírus.
Anti-HBe	Surge após o desaparecimento do HBeAg, indica o fim da fase replicativa.
Anti-HBs	É o único anticorpo que confere imunidade ao HBV. Está presente no soro após o desaparecimento do HBsAg, sendo indicador de cura e imunidade. Está presente isoladamente em pessoas vacinadas.

Interpretação	HBsAg	HBeAg	Anti-HBc IgM	Anti HBc IgG	Anti-HBe	Anti-HBs
Suscetível	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
Incubação	(+)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
Fase Aguda	(+)	(+)	(+)	(+)	(-)	(-)
Final da fase Aguda ou hepatite crónica	(+)	(+)	(-)	(+)	(-)	(-)
Início fase convalescente	(-)	(-)	(+)	(+)	(-)	(-)
Imunidade, infeção passada recente.	(-)	(-)	(-)	(+)	(+)	(+)
Imunidade, infeção passada	(-)	(-)	(-)	(+)	(-)	(+)
Imunidade, resposta vacinal	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(+)

Interpretação dos testes de Hepatite B aguda

Conduta

Solicitar o teste da Hepatite B na 1ª consulta pré-natal.

Gravida suscetível: (teste negativo): aconselhamento sobre medidas de prevenção:

- Vacinação.
- Uso de preservativos nas relações sexuais.
- Não compartilhamento de material perfurocortante (seringas e agulhas).

Gravida infetada (portadora de HBV):

- Acompanhamento Pré-natal
- Administração de Imunoglobulina humana anti-hepatite B e vacinação anti-hepatite B do recém-nascido nas primeiras 12h, preferencialmente imediatamente após o parto.

Aleitamento materno

O vírus da hepatite B poder ser encontrado no leite materno, entretanto recomenda-se o aleitamento em recém nascidos filhos de mães portadoras do vírus B, logo após a aplicação da primeira dose do esquema vacinal e da imunoglobulina humana hiperimune.

Outras Indicações da Imunoglobulina humana anti-hepatite tipo B (IGHAHB)

Devem ser administradas a pessoas não vacinadas, nas primeiras 48 horas, após exposição ao vírus da hepatite B nas seguintes situações:

- Vítimas de abuso sexual.
- Parceiros sexuais de caso agudo de hepatite B.
- Após exposição sanguínea (acidente perfurocortante ou exposição de mucosas), quando o caso fonte for portador do HBV ou de alto risco.

Obs: Pacientes que receberam a IGHAHB devem iniciar ou completar o esquema de vacinação contra a hepatite B.

SIFILIS

A Sífilis é uma doença infecciosa de transmissão sexual ou materno-fetal, causada por uma espiroqueta (*treponema pallidum*), sistêmica de evolução crônica, sujeita a surtos de agudização e períodos de latência clínica de menor ou maior tempo de duração.

O diagnóstico precoce e tratamento adequado da sífilis durante a gestação previne a sífilis congênita.

Diagnóstico

Recomenda-se a realização do teste rápido de despistagem de VIH e de sífilis em simultâneo (Teste DUO) a todas as grávidas na primeira consulta do pré-natal e no início do terceiro trimestre.

Provas diagnósticas

1 - Sorologia não treponêmicas

VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*)

RPR (Rapid Plasm Reagin)

USR (Unheated Serum Reagin)

São testes sorológicos quantitativos, não específicos para Sífilis, úteis para a triagem e para o seguimento pós terapêutico.

Teste não treponêmica reativa pode indicar:

- Infeção atual
- Infeção antiga tratada ou não tratada
- Resultados falsos positivos (1 a 3%), podem ocorrer em várias situações, como por exemplo: hanseníase, malária, mononucleose, leptospirose, em doenças autoimunes, mononucleose, endocardite e, inclusive na gravidez.

Títulos baixos (menores ou iguais a 1/4)

Podem representar doença muito recente ou muito antiga, tratada ou não.

Recomenda-se repetição periódica dos testes não-treponêmicos:

Dois títulos baixos, com intervalo de 30 dias ou mais, excluem sífilis recente.

Três títulos sucessivamente baixos, com intervalo superior a 30 dias, sem qualquer indício de reinfeção, são indicativos de “memória” sorológica.

2 - Sorologia Treponêmica

As técnicas mais usadas são:

FTA-Abs - Fluorescent Treponemal Antibody Absorption)

MHATP - Treponema Pallidum Microhemagglutination

TPHA - Treponema Pallidum Hemagglutination

São testes qualitativos que detetam anticorpos específicos contra o Treponema pallidum.

Tendem a tornar-se reativos a partir do 15º dia da infeção.

São úteis para a confirmação da infeção e para a exclusão de resultados de VDRL falso-positivos.

Teste VDRL reagente com um teste treponêmico não reagente representa um falso positivo.

Não são indicados para o seguimento pós-terapêutico (controle de cura), pois, na maior parte dos casos, permanecem reagentes por toda a vida, mesmo após o tratamento.

3 - Pesquisa direta/visualização das espiroquetas.

É a pesquisa do Treponema pallidum (visualização de espiroquetas) em microscopia de campo escuro ou por testes de imunofluorescência direta em material proveniente de lesão suspeita.

Em infeções muito recente, quando os estudos sorológicos costumam ser não reativos e apenas o cancro de inoculação pode ser visualizado, pode ser o diagnóstico de confirmação.

Esse exame, apesar de relativamente simples, exige técnica cuidadosa de coleta e nem sempre está disponível.

CONDUTA

Início imediato do tratamento:

- 1- Todas as grávidas com teste reagente, não tratadas anteriormente ou tratadas de forma inadequada.
- 2- Se o período de tempo entre a disponibilidade do teste confirmatório e a data provável do parto for inferior a 7 semanas.
- 3- Na ausência de teste confirmatório (FTA-Abs ou TPHA).

Tratamento das Grávidas e parceiros*

Recomenda-se:

1. Fazer uma primeira dose de Penicilina benzatínica 2,4 milhões U.I., intramuscular (IM).
2. Recolha de sangue para confirmação do resultado com o teste sorologia treponêmico. Se o teste treponêmico for positivo, deve continuar o tratamento com mais duas (2) doses de 2,4 milhões U.I. de penicilina benzatínica IM, uma vez por semana.
3. Caso não for possível realizar o teste de confirmação a grávida deverá ser tratada segundo o esquema seguinte:

Penicilina G. Benzatínica 2.400.000 UI, via intramuscular (1.2 milhão U.I., em cada glúteo), semanal, por 3 semanas (dose total de 7.200.000 U.I.).

***Segundo normas nacionais- Procedimentos para a utilização do Teste de despistagem de VIH e de sífilis em simultâneo (teste DUO)**

Considera-se tratamento inadequado da sífilis materna:

1. Utilização de qualquer medicamento que não seja penicilina benzatínica.
2. Tratamento incompleto, mesmo tendo sido realizado com penicilina benzatínica.
3. Tratamento realizado ou finalizado no período menor que 30 dias antes do parto.
4. Prática de relação sexual, durante e após o tratamento, sem uso de preservativo com parceiro não tratado, ou tratado inadequadamente.

OBS:

Em caso de alergia à penicilina- recomenda-se encaminhar a um nível de maior complexidade para realizar a dessensibilização.

Na impossibilidade da dessensibilização, a sífilis materna poderá ser tratada com a eritromicina (estearato) 500 mg, VO, de 6/6 horas, durante 15 dias (sífilis recente) e 30 dias (sífilis tardia).

O tratamento com outros antibióticos pode curar a sífilis materna, mas não protege o feto, portanto a grávida não será considerada adequadamente tratada para fins de transmissão fetal, sendo mandatário a investigação e o tratamento adequado da criança logo após seu nascimento.

Seguimento da sífilis materna

1. Realizar o controle de cura mensal por meio do VDRL, considerando resposta adequada ao tratamento o declínio dos títulos, duas titulações em até 6 meses.

Entre 9 e 12 meses geralmente ocorre a negatificação podendo, no entanto, permanecer com títulos baixos por longos períodos de tempo, ou até por toda a vida; é o que se denomina “memória” ou “cicatriz” sorológica.

Na ausência de queda dos títulos, para a definição de condutas, recomenda-se avaliar:

- Tratamento realizado
 - Tratamento do parceiro
 - Presença de coinfeção pelo VIH (a queda dos títulos, após o tratamento adequado, pode ocorrer em menor velocidade, a neurosífilis e a falha de tratamento são mais frequentes nesses casos).
2. Reiniciar o tratamento em caso de interrupção, ou se houver quadruplicação dos títulos (ex.: de 1:2 para 1:8).
 3. Recomendar práticas sexuais seguras (uso de preservativos) durante e após o tratamento.

Sífilis Congénita

A infeção do feto, através da passagem transplacentária da espiroqueta, pode ocorrer em qualquer fase da gestação.

O risco de transmissão ao feto varia de acordo com o estágio da doença na grávida.

Nas fases primária e secundária da doença (com elevada carga treponêmica circulante), a taxa de transmissão vertical da sífilis, em mulheres não tratadas, é de 70 a 100%.

Nas fases latentes (recente e tardia) ou terciária (redução da carga treponêmica causada pela resposta imunológica) a taxa de transmissão reduz para 30%.

A sífilis congênita apresenta, da mesma forma que a sífilis adquirida, dois estágios: o precoce, quando as manifestações clínicas são diagnosticadas até o segundo ano de vida; e o tardio, após esse período.

Repercussão feto-neonatal:

O desfecho da infeção treponêmica na gravidez pode ser:

- Prematuridade
- Baixo peso ao nascer
- Abortamento espontâneo
- Hidropsia fetal
- Óbito fetal/neonatal (em até 40% dos casos)
- Recém-nascidos sintomáticos (com as manifestações clássicas)
- Recém-nascidos assintomáticos (65 a 70% dos casos) -Se não tratadas, apresentarão as manifestações tardias da doença, muitas vezes irreversíveis.

Manifestações clássicas da Sífilis congénita**Cutâneos:**

- Pênfigo palmo-plantar (lesões bolhosas na região plantar e palmar, com secreções turvas e esverdeadas, que se ulceram deixando parte da derme ao descoberto).
- Sifilides maculopapular: em extremidades e zonas periorificiais, inicialmente apresentam cor avermelhada que se pigmentam a posteriori (manchas cor café com leite).
- Eczema difuso da pele com afetação palmo-plantar.
- Alopecia anterior.
- Fissuras periorificiais (boca, ânus) olhos.
- Ulceração da cicatriz umbilical (cancro).

Mucosos:

- Rinite ou coriza sífilítica.
- Secreção serosanguinolenta
- Ulcerações nasolabiais.

Viscerais:

- Hepatoesplenomegalia.
- Outras visceromegalias (geralmente na forma tardia).

Ósseas (aparecem geralmente na Sífilis congênita tardia):

- Fronte olímpica
- Nariz em sela
- Dentes incisivos medianos superiores deformados (dentes de Hutchinson).
- Mandíbula curta.
- Arco palatino elevado.
- Tíbias em sabre.
- Surdez (lesão do 8º par craniano)
- Dificuldade no aprendizado.

Medidas de prevenção da sífilis congénita**Diagnóstico da sífilis materna:**

- Propor os testes para rastreamento da sífilis a todas as grávidas.
- Recomenda-se realizar o primeiro teste na primeira consulta pré-natal e o segundo no último trimestre.
- Tratamento adequado da mãe e de seu(s) parceiro (s) sexual(ais).
- Recomendar práticas sexuais seguras (uso de preservativos) durante e após o tratamento.

Tendo em conta que a mulher com vida sexual ativa pode infetar-se/reinfetar-se a qualquer momento, e ao engravidar transmitir a doença, para o seu filho, as medidas de prevenção devem abranger outros momentos em que a mulher procura as estruturas de saúde:

- Consulta para o planeamento familiar
- Consulta de ginecologia
- Consulta preconcepcional
- Admissão na maternidade, para curetagem por aborto ou por qualquer outra intercorrência na gravidez.

STREPTOCOCCUS DO GRUPO B (STREPTOCOCCUS AGALACTIAE)

O Streptococcus do Grupo B (EGB ou Streptococcus agalactiae) é um coco Gram-positivo encapsulado que coloniza os tratos gastrointestinal e genital de 15 a 40 por cento das mulheres grávidas.

Embora assintomática a colonização materna é um determinante crítico de infeção em neonatos e crianças com menos de 3 meses de idade, nos quais a EGB é a causa mais comum de infeção bacteriana.

A colonização materna é o principal fator de risco para a transmissão vertical (mãe para filho) que ocorre principalmente quando o EGB passa da vagina para o líquido amniótico após o início do trabalho de parto ou rutura das membranas, mas também pode ocorrer com as membranas intactas e durante a passagem pelo canal do parto.

Embora a colonização precoce na gravidez não seja indicativa de infeção neonatal, a triagem mediante cultura de amostras vaginoretais para EGB nas últimas semanas da gravidez pode indicar aquelas mulheres que estão colonizadas no momento do parto, e que, via de regra, têm mais chances de transmitir a infeção ao recém-nascido.

Aproximadamente 25% dos casos de infeção neonatal por EGB produz-se em recém-nascidos prematuros e a taxa de mortalidade por infeção de início precoce é de 1 a 3% em recém-nascidos a termo e de 20 a 30 % em recém-nascidos prematuros.

