



UNIVERSIDADE LÚRIO
FACULDADE DE CIÊNCIAS DE SAÚDE

CURSO DE MEDICINA

CICLO CLÍNICO

MANUAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE VIII

SAÚDE DA MULHER
EM SAÚDE DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE

Paulo H. N. M. Pires
Médico Especialista em Medicina Familiar e Comunitária
Consultor em Clínica Geral e Medicina Familiar

druidadom@gmail.com

Marrere, Nampula, Dezembro 2017

Conteúdo

Índice de figuras, gráficos e quadros.....	3
Abreviaturas.....	4
1. Introdução à saúde da mulher em saúde da família e da comunidade.....	7
2. Epidemiologia e prevenção do cancro do colo uterino.....	9
1. Etiologia do cancro do colo do útero.....	9
2. Fatores de risco para o cancro do colo do útero.....	10
3. Epidemiologia do cancro do colo do útero.....	11
4. História natural da doença cancro do colo do útero.....	12
5. Prevenção do cancro do colo do útero.....	17
6. Controlo do cancro do colo do útero.....	28
3. Urgências de ginecologia e obstetrícia.....	39
1. Rastreio das doenças obstétricas.....	39
2. Rastreio das doenças ginecológicas.....	45
3. Urgências obstétricas.....	50
4. Urgências ginecológicas.....	61
4. Nutrição da mulher grávida.....	68
1. Necessidades nutricionais da grávida.....	68
2. Tabus nutricionais na mulher grávida.....	73
4. O contexto regional.....	74
5. Programa de saúde reprodutiva.....	77
1. Programa nacional de saúde reprodutiva.....	77
2. Planeamento familiar e educação sexual.....	79
6. Aborto.....	91
1. Aborto espontâneo.....	91
2. Interrupção voluntária de gravidez.....	91
3. Prevenção do aborto.....	92
7. Mortalidade materna.....	94
1. Causas de mortalidade materna.....	95
2. Prevenção da mortalidade materna.....	95
8. Programa de saúde materna.....	100
1. Educação para a saúde em saúde materna.....	100
2. Caderneta de saúde da mulher.....	105
9. Prevenção da transmissão vertical de VIH.....	119
1. Consulta pré-natal.....	122
2. PTV na gravidez, no parto e pós parto.....	123
10. Climatério e menopausa.....	129
1. Fisiologia do climatério.....	129
2. Implicações familiares e sócio culturais da menopausa.....	131
11. Infertilidade feminina.....	133
12. Epidemiologia e controlo das doenças otorrinolaringológicas.....	137
1. Epidemiologia e controlo dos problemas de audição.....	137
2. Rastreio das doenças otorrinolaringológicas.....	138
3. Epidemiologia e controlo da sinusite.....	144
4. Epidemiologia e controlo da rinite.....	145
13. Programa de saúde oral.....	148
14. Educação sanitária para urgências de ORL (corpos estranhos).....	152
1. Epidemiologia dos acidentes ORL em crianças.....	153
2. Prevenção dos acidentes com corpos estranhos em crianças.....	155
Bibliografia.....	157

Índice de figuras, gráficos e quadros.

	Página
Figuras	
1: história natural da doença cancro do colo do útero	13
2: anatomia do colo do útero	14
3: mudanças da histologia do colo do útero	15
4: mudanças da histologia do colo do útero na menopausa	15
5: histologia do colo do útero em estado normal	16
6: micro anatomia da displasia	17
7: significância clínica e localização de lesões acetobranças: lesões Insignificantes	27
8: significância clínica e localização de lesões acetobranças: lesões SIGNIFICANTES	28
9: passos no procedimento para LEEP	31
10: instrumentos para crio terapia	34
11: guia de contraceção (página 1)	82
12: guia de contraceção (página 2)	83
13: guia de contraceção (página 3)	84
14: guia de contraceção (página 4)	85
15: guia de contraceção (página 5)	86
16: guia de contraceção (página 6)	87
17: guia de contraceção (página 7)	88
18: guia de contraceção (página 8)	89
19: guia de contraceção (página 9)	90
20: caderneta de saúde da mulher (página 1)	105
21: caderneta de saúde da mulher (página 2)	106
22: caderneta de saúde da mulher (página 3)	107
23: caderneta de saúde da mulher (página 4)	108
24: caderneta de saúde da mulher (página 5)	109
25: caderneta de saúde da mulher (página 6)	110
26: caderneta de saúde da mulher (página 7)	111
27: caderneta de saúde da mulher (página 8)	112
28: caderneta de saúde da mulher (página 9)	113
29: caderneta de saúde da mulher (página 10)	114
30: caderneta de saúde da mulher (página 11)	115
31: caderneta de saúde da mulher (página 12)	116
32: caderneta de saúde da mulher (página 13)	117
33: caderneta de saúde da mulher (página 14)	118
34: o que é a rinite?	146
35: como prevenir a rinite?	147

Gráficos

1: mulheres grávidas vivendo com o VIH em TARV para PTV em 20 países com alta prevalência do VIH entre mulheres grávidas, 2008	122
--	-----

Quadros

1: classificação dos resultados do teste de VIA	27
2: avaliação da grávida	39
3: medicamentos e gravidez	42
4: fatores de risco para o cancro da mama	47
5: critérios para o diagnóstico clínico de DIP	62
6: tratamento recomendado para DIP aguda	62
7: avaliação nutricional da família	75
8: risco nutricional da família	75
9: educação nutricional da família	76
10: avaliação da educação nutricional da família	76
11: iniciativa maternidades modelo	98
12: calendário vacinal da mulher grávida	103
13: duração da imunidade após VAT em mulheres em idade fértil	103
14: protocolo maternidade	104
15: PTV	120
16: carga viral materna e risco de transmissão vertical do HIV1	123
17: opções atuais para PTV (OMS)	124
18: protocolo para PTV em Moçambique (2010)	126
19: critérios para o início do TARV em mulheres grávidas	126
20: causas importantes de infertilidade feminina	134
21: recomendações para a campanha de saúde oral	151
22: prevenção dos acidentes ORL	155

Abreviaturas.

CD4 – Linfócitos T CD 4.

CIS – Carcinoma *in situ*.

CS – Centro de saúde.

CPN – Consulta pré-natal.

CSP – Cuidados de saúde primários.

DIU – Dispositivo intrauterino.

DIP -Doença inflamatória pélvica.

DNA – Ácido desoxirribonucleico.

ECG – Eletrocardiograma.

EV – Endovenoso.

JEC – Junção epitelial escamosa – tubular.

HPV – Papiloma vírus humano.

IRS – Infecções respiratórias superiores.

ITS -Infecções de transmissão sexual.

IVG – Interrupção voluntária de gravidez.

LDH – Lactato desidrogenase.

MISAU – Ministério da Saúde da República de Moçambique.

OMS – Organização Mundial de Saúde.

PF – Planeamento familiar.

PTV – Prevenção da transmissão vertical do VIH.

RX – Raios X.

RAA – Reumatismo articular agudo.

SUA – Sangramento uterino anovulatório.

SSR – Saúde Sexual e Reprodutiva.

SIDA – Síndrome de imunodeficiência humana adquirida.

SNS – Serviço Nacional de Saúde.

TA – Tensão arterial.

TARV – Terapia antirretroviral.

US – Unidade de saúde.

VAT – Vacina anti – tetânica.

VIH – Vírus da imunodeficiência humana.

VIA – Visualização pelo ácido acético.

PREFÁCIO

A Universidade Lúrio celebrou o seu 10^o aniversário em 2017. Esta Universidade Pública afirma-se como expoente da formação superior nas três Províncias que constituem a região Norte de Moçambique (Cabo Delgado, Nampula e Niassa), onde a Faculdade de Ciências de Saúde lidera a consolidação da qualidade do processo de ensino – aprendizagem, necessária à formação de médicos protagonistas da mudança qualitativa da prestação de cuidados de saúde.

Procurando ultrapassar a carência de materiais de estudo e referências bibliográficas físicas e digitais, tendo em conta a natureza da cadeira de Saúde da Comunidade no Curso de Medicina e a sua exigente adaptação às condições da realidade moçambicana, a nível cultural, social e do Sistema Nacional de Saúde, torna-se importante editar um manual que oriente os estudantes no seu processo de aprendizagem. A primeira edição elaborada em 2013 foi agora atualizada e melhorada com novo conhecimento produzido na Faculdade e investigação global.

A saúde da mulher constitui o alvo central dos cuidados de saúde primários, na medida em que aquela desempenha o papel central nas famílias e nas comunidades. O médico de família, agente principal da promoção da saúde e da prevenção da doença, tem na mulher uma aliada fundamental na educação das crianças e dos adolescentes, para a melhoria dos indicadores de saúde da população.

A Universidade como centro de produção de conhecimento e dinamizadora da ecologia de saberes, é responsável pela organização dos “saberes” e “saber - fazer”, que devem ser amplamente difundidos junto de instituições públicas,

comunidades e parceiros. A partir do plano analítico da cadeira de saúde da comunidade, os textos foram recolhidos, traduzidos e reorganizados com base nas publicações descritas na bibliografia, mencionadas em nota na primeira referência à fonte. Posteriormente o texto foi avaliado pelo Conselho do Curso de Medicina e pela Comissão Científica da Faculdade de Ciências de Saúde, tendo recebido os contributos de duas especialistas médicas hospitalares, das áreas da Ginecologia - Obstetrícia e Otorrinolaringologia.

Esta publicação representa assim mais um passo no longo caminho da organização, produção e disseminação de conhecimento em Ciências de Saúde, com a chancela UniLúrio. Não consideramos este trabalho concluído, estando aberto à participação de todos os colegas interessados e tendo em conta que o conhecimento médico está em evolução constante. Os desafios da globalização à saúde dos moçambicanos impõem-nos uma atenção redobrada a novas doenças emergentes, que necessitam abordagens inovadoras e mudanças de comportamento, para melhorar de forma significativa os indicadores de saúde da população, conforme previsto nos objetivos de desenvolvimento sustentável preconizados pela Organização Mundial de Saúde.

Marrere, 20 de Dezembro de 2017

Dr. Paulo H. N. M. Pires

1. Introdução à saúde da mulher em saúde da família e da comunidade.

As mulheres constituem o grupo populacional maioritário em Moçambique e representam o elemento chave das famílias, embora sejam ainda vítimas de uma mortalidade elevada, maioritariamente provocada por causas evitáveis. A família, se educada e informada, representa o quadro indispensável para a redução da mortalidade materna.

A gravidez não é uma doença, mas em Moçambique representa uma das principais causas de mortalidade das mulheres. Isto deve-se sobretudo a uma educação deficiente, práticas sociais tradicionais inadequadas e baixa acessibilidade aos serviços de saúde. Neste contexto, o médico de família e da comunidade, representa um agente determinante na qualidade da prestação de serviços de saúde, na educação das populações e na articulação interinstitucional, com vista ao cumprimento dos objetivos de desenvolvimento sustentável, como reduzir a mortalidade materna e infantil.

A saúde da mulher está diretamente ligada à saúde dos filhos e os acidentes e doenças otorrinolaringológicas das crianças, são frequente causa de morbilidade e de recurso aos serviços de urgência do sistema nacional de saúde. A prevenção, deteção precoce e tratamento destas patologias evitam lesões a curto prazo e diminuem a sobrecarga dos serviços de saúde.

A disciplina de Saúde da Comunidade do 8º semestre, 4º ano do Curso de Medicina,⁽¹⁾ enquadra as especialidades de Ginecologia, Obstetrícia e Otorrinolaringologia lecionadas simultaneamente no ciclo clínico do Curso. Através de aulas práticas e visitas às famílias nas comunidades locais, esta

disciplina incide sobre atividades preventivas, educativas nas famílias e de referência às Unidades de Saúde (US).

Como objetivo geral pretende-se que no final do semestre o estudante seja capaz de apresentar a epidemiologia das doenças ligadas às áreas de Ginecologia, Obstetrícia e Otorrinolaringologia. Especificamente ele deverá: descrever a epidemiologia, a etiologia, os fatores de risco, a prevenção, o controle, a história natural da doença e os procedimentos de rastreio das doenças ligadas às áreas de Ginecologia, Obstetrícia e Otorrinolaringologia. Ele deve ainda indicar todos os aspectos relacionados à nutrição da mulher grávida, descrever as causas da mortalidade materna, indicar e descrever os programas de saúde relacionados à mulher, descrever o programa nacional de saúde oral, proporcionar e fazer educação da comunidade em temas relacionados às áreas de Ginecologia, Obstetrícia e Otorrinolaringologia.

2. Epidemiologia e prevenção do cancro do colo uterino.

1. Etiologia do cancro do colo do útero.

Papiloma vírus humano e o carcinoma do colo uterino.

- 99,7 % dos carcinomas do colo uterino estão diretamente relacionados com uma infeção prévia por um ou mais tipos (oncogénicos) de Papiloma vírus humano (HPV).²
- Dos mais de 50 tipos de HPV que infetam os órgãos genitais, 15 a 20 tipos estão ligados ao carcinoma do colo uterino.
- Quatro desses tipos são os mais frequentemente detetados nos casos de carcinoma do colo uterino.
- Frequentemente, as infeções pelo HPV não causam sintomas.
- Os sinais mais comuns são pequenas verrugas cor-de-rosa ou avermelhadas, prurido ou ardor na área genital.
- A progressão para carcinoma do colo uterino geralmente leva 10 a 20 anos.
- Para cada 1 milhão de mulheres infetadas:
 1. 8.000 irão desenvolver carcinoma “*in situ*” limitado às camadas externas das células cervicais (CIS).
 2. 1.600 irão desenvolver carcinoma invasivo, a menos que as lesões pré-cancerosas ou o CIS sejam detetados e tratados.

Atualmente não existe tratamento para a infeção pelo HPV. Uma vez infetada, a pessoa permanece infetada para sempre. A infeção fica geralmente dormente ao longo do tempo. Mas não é possível prever quando o vírus irá tornar-se novamente ativo.

O HPV foi identificado há vários anos como o causador de verrugas. Aproximadamente 100 tipos de papiloma vírus foram identificados, 20 tipos infetam o colo uterino, vulva, vagina, pênis, uretra e ânus. Apenas quatro tipos são frequentemente encontrados dentro das células cancerosas do colo uterino. Existem testes de presença do ácido desoxirribonucleico (DNA) do HPV, mas geralmente não estão disponíveis nos países em desenvolvimento.

Como o HPV induz ao carcinoma do colo uterino:

- O carcinoma do colo uterino é um dos melhores exemplos conhecidos sobre como o vírus pode induzir ao carcinoma.
- O HPV funciona como o agente que desencadeia a multiplicação celular anárquica.
- Ao longo do tempo, as células desenvolvem mudanças permanentes no seu DNA e transformam-se em células cancerosas.

2. Fatores de risco para o cancro do colo do útero.

VIH / SIDA, infeção pelo HPV e carcinoma do colo uterino.

- Estimava-se que em 2006 existiam 39,5 milhões de pessoas vivendo com VIH, quase metade sendo adultos.
- O contacto heterossexual é a principal via de transmissão do VIH nos novos casos.
- Nas mulheres infetadas pelo VIH:
 1. O HPV é detetado com maior frequência e tende a resolver-se mais lentamente.
 2. O HPV associado a doenças é mais difícil de tratar.
 3. A progressão pré-carcinoma é acelerada.
- O rastreio do carcinoma do colo uterino é importante nesta população:

1. Onde o VIH é endémico, 15 – 20 % de mulheres são positivas para lesão pré-cancerosa.
2. O carcinoma das células escamosas atualmente é definição de doença relacionada com SIDA .
3. Medicamentos antirretrovirais melhoram a qualidade de vida; o efeito na progressão para a lesão pré-cancerosa não é conhecido.

Fatores de risco associados com o desenvolvimento do cancro do colo uterino:

- Início da atividade sexual em idade jovem (idade < 20 anos).
- Múltiplos parceiros sexuais.
- História ou presença de infeções de transmissão sexual (ITS).
- Mãe ou irmã com cancro do colo uterino.
- Teste de Papanicolau prévio anormal.
- Fumadora (tabagismo).
- Imunodepressão:
 - VIH / SIDA.
 - Uso crónico de corticosteroides (asma, lúpus).

As mulheres que têm um resultado anormal do teste de Papanicolau, geralmente não recebem tratamento imediato porque :

- há longas demoras na leitura e divulgação dos resultados;
- é difícil localizar a doente assim que o resultado do teste estiver disponível;
- o custo do tratamento não é acessível para muitas mulheres, mesmo quando é usado um procedimento em ambulatório;
- há falta de equipamento e de profissionais de saúde treinados para usá-lo.

3. Epidemiologia do cancro do colo do útero.

- Terceiro tipo de carcinoma mais comum nas mulheres.
- Afeta 1,4 milhões de mulheres no mundo inteiro.

- Em cada ano ocorrem 460.000 novos casos.
- Cada ano 231.000 mulheres morrem da doença.
- Cerca de 80 % de novos casos ocorrem nos países em desenvolvimento.

A incidência desta neoplasia diminui em populações em que a circuncisão masculina é generalizada.

4. História natural da doença cancro do colo do útero.

Uma clara compreensão da história natural do carcinoma do colo uterino é a chave para a planificação e implementação racional, custo - eficaz de um programa de prevenção.