Manifestações clinica nos RN:

Bacteriemia
Pneumonia
Meningite
Celulites
Osteomielite

Manifestações clinica nas grávidas:

Infeção urinária
Infeção ovular
Endometrite
Sepsis (rara)

Diagnóstico de EGB

Deverá ser feita a coleta de “swab” entre a 35ª semana e a 37ª semana de gestação, para melhorar a sensibilidade e especificidade da deteção das mulheres que permanecem colonizadas no momento do parto.

Fatores que aumentam o risco de infeção perinatal por EGB

- Febre intraparto ($\geq 38^\circ \text{C}$)
- Idade gestacional < 37 semanas.
- Rutura de membranas ≥ 18 horas.
- Parto anterior de um recém nascido infetado por EGB.
- Bacteriúria por EGB na gravidez atual.

Nestas situações, sugere-se realizar **tratamento antibiótico intraparto** como descrito no quadro abaixo:

Recomendado	
Penicilina G	5 milhões IV (dose inicial), 2,5 milhões IV c/ 4 horas até o parto.
Alternativo	
Ampicilina	2 g IV (dose inicial), 1g IV c/4 horas até o parto.
Alergia à penicilina	
Cefazolina	2 g IV (dose inicial), 1g IV c/8 horas até o parto.
Clindamicina	900 mg IV c/ 8horas até o parto.
Vancomicina	2g IV (dose inicial),1 g IV c/ 12 horas até o parto.

Obs: A colonização por EGB em gestações prévias não deve ser considerada como uma indicação para efetuar tratamento profilático nas próximas gestações.

VIH/SIDA

Prevenção da transmissão vertical do VIH

No contexto da prevenção da transmissão mãe/filho. O rastreio da infeção por VIH deve ser sistematicamente proposto a todas as grávidas na primeira consulta e último trimestre, durante a sessão de aconselhamento pré-teste coletivo e/ou individual.

Diagnóstico da infeção pelo VIH

Os testes são realizados por médicos e enfermeiros deve ser voluntário, com consentimento informado e realização de aconselhamento pré-teste e pós-teste.

Todos os casos devem ter a oportunidade para um aconselhamento pós-teste e aqueles, cuja serologia para o VIH for positiva, devem ser encaminhados para seguimento médico e psicológico.

Nas situações de rastreio da infeção dos contactos, também devem beneficiar de aconselhamento pré e pós-teste.

Locais para realização do teste de rastreio da infeção pelo VIH

Todas as Delegacias de saúde e Hospitais do país (colheita de sangue ou TESTE DUO).

Nos casos em que não haja disponibilidade para realização do teste localmente deve ser estabelecido um circuito para colheita e envio de amostra.

Em caso de opção pela realização do teste em laboratório privado, os procedimentos devem respeitar o previsto nas normas e diretrizes para o aconselhamento para as IST e infeção VIH estabelecidos pelo Ministério da Saúde, incluindo aconselhamentos pré e pós-teste, sendo o médico solicitante o responsável pela sua realização.

Encaminhamento e seguimento do paciente VIH positivo

O resultado é comunicado durante o aconselhamento pós-teste pelo técnico de saúde que fez o pedido e a grávida encaminhada para a consulta médica no centro de Saúde.

Nesta consulta é elaborada a história clínica e feito o estadiamento da infeção VIH para decidir entre o início do tratamento e a profilaxia da transmissão vertical.

Todas as grávidas devem ser encaminhadas às 38 semanas de gestação para hospital de referência.

No momento da alta hospitalar a puérpera deve ser encaminhada para:

- i) centro de saúde (consulta pós-parto e posterior seguimento da infeção VIH)
- ii) consulta de seguimento de crianças no Hospital Central (atendimento pelo pediatra que faz parte do Pólo Regional e posterior encaminhamento ao médico assistente).

Recomendações de TARV na Gestante com infeção por VIH¹

O início ou a alteração do tratamento antirretroviral deve ser feito pelo médico assistente ou ponto focal de VIH/SIDA.

Desde 2013, a OMS recomenda que todas as grávidas com VIH devem iniciar TARV o mais precocemente possível (de preferência entre 14 e 28 semanas) e deve manter esta terapêutica, mesmo após o parto, para o resto da vida ou até haver outra solução melhor. Cabo Verde adotou esta recomendação a partir de 2014.

Na grávida com infeção por VIH preconiza-se a TARV com, no mínimo, três antirretrovirais independentemente dos valores da carga viral e dos CD4, com o objetivo de diminuir o risco de desenvolvimento de resistência, aumentar a adesão e prevenir o aparecimento de novos casos. Estudos indicam que Zidovudina, Lamivudina e Nevirapina apresentam excelente passagem transplacentária.

¹ De acordo com o documento “Política de cuidados integrados às pessoas que vivem com o VIH” e protocolo de TARV atualizado 2019

O Depósito providenciará o fornecimento periódico e regular dos medicamentos às farmácias das D.S. que procederão ao aviamento mediante a requisição do médico assistente.

Notificação dos casos de SIDA

A SIDA é uma doença de notificação obrigatória.

A notificação será feita através da Ficha de Notificação Individual de Casos de SIDA, que deverá ser enviada das estruturas de saúde para a Delegacia de Saúde, a nível local, e da Delegacia de Saúde para o Serviço de Epidemiologia do Ministério da Saúde, a nível central.

A notificação pelas estruturas de saúde à Delegacia de Saúde deverá ser feita caso a caso.

A Delegacia de Saúde, por sua vez, enviará mensalmente ao Serviço de Epidemiologia a nível central, as fichas de notificação individuais, acompanhadas do Formulário de Notificação de Casos VIH.

Gestão de grávidas com seroestatuto desconhecido a nível das maternidades

Deve ser proposto o teste. Se o resultado ao primeiro teste é positivo, mas não houver tempo para fazer o teste de confirmação, deve-se aplicar todas as medidas possíveis para a prevenção da transmissão vertical até à realização do segundo teste, com consentimento informado da grávida.

4. CUIDADOS PÓS-NATAL (PUERPERA E RECÉM NASCIDO)

São cuidados prestados a mãe e ao RN imediatamente após o parto até 45º dia pós-parto.

Os cuidados pós-natal desde o internamento pós-parto até a alta deve ser de forma conjunta, atendendo às necessidades da mãe e do RN promovendo o alojamento conjunto e o aleitamento materno.

Após a alta hospitalar o atendimento pós-natal também deve ser planejado de forma conjunta com o objetivo de racionalizar os recursos humanos, promover os cuidados de saúde de ambos, diminuir as oportunidades perdidas além de reduzir o gasto de tempo e de recursos financeiros para as famílias.

4.1. Atendimento - Consulta pós-parto (puérpera e rn)

Deve ser realizada nos 1ºs 15 dias pós-parto, preferencialmente na primeira semana, permitindo uma avaliação precoce e reconhecimento de sinais de alarme na mãe e no RN apoio no aleitamento materno e orientação sobre cuidados da mãe e do RN.

a. Anamnese

Solicitar o caderno AISM/AISSRMA e nota de alta, caso necessário (ver informações sobre o pré-natal e o parto).

b. Exame físico geral (puérpera)

- Estado geral
- Peso, Temperatura.
- Pele, mucosas, face
- Exame da Tireoide
- Exame de mama (avaliar mamilos, presença de secreção láctea, sinais de ingurgitação etc.)
- Aparelho Respiratório (FR)
- Aparelho Cardiovascular (TA, FC)
- Abdómem (Involução uterina, cicatriz de cesariana)
- Membros superiores e inferiores (edema, varizes)
- Sistema neurológico/Avaliação psicológica (atenção à depressão pós-parto e psicose puerperal)

c. Exame ginecológico

Avaliar:

- Vulva (Presença de edema vulvar)
- Aspeto das Episiorragias/rafia de lacerações (caso houver)
- Características dos lóquios
- Exame especular (se necessário)

d. Exame físico geral (RN)

- Estado geral
- Peso, Temperatura
- Pele, (atenção a cor amarelada)
- Aparelho Respiratório (FR-30 a 60 respirações/minuto)
- Aparelho Cardiovascular (FC-120 a 160 batimentos/minuto)
- Abdómen
- Membros Inferiores (displasia, assimetria dos membros, Manobras de Barlow e Ortolani)

e. **Aconselhamento e cuidados preventivos**

Puérpera

Orientações sobre:

- Higiene pessoal incluindo higiene perineal ou cuidados com a cicatriz da cesariana
- Alimentação saudável e equilibrada
- Ingestão de líquidos
- Deambulação
- Funcionamento do trânsito urinário e digestivo.
- Características e evolução normal dos lóquios.
- Reinício das relações sexuais.
- Retorno da menstruação
- Uso de métodos contraceptivos
- Suplementação de ferro até pelo menos 6 a 12 semanas após o parto

Verificação e atualização do estado vacinal (Td)

Recém-nascido

Orientações sobre:

- Higiene do RN, cuidados com o coto umbilical.
- Aleitamento materno exclusivo.
- Trânsito urinário e intestinal (verificar a frequência da urina e a eliminação de mecónio).
- Sucção (verificar se a pega é adequada).
- Vacinação de acordo com o calendário vacinal.

5. CUIDADOS ABORTO/PÓS ABORTO

Conceitos

Aborto: É a interrupção da gravidez antes das 22 semanas de gestação e ou quando o produto da concepção tem um peso igual ou inferior a 500 gramas.

Aborto espontâneo: Interrupção da gestação sem nenhuma intervenção externa, ou seja, ocorre de forma natural.

Aborto provocado: Interrupção da gravidez causada por uma intervenção externa e intencional.

Aborto inseguro: Interrupção da gravidez por pessoal não habilitado e ou em ambiente não apropriado.

Aborto diferido ou retido: Ocorre a morte do produto conceptivo sem a sua expulsão. Depois de 24 horas, começam as modificações estruturais do embrião e do saco gestacional (lise, deformação, achatamento do embrião e do saco e em etapas mais avançadas pode ser produzida a maceração ou mumificação).

5.1. Diagnóstico clínico

a. **Anamnese**

DUM: (atraso menstrual ou gravidez confirmada anteriormente)

Queixas: Dor abdominal tipo cólica, metrorragias, e eventualmente expulsão de restos ovulares.

b. **Exame físico geral**

- Estado geral
- Temperatura.
- Pele, mucosas,
- Aparelho Respiratório (FR)
- Aparelho Cardiovascular (TA, FC)
- Abdómen (palpação, determinar altura uterina dependendo da IG)

c. **Exame ginecológico**

- **Exame especular** (avaliar sangramento vaginal, colo uterino)
- **Toque bimanual** (avaliar colo uterino-consistência, permeabilidade; útero-tamanho, consistência)

d. **Exames complementares**

O diagnóstico de aborto é predominantemente clínico. A realização de exames complementares não constitui um impedimento para iniciar a terapêutica e somente se reserva quando disponível ou para situações com elevada complexidade diagnóstica.

- Ecografia pélvica
- Beta-HCG quantitativo
- Hemograma

e. **Conduta - Varia de acordo a etapa evolutiva do aborto/tipo de aborto (ver quadro)**

Etapas evolutivas do aborto

O aborto pode passar por diferentes etapas evolutivas, pode começar como uma ameaça de aborto e cessar espontaneamente ou com tratamento, ou pode evoluir até o aborto consumado.

ETAPAS	Ameaça de aborto	Aborto Iminente, Inevitável ou em curso	Aborto Consumado	
			Incompleto	Completo
DIAGNÓSTICO				
Sangramento Genital (metrorragias)	Escasso	Abundante, e contínuo. Pode cursar com perda de líquido amniótico em forma de hidrorrêia clara ou misturada com a emissão de sangue e/ou de componentes ovulares.	Persiste	Diminuem Escasso
Contrações uterinas dolorosas	Presentes	Presente com maior frequência e intensidade	Presentes	Ausentes
Modificações cervicais	Canal cervical fechado	Canal cervical começa a dilatar/ Colo uterino permeável	Canal cervical dilatado.	Canal cervical geralmente fechado, ou pouco permeável
Desprendimento e expulsão	Ausente	Protusão parcial do produto da concepção.	Restos ovulares no útero e ou na vagina/ retenção de placenta.	Expulsão total do produto da concepção e anexos
Ecografia	Hemorragia decidual, coágulo subcorial. Embrião vivo Intrauterino.	Expulsão em andamento	Restos endocavitários e vaginais	Útero Involuído e vazio

CONDUTA ABORTO SEM COMPLICAÇÕES

	Ameaça de Aborto	Aborto iminente	Aborto incompleto	Aborto Completo
		Sangramento leve a moderada sem repercussão hemodinâmica		
Conduta	-Repouso físico, psíquico e sexual até desaparecimento dos sintomas. -Avaliar uso de tocolíticos (ex:Nifedipina)	-Analgésico -Aguardar a expulsão espontânea. - Se restos: Curetagem uterina/AMIU.	Se não houver sinais de infecção: -Analgésicos -Curetagem uterina/AMIU	Geralmente não requer tratamento específico. Orientações gerais/ aconselhamento

Complicações mais frequentes

- Hemorragia-Pode ser devido a uma atonia uterina, retenção de restos ovulares ou a lesões (perfurações) durante o processo de evacuação uterina.
- Infecção- Geralmente caracteriza-se por febre, calafrios, dor abdominal ou pélvica ou à mobilização do útero, hemorragia genital e ou fluxo fétido, elevação da contagem leucocitária.

O útero está aumentado, mole e doloroso à compressão. Nestes casos é indicado começar o tratamento antibiótico intenso e de amplo espectro horas antes de proceder à curetagem dos restos ovulares.

Dependendo da gravidade do quadro deve-se avaliar em qual nível de complexidade o mesmo deverá ser realizado.

- Perfuração uterina, é uma complicação relativamente frequente nos processos de evacuação uterina, especialmente quando a mesma é feita mediante curetagem.

O espectro de manifestações vai desde a perfuração assintomática, que só requerá ocitócicos como tratamento, até a claramente visível síndrome de irritação peritoneal e ou choque hipovolêmico.

f. Aconselhamento e cuidados preventivos pós-aborto

- Orientações sobre os sinais de complicações, (febre, palidez cutaneomucosa, quantidade e odor das perdas vaginais, persistência de dor, transtornos do trânsito digestivo).
- Reinício da atividade sexual.
- Reavaliação entre 7 e 10 dias pós-aborto.

Nos abortos provocados**Orientar:**

- Uso de métodos contraceptivos.
- Não utilização do aborto como método contraceptivo.
- Prevenção das IST.

ABORDAGEM DA SEPSE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA (DURANTE A GRAVIDEZ, NO PÓSPARTO E PÓSABORTO)**Conceitos-Nova nomenclatura**

Infeção sem disfunção: Infeção suspeita ou confirmada, sem disfunção orgânica, de forma independente da presença de sinais de SRIS.

Sepse: Infeção suspeita ou confirmada associada a disfunção orgânica, de forma independente da presença de sinais de SRIS.

Choque séptico: Sepsis que evoluiu com hipotensão não corrigida com reposição volêmica (PAM \leq 65 mmHg), de forma independente de alterações de lactato.

Principais causas:

Infeções pré-natais - As infeções graves mais comuns que ocorrem antes do parto são:

- Aborto séptico
- Corioamnionite
- Pielonefrite complicada
- Pneumonia.

Infeções pós-natais

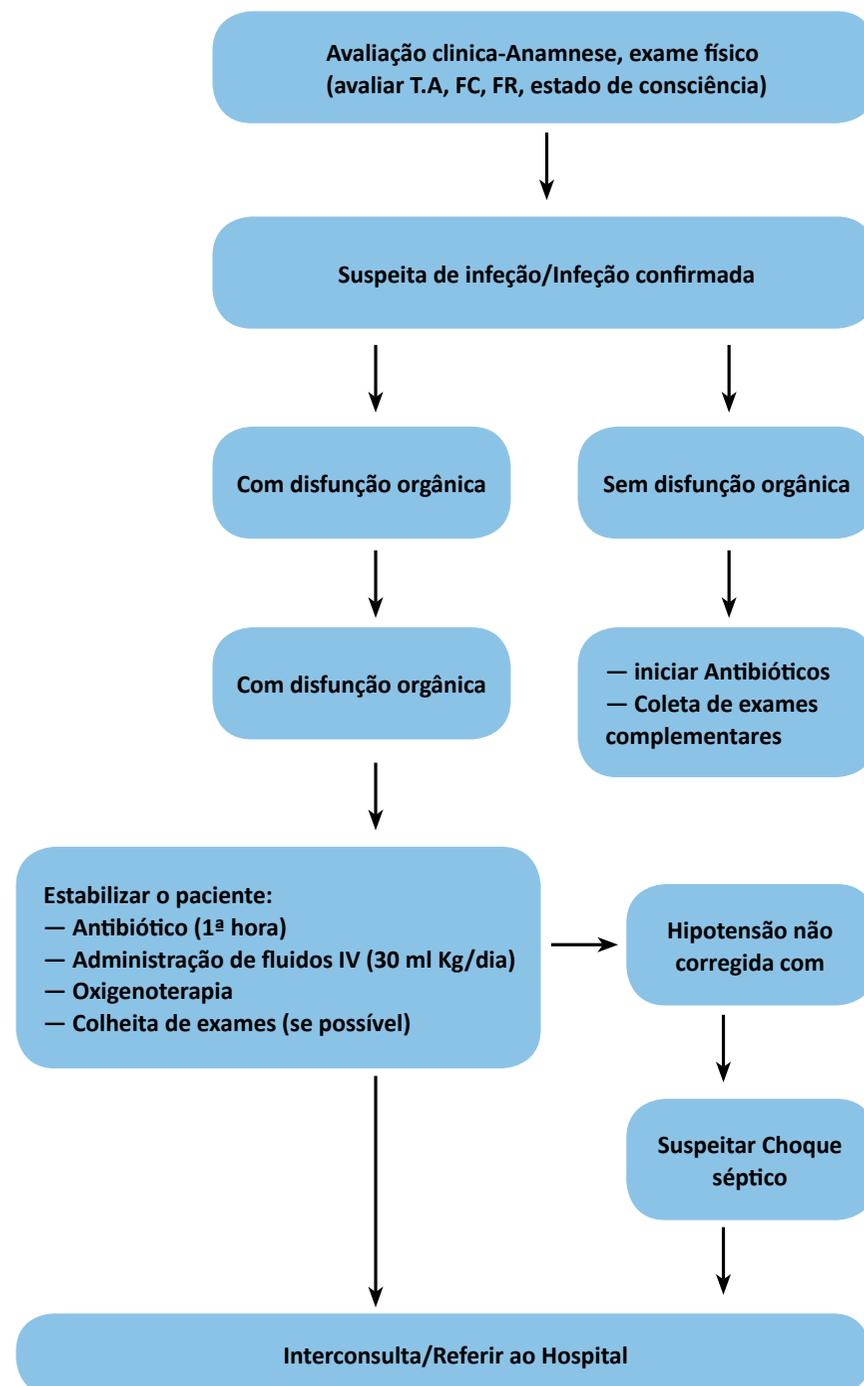
- Endometrite (mais comum)
- Infeções de feridas,
- Fasceíte necrosante
- Abscesso pélvico
- Tromboflebite pélvica séptica,
- Sacroilíte piogênica

Principais fatores de risco no pré e pós-natal.

Pré-Natal	Intraparto	Pós-parto	Aborto
Anemia	Parto distócico (instrumentais e cesarianas)	Hemorragia	Aborto inseguro (uso de material/ambiente não apropriado)
Nutrição deficiente (baixo peso/obesidade)	Trabalho de parto prolongado/ Toques vaginais sucessivos	Retenção de restos placentários	Aborto retido
Diabetes	Rotura prematura membrana		Aborto incompleto.
Gravidez não vigiada	Extração manual da placenta		
Doença autoimune	Ausência de técnica asséptica		
	Episiotomia ou Laceração		

Pilares fundamentais no manejo na atenção primária

- Prevenção dos fatores de risco
- Identificação precoce (suspeitar)
- Início imediato do tratamento

Manejo na atenção primária (centros de saúde)**Critérios de avaliação de disfunção orgânica**

Disfunção orgânica: Presença de 1 dos sinais abaixo
Hipotensão <90 mmhg
Sonolência, Confusão, Agitação ou coma.
SatO ₂ <90%, necessidade de O ₂ ou dispneia
Diurese < 0,5ml/kg/hora
Exames laboratoriais:(caso disponíveis)Creatinina > 2 mg/Dl Lactato > 2.0 mmol/L Plaquetas < 100.000 /

Critérios de avaliação para infecção SIRS.

Critérios do SIRS: No mínimo dois dos sinais abaixo:
Temperatura > 38,3° C ou < 36° C
Frequência cardíaca > 90 bpm.
Frequência respiratória > 20 rpm, ou PaCO ₂ < 32 mmHg.
Leucócitos totais > 12.000/mm ³ ; ou < 4.000/mm ³ ou presença de bastonetes > 10%

- A síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS) não faz mais parte dos critérios para diagnóstico de sepse, mas continua tendo valor como instrumento de triagem para a identificação de pacientes com infecção e com potencial risco de sepse/ choque séptico.
- Grande parte das sépsis diagnosticadas evoluem para choque séptico e a taxa de mortalidade varia entre 40 a 95% dependendo da demora na identificação e atuação, sendo assim torna-se necessário e fundamental a organização dos serviços para o diagnóstico precoce e conduta adequada.
- Os objetivos preconizados devem ser atingidos nas primeiras 6 horas após a apresentação do quadro, o que implica que os doentes nos centros de saúde após as medidas iniciais (colheita de exames microbiológicos, se possível, primeira administração de antibiótico e início de fluidos), sejam rapidamente transferidos para os Hospitais de referência.

6. PLANEAMENTO FAMILIAR- CONTRACEÇÃO**Conceito**

Conjunto de ações que auxiliam homens e mulheres a planejar a chegada dos filhos prevenindo uma gravidez não desejada. Permite decidir quando ter filhos e quantos filhos ter.

6.1. Consulta de Planeamento Familiar

é uma avaliação clínica da mulher recomendável antes de iniciar qualquer anti-conceção (1ª avaliação) e que deve ser realizada em cada visita da mulher para anticonceção.

A consulta de Planeamento familiar é uma oportunidade para rastreio de cancro ginecológicos, prevenção de IST e promoção de estilo de vida saudável e não apenas distribuição de contraceptivos

a. Anamnese

Antecedentes Pessoais (Riscos biomédicos e comportamentais)

- Doenças crónicas (HTA, Doença cardíaca, Doença renal D. Mellitus etc.)
- Epilepsia
- Doença psíquica
- Outras Doenças
- História obstétrica (GPA, tipo de partos, nados vivos/mortos, filhos vivos)
- Numero de parceiro sexual (avaliação de risco de IST)
- Antecedentes de Massa pélvica
- Cirurgia dos órgãos genitourinários
- Uso de medicação continua
- Uso de métodos contraceptivos
- Hábitos tóxicos

Antecedentes familiares

- Doenças hereditárias
- Doenças autoimunes.
- Doenças crónicas (Diabetes, HTA etc.)

b. Exame físico geral

- Estado geral
- Peso/Altura (calculado IMC)
- Pele, mucosas, face
- Exame de mama
- Aparelho Respiratório (FR)
- Aparelho Cardiovascular (TA, FC)
- Abdómen
- Membros superiores e inferiores (edema, varizes)
- Sistema neurológico.

c. Exame ginecológico

- Inspeção: vulva períneo, região perianal (disposição dos pelos, trofismo, presença de lesões, tumorações, ulcerações)
- Exame especular (conteúdo vaginal, aspeto do colo uterino)
- Toque bimanual avaliar vagina, colo uterino, útero (posição, mobilidade, tamanho, consistência, superfície) e anexos.

d. Exames complementares

Hemoglobina
Exames de rotina
Teste para DST/VIH
Citologia Oncótica.

e. Aconselhamento

- Apresentação dos métodos contraceptivos disponíveis.
- Descrição das principais vantagens, desvantagens, reações adversas e retorno da fertilidade após suspensão do método.
- Explicação sobre a forma de utilização.
- Durante a 1ª visita marcar as visitas seguintes conforme a necessidade.
- Durante as visitas seguintes, certificar o uso correto do método e a satisfação da utente.

6.2. Os métodos contraceptivos

6.2.1. Os contraceptivos orais combinados (estrogénos e progestagénos)

composição- Levonogestrel 0.15 mg + Etinilestradiol 0.03mg

Forma de utilização

Iniciar o 1º comprimido no primeiro dia (de preferência) até o 5º dia da menstruação.

Tomar 1 comprimido todos os dias, à mesma hora, seguindo o sentido das setas ou dos dias, Tomar o comprimido mesmo na ausência do marido ou de relações sexuais.

Para as carteiras de 21 comprimidos

- Tomar 1 comprimido por dia, durante 21 dias;
- Parar (repousar) durante 7 dias;
- Iniciar uma nova carteira no 8º dia.

Para as carteiras de 28 comprimidos (21 brancos + 7 castanhos)

- Tomar 1 comprimido por dia, todos os dias.
- Iniciar uma nova carteira no final da carteira anterior.

Em caso de esquecimento:**1- Esquecimento de 1 comprimido ativo:**

- Tomar o comprimido esquecido logo que se lembrar
- Tomar o comprimido seguinte na hora habitual.

2- Esquecimento de 2 ou mais comprimidos ativos:

- Retomar os comprimidos logo que se lembrar, 1 comprimido ativo (comprimido branco) por dia durante, pelo menos, 7 dias consecutivos e associar um método de barreira.

3- Se há menos de 7 comprimidos ativos:

- Iniciar uma nova carteira sempre associada a um método de barreira durante os 7 primeiros dias

Informar a utente que deverá menstruar no fim da nova carteira.

6.2.2. Os contraceptivos orais progestativos (cop)**Composição- Levonogestrel 0.03mg****Forma de utilização**

- Tomar uma pílula todos os dias, à mesma hora, no sentido da seta até o fim da carteira;
- Tomar a pílula mesmo na ausência do parceiro ou de relações sexuais;
- Começar uma nova carteira no dia seguinte ao término da carteira anterior.

Em caso de esquecimento:**1- Esquecimento de 1 comprimido:**

- Tomar o comprimido esquecido logo que se lembrar
- Tomar o comprimido seguinte na hora habitual.
- Associar um método de barreira durante uma semana e continuar a toma normalmente;

2- Esquecimento de 2 ou mais comprimidos:

- o Tomar 2 comprimidos logo que se lembrar
- o Tomar o comprimido seguinte na hora habitual,
- o Associar um método de barreira durante uma semana e continuar a toma normalmente.