Depois de uma mulher ficar infetada com o HPV:

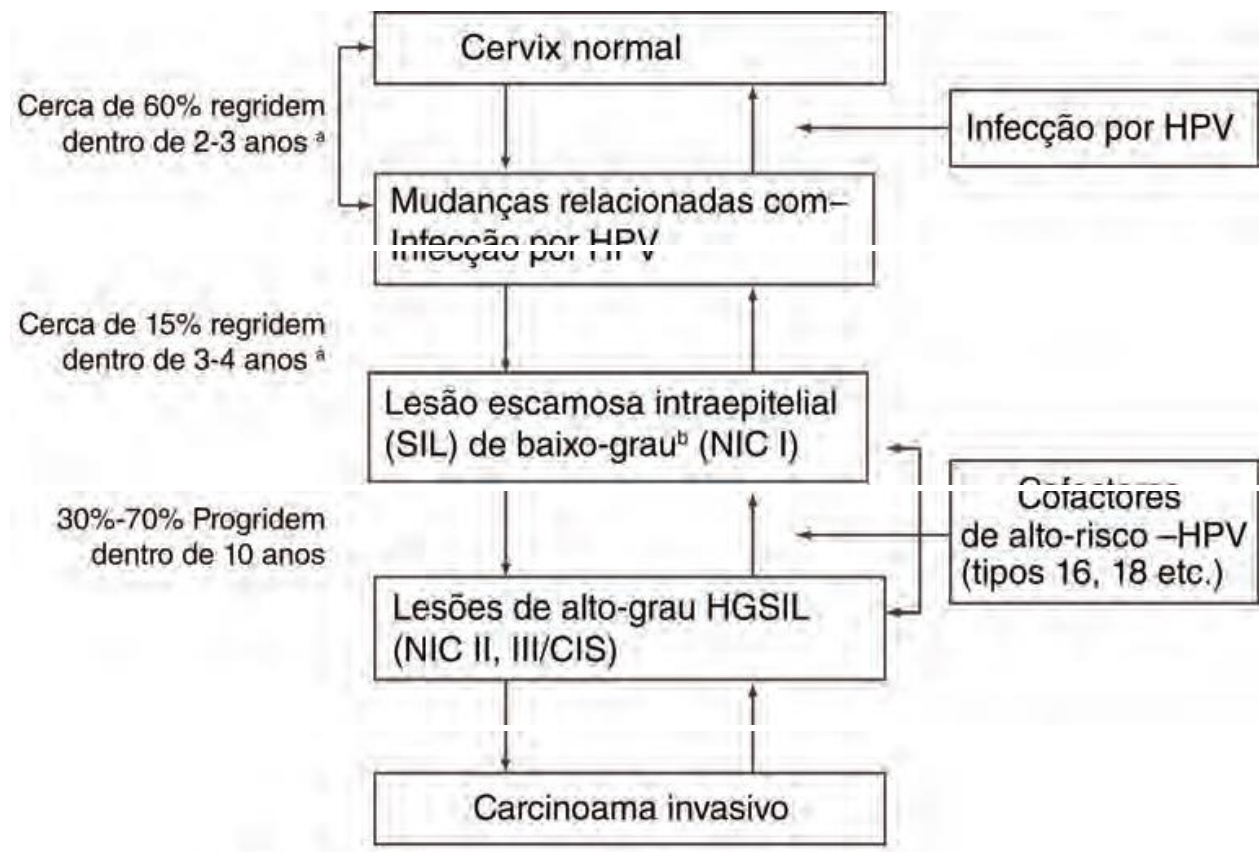
- A infeção pode permanecer localmente estável.
- Pode regredir espontaneamente.
- Se o colo uterino ficar afetado, pode desenvolver lesões escamosas intra-epiteliais de baixo grau (LGSIL), também chamadas de neoplasia intra-epitelial cervical moderada (NIC I) ou displasia inicial.

Para cada 1 milhão de mulheres infetadas:

- 10 % (cerca de 100.000) irão desenvolver alterações pré cancerosas no seu tecido cervical.
- Estas alterações são observadas mais frequentemente em mulheres com idades entre 30 a 40 anos.
- Cerca de 8 % destas mulheres irão desenvolver um pré-carcinoma limitado às camadas superficiais das células cervicais (carcinoma *in situ* [CIS]) .
- Cerca de 1,6 % irão desenvolver cancro invasivo a menos que seja detetada e tratada.

A progressão para o carcinoma do colo uterino a partir das lesões escamosas intraepiteliais de alto grau (HGSIL) geralmente ocorre durante um período de 10 a 20 anos. Embora sejam raras, algumas lesões pré cancerosas tornam-se cancerosas dentro de um ou dois anos.

Figura 1: história natural da doença cancro do colo do útero.



Considerações chave para locais com recursos limitados.

- A história natural desta doença, sugere que o rastreio deve inicialmente focalizar as mulheres em grande risco de displasia de alto grau – mulheres nos seus 30 a 40 anos.
- Embora o carcinoma do colo uterino geralmente se desenvolva em mulheres depois dos 40 anos, a displasia de alto grau é com frequência detetada até 10 anos ou mais antes do desenvolvimento do carcinoma.

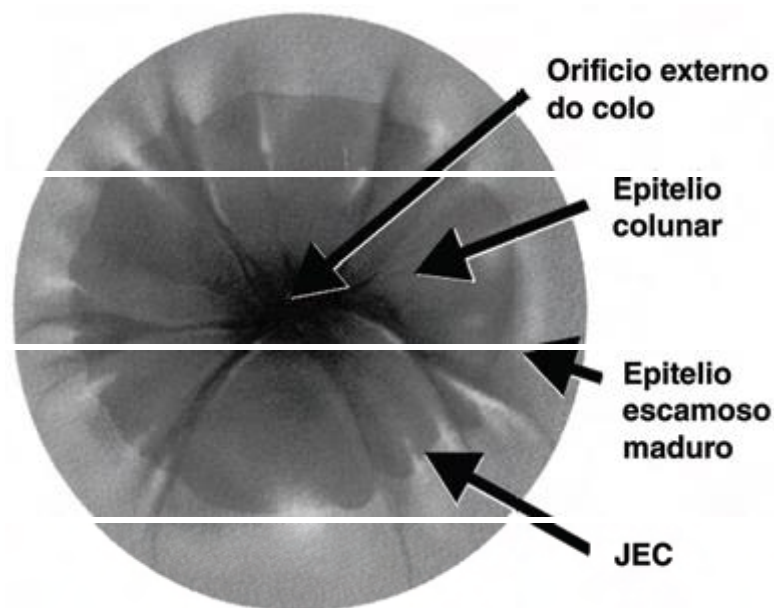
Anatomia e fisiologia do colo uterino normal.

- As mudanças **pré cancerosas** quase sempre desenvolvem-se na zona T e particularmente sobre ou próximo da junção escamosa – tubular (JEC).
- O rastreio das lesões **pré cancerosas** deve focalizar a zona T e JEC porque é onde ocorrerão as lesões mais graves.

Mudanças na Zona T relacionadas com a idade: puberdade.

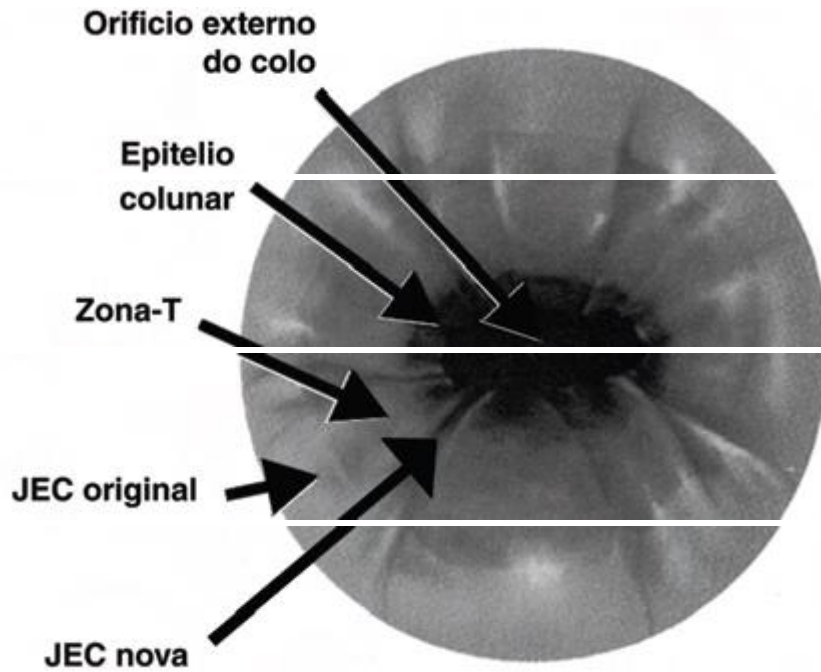
Células colunares (aspecto avermelhado) são gradualmente substituídas por células escamosas (aspecto rosa). Este é um processo lento, e continua ao longo dos anos reprodutivos.

Figura 2: anatomia do colo do útero.



Quando a mulher se torna sexualmente ativa na idade jovem (< 20 anos), mais tipos de células vulneráveis estão expostas e por isso ela tem maior probabilidade de se infectar com o vírus HPV.

Figura 3: mudanças da histologia do colo do útero.

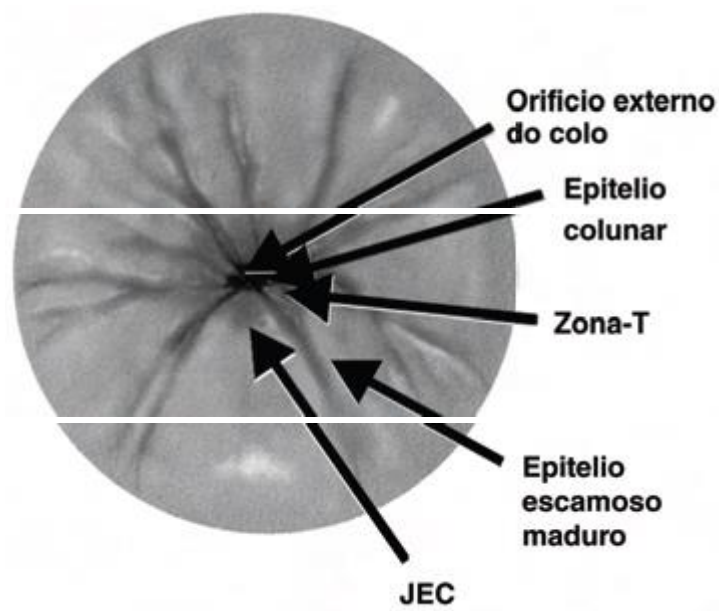


Mudanças na Zona - T relacionadas com a idade : menopausa.

Células escamosas maduras cobrem quase toda a face do colo uterino.

Geralmente não existe área de células colunares visível.

Figura 4: mudanças da histologia do colo do útero na menopausa.



Importância destas mudanças na prevenção do cancro do colo uterino.

- Nos primeiros anos depois da puberdade, as células dentro da zona T e particularmente as células da JEC, são mais vulneráveis às mudanças relacionadas com o cancro induzidas por certos tipos de HPV e outros co fatores.
- O uso do preservativo ajuda a proteger estas células delicadas, mas o adiamento do início das relações sexuais fornece maior proteção.

O ectocervix do colo uterino normal é coberto por epitélio escamoso.

Figura 5: histologia do colo do útero em estado normal.

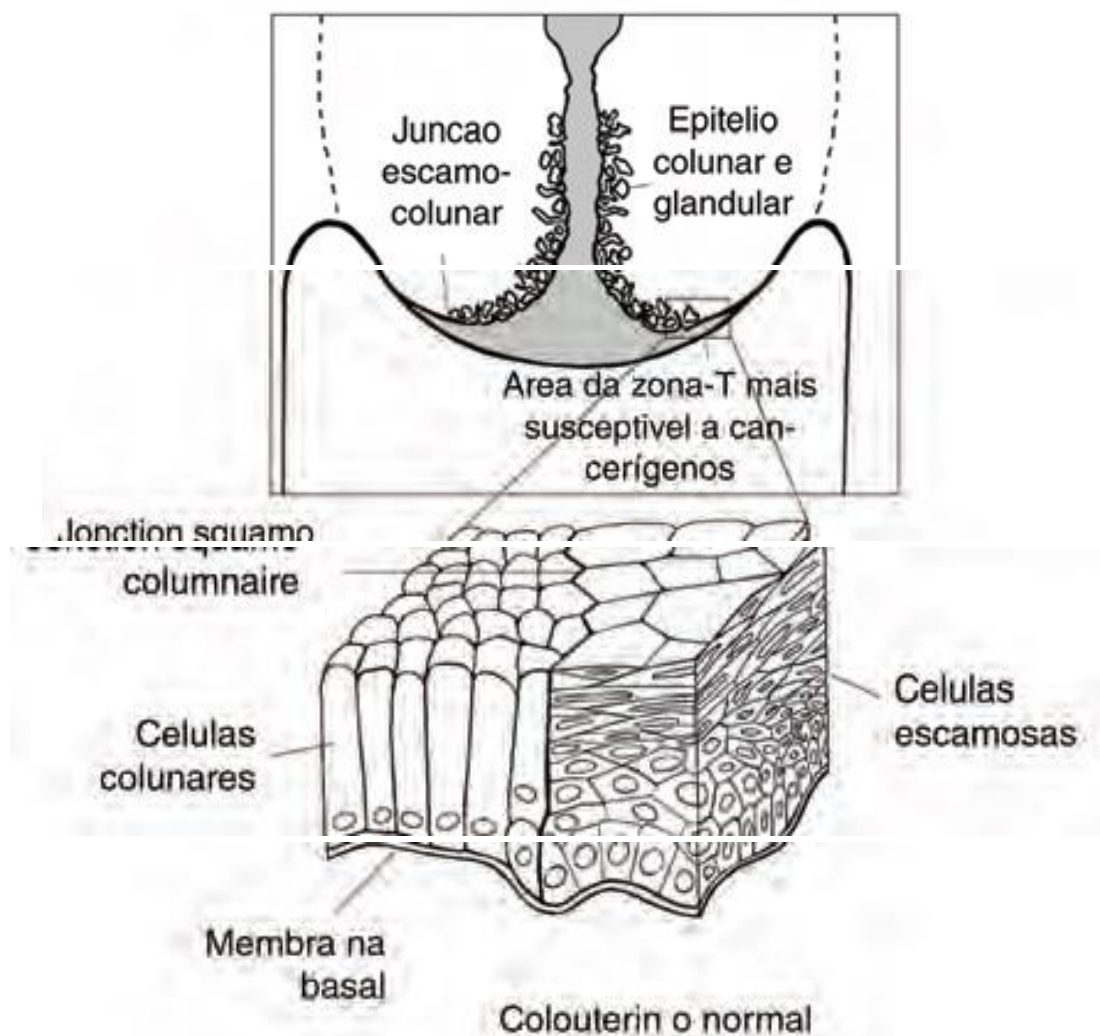
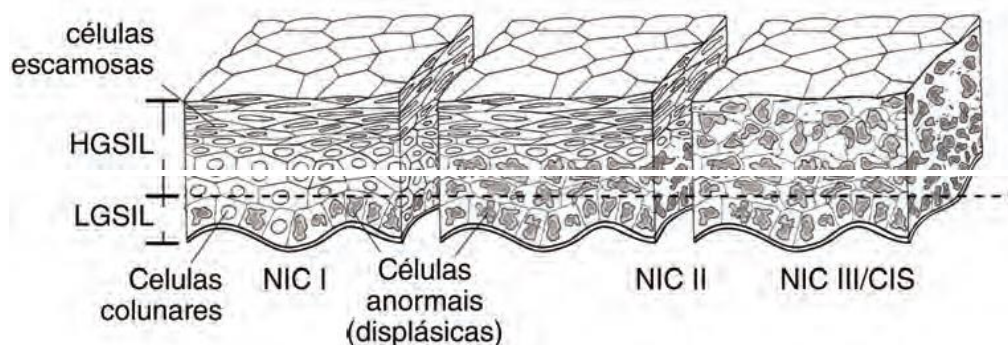


Figura 6: micro anatomia da displasia.



5. Prevenção do cancro do colo do útero.

As mulheres necessitam de informação precisa e clara sobre a prevenção do cancro do colo uterino, testagem e tratamento. O aconselhamento permite as mulheres tomarem uma decisão informada sobre a necessidade de rastreio e tratamento (se indicado).

Pontos importantes para abordar no aconselhamento:

- O que é e onde se localiza o colo uterino.
- O que é o carcinoma do colo uterino e como é detetado.
- Quais são as causas do carcinoma do colo uterino e os fatores de risco para o seu desenvolvimento.
- O que pode ser feito para prevenir o carcinoma do colo uterino.
- Uma breve descrição do teste.

Direitos da utente.

- Direito à Informação.
 - Resultados do teste.
 - Horário e duração do tratamento, se indicado.
 - Procedimento a ser usado, bem como os riscos e benefícios.