6.2.3. Os contraceptivos injetáveis

Composição - Medroxyprogesterone 150 mg/ml

Forma de utilização

- A primeira injeção deve ser aplicada nos primeiros 5 dias do ciclo menstrual;
- Periodicidade trimestral
- Via IM profunda, (não massagear a zona após a injeção)

Casos particulares	Quando aplicar a injeção	Precauções
Mulheres com ciclos menstruais regulares ou	Nos primeiros 5 dias do ciclo menstrual.	Não requer medidas contraceptivas complementares
Mulheres amamentando há mais de 6 meses com ciclos menstruais regulares	A partir do 6to dia aplicar a injeção após assegurar-se que não esta grávida .	Abstinência ou usar preservativo nos 7 dias seguintes à injeção.
Mulheres em amenorreia ou	A qualquer momento desde que haja segurança de não estar grávida	Abstinência ou usar preservativo nos 7 dias seguintes à injeção.
Mulheres amamentando há menos de 6 meses		
Mulheres em período pós-aborto:	Aplicar a injeção nos primeiros 7 dias.	Abstinência ou usar preservativo nos 7 dias seguintes à injeção
Mulher comparece até 7 dias após a data marcada para a visita:	Aplicar a injeção e fazer aconselhamento.	Abstinência ou usar preservativo nos 7 dias seguintes à injeção
Mulher comparece mais de 7 dias após à data marcada para a visita	Realizar teste de gravidez (BHCG) antes de aplicar a injeção; • Fazer aconselhamento.	Abstinência ou usar preservativo nos 7 dias seguintes à injeção.

6.2.4. Implantes

Composição- Levonogestrel 15mg x 2

Forma de utilização

- Colocar o Implante:
- Nos primeiros 5 dias da menstruação.
- 45 dias pós-parto, na ausência comprovada da gravidez.
- Primeiros 7 dias após o aborto.

Técnica de inserção/extração

Preparativos para a inserção

- Certificar que a utente lavou cuidadosamente o braço com água e sabão;
- Colocar o braço da inserção na posição correta;
- Marcar o local onde será feita a inserção
- Fazer a desinfeção do local da inserção
- Colocar um campo esterilizado sobre o braço

Técnica de inserção

- Injetar um anestésico local subcutâneo até formar “casca de laranja”;
- Avançar a agulha de 4 cm aproximadamente e injetar 1 ml de anestésico local em cada um dos sulcos subcutâneos (verificar se há efeito anestésico).
- Inserir diretamente o trocart sob a pele, sempre controlando a pele, avançar o trocart e o mandril até a marca (1) próxima da guarda do trocart;
- Retirar o mandril e carregar a cápsula no trocart (com as mãos enluvadas ou pinças);
- Reinsere o mandril e avançá-lo até se sentir uma resistência;
- Manter o mandril firmemente no lugar com uma mão e retirar o trocart da incisão até que chegue ao cabo do mandril;
- Retirar o trocart e o mandril juntos até que a marca (2) próxima da extremidade do trocart apareça na incisão (não retirar o trocart da pele);
- Mantendo a cápsula já colocada com o dedo, guiar a inserção do trocart e do mandril até a marca (1);
- Retirar o trocart só depois de ter inserido a último bastonete;
- Apalpar as cápsulas para certificar que foram inseridas em forma de leque;
- Apalpar a incisão para certificar que todas as cápsulas estão afastadas da incisão.
- Envolver o braço com um penso;
- Observar a utente durante, pelo menos, cinco minutos antes de se despedir.
- Informar a utente sobre a necessidade de cuidar da ferida, marcar a data da próxima visita,
- Caso tiver alguma alteração, retornar ao centro de saúde.

Preparativos para a extração

- Certificar que a utente lavou cuidadosamente o braço com água e sabão;
- Colocar o braço da inserção na posição correta;
- Marcar o local onde será feita a extração;
- Fazer a desinfeção do local da extração;
- Colocar um campo esterilizado sobre o braço;

Técnica de extração

- Fazer a desinfeção do local;
- Colocar um campo estéril sobre o braço;

- Injetar uma pequena quantidade de anestésico local (1 % sem adrenalina) sob a pele, no local da incisão, de forma a infiltrar ligeiramente a pele;
- Colocar a agulha a cerca de 1 cm sob as extremidades das cápsulas, o mais próximo possível do local da incisão original;
- Testar o sítio de incisão com a ponta da agulha para certificar que já se produziu efeito anestésico (se a utente acusar dor, aguardar 2 a 3 minutos e testar, de novo, o sítio de incisão).
- Fazer uma pequena incisão (4 mm) com o bisturi a cerca de 5 mm sob as extremidades das cápsulas mais próximas do sítio de incisão original;
- Localizar o bastonete mais fácil de ser retirado e empurrá-lo suavemente em direção à incisão até que a extremidade esteja visível (se possível);
- Agarrar a extremidade do bastonete com a pinça curva (mosquito) e puxá-la suavemente através da incisão;
- Retirar lenta e suavemente o bastonete;
- Retirar os bastonetes restantes utilizando a mesma técnica.
- Envolver o braço com um penso;
- Observar a utente durante, pelo menos, cinco minutos antes de se despedir.
- Informar a utente sobre a necessidade de cuidar da ferida, marcar a data da próxima visita,
- Caso tiver alguma alteração, retornar ao centro de saúde.

N.B: Informar o casal que deve usar preservativo, no primeiro mês após a inserção.

Proceder à remoção do Implante após 3 a 5 anos de utilização (dependendo da marca), se a utente desejar, ou em caso de indicação médica;

6.2.5. O dispositivo Intrauterino (DIU)

Forma de utilização

- Deve ser colocado DIU nos primeiros 5 dias da menstruação, ou na ausência comprovada da gravidez, até 45 dias pós-parto, ou nos primeiros 7 dias após o aborto;
- Em caso de múltiplos parceiros, deve usar preservativo durante as relações sexuais;
- Proceder à remoção do Implante após 10 anos de utilização, se a utente desejar ou em caso de indicação médica;

Técnica para inserção/extração do DIU

Preparativos para inserção

- Colocar a mulher em posição ginecológica,
- Desinfetar a vulva,
- Colocar o espéculo;
- Desinfetar a vagina e colo do útero;

- Abrir parcialmente o pacote;
- Colocar o mandril branco (pistão) no interior da cânula de inserção;

Técnica de inserção

- Pinçar o colo do útero;
- Passar cuidadosamente o histerómetro uma única vez pelo orifício do colo sem tocar as paredes vaginais nem o espécuro;
- Determinar a profundidade da cavidade uterina e a posição do útero e retirar o histerómetro;
- Colocar o cursor na profundidade medida com o DIU ainda na sua embalagem esterilizada e abrir de seguida completamente a embalagem;
- Retirar a cânula de inserção carregada: ter atenção para não tocar qualquer superfície não esterilizada; não empurrar o mandril branco em direção ao DIU;
- Introduzir suavemente a cânula de inserção carregada através do colo mantendo o cursor azul até tocar o colo ou até se sentir uma resistência;
- Manter imobilizada com uma mão a pinça de colo e o mandril branco;
- Libertar os braços do DIU TCU 380A utilizando a técnica da retirada (puxar a cânula de inserção para fora até que toque a marca para o polegar do mandril branco);
- Retirar o mandril branco e empurrar suavemente (para cima) a cânula de inserção até se sentir uma resistência;
- Retirar parcialmente a cânula de inserção e cortar os fios do DIU deixando 3 ou 4 cm;
- Retirar completamente a cânula de inserção;
- Retirar a pinça de colo;
- Examinar o colo e, em caso de sangramento, colocar algodão (ou gaze) no local do sangramento, onde a pinça de colo tiver ferido, durante 30 a 60 segundos;
- Retirar o espécuro.
- Evitar relação sexual nos primeiros 7 dias;
- Marcar a data da próxima visita,
- Caso tiver alguma alteração, retornar ao centro de saúde.

Técnica de extração

Preparativos para extração

- Colocar a mulher em posição ginecológica,
- Desinfetar a vulva,
- Fazer um exame bimanual;
- Colocar o espécuro;
- Desinfetar a vagina e colo do útero;
- Agarrar os fios junto ao colo com uma pinça;
- Puxar suavemente, mas com firmeza os fios para retirar o DIU;
- Mostrar o DIU à utente;
- Retirar o espécuro.

6.2.6. A contraceção Cirúrgica Voluntária (CCV)

Laqueação das trompas

- Consiste na ligadura/secção das trompas por laparotomia ou laparoscopia.

Orientar a utente a:

- Repouso de uma semana após a intervenção;
- Evitar relações sexuais desprotegidas até a próxima menstruação, caso a operação tenha sido realizada no meio do ciclo;
- Procurar a estrutura de saúde em caso de dor abdominal, sangramento, febre superior 38°C ou qualquer outra manifestação.
- Consulta de controle 7 dias após a intervenção.

Vasectomia

- Consiste na ligadura do canal deferente dos 2 lados, é feita sob anestesia local, tem uma duração média de 10 a 15 minutos;

Orientações:

- Repouso de 2-4 dias;
- Aguardar um período de 3 meses (ou 25 ejaculações) antes que o método seja efetivo e, por isso, há necessidade de um método suplementar durante esse período;
- Realizar espermograma de controle 3 meses após a intervenção;
- Procurar a estrutura de saúde em caso de dores, febre, sangramento ou qualquer outra manifestação.

6.2.7. Preservativos

Preservativo Masculino

Técnica de colocação e remoção:

- Demonstrar como colocar o preservativo com a ajuda de um modelo anatómico;
- Na abertura da embalagem deverá ter o cuidado para não rasgar o preservativo. Não deve utilizar dentes, tesouras ou outros objetos cortantes para abrir a embalagem.
- Não deverá desenrolar o preservativo antes de colocá-lo no pénis em ereção;
- Respeitar o espaço previsto para recolher o esperma, apertando esse espaço entre o polegar e o indicador por forma a retirar todo o ar;
- Colocar o preservativo com o pénis em ereção antes de qualquer contacto sexual e antes que o pénis penetre na vagina pois o esperma começa a sair antes da ejaculação
- Retirar após a ejaculação com o pénis ereto.

- Deslizar o preservativo para fora do pénis sem deixar cair o esperma, fazer um nó no preservativo e envolvê-lo num papel (se disponível)
- Deitar fora num local seguro longe do alcance de crianças e animais.

Preservativo Feminino

Técnica de colocação e remoção:

- Demonstrar como utilizar o preservativo com a ajuda de um modelo anatómico;
- Na abertura da embalagem deverá ter o cuidado para não rasgar o preservativo.
- Não deve utilizar dentes, tesouras ou outros objetos cortantes para abrir a embalagem.
- Para Inserir Encontre uma posição confortável. Pode-se ficar de pé, com um dos pés sobre uma cadeira, deitar-se com as pernas afastadas ou agachar com os joelhos afastados.
- Certifique-se de que o anel interno do preservativo se encontra na extremidade fechada
- Segure o preservativo com o lado aberto direcionado para baixo. Segurando a parte externa do preservativo, pressione o anel interno com o polegar e com o dedo médio.
- Coloque o dedo indicador entre o polegar e o médio e continue pressionando o anel interno.
- Ainda segurando o preservativo com os três dedos de uma das mãos, com a outra mão separe os lábios vaginais e insira o preservativo.
- Caso o preservativo escorregue na hora de inseri-lo, solte-o e comece nova
- Depois da relação, para retirar o preservativo, pressione e torça o anel externo para que o esperma fique dentro da bolsa, fazer um nó no preservativo e envolvê-lo num papel (se disponível)
- Deitar fora num local seguro longe do alcance de crianças e animais.

Orientações ao utente:

- Verificar a data de validade na embalagem do preservativo.
- Cada preservativo só deve ser utilizado uma única vez;
- Não deve ser guardado em local quente e húmido (porta-moedas, por exemplo), pois isso pode deteriorar o látex de que é feito e poderá rasgar-se durante as relações sexuais;
- Não deve ser utilizado se a embalagem estiver rasgada ou parecer danificada ou escamada;
- Substituir o preservativo em caso de rotura ou deslocação durante a relação sexual.
- Ter uma reserva de preservativos sempre disponível.
- Nunca utilizar simultaneamente os dois tipos de preservativos (masculino e feminino)

6.2.8. Outros Métodos

Existem outros métodos, os naturais, porém, não são recomendados devido à alta taxa de falha.

- método do calendário;
- método da temperatura;
- método do muco cervical;
- método da abstinência (sexual) periódica;
- método coito interrompido;
- método de MAMA

6.2.9. A Contraceção de Emergência

Indicações

- Violação;
- Adolescentes;
- Rutura de preservativos;
- Capas cervicais ou diafragma deslocados;
- Expulsão do DIU;
- Insucesso no coito interrompido;
- Esquecimento da pílula;
- Relação sexual imprevista.

Forma de utilização

- Tomar 1 comprimido de Levonogestrel de 1,5 mg, nas primeiras 72 horas após a relação desprotegida.
- Repetir a dose 4 horas depois.

NB: Quanto mais cedo iniciar a contraceção de emergência, maior a eficácia. Não se aconselha o seu uso de forma regular.

Orientações ao utente:

- Procurar a estrutura de saúde em caso de ausência de menstruação no próximo ciclo.

7. ABORDAGEM CLÍNICA DAS IST/VIH–SIDA E OUTRAS INFEÇÕES PREVALENTES DO TRATO GENITAL

Abordagem da paciente deverá incluir:

1. Diagnóstico sindrômico com anamnese e exame físico minucioso (buscar outras IST coexistentes)
2. Início imediato do tratamento.
3. Aconselhamento para:
 - Realização de testes para o VIH (anti-VIH), sífilis (VDRL) Hepatite B e outras IST.
 - Promoção do uso de preservativos.
 - Adesão ao tratamento.
 - Diagnóstico e tratamento do(s) parceiro (s) sexual(is).

Diagnóstico clínico

A anamnese e o exame físico constituem os principais elementos diagnósticos das IST, mesmo quando disponíveis os exames de laboratório.

Falar sobre IST implica lidar com aspetos íntimos da vida do paciente abrangendo questões sobre sexualidade, fidelidade, prazer, violência entre outros.

Uma anamnese consistente e precisa implica o estabelecimento de uma relação de confiança entre o profissional de saúde e o paciente em atendimento, pelo que se deve evitar atitudes de preconceito, juízos de valor e imposição de condutas.

Durante o exame físico as IST não devem ser procuradas por sinais isolados, mas sim por um conjunto de informações e de dados clínicos que possam sugerir o diagnóstico.

A abordagem sindrômica permite o diagnóstico e tratamento das principais síndromes.

a. Anamnese

- Antecedentes pessoais (IST, DIP, outras patologias)
- Hábitos tóxicos
- Histórico sexual e reprodutivo (início relações sexuais, nº de parceiros)
- Histórico ginecológico/Obstétrico (mulher)
- Antecedentes Familiares

b. Exame físico geral

- Estado geral

- Pele, couro cabeludo (procurar lesões)
- Mucosas, orofaringe,
- Aparelho Respiratório (FR)
- Aparelho Cardiovascular (TA, FC)
- Sistema linfático (Palpar os gânglios de todos os segmentos corporais)
- Abdómen
- Membros superiores e inferiores (observar palma das mãos e planta dos pés)
- Sistema neurológico/avaliação psicológica.

c. Exame genital feminino

- Inspeção: vulva períneo, região perianal (disposição dos pelos, trofismo, presença de lesões, tumorações, ulcerações)
- Exame especular -conteúdo vaginal, aspeto da parede vaginal e do colo uterino.

Toque bimanual-avaliar vagina, mobilização do colo uterino (busca de sinal sugestivo de DIP). útero (posição, mobilidade, tamanho, consistência, superfície) e anexos

- Toque retal

Exame genital masculino:

Inspeção/palpação-órgãos genitais externos, região inguinal, perineal e perianal. Observar e palpar cadeias ganglionares e quaisquer outras tumorações, ulcerações, fístulas, fissuras.

Avaliar possíveis desvios do eixo peniano, aberturas anômalas da uretra, assimetria testicular, processo inflamatório da bolsa escrotal.

Toque retal

d. Exames complementares

- Serologias para VIH, VDRL, Ag. HBs e outras IST se necessário.
- Exsudado vaginal/uretral
- Urina II

Diagnóstico sindrómico

SINTOMAS	POSSIVEL CAUSA
Corrimento vaginal amarelado e cervicit	Vaginose bacteriana, Tricomoníase, Clamídia, Gonorreia
Corrimento vaginal esbranquiçado com grumos, eritema vulvar, prurido genital	Candidíase
Ardor ou dor ao urinar	Clamídia, gonorreia, Herpes
Dor Baixo ventre ou durante relação sexual	DIP
Úlcera genital sem vesículas	Sífilis, cancro mole
Úlcera genital com vesículas	Herpes
Verrugas genitais	Condilomatose (HPV)
Descarga pênis-pus, gotejamento claro ou verde amarelado-corrimento uretral	Clamídia, gonorreia

Conduta:

Tratamento conforme causa (diagnóstico sindrómico)

Promoção de uso de preservativo

Pilares do tratamento de IST

1. Interromper a cadeia de transmissão da forma mais efetiva e imediata possível.
2. Evitar as complicações assim como a transmissão do VIH.
3. A regressão imediata dos sintomas.

HPV

Os papilomavírus são vírus de DNA de fita dupla da família Papillomaviridae, altamente específicos de cada espécie; O papilomavírus humano (HPV) infecta apenas humanos, é um patógeno sexualmente transmissível que causa doença anogenital e orofaríngea. Existem mais de 200 tipos de HPV.

A infeção pelo vírus do papiloma humano (HPV) são comumente assintomáticas e de curta duração, porém a infeção viral persistente com genótipos de HPV de alto risco é a principal causa do cancro do colo do útero:

- Aprox.70% são causados pelos genótipos de alto risco 16 e 18.
- 20% são causados pelos tipos 31, 33, 45, 52 e 58.

Os genótipos 16 e 18 do HPV também causam quase 90% dos cancros anais e uma proporção significativa de cancro orofaríngeo, cancro vulvar e vaginal e cancro peniano.

Os genótipos 6 e 11, de baixo risco, não causam cancro do colo útero, mas são a causa de aproximadamente 90% das verrugas anogenitais ou condilomas.

A prevalência máxima de infeção ocorre normalmente na primeira década após o início da vida sexual, porém a infeção pode ocorrer logo após o início da vida sexual, mesmo sem penetração pois o vírus pode ser transmitido pelo contato pele a pele das áreas genitais.

Fatores de risco de infeção por HPV

- Início precoce da relação sexual.
- Ter vários parceiros sexuais ou ter parceiros com vários parceiros.
- Troca frequente de parceiros.

Cofatores (condições que podem levar a infeção por HPV a persistir e progredir para cancro)

- Tipo de HPV
- Estado imunológico (pessoas imunocomprometidas)
- Coinfecção com outras IST (VIH, herpes simples, clamídia e gonorreia...)
- Paridade
- Gravidez/parto precoce.
- Tabagismo.

Prevenção**Vacinação**

Foram desenvolvidas três vacinas diferentes destinadas a prevenir a infeção inicial pelo HPV e subsequentes lesões associadas ao HPV:

Bivalente (Cervarix)

Previne contra as lesões genitais pré-cancerosas e o cancro do colo do útero, pelos genótipos 16 e 18 do HPV.

Tetavalente (Gardasil)

Previne contra as verrugas genitais externas (condilomas) pelos genótipos 6 e 11 do HPV e as lesões genitais pré-cancerosas e cancro do colo do útero, pelos genótipos 16 e 18 do HPV.

Nonavalente (Gardasil 9)

Previne contra as verrugas anogenitais (condilomas) pelos genótipos 6 e 11 do HPV e as lesões genitais pré-cancerosas e cancro do colo do útero, pelos genótipos 16, 18, 31, 33, 45, 52 e 58 do HPV

Indicações e faixa etária

A probabilidade de exposição prévia aos tipos de HPV aumenta com a idade e, portanto, o benefício populacional e a relação custo-benefício da vacinação contra o HPV são menores entre os pacientes com mais idade.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que o alvo principal dos programas de vacinação contra o HPV sejam meninas de 9 a 14 anos.

Para adolescentes e adultos com 13 a 26 anos de idade que não foram vacinados anteriormente ou que não completaram a série vacinal, a vacinação de recuperação é recomendada.

Para adultos com 27 anos ou mais, a vacinação de recuperação não é recomendada de rotina; a decisão de vacinar pessoas nessa faixa etária deve ser feita individualmente.

NÃO é uma contraindicação, a vacinação contra o HPV de utentes com história de **citologia anormal, verrugas genitais ou infeção por HPV**, no entanto, a vacinação é menos benéfica para aqueles que já foram infetados com um ou mais tipos de HPV.

Esquema de imunização recomendado pela OMS

Segundo recomendações da OMS, as vacinas podem ser administradas aos adolescentes, meninas e rapazes dos 9 aos 14 anos de idade, bem como nas meninas e mulheres entre os 14 aos 26 anos, que nunca estiveram expostas ao vírus.

O esquema recomendado pela OMS depende da idade:

Adolescentes dos 9 aos 14 anos, preconizam-se 2 doses:

- 1ª dose no primeiro contacto com a estrutura de saúde
- 2ª dose 6 meses após a 1ª dose. No entanto, o intervalo entre as doses não pode ser superior a 12–15 meses para permitir às meninas terminarem atempadamente o calendário antes do início da atividade sexual.

Adolescentes com idade igual ou superior a 15 anos ou pacientes com imunodeficiência associada, independentemente da idade, preconizam-se 3 doses da vacina:

- 1ª dose no primeiro contacto com a estrutura de saúde.
- 2ª dose 1-2 meses após a 1ª dose.
- 3ª dose 6 meses após a 1ª dose.

Esquema de imunização segundo calendário Nacional

Em Cabo Verde atendendo as orientações da OMS que recomenda que o alvo principal dos programas de vacinação contra o HPV sejam meninas de 9 a 14 anos e tendo em conta o objetivo mundial e nacional de prevenir as lesões pré-cancerosas e o cancro do colo do útero causadas pelo HPV, na definição do grupo alvo a vacinar

foram tidas em conta as meninas com 10 anos de idade, preconizando-se a série de duas doses que é igualmente recomendada em muitos outros países:

- 1ª dose Bivalente (Cervarix) no primeiro contacto com a estrutura de saúde.
- 2ª dose Bivalente (Cervarix) 6 meses após a 1ª dose (max. até 12 a 15 meses).

8. INFERTILIDADE

Conceito

Infertilidade: ausência de gravidez em um casal após um ano ou mais de atividade sexual regular e sem uso de métodos anticoncetivos.

Infertilidade primária: ausência de gestação prévia.

Infertilidade secundária: se a falha na capacidade reprodutiva se estabeleceu após uma ou mais gestações.

Esterilidade: incapacidade definitiva de gerar filhos.

Fatores de risco:

Mulheres

1. Idade: quanto maior a idade, maior a prevalência de infertilidade.
2. IST/Doença inflamatória pélvica
3. Tabaco: mulheres que fumam têm 1,4 vez maior chance de serem inférteis.
4. Obesidade/Magreza extrema

Homens

- 1-Disfunção sexual
- 2-Exposição a altas temperaturas, pesticidas, quimioterápicos
- 3-Habitos tóxico (tabaco, álcool)
- 4-Traumas testicular, torção de testículo, varicocele etc.

Etapas da consulta

a. Anamnese

- Definir há quanto tempo tenta engravidar
- Uso anterior de métodos anticoncepcionais

Antecedentes pessoais

- Anomalias congénitas, DIP, traumas, cirurgias pélvicas, torção de cordão espermático(homem)

- Puberdade, hábitos tóxicos, Profissão/função-carga-horária de trabalho,
- Exposição a fatores de risco (pesticidas, quimioterápicos, calor e radiação),
- Estresse, situação familiar e conjugal, atividade física intensos.

História sexual/obstétrico/ginecológico

- Frequência de relações sexuais com penetração vaginal, presença de disfunções sexuais, uso de duchas ou lubrificantes vaginais.
- História obstétrica: GPA, ocorrência de complicações nas gestações anteriores, história de gravidez ectópica anterior.
- Ciclo Menstrual.
- Antecedentes familiares- História familiar de infertilidade, aborto, malformação formação fetal etc.

b. Exame físico

Homem:

- Exame físico geral
- T.A; IMC (peso/altura)
- Exame específico: avaliação da virilização, presença de caracteres sexuais primários e secundários do sexo masculino, testículos (consistência e volume), epidídimo, deferentes, escroto e pênis; presença de varicocele
- Exame físico da mulher:
- Exame físico geral,
- T.A; IMC (peso/altura), palpação da tireoide;

Exame ginecológico:

- Exame das mamas
- Avaliação da presença dos caracteres sexuais primários e secundários do sexo feminino, inspeção da vulva pilificação, presença de malformações e alterações do clitóris;
- Exame especular: avaliar colo vaginal, ectocérvice (ver sinais de cervicite aguda) presença de conteúdo anormal.
- Toque bimanual, avaliar o tamanho posição e mobilidade do útero (útero em retroversão fixa pode significar presença de endometriose ou sequela de doença inflamatória pélvica). excluir presença de tumoração pélvica.

c. Exames complementares

- Hemograma
- Glicemia de jejum
- Serologias para (Sífilis, VIH, Hepatite B, Hepatite C Toxoplasmose, Rubéola e Citomegalovirus IGG e IGM)
- Colpocitologia oncótica, de acordo com o protocolo.
- Ecografia pélvica

- Espermograma (Homem)
- Outros exames: Histerossalpingografia, ultrassonografia seriada, biópsia de endométrio, dosagens hormonais (progesterona, estradiol, prolactina, FSH, LH, TSH, T4 livre, entre outras), avaliação genética, entre outros exames que são solicitados nos cuidados secundários e terciários.

d. Conduta a nível da atenção primária

Orientações:

- Evitar ansiedade/stress
- Prática sexual (identificar e concentrar relações sexuais no período fértil, evitar uso de lubrificantes e duchas vaginais)
- Encaminhar à consulta de especialidade (Infertilidade):
- Cônjuges que apresentam vida sexual ativa, sem uso de anticoncetivos, e possuem alguma alteração no exame físico ou exame complementar independentemente do tempo de união;
- Ocorrência de 2 ou mais abortos espontâneos consecutivos.
- Mulher < 30 anos, mais de 2 anos de vida sexual ativa, sem anticoncepção;
- Mulher >30 anos e < de 40 anos, mais de 1 ano de vida sexual ativa, sem anticoncepção;
- Mulher > 40 anos e < de 50 anos, mais de 6 meses de vida sexual ativa, sem anticoncepção;

Espermograma:

- ✓ Sêmen colhido por masturbação, após 3 a 7 dias de abstinência sexual;

Volume normal: 1,5 – 5ml

- ✓ Volumes aumentados (hiperespermia) sugerem infeção na próstata e/ ou vesículas seminais.
- ✓ Volumes diminuídos (hipoespermia) sugerem obstrução ou agenesia/hipoplasia das vias eferentes (ductos ejaculadores, vesículas seminais ou deferentes).
- ✓ Ausência de ejaculado (aspermia) sugere alteração neurológica dos mecanismos de emissão ou ejaculação retrógrada.