- Seu consentimento para o tratamento.
- Necessidade de referência a outra unidade sanitária, se indicado.
- Direito à discussão.
 - A mulher deve sentir-se segura e confiante para discutir abertamente a sua condição e preocupações.
 - Todos os procedimentos devem ser discutidos antes da sua execução.
- Direito à confidencialidade.
 - Toda informação da utente deve ser tratada com sigilo (exceto em caso de emergência).
 - O pessoal de saúde que não esteja diretamente envolvido no cuidado da mulher, não deve ter acesso aos registos.
 - O desejo da mulher sobre a partilha ou não da informação com o seu esposo / parceiro deve ser respeitado.
- Direito à privacidade.
 - Use uma área de aconselhamento separada para incentivar uma comunicação aberta.
 - Coloque cortinas á volta da área de tratamento.
 - Use panos / lençóis para cobrir a mulher durante os exames e procedimentos.
 - Limitar o número de pessoas na área / sala de exame da utente.
- Direito de expressar o seu ponto de vista / opinião.
 - As opiniões e sugestões da utente para a melhoria dos serviços recebidos são importantes para assegurar a qualidade dos cuidados.
 - As mulheres devem ser regularmente entrevistadas sobre a qualidade dos serviços recebidos.

Ser um bom conselheiro implica:

- Incentivar a máxima participação da mulher.
- Fornecer informação, facilitar e solucionar problemas.

- Não prescrever a solução.
- Ajudar a mulher a revelar a sua opinião ao contrário de fazer suposições.
- Determinar as suas preocupações.
- Escutar e incentivar a mulher a apresentar as suas preocupações.
- Usar a comunicação não verbal de apoio.
- Responder diretamente às suas perguntas.
- Manter a mensagem simples.
- Usar palavras que a mulher vai compreender.
- Dar à mulher informação escrita (se estiver disponível e se for adequado).
- Pedir à mulher para repetir os pontos principais

Aconselhamento é um processo contínuo:

- Antes de VIA.
- Durante a VIA.
- Depois de VIA.
- Antes da crio terapia.
- Durante a crio terapia.
- Depois da crio terapia.

Aconselhamento antes do Teste de VIA

A uma mulher que estiver interessada a ser submetida ao teste de VIA, deve ser dada a seguinte informação:

- A natureza do carcinoma do colo uterino e as consequências de uma infeção pelo HPV.
- Os fatores de risco para a doença.
- A função e a importância do teste de VIA.
- As consequências de não fazer o teste.
- As opções de tratamento, caso o resultado do teste de VIA seja anormal.

A prevenção da infecção pelo HPV irá prevenir o carcinoma do colo uterino. Não há evidência conclusiva de que o uso do preservativo (e outras formas de sexo seguro) reduz o risco de infecção pelo HPV (de forma diferente das outras ITS), contudo, pode oferecer alguma proteção contra as doenças associadas ao HPV. O HPV vive nas células da pele que cobre a área púbica bem como dentro das células da vagina, colo uterino, uretra e ânus.

Prevenção primária: desenvolvimento de uma vacina.

- A vacina seria a forma mais eficaz de prevenir o carcinoma do colo uterino.³
- A vacina protegeria a mulher contra apenas alguns tipos de HPV.
- A vacina precisaria de conter uma mistura de tipos de vírus.
- Pelo menos dois tipos de vacinas estão atualmente em uso e a ser testados.
- A vacina está disponível, contudo ainda não é acessível a muitos países com recursos limitados devido ao elevado custo.
- A prevenção deve portanto focalizar em mudanças de práticas sexuais e outros comportamentos que aumentam o risco de infecção.
- O aconselhamento para a redução do risco deve ser incorporado em todos os níveis do sistema de cuidados de saúde.

Prevenção secundária.

- As mulheres que já estão infetadas pelo HPV devem ser rastreadas para identificar lesões pré-cancerosas precoces e facilmente tratáveis.
- O teste Papanicolau (Pap teste) é um método bastante eficaz de rastreio.
- Outros métodos de rastreio são:
 - O rastreio visual.
 - Os testes de HPV.
 - O rastreio citológico automatizado.
- O teste Papanicolau, com os seus muitos passos (até o laboratório de anatomia patológica), é problemático nos países com recursos limitados.

Rastreio: inspeção visual com ácido acético (VIA).

- A inspeção visual do colo do útero usando o ácido acético (VIA) é tão eficaz quanto o Teste de Papanicolau na deteção da doença.
- A VIA tem poucos constrangimentos técnicos ou logísticos.
- Vários estudos realizados na África do Sul, Índia e Zimbábwe, desde 1990, mostraram que a VIA é uma boa alternativa ao teste de Papanicolau.
- Estudos posteriores confirmaram que a VIA é uma opção viável para locais com recursos limitados.

Valor da VIA nos locais com recursos limitados:

- Pode identificar de forma eficaz a maioria das lesões pré cancerosas.
- Não é invasiva, é fácil de executar, tem um baixo custo.
- Pode ser executada por trabalhadores de saúde de todos os níveis e em quase todas as unidades de saúde (US).
- Oferece resultados imediatos que podem ser usados para tomada de decisão informada e ações em relação ao tratamento.
- Requer materiais e equipamento prontamente disponível localmente.

VIA pode ser feito:

- A qualquer momento do ciclo menstrual.
- Durante a gravidez.
- Na consulta pós-parto ou pós-aborto.
- Em mulher com suspeita ou diagnóstico de ITS ou VIH.

Avaliação da utente.

Recolha a história de saúde reprodutiva incluindo:

- História menstrual.
- Padrão de sangramento.

- Paridade.
- Idade na primeira relação sexual.
- Uso de método contraceptivo.
- Fatores de risco para o carcinoma do colo uterino.

Realize um exame geral incluindo:

- Vulva.
- Vagina.
- Colo uterino.
- Exame bimanual.
- Exame reto vaginal (se indicado).

Exame Pélvico.

- O exame pélvico inclui:
 - Exame do abdómen e da virilha.
 - Inspeção dos genitais externos.
 - Exame especular e bimanual.
 - Exame reto vaginal, se necessário.
- Verificar o hipogastro:
 - Cicatrizes.
 - Sensibilidade ou defesa.
 - Massas.
 - Outras anormalidades.
- Verificar a região inguinal para:
 - Sensibilidades.
 - Gânglios linfáticos aumentados.
 - Feridas abertas e sinais de ITS.
 - Outras anormalidades.
- Examinar os lábios, clítoris e área perineal para detetar:
 - Lesões e cicatrizes.

- Verrugas (Condiloma accuminata).
- Lêndeas ou piolho púbicos.
- Aumento da sensibilidade, edema e corrimento.
- Outras anormalidades.
- Observe a vagina e o colo uterino para:
 - Corrimento.
 - Fissuras.
 - Úlceras.
 - Lesões.
 - Outras anormalidades.
 - Colher amostra para estudos diagnósticos.
 - Verificar condições que requerem cuidados ou avalie a eficácia do tratamento.
- Exame bimanual:
 - Determine o tamanho, forma, posição, consistência e mobilidade do útero.
 - Verificar a existência de:
 - Gravidez.
 - Sensibilidade e anormalidades uterina.
 - Avalie a sensibilidade e aumento dos anexos.
- Exame reto vaginal:
 - Realize o exame reto vaginal apenas se indicado:
 - Resultados do exame bimanual confusos.
 - Necessidade de informação adicional.
 - Verificar os resultados do exame bimanual, por exemplo;
 - Determinar a posição ou tamanho do útero.
 - Verificar massas e sensibilidade da parte posterior do útero.

Prevenção da infecção durante o exame pélvico.

- Aplicar consistentemente as práticas de PI:
 - Lave e seque as mãos antes e depois do exame.
 - Use luvas novas ou luvas cirúrgicas DAN.
 - Use corretamente os instrumentos processados.
 - Descarte de lixo contaminado apropriado.

Regras para a realização do exame pélvico.

- Ser sensível à mulher dando-lhe a oportunidade para ela expressar quaisquer preocupações antes e durante o exame.
- Respeitar sempre o sentimento de privacidade.
- Falar em voz calma, relaxada e encorajar a mulher a fazer perguntas.
- Se a mulher estiver ansiosa, assegurar que você fará o seu melhor para tornar o exame confortável.
- Não apressar o exame.
- Discutir o que irá fazer em cada passo.

Instrumentos e materiais necessários na US para realizar VIA:

- Marquesa.
- Fonte de luz.
- Espéculo Bi valvular (Cusco ou Graves).
- Tabuleiro ou recipiente para instrumentos.

Inspeção visual com ácido acético (VIA)— procedimento geral.

- Exame especular realizado.
- Colo uterino limpo para remover corrimento.
- Ácido acético diluído aplicado no colo uterino.
- Depois de um minuto, o colo uterino é inspecionado para detectar qualquer alteração aceto branca.

- Resultados do teste discutidos com a mulher.
- Tratamento oferecido, se apropriado.

VIA — Passo a passo.