- ✓ **Cor normal:** branca opalescente ou branca acinzentada.

- Cor amarelada sugere leucospermia
- Cor avermelhada sugere hemospermia;

- ✓ **Viscosidade normal:** filância entre 3 e 5 cm.

- Valores maiores que 5 cm sugerem infeção seminal;

- ✓ **pH normal** entre 7,2 e 8,0. Valores menores que 7,2 sugerem obstrução dos ductos ejaculatórios, vesículas seminais e/ou ductos deferentes. Valores maiores que 8,0 sugerem infeção seminal;

- ✓ **Concentração normal:** valores superiores que 20 milhões/ml. Valores inferiores a 20 milhões/ml – oligozoospermia. Valores inferiores a 5 milhões/ml – oligozoospermia severa. Ausência de espermatozoides – azoospermia;
- ✓ **Motilidade espermática normal:** 50% ou mais de espermatozoides móveis. Valores inferiores a 50% – astenoospermia;
- ✓ **Vitalidade espermática normal:** 75% ou mais de espermatozoides vivos. Valores inferiores a 75% – necroospermia;
- ✓ **Morfologia normal:** mais de 50% dos espermatozoides de formas normais;
- ✓ **Contagem de leucócitos normal:** menos de 1.000.000 por centímetro cúbico de ejaculado.

Quadros de Interpretação Etiológica das Infertilidades

Sinais Encontrados	Possíveis Causas
Mulher de > 40 anos	Idade (a fecundidade diminui)
Mulher com problemas do ciclo (espanio-menorreia , amenorreia)	Anovulação
Mulher com antecedentes de infeções pélvicas(IST, abortos sépticos,...) quistos ováricos etc.	Infertilidade devida a lesões cicatriciais do útero ou das trompas (obstruções)
Homens com antecedentes de infeções(IST, orquite periférico)	Infertilidade devida a lesões cicatriciais dos testículos ou dos canais deferentes (obstruções)
Homens com fatores favorecedores (roupas apertadas , condutores ,padeiros)	Infertilidade devida a problema da espermatogénese (testículos expostos ao calor)
Parceiros com antecedentes cirúrgicos da da pelvis (pelvipéritonite)	Infertilidade devida a sequelas inflamatórias dos órgãos genitais
Patologias (diabetes ,afeções da tiroide etc.)	Infertilidade devida a problema endócrinos
Utilização de certos medicamentos ou de drogas	Certos medicamentos (tranquilizantes , narcóticos antidepressivos, anti hipertensores, álcool , nicotina) provocam oligospermia ou impotência sexual
Poligamia/grandes viajantes	Relações sexuais fora do período fértil

9. RASTREIO DE CANCRO DA MAMA, COLO DO ÚTERO E PRÓSTATA

9.1. Cancro de Mama

É o 2º tumor maligno mais frequente nas mulheres nos países africanos da língua oficial portuguesa. (Lara 2014). O rastreio com base populacional, com exames de mamografia periódicos, quando possível de ser realizado, permite diagnosticar e tratar o cancro da mama numa fase inicial com reversão e cura da doença.

Fatores de risco

- Idade;
- Antecedentes pessoais de cancro da mama;
- Antecedentes familiares (familiares diretos -mãe, avó, tia, irmã) de cancro do útero, ovário, endométrio ou cólon.
- Uso de terapêutica hormonal de substituição,
- Lesões mamárias benignas com hiperplasia atípica;
- Menarca precoce (antes dos 12 anos),
- Menopausa tardia (depois dos 55 anos),
- Nuliparidade;
- Primigesta com mais de 35 anos;
- Uso abusivo do álcool;
- Inatividade física;
- Obesidade, sobretudo na pós-menopausa;
- Não amamentação;
- A densidade mamária elevada após os 45 anos;

Avaliação clínica

a. Anamnese

- Antecedentes pessoais, ginecológicos obstétricos,
- Antecedentes familiares
- Hábitos Tóxicos

Manifestações clínicas

- Nódulos mamários, descarga mamilar (espontânea ou à expressão)
- Alterações da forma e volume da mama
- Alterações da pele da mama (endurecimento, sinais inflamatórios, erosões do complexo areolomamilar, ulcerações) Nódulos axilares.
- Nos homens o mais comum é o aparecimento de um ou vários nódulos na mama.
- Dor na mama é, raramente um sintoma de cancro.

b. Exame físico geral

- Estado geral
- Peso/Altura (calculado IMC)
- Pele, mucosas, face
- Aparelho Respiratório (FR)
- Aparelho Cardiovascular (TA, FC)
- Abdómen
- Membros superiores e inferiores
- Sistema neurológico /Avaliação psicológica.

Exame da mama

- Inspeção-avaliação volume e simetria alterações na pele, presença de nódulos visíveis.
- Palpação-presença de nódulos número, tamanho, sensibilidade e adesão aos tecidos circundantes) presença de gânglios (axilares, supra claviculares e cervicais) palpáveis.
Expressão mamilar- avaliar presença de secreção.

Exame ginecológico

- Inspeção: vulva períneo, região perianal (disposição dos pelos, trofismo, presença de lesões, tumorações, ulcerações)
- Exame especular (conteúdo vaginal, aspeto da parede vaginal e do colo uterino)
- Toque bimanual avaliar vagina, colo uterino, útero (posição, mobilidade, tamanho, consistência, superfície) e anexos

c. Exames complementares

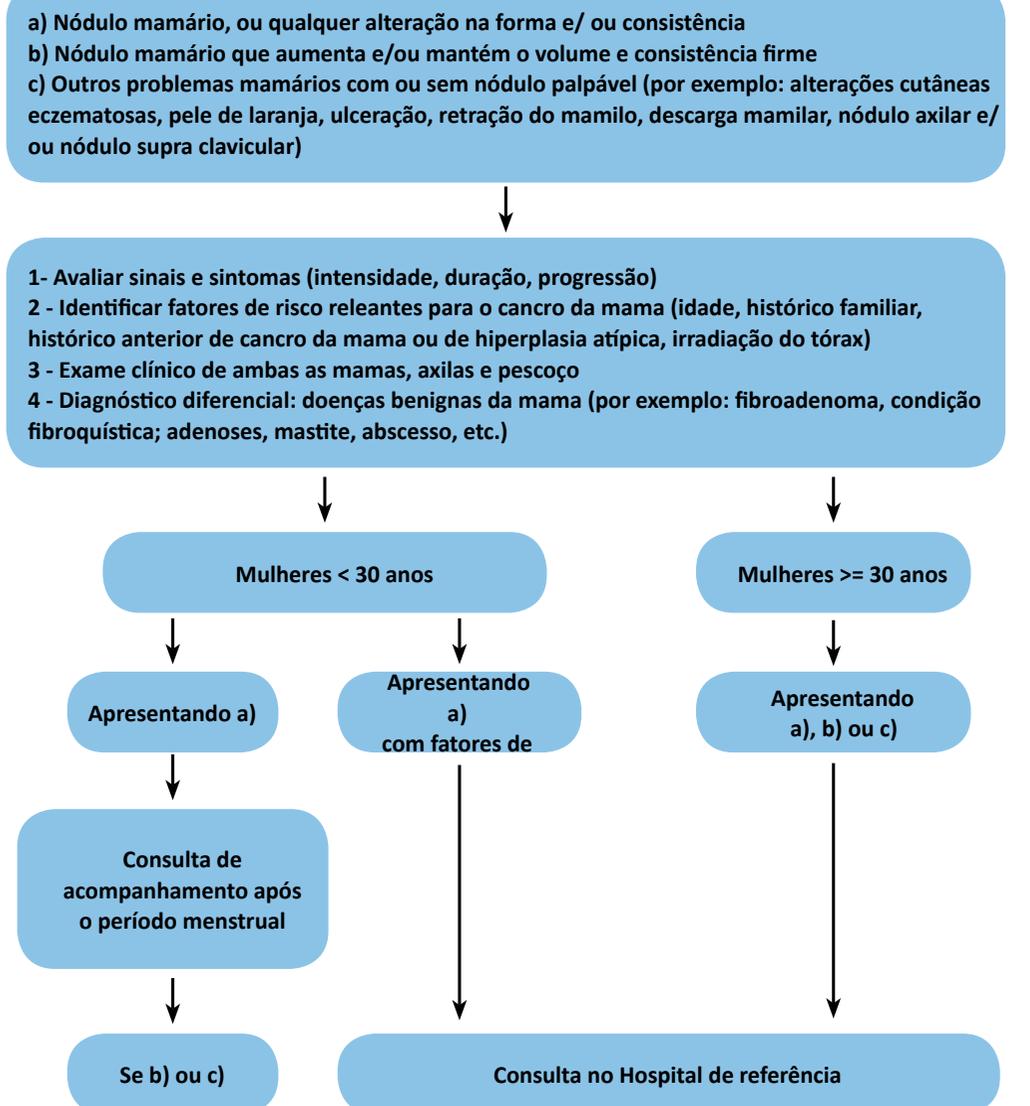
Ecografia mamária.

Mamografia.

d. Conduta a nível da atenção primária

- **Aconselhamento (orientações sobre o autoexame de mama)**
- **Controlo e prevenção:**
- Pacientes < 40 anos, sem antecedentes e sem nódulos palpáveis: Ecografia anual.
- Paciente < 35 anos, sem antecedentes e com nódulo palpável: Ecografia e BAAF.

- Paciente com antecedentes familiar de cancro de mama/ovário (mãe, avó, tia materna, irmã) Ecografia anual e 1ª mamografia aos 35 anos.
- Paciente > 40 anos: mamografia a cada 2 anos.
- **Encaminhar ao Hospital de referência** se a paciente apresentar alguma manifestação clínica sugestiva ou alguma alteração no exame físico ou complementar.

Fluxograma de conduta na atenção primária (centros de saúde)

9.2. Cancro de Colo de Útero

O cancro do colo do útero é o quarto tipo de cancro mais frequente entre as mulheres no mundo.

A infeção pelo vírus do papiloma humano (HPV) é a principal causa sendo considerado o fator necessário para o seu desenvolvimento. Prevenção primária por meio da vacinação contra HPV reduz a incidência e conseqüentemente a taxa de mortalidade.

Fatores de risco:

Início precoce das relações sexuais.

Múltiplos parceiros sexuais / parceiros com comportamentos de risco.

Infeção sexualmente transmissíveis não tratadas.

Sexo sem proteção

Infeção pelo VIH

Multiparidade

Baixo nível socioeconómico

Fatores alimentares

Hábitos tóxicos

Etapas da consulta

a. Anamnese

- Antecedentes pessoais, ginecológicos obstétricos,
- Número de parceiros sexuais, IST
- Antecedentes familiares
- Hábitos Tóxicos
- Nível socioeconómico.

Manifestações clínicas:

- **Fase inicial** – Geralmente assintomática.
- **Fase mais avançada:** Sintomas inespecíficos, podendo apresentar queixas como:
 - Dor pélvica,
 - Disúria, hematúria,
 - Astenia, perda de peso
 - Leucorreia fétida,
 - Hemorragia vaginal anormal
 - Anemia.

b. Exame físico geral

- Estado geral
- Peso/Altura (calculado IMC)
- Pele, mucosas, face
- Exame de mama
- Aparelho Respiratório (FR)
- Aparelho Cardiovascular (TA, FC)
- Abdómen
- Membros superiores e inferiores (edema, varizes)
- Sistema neurológico/Avaliação psicológica.

Exame ginecológico

- Inspeção: vulva períneo, região perianal (disposição dos pelos, trofismo, presença de lesões, tumorações, ulcerações)
- Exame especular -conteúdo vaginal, aspeto da parede vaginal e do colo uterino.
- Toque bimanual-avaliar vagina, colo uterino, útero (posição, mobilidade, tamanho, consistência, superfície) e anexos
- Toque retal-Avaliar parâmetros

c. Exames complementares

- Exames de rotina;
- Citologia Cervical;

Citologia cervical

Iniciar a partir de 2 anos do início da relação sexual

A colheita de amostra para citologia cervical pode ser:

- Convencional em lâmina
- Em meio líquido

Critérios para colheita de amostra:

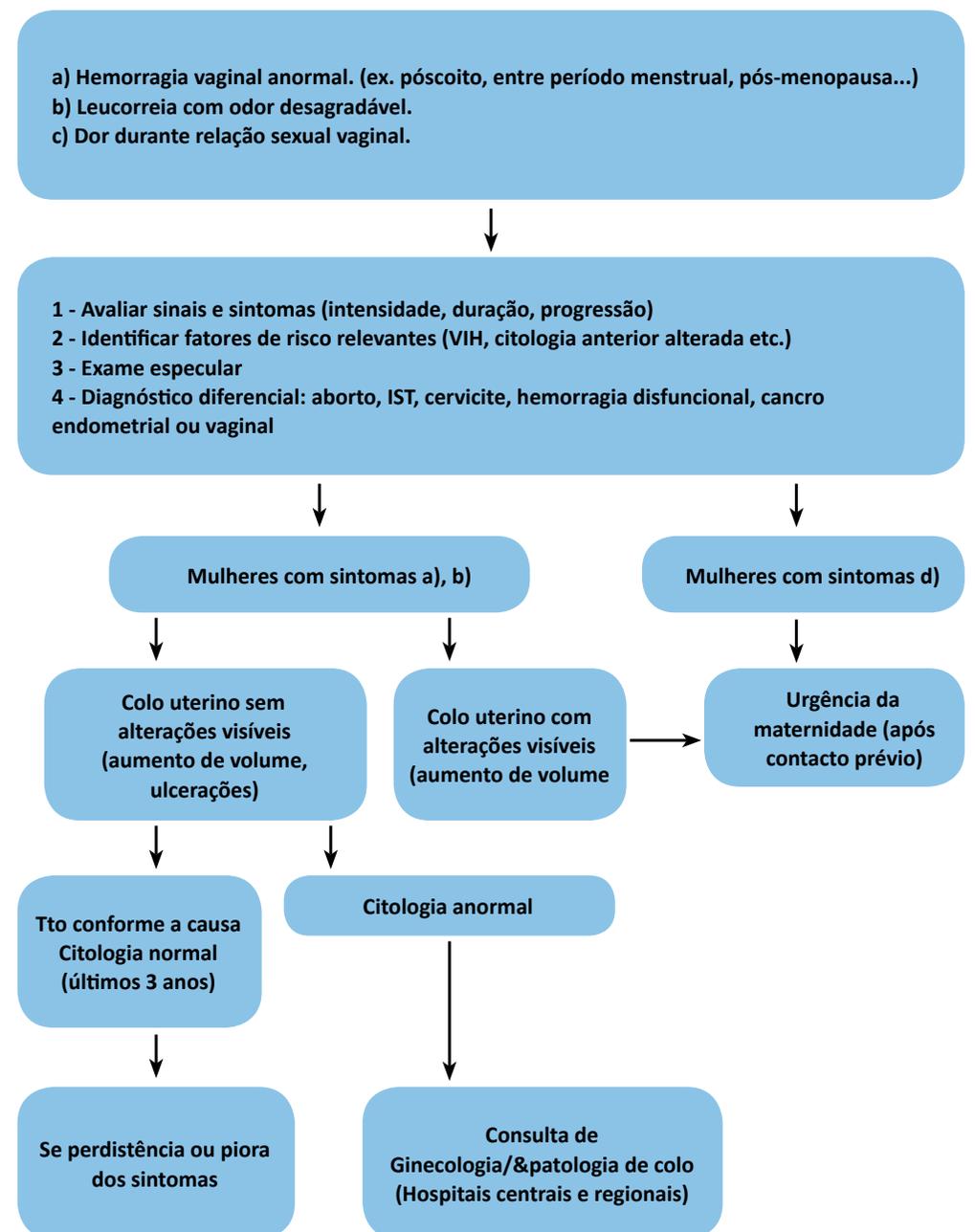
- Abstinência sexual de 2 dias;
- Não usar pomada vaginal 2 dias antes;
- Não praticar irrigação vaginal 2 dias antes;
- Não estar menstruada;
- Tratar previamente leucorreia/infeções;
- Mulheres na pós-menopausa - ponderar estrogenização tópica antes.

Técnica de colheita

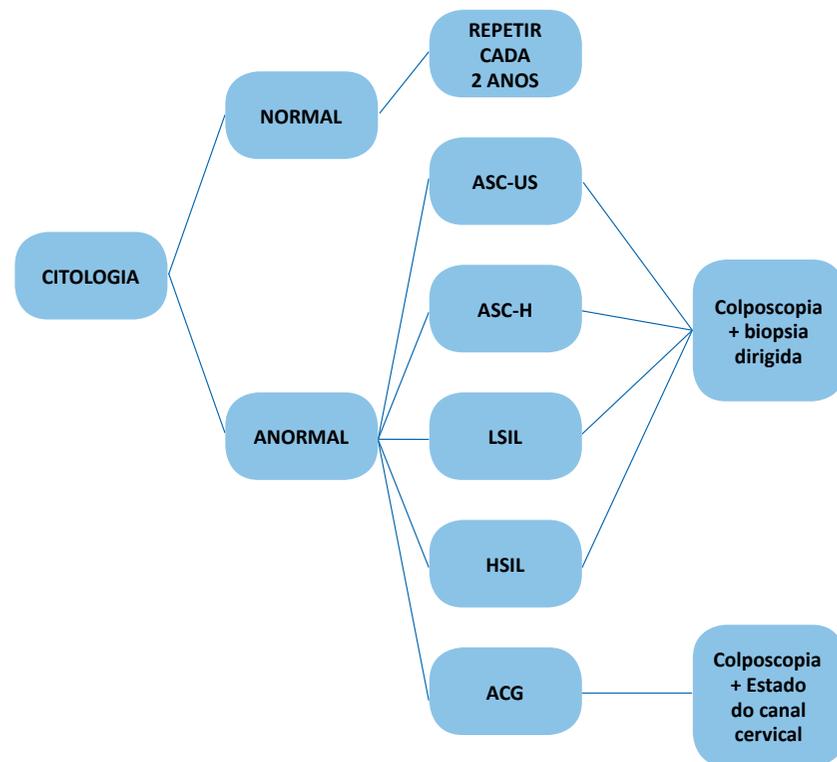
- Identificar a lamina corretamente com os dados da mulher e data da colheita (a lápis)
- Colocação de espéculo
- Visualizar o colo
- Inserir a parte mais longa da espátula de madeira no orifício cervical, e fazer um círculo de 360 ° C.
- Fazer o esfregaço sobre a lamina, cuidadosamente, com ambos lados da espátula.
- Fixar a lamina com spray a uma distância de 20cm em angulo reto, ou num tubo contendo álcool a 95%.

d. Conduta a nível da atenção primária:

- Aconselhamento - promoção do uso de preservativo.
- Vacinação contra HPV
- Exame preventivo-iniciar 2 anos após inicio das relações sexuais, repetir a cada 2 anos
- Encaminhar ao Hospital de referência se a paciente apresentar alguma manifestação clinica sugestiva ou alguma alteração no exame físico ou complementar.

Fluxograma de conduta na atenção primária (centros de saúde)

Fluxograma de conduta de acordo ao resultado da citologia



9.3. Cancro de Próstata(CP)

O cancro da próstata constitui a segunda maior causa de morte por cancro nos homens, a seguir ao cancro de pulmão. Atualmente constitui um dos principais problemas de saúde da população masculina no mundo. Tem maior incidência a partir dos 40 anos, sendo que, 90% dos casos são diagnosticados em homens com idade superior a 65 anos.

Fatores de Risco

O cancro da próstata tem origem multifatorial (fatores endócrinos, genéticos e ambientais) A sua incidência está comprovadamente relacionada com os seguintes fatores:

- **Idade** - raras vezes se desenvolve em homens com menos de 40 anos;
- **História familiar** - a probabilidade de desenvolver a doença pode aumentar até duas vezes se existir um familiar em 1º grau afetado e onze vezes se existirem dois ou mais familiares.
- **Raça** – Há maior incidência da doença nos afro-americanos (provavelmente por maior concentração de testosterona).

Avaliação clínica

a. Anamnese

- Antecedentes pessoais,
- Histórico reprodutivo
- Antecedentes familiares
- Hábitos tóxicos

Manifestação clínicas

- **Fase inicial** – Geralmente assintomática.
- **Fase mais avançada**
 - o Sintomas urinários obstrutivos:
 - ✓ Diminuição do jato urinário.
 - ✓ Gotejamento urinário.
 - ✓ Sensação de esvaziamento incompleto.
 - ✓ Urgência miccional.
 - ✓ Polaquiúria.
 - ✓ Tenesmo vesical.
 - ✓ Hematúria,
 - ✓ Nictúria.
- Dor
- Astenia
- Perda de peso.

b. Exame físico geral

- Estado geral
- Peso/Altura (cálculo IMC)
- Pele, mucosas, face
- Aparelho Respiratório (FR)
- Aparelho Cardiovascular (TA, FC)
- Abdómen
- Membros superiores e inferiores
- Sistema neurológico

c. Exame genital

Inspeção/palpação-órgãos genitais externos, região inguinal, perineal e perianal.

Toque retal: Tamanho, consistência, e superfície da próstata, presença de nódulo.

A presença de nódulos, a consistência pétreia e superfície irregular poderá sugerir cancro da próstata.

d. Exames complementares

PSA (Antígeno Prostático Específico)

O PSA carece de especificidade, não havendo um valor seguro para se considerar o doente livre do cancro ou para dispensá-lo do toque retal. O valor de referência da maioria dos laboratórios é 4ng/ml (< 4 ng/ml).

O valor do PSA deve ser interpretado em função de uma série de outros parâmetros, como a idade do doente, o volume prostático, presença de nódulos no toque retal ou o resultado de biópsias prévias, e a progressão do seu valor.

Probabilidade de CP segundo PSA	
PSA	CP
< 4 ng/ml	3 - 4 %
>= 4 < 10 ng/ml	30 - 40 %
>= 10 ng/ml	>66 %

Ecografia prostática

A ecografia prostática transretal é essencial para a orientação e sistematização das biópsias. Não é, contudo, muito útil como exame isolado para o diagnóstico de cancro da próstata

O toque retal é de suma importância, não sendo excluído pelo PSA, dado que 15 a 40% dos casos com PSA normal poderão ter a doença. Quando o toque retal verifica anormalidades e o PSA tem valores elevados, a ecografia prostática pode fornecer dados adicionais para o diagnóstico. O diagnóstico definitivo do cancro da próstata é histopatológico.

e. Conduta a nível da atenção primária

- Aconselhamento
- Prevenção
- Toque retal:
 - Pacientes com 45 ou mais anos.
 - Pacientes com antecedente familiar de cancro de próstata, partir de 40 anos.
- Encaminhar ao Hospital de referência se o paciente apresentar alguma manifestação clínica sugestiva ou alguma alteração no exame físico ou complementar.

10. MENOPAUSA/CLIMATÉRIO

Conceitos

O climatério é definido pela Organização Mundial da Saúde como uma fase biológica da vida e não um processo patológico, que compreende a transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo da vida da mulher, de instalação gradativa, se evidencia clinicamente em maior ou menor grau a depender de vários fatores.

A menopausa é um marco dessa fase, correspondendo ao último ciclo menstrual, somente reconhecida depois de passados 12 meses da sua ocorrência e acontece geralmente entre 50 a 55 anos de idade.

Avaliação clínica:

a. Anamnese

- Antecedentes pessoais (patologias, uso contínuo de medicamentos, alergias)
- Antecedentes ginecológico (idade da menarca, características da menstruação, data da última menstruação)
- Métodos de anticoncepção utilizados, antecedentes de IST.
- Antecedentes obstétricos.
- Número de parceiros sexuais, IST
- Antecedentes familiares (Doenças crónicas, Osteoporose, Cancro)
- Hábitos Tóxicos
- Hábitos alimentares (ingesta de fibras, alimentos com cálcio carboidratos simples),
- Atividades físicas (tipo, regularidade e duração),

Recolher informações sobre:

- Realização de exames preventivos de cancro do colo do útero e de cancro da mama;
- Funcionamento gastrointestinal;
- Sintomas urinários, como infeções ou incontinência.

Manifestações clínicas

- Fogachos
- Insônia
- Irritabilidade,
- Palpitações,
- Artralgia, mialgia,
- Diminuição da memória e do interesse pelas atividades de rotina,
- Astenia

- Diminuição da libido,
- Dispareunia.

b. Exame físico geral (atenção a alguns aspetos específicos desta faixa etária).

- Estado Geral
- Peso, altura-IMC
- Pele mucosas face, boca
- Pescoço (palpação tiroide)
- Exame de mama
- Sistema respiratório (FR)
- Sistema cardiovascular (TA, FC)
- Abdómen (atenção a circunferência abdominal)
- Membros inferiores (edema e outras alterações circulatórias ou ortopédicas)

Exame ginecológico

Inspeção da vulva-alterações do trofismo, coloração, presença de manchas, inspeção dinâmica do introito vaginal, avaliar presença de prolapso genitais.

Exame especular-avaliar a rugosidade da mucosa, lubrificação vaginal, alterações do colo e vagina.