Passo 1.

- Inspeccionar a genitália externa e verificar a permeabilidade da uretra para a excreção.
 - Palpar as glândulas de Skene e de Bartholin para verificar a consistência.
 - Informar a mulher que o espéculo está prestes a ser introduzido e que poderá sentir alguma pressão.

Passo 2.

- Suavemente inserir todo o espéculo ou até sentir alguma resistência, e lentamente abrir as lâminas para visualizar o colo uterino.
 - Ajustar o espéculo para permitir a observação de **todo o colo uterino**.

Passo 3.

- Quando o colo uterino for visualizado na sua totalidade, fixar as lamina do especulo na posição aberta de forma que permaneça em posição com o colo uterino a vista.

Passo 4.

- Mover a fonte de luz de modo a visualizar claramente o colo uterino.

Passo 5.

- Observar o colo uterino e verificar evidência de infecção, como corrimento purulento, esbranquiçado, ectopia, tumor / massa ou quisto, úlcera ou lesão.

Passo 6.

- Usar uma zaragatoa de algodão limpa para remover do colo uterino qualquer corrimento, sangue ou muco.

Passo 7.

- Identifique o orifício endocervical e o JEC e a área ao seu redor.

Passo 8.

- Mergulhar a zaragatoa de algodão limpa numa solução diluída de ácido acético e aplicar ao colo uterino.

Passo 9.

- Uma vez que o colo uterino tenha sido lavado com a solução de ácido acético, aguardar um minuto para que seja absorvido e observar as possíveis alterações aceto brancas.

Passo 10.

- Verificar se o colo uterino sangra facilmente.
- Procurar quaisquer placas esbranquiçadas, grossas e elevadas.

Passo 11.

- De acordo com a necessidade, reaplicar o ácido acético ou pincelar o colo uterino com uma zaragatoa de algodão limpa para remover qualquer muco, sangue ou secreções produzidas durante a inspeção e que podem obscurecer a visão.

Passo 12.

- Uma vez completada a inspeção do colo uterino, usar uma zaragatoa de algodão fresco para remover do colo uterino e da vagina qualquer resto de ácido acético.

Passo 13.

- Suavemente retirar o espéculo:
 - Se o teste de VIA é negativo, coloque o espéculo em solução de cloreto de sódio a 0,5 % durante 10 minutos para descontaminação.
 - Se o teste de VIA é positivo e a mulher optar pelo tratamento, colocar o espéculo num tabuleiro ou recipiente DAN para que seja usado durante a crioterapia.

Passo 14 .

- Fazer um exame bimanual e exame retovaginal (se indicado). Verificar:
 - Mobilidade e consistência do colo uterino.

- Gravidez.
- Anormalidade uterina.
- Consistência e aumento dos anexos.

Quadro 1: classificação dos resultados do teste de VIA.

CLASSIFICAÇÃO DE VIA	ACHADOS CLÍNICOS
Teste-positivo	Placas grossas e elevadas ou epitélio aceto-branco, normalmente próximo a JEC
Teste-negativo	Macio, rosa, uniforme e sem traços característicos; ectropio, pólipos, cervicite, inflamação, quistos de Naboth
Carcinoma	Lesão crescente tipo couve-flor ou úlcera; massa fúngica

Figura 7: significância clínica e localização de lesões aceto brancas: lesões insignificantes.



Figura 8: significância clínica e localização de lesões aceto brancas: lesões SIGNIFICANTES



Area acetobranca grossa, bem definida, tipo leucoplasia, aparentando estar muito proxima a JEC, junto ao ectocervice ou endocervice ou ambos

6. Controlo do cancro do colo do útero.

Tratamento.

- A testagem deve ser ligada ao tratamento apropriado de quaisquer lesões pré cancerosas detetadas.
- As lesões de alto grau (CIN II–III) devem ser tratadas porque são mais prováveis de progredir para o carcinoma do que as lesões de baixo grau (CIN I).
- A maioria das lesões CIN I regridem espontaneamente e não progridem para carcinoma.
- Quando a confirmação ou seguimento cuidadoso não são possíveis, é aconselhável o tratamento de lesões aceto brancas.

Fatores que afetam a escolha do tratamento:

- Efeito sobre a fertilidade.
- Seguro na gravidez.
- Eficácia do método.
- Segurança e potenciais efeitos colaterais reduzidos.
- Quem é credenciado para providenciar o tratamento e que treino necessita.

- O tamanho, extensão, gravidade e local da lesão.
- Equipamento e materiais necessários.
- Disponibilidade do método.
- Custo ou acessibilidade do método.

Abordagem da doença pré cancerosa do colo uterino em visita única:

- Versão modificada da abordagem de “rastrear e tratar”.
- Liga VIA com o tratamento usando a crio terapia.
- Mulheres com resultado de VIA positivo e com indicação de crio terapia é-lhes oferecido o tratamento.

Vantagens e desvantagens da abordagem de “Única Visita”:

- Vantagens
 - Reduz o número de mulheres que se perdem no seguimento.
 - Pode ser realizada no nível dos cuidados de saúde primários.
- Desvantagens:
 - A VIA tem uma taxa considerável de falsos positivos.
 - A proporção de mulheres que são VIA positivo e não tem lesões pré cancerosas.

Tratamento de mulheres com doença não confirmada:

- O valor preditivo positivo do teste de VIA varia entre 10 % e 35 %.
- Usando uma única visita, entre 6,5 a 9 em cada 10 mulheres, com o resultado do teste de VIA positivo, não têm uma lesão de alto risco e ser-lhes-ia oferecido o tratamento imediato.
- Devido à baixa morbidade associada à crio terapia, o tratamento com crio terapia de todas as mulheres pode ser custo – benefício eficaz por prevenir a progressão da doença para o carcinoma do colo uterino.

- A crio terapia tem o potencial de reduzir significativamente a probabilidade de desenvolver lesões pré cancerosas ou carcinoma.

Para muitos países com recursos limitados, a crio terapia apenas ou em combinação com LEEP (oferecida no centro de referência) é a melhor opção para o tratamento ambulatorio em mulheres com lesões cervicais pré-cancerosas.

Procedimentos em tratamento ambulatorio.

- Crio terapia.
- Procedimento de excisão electro cirúrgica com alça / loop (LEEP).
- Electro cauterização.
- As diferenças na eficácia, persistência, recorrência e complicações não são estatisticamente significativas.
- O principal fator associado à falência em todos os métodos é o tamanho da lesão; e outros fatores incluem:
 - Idade superior a 30 anos.
 - Teste HPV positivo (tipos 16 e 18).
 - Tratamento prévio para neoplasia intra epitelial do colo (CIN).

Crio terapia envolve “congelamento” do colo usando um refrigerador :

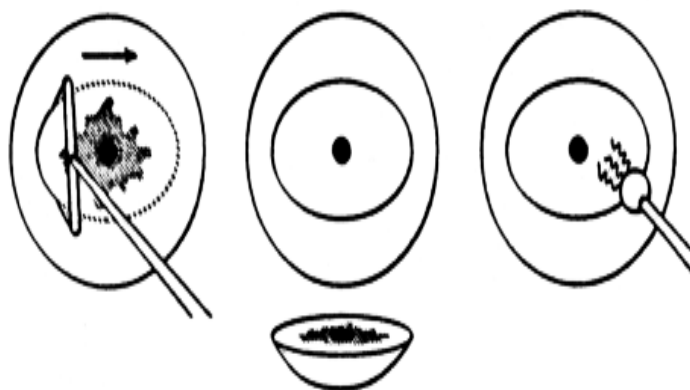
- O refrigerador é aplicado ao colo durante 3 minutos.
- Deixa-se o colo descongelar durante 5 minutos.
- O refrigerador volta a ser aplicado por outros 3 a 5 minutos.
- Eficácia:
 - A técnica de “Dupla congelamento” é 10 % mais eficaz do que a técnica de congelamento única na cura da NIC.
 - Numerosos estudos confirmam a eficácia e segurança da crio terapia.

- A taxa de cura é de 85 – 95 % em lesões de tamanho pequeno a moderado.
- Vantagens incluem:
 - Baixo custo.
 - Equipamento simples de usar.
 - Procedimento fácil de aprender.
 - Não requer anestesia local ou eletricidade.
 - Poucas complicações / efeitos colaterais.
- Desvantagens incluem:
 - Baixa taxa de sucesso em lesões grandes.
 - Não se obtém amostra de tecido para histologia.
 - Requer fornecimento regular do líquido refrigerador.

LEEP envolve cauterização do colo usando um elétrodo:

- Corrente elétrica de alta frequência e baixa voltagem num elétrodo loop / alça de arame fino.
- O elétrodo é passado lentamente pelo colo uterino.
- A área de alinhamento do colo uterino é então cauterizada usando um elétrodo tipo bola.

Figura 9: passos no procedimento para LEEP.



- Eficácia:
 - A diferença nas taxas de cura de crio terapia e LEEP não é estatisticamente significativa.
 - Taxa de cura de 80 – 96 % em lesões de todos os tamanhos.
 - Poucos grandes estudos documentam taxas de sucesso, além de um ano.
- Vantagens incluem:
 - Fornece amostra de tecido para histologia.
 - Poucas complicações / efeitos colaterais.
- Desvantagens incluem:
 - Requer anestesia local (bloqueio para cervical) e eletricidade.
 - Equipamento caro.

Electro cauterização.

- Electro cauterização envolve transferência passiva de calor de uma sonda quente para o tecido do colo uterino.
- Recentes inovações / melhoramentos na unidade de electro cauterização tornaram a técnica mais confortável.
- Eficácia:
 - A diferença nas taxas de cura de crio terapia e eletro cauterização não é estatisticamente significativa.
 - Taxa de cura de 90 % em lesões moderadas.
 - Eficácia avaliada há relativamente pouco tempo.
- Vantagens incluem:
 - Baixo custo.
 - Poucas complicações e efeitos colaterais.
- Desvantagens incluem:
 - Taxa de sucesso variável em lesões grandes e severas.
 - Não fornece amostra de tecido para histologia.
 - Requer anestesia local e eletricidade.

- Equipamento não está amplamente disponível.

Ligação com outros serviços de saúde reprodutiva:

- As ligações dos serviços de rastreio e de tratamento do carcinoma do colo uterino com outros serviços de saúde reprodutiva são essenciais e lógicas.
- Estes serviços são completamente separados, deixando as mulheres sem acesso aos cuidados de saúde reprodutiva e contribuindo para o enfraquecimento do estado de saúde das mulheres.
- A integração da prevenção do carcinoma do colo uterino deve ser implementada com os serviços de saúde sexual e reprodutiva existentes.
- A implementação de intervenções baseadas no distrito irá assegurar a disponibilidade dos serviços de saúde o mais próximo do local onde as pessoas vivem.
- Enfermeiras ou parteiras que trabalham na comunidade geralmente são as melhores pessoas para oferecerem cuidados baseados na família, integrados, apropriados, seguros e custo eficazes.

Aconselhamento antes da crio terapia.

Todas mulheres têm o direito de decidir livremente:

- Explicar com detalhe: o procedimento, os seus riscos e benefícios.
- Incentivar a mulher a fazer perguntas.
- Perguntar à mulher se concorda com o tratamento.

Mulheres com teste de VIA positivo são elegíveis a crio terapia se:

- A lesão:
 - Não é suspeita de carcinoma.
 - Ocupa menos que 75 % do colo uterino.
 - Não se estende para as paredes da vagina.
 - Estende-se para menos de 2 mm fora do diâmetro da sonda de crio terapia.
- A mulher:

- Não está grávida ou tem gravidez < 20 semanas.
- Recebeu aconselhamento adequado para tomar uma decisão informada.
- Deu consentimento.

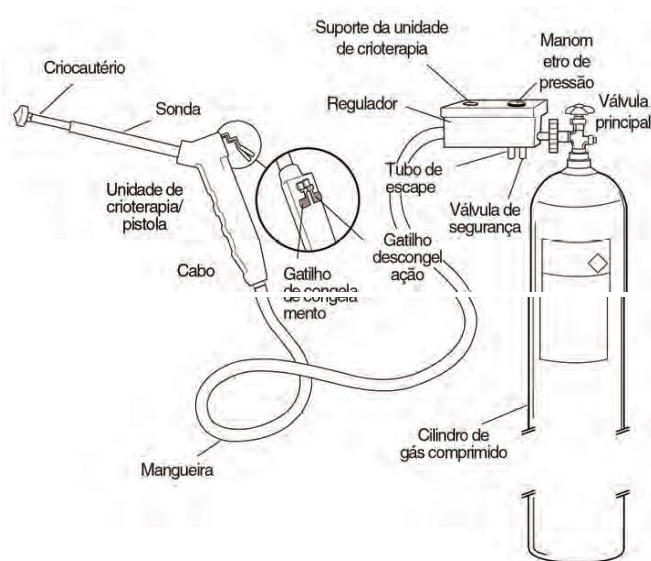
Mulheres com teste de VIA positivo devem ser referidas a uma US apropriada e / ou receber aconselhamento adicional:

- Se quaisquer das condições listadas não são preenchidas.
- A mulher requer teste adicional.
- A mulher requer tratamento com o outro método.

Instrumentos e equipamento para a crio terapia:

- Marquesa.
- Fonte de luz.
- Espéculo bivalvular.
- Tabuleiro ou recipiente para instrumentos.
- Unidade de crio terapia.
- Gás comprimido de dióxido de carbono ou óxido nítrico.

Figura 10: instrumentos para crio terapia.



Materiais necessários para executar a crio terapia :

- Zaragatoa (swab) de algodão.
- Luvas de exame novas ou luvas cirúrgicas submetidas à DAN.
- Espátula de madeira nova.
- Ácido acético diluído (3 – 5 %) , (pode ser usado vinagre branco).
- Solução de cloreto de sódio a 0,5 %.
- Uma ficha de registo.

Procedimento de crio terapia.

Passo 1.

- Explicar à mulher que o espelho está prestes a ser inserido e que sentirá alguma pressão.

Passo 2.

- Suavemente inserir o espelho completamente ou até sentir uma resistência e abrir lentamente as lâminas para visualizar o colo uterino:
 - Ajustar a fonte de luz e o espelho de forma a visualizar o colo na sua totalidade.

Passo 3.

- Quando visualizar o colo na sua totalidade, fixar as lâminas do espelho na posição aberta de forma que continuem firmes no local com o colo à vista.

Passo 4.

- Mover a fonte de luz de forma a visualizar claramente o colo.

Passo 5.

- Usar a zaragatoa de algodão para remover qualquer corrimento, sangue ou muco do colo:
 - Localizar o orifício externo do colo, a JEC e o local e tamanho da lesão.
 - Se necessário, aplicar ácido acético de forma que a lesão se torne visível.

Passo 6.

- Apontar a sonda para o teto. Apertar o gatilho de congelamento por um segundo e depois o gatilho de descongelação também por um segundo para soprar o gás pelo tubo de metal fino.

Passo 7.

- Encaixar o crio cautério com as mangas sobre a ponta da sonda. Apertar só com as mãos.

Passo 8.

- Aplicar o crio cautério ao colo do útero, assegurando que o bico está centrado e colocado de modo quadrangular sobre o orifício externo – endocervix:
 - Não é necessário prender o colo com uma pinça ou tenáculo.
 - Assegurar que as paredes laterais da vagina não estão em contacto com o crio cautério.

Passo 9.

- Segure a pistola de crioterapia perpendicularmente ao plano do colo uterino:
 - Ligue o cronómetro.
 - Aperte o gatilho de congelamento para começar o processo de congelamento.
 - Assegure a aplicação de pressão sobre o colo.
 - Observe como a bola de gelo se desenvolve no crio cautério e a sua volta.

Passo 10.

- Use a técnica de “congelar – descongelar - congelar”.
 - Depois de 15 segundos, aperte o gatilho de descongelação não mais do que um segundo. Imediatamente aperte novamente o gatilho de congelamento.
 - Aperte o gatilho de descongelação a cada 15 segundos durante os três minutos de congelamento.

Passo 11.

- Depois de 3 minutos de congelamento, o crio cautério será ligado ao colo uterino pela bola de gelo:
 - Não puxar o crio cautério para fora.
 - Esperar que descongele e se separe do colo.

Passo 12.

- Aguarde cinco minutos e repita o procedimento de congelamento:
 - Aumentar o tempo de congelação até cinco minutos, se a bola de gelo não for 4 mm para além das extremidades laterais da sonda.

Passo 13.

- No fim do procedimento inspecionar o colo cuidadosamente para assegurar que uma “bola de gelo” dura, branca e completamente congelada está presente. Se não, repita o procedimento aplicando mais pressão sobre o colo uterino.

Passo 14.

- Fechar a válvula principal do cilindro.

Passo 15.

- Inspecionar o colo para possível hemorragia: Se estiver a sangrar, aplicar pressão sobre a área uma zaragatoa de algodão limpo.

Passo 16.

- Remover o especulo e colocar numa solução de cloro a 0,5 % durante 10 minutos para a descontaminação .

Efeitos colaterais da crio terapia:

- Cólica.
- Corrimento vaginal (profuso, aquoso).
- Manchas / sangramento ligeiro.