Toque bimanual- avaliar vagina, colo uterino, útero (posição, mobilidade, tamanho, consistência, superfície) e anexos.

c. Exames Complementares

Hemograma

TSH

Glicemia, Teste de tolerância à glicose (TTG)

Colesterol total

HDL Dislipidemias Triglicéridos

TGO, TGP

Sumário de urina e urocultura

Pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSO)

Mamografia e ultrassonografia mamária (de acordo com as diretrizes de rastreamento para o cancro da mama)

Exame Preventivo do cancro do colo do útero

- Ecografia pélvica transvaginal
- Densitometria óssea

d. Conduta a nível da atenção primária

Aconselhamento

Orientar a prática de atividade física, hábitos de vida saudáveis

Encaminhar à consulta especializada se a paciente apresentar manifestações clínicas acentuadas ou alguma alteração no exame físico ou complementar

11. HIPOGONADISMO MASCULINO DO HOMEM IDOSO

Conceito

Diminuição dos níveis de testosterona que ocorre com o avançar dos anos, geralmente após os 50 anos de idade.

Ao contrário da menopausa, na qual a deficiência de estrogênio é completa e provoca alterações clínicas o declínio da testosterona nos homens idosos é modesto e as possíveis consequências ainda não foram bem estabelecidas.

Avaliação clínica:

a. Anamnese

Antecedentes pessoais

Patologias concomitantes, uso contínuo de medicações

Histórico reprodutivo

Uso de preservativo, antecedentes de IST,

Recolher informações sobre:

Funcionamento gastrointestinal

Sintomas urinários, como infeções ou incontinência.

Hábitos alimentares (ingestão de fibras, alimentos com cálcio carboidratos simples)

Atividades físicas (tipo, regularidade e duração),

Antecedentes familiares

Diabetes mellitus

Hipertensão arterial

Doenças cardiovasculares

Doenças gastrointestinais

Osteoporose

Cancro da próstata ou outros

Manifestações clínicas

- Diminuição da libido.
- Disfunção sexual.
- Redução da massa e da força muscular.
- Aumento do percentual de gordura corporal.
- Alterações do humor.
- Alterações da memória.
- Queda da performance no trabalho.
- Perda da vitalidade.
- Diminuição de pelos pelo corpo.

b. **Exame físico geral (atenção a alguns aspetos específicos desta faixa etária).**

Peso, altura-IMC

Pele mucosas face, boca

Pescoço (palpação tiroide)

Exame de mama

Sistema respiratório(FR)

Sistema cardiovascular (TA, FC)

Abdómen (atenção a circunferência abdominal)

Membros inferiores (edema, alterações circulatórias ou ortopédicas)

Exame genital**Inspeção/palpação**-órgãos genitais externos, região inguinal, perineal e perianal.**Toque retal** (avaliar próstata)c. **Exames Complementares**

Hemograma

TSH

Glicemia, Teste de tolerância à glicose (TTG)

Colesterol total

HDL Dislipidemias Triglicéridos

TGO, TGP

Sumário de urina e urocultura

Pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSO)

Densitometria óssea

Dosagem dos níveis de testosterona sanguínea (homens com mais de 50 anos que apresentem sintomas sugestivos de andropausa)

Deve ser feita de manhã e em jejum.

Se resultado baixo (< 230 ng/dl*) repetir uma ou duas vezes para confirmar que o valor baixo é persistente.

**O valor de referências pode ser um pouco diferente dependendo do laboratório. Os valores normais costumam estar entre 300 e 800 ng/dl.*

Exame Preventivo do cancro da próstata

- Ecografia pélvica prostática
- PSA

d. **Conduta a nível da atenção primária****Aconselhamento**

Orientar a prática de atividade física, hábitos de vida saudáveis

Encaminhar à consulta especializada se o paciente apresentar alguma manifestação clínica sugestivo ou alguma alteração no exame físico ou complementar.

12. CUIDADOS LIGADOS À ABORDAGEM “GÉNERO E SAÚDE”

Na abordagem do género e saúde, é preciso conhecer e compreender alguns conceitos que permitam primar na qualidade e humanização da prestação de cuidados de saúde, de forma inclusiva, de equidade e igualdade, sem discriminação, estigmatização e preconceitos.

Género: é uma construção histórica e social, cujas referências partem das representações sociais e culturais formadas a partir da diferença biológica dos sexos. É o conjunto de normas sociais diferenciadas para cada sexo, elaboradas pela sociedade e impostas aos indivíduos desde que nascem como modelos de identificação.**LGBTi** é uma sigla que significa Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgéneros, Transexuais, Travestis e intersexuais. Pode referir-se a qualquer pessoa não-heterossexual ou não-cisgénero, ou fora das normas de género pela sua orientação sexual, identidade ou expressão de género, ou características sexuais.**Lésbicas:** refere-se às mulheres homossexuais, que sente atração, seja sexual ou romântica, por outras mulheres.

Gays: palavra utilizada normalmente para se designar o indivíduo, homem ou mulher, homossexual. Portanto homens gays, são homens cuja identidade sexual ou comportamento sexual é predominantemente direcionado a outros homens.

Bissexuais: é atração romântica, atração sexual ou comportamento sexual voltado tanto a homens como a mulheres.

Transgéneros: são pessoas que têm uma identidade de género que difere ou diverge do seu sexo físico, biológico. A transgeneridade se manifesta ainda durante os primeiros anos de vida do indivíduo (meninas que gostam de jogos ou roupas de rapazes e vice-versa).

A expressão transgénero vem sendo usada como um termo “guarda-chuva”, ou seja, um conceito genérico que abrange todos os indivíduos que não se enquadram nas imposições culturais de género. Ser transgénero é independente da orientação sexual, ou seja, as pessoas transgéneros podem se identificar como heterossexuais, homossexuais, bissexuais, assexuais, entre outros rótulos para categorizar a orientação sexual.

Transsexuais: é um indivíduo que possui uma identidade de género oposta ao sexo biológico designado ao nascer e que opta fazer ou faz alterações no próprio corpo (hormonal ou cirúrgica) por conta da chamada “disforia de género” que é o desconforto por não reconhecer na forma física sua verdadeira manifestação de género. A explicação estereotipada é de “uma mulher presa em um corpo masculino” ou vice-versa.

Travestis: O termo travesti engloba pessoas que têm uma identidade de género feminina, mas que não se entendem como mulheres trans. São pessoas que tiveram o género masculino designado no nascimento pelas características biológicas, mas descobriram em si essa força feminina que forma sua identidade. É uma identidade que promove alterações estéticas no corpo, de modo a feminizá-lo, sem optar por transicionar a genitália.

Intersexual: pessoas que nascem com variações na anatomia reprodutiva ou sexual, ou têm um padrão cromossómico que não se encaixa com o que é normalmente considerado masculino ou feminino.

As estruturas de saúde devem ter um ambiente acolhedor, livre de preconceitos para garantir uma atenção integral à saúde da população LGBT, com reconhecimento de suas especificidades na oferta de serviços, podendo contribuir na mitigação de desigualdades e sofrimentos devido a sua marginalização e as vulnerabilidades de saúde.

Violência Baseada no Género

Com a entrada em vigor da Lei 84/VII/11 de 10 de janeiro – Lei que estabelece as medidas destinadas a prevenir e reprimir o crime de VBG (Lei VBG), adotou-se uma nova estratégia no combate a este tipo de violência, com o objetivo não somente de punição do agressor como meio de combate, mas primordialmente de prevenção.

Violência física

Considerada como qualquer conduta que ofenda o corpo ou a saúde da vítima.

Violência psicológica

Considerada como qualquer conduta que cause dano emocional, diminuição da autoestima, que prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento da vítima, que vise degradar ou controlar suas ações, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição, insulto, chantagem, ridicularização, exploração, desonra, descrédito, menosprezo ao valor pessoal e dignidade, bem como a limitação do direito de ir e vir.

Violência sexual

Considerada como “qualquer conduta praticada para a libertação ou satisfação do instinto sexual, envolvendo ameaça, intimidação, coação, fraude, colocação deliberada da vítima em situação de inconsciência ou impossibilidade de resistir, agressão física, chantagem, compreendendo não só o ato sexual de penetração, mas também quaisquer outras formas de contacto sexual, limitando ou anulando o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos.

Assédio Sexual

Considerado como “Qualquer conduta praticada por qualquer pessoa que, tendo autoridade ou influência sobre outrem, faz depender, nomeadamente, a contratação, permanência no trabalho, renovação do contrato, promoção ou a aquisição de quaisquer outros privilégios, assim como bolsas de estudo, subsídios ou outros benefícios relevantes para si ou quem dela dependa, da obtenção de favores sexuais para si mesmo ou para terceiro.”

Mutilação Genital Feminina

É uma prática em que uma parte ou a totalidade dos órgãos sexuais de mulheres e meninas são removidos. Na quase totalidade dos casos são feitas sem anestesia e com instrumentos de corte inapropriados (faca, vidro ou navalha), raramente este-

rilizados, podendo levar à transmissão de VIH/SIDA ou à morte. Uma das práticas de maior gravidade é a infibulação, em que se costura os lábios vaginais ou clítoris, deixando uma pequena abertura para a urina e menstruação. Tais práticas são levadas a cabo nas mulheres em várias idades, desde após o nascimento até a primeira gravidez, tendo a maioria lugar entre os quatro e oito anos.

Etapas de atendimento clínico

a. Anamnese

- **Exame físico geral**

Identificação e descrição das lesões corporais de violência

Exame Ginecológico

Inspeção dos órgãos genitais externos à procura de lesões a nível do hímen, introito vaginal, procurar lesões anais.

Avaliar Vagina e fundo de saco de Douglas.

Em caso de criança, examinar na presença dos pais.

b. Conduta na violência sexual

- Contraceção de emergência
- Iniciar kit de profilaxia de VIH, IST:

VIH: Tenofovir + Lamivudina (TDF 300mg + 3TC 300mg) + Dolutegravir (DTG 50mg)

Em caso de anemia a AZT, intolerância ao solutegravir ou outra contraindicação, avaliar a utilização de Emtricitabina + Tenofovir (FTC 300mg + TDF 200mg) + ATV/r (Atazanavir 300mg + ritonavir 100mg)

IST:

Azitromicina (1g dose única) + Metronidazol (2 comprimidos de 250 mg, de 12 em 12 h, 7 dias); ou

Penicilina benzatinica (1.200.000 U em cada nádega, dose única) + Metronidazol (2 comprimidos de 250 mg, de 12 em 12 h, 7 dias)

- Solicitar um rastreio de IST, VIH, HBAG, BHCG, VDRL, no momento do exame, e aos 3 e 6 meses depois. Se necessário, recolher uma amostra vaginal para pesquisa da presença de sémen.

- Encaminhamento para acompanhamento psicológico e social, e para outras entidades de apoio como centro de apoio às vítimas de VBG da localidade.

c. Conduta em mutilação genital feminina recente:

- Verificar a vacinação Td. Se não vacinada, administrar o soro antitetânico e a 1ª dose da vacina antitetânica;
- Em caso de hemorragia, fazer um tampão e referir;
- Em caso de infeção prescrever antibióticos e fazer um tratamento local;
- Encaminhamento de todos os casos para acompanhamento psicológico e social, e para outras entidades de apoio como centro de apoio às vítimas de VBG da localidade.

BIBLIOGRAFIA

PNSR (2008). *Manual de Procedimentos dos Serviços de Saúde Reprodutiva*. Ministério da Saúde. Cabo Verde.

PNSR (2003). *Política e Norma Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva*. Ministério da Saúde. Cabo Verde.

OPAS/OMS (2008). *Saúde sexual e Reprodutiva, Guias para atenção continuada da mulher e do recém-nascido focalizada na APS, Centro Latino americano de perinatologia/Saúde da mulher e Reprodutiv..*

PNLCC (2015). *Manual de prevenção e controlo de Doenças Oncológica*. Ministério da Saúde. Cabo Verde.

PNSSR (2018). *Protocolo Nacional sobre cuidados Obstétricos de Urgência, 1ª edição*. Ministério de Saúde. Cabo Verde.

Einstein H. (2019). *Manual da saúde da mulher na gestação, parto e puerpério*, São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde. Brasil.

OMS (2005). *Diretrizes as OMS sobre Higienização das Mãos na Assistência à Saúde*. World Health Organization.

ICIEG (2015). *Manual de procedimentos para serviços e profissionais de saúde Prevenção e atendimento às vítimas de violência baseada no género*. Cabo Verde.

PNLDTS (2019). *Protocolo de Terapêutica Antirretroviral*. Ministério de Saúde. Cabo Verde.

PNN (2019). *Protocolo de suplementação em ferro e ácido fólico, vitamina A e fortificação com vitaferro*. Ministério de Saúde. Cabo Verde.

MS (2019). *Lista Nacional de medicamentos por tipologia de estrutura de saúde -Boletim Oficial, numero 133, II serie, 20 de setembro de 2019*. Cabo Verde.

MS (2018). *Lista Nacional de medicamentos -Boletim Oficial, numero 39, I serie, 19 de Junho de 2018*. Ministério de Saúde. Cabo Verde.

MS (2018). *Relatório Estatístico do Ministério da Saúde Segurança Social*. Cabo Verde.

MS (2006). *VIH/SIDA, hepatites e outras DST Cadernos de Atenção Básica - n.º 18*. Brasília – DF. Brasil.

PNSSR (2016). *Caderno de Atenção Integral à Saúde Sexual e Reprodutiva da Mulher e da Adolescente*. Ministério de Saúde. Cabo Verde.

Uptodate (2021). *Abordagem Sepsis e Hipogonadismo masculino do Idoso*.

WHO (2020). *Package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care*. World Health Organization.

Novembro 2021