Aconselhamento após a crio terapia:

- Aconselhe a mulher sobre os cuidados a ter em casa, incluindo o que esperar durante o período de recuperação.
- Condições que podem requerer deslocação à clínica (sinais de perigo) :
 - Febre por mais de dois dias.
 - Dores intensas no baixo-ventre.
 - Sangramento por mais de dois dias e mais intenso do que nos seus dias de sangramento menstrual intenso.
 - Sangramento com coágulos.
- Abster-se das relações sexuais durante quatro semanas mais uso do preservativo durante dois meses, se necessário.
- Quando é que ela deve regressar para a próxima visita (marque a consulta de seguimento para dentro de um ano para repetir o teste de VIA).

3. Urgências de ginecologia e obstetrícia.

1. Rastreio das doenças obstétricas.

Os problemas obstétricos constituem a principal causa de mortalidade materna em Moçambique, podendo no entanto e na sua maioria ser evitados. Para tal será necessário massificar o planeamento familiar, generalizar um acompanhamento eficiente na consulta pré natal a todas as grávidas, dispor de maternidades seguras e reforçar a educação para a saúde das mães.

A anamnese da grávida deve ser extensa, incluindo os antecedentes familiares e pessoais obstétricos e ginecológicos, a dieta e os hábitos de vida, o conhecimento sobre a gravidez e o parto.

Quadro 2: avaliação da grávida.

É realizada uma avaliação completa das condições da mulher e do feto com base na história clínica e no exame obstétrico, incluindo aconselhamento e testagem para VIH.	O trabalhador de saúde pergunta se a mulher tem alguma queixa e garante assistência imediata em caso de a mulher apresentar algum sinal de perigo.
Colhe todas as informações sobre a gravidez anterior e a atual solicitadas na ficha clínica do parto.	
Colhe todas as informações sobre o trabalho de parto solicitadas na ficha clínica do parto.	
Realiza o exame físico observando todos os itens previstos na ficha clínica do parto.	
Realiza o exame obstétrico observando todos os itens previstos na ficha clínica.	
Realiza a higiene das mãos antes e depois do exame físico e obstétrico. Realiza aconselhamento e testagem para VIH: Pergunta à mulher se já foi testada para o VIH e qual foi o resultado. Se a mulher nunca foi testada, ou se tem resultado de teste negativo, faz o aconselhamento e oferece o teste do VIH. Se ela aceita o teste, realiza o teste rápido para o VIH e realiza o aconselhamento pós-teste segundo o resultado. Explica os resultados do exame e seus significados à mulher. Regista o/s diagnóstico/s de admissão, o plano de parto, e os resultados do exame obstétrico na ficha clínica do parto e no partograma (se a dilatação do colo é de 4 cm ou mais). Regista os dados da utente no livro de registo.	

Problemas relacionados com a gravidez.

Hemorragia no primeiro trimestre.

Esta situação aparece em 40 % das grávidas, metade das quais provocada por aborto espontâneo. O sangramento é sinal de gravidez ectópica em 2 % dos casos. As mulheres deverão ser avaliadas para excluir a gravidez ectópica e o aborto espontâneo.

Hemorragia no terceiro trimestre.

Sangramento vaginal no final do segundo trimestre e no início do terceiro de gravidez resulta frequentemente de uma placenta prévia ou descolamento da placenta. O diagnóstico diferencial deve ser feito com parto pré termo, dilatação do colo pré termo, colo incompetente e lesão cervico - vaginal. Exame com espelho é seguro e será o primeiro passo, mas o toque vaginal está contra – indicado até que o diagnóstico de placenta prévia seja excluído por ecografia.

O descolamento da placenta apresenta-se classicamente com hemorragia e dor vaginal. O sangramento visível pode ser abundante ou reduzido e a dor pode variar de moderada a severa, não estando estes dois sinais relacionados com o risco fetal. As mulheres fumadoras, hipertensas, consumidoras de cocaína ou traumatizadas tem um risco maior de descolamento. A paciente com descolamento mínimo deve ser hospitalizada para observação; descolamento moderado ou severo exige parto imediato.

A placenta prévia apresenta-se classicamente com uma hemorragia sem dor, que pode ou não ser acompanhada de irritabilidade uterina. O toque vaginal está contra – indicado e o diagnóstico deve ser feito pela ecografia. A paciente com hemorragia de placenta prévia deve ser hospitalizada para observação e eventualmente cesariana se houver indicação.

Diagnostico imagiológico durante a gravidez.

O limite teratogénico para as radiações ionizantes é de 10 rads, sendo o período da oitava à décima quinta semana de gestação o mais vulnerável. Nenhum exame diagnóstico excede este limite, contudo o efeito de múltiplos exames é cumulativo e pode exceder o limite. A dose de radiação ionizante proveniente do scan de ventilação ou perfusão também não se aproxima do limite, no entanto como o isótopo é excretado pela bexiga muito próxima do feto em desenvolvimento, deve ser encorajada a hidratação abundante e micção frequente. Ressonância magnética e eco grafia não tem efeitos teratogénicos.

Utilização de drogas durante a gravidez.

O médico, desde a primeira consulta pré natal, deve prevenir a grávida sobre os perigos da auto - medicação (com medicamentos convencionais ou com plantas tradicionais).

Quadro 3: medicamentos e gravidez.

Medicamento	Observação
Antibióticos	
Gentamicina	Não há referencia de toxicidade fetal, mas outros medicamentos da mesma classe estão contra indicados.
Kanamicina	Contra indicada.
Estreptomicina	Contra indicada.
Metronidazole	Controverso.
Sulfonamidas	Podem ser usadas durante a gravidez exceto pré termo devido a dano potencial no recém-nascido.
Trimetoprim / Sulfametoxazole	Contra indicada.
Tetraciclina	Contra indicada devido aos danos provocados nos dentes e ossos em desenvolvimento.
Quinolona	Contra indicada devido aos danos provocados na cartilagem em desenvolvimento.
Anti Hipertensores	
Diuréticos	Geralmente não estão indicados, mas podem ser continuados se a paciente estiver com terapêutica diurética de longa duração. Contra indicados na pré eclampsia.
Inibidores do enzima de conversão da angiotensina	Contra indicados.
Anticonvulsivantes	Estão referidas mal formações congênitas, no entanto as convulsões apresentam um risco superior e assim estão indicados se necessário. O uso de um suplemento de acido fólico (1 mg /dia) ajuda a prevenir a teratogénese.
Glucocorticoides	Podem ser utilizados para controlar doenças maternas severas como asma, lúpus e outras doenças dermatológicas graves.
Anticoagulantes	
Warfarina	Contra indicada.
Analgésicos	
Propoxifene	Pode ser utilizado, mas com cautela no pré termo. Pode ocorrer síndrome de abstinência neonatal.
Opiáceos (codeína, morfina, meperidine)	Podem ser utilizados, mas com cautela no pré termo. Pode ocorrer síndrome de abstinência neonatal.
Anti inflamatórios não esteroides	Pode ser utilizados por períodos curtos (48 a 72h) mas não após as 32 semanas de gestação.
Vacinas	
Vacinas vivas	Contra indicadas.

Gravidez e doenças coexistentes.

Pneumonia.

A alteração da imunidade materna no segundo e terceiro trimestres aumenta a suscetibilidade para todos os tipos de pneumonia. As complicações da pneumonia incluem danos fetais devidos a hipoxemia e febre, trabalho de parto pré termo, resultado dos enzimas bacterianos e prostaglandinas. *H. Influenzae* e *Streptococcus pneumoniae* são os patógenos primários mais comuns, sendo o *Staphylococcus aureus* um patógeno secundário frequente após influenza. A pneumonia da varicela é mais severa na grávida, com taxas de mortalidade de 11 a 35 %; a mulher deve ser hospitalizada para tratamento agressivo com Aciclovir EV.

Cistite.

Os agentes patogénicos mais frequentes nas infeções não complicadas do aparelho urinário baixo são *E. coli*, *K. pneumoniae*, *P. mirabilis* e *streptococci* do grupo B. Ampicilina, nitrofurantoina ou sulfametoxazole podem ser utilizados em tratamentos de 7 a 10 dias de duração.

Pielonefrite.

Internar a paciente, pedir cultura de urina e hemocultura, instituir antibioterapia EV (cefalosporinas em primeira opção, associadas a gentamicina se houver sinais de sépsis). A taxa de recidiva depois do tratamento varia entre os 10 e 20 %; assim deverá ser administrado um antibiótico em dose baixa durante o resto da gravidez.

Asma.

Podem se utilizados os β -agonistas, glucocorticoides inalados e esteroides sistémicos em altas doses por períodos curtos. Deve ser considerada a

necessidade de realizar RX tórax. As pacientes devem ser avaliadas frequentemente para sinais de hipoxemia materna e deve ser administrado oxigénio para manter a saturação do sangue materno acima de 95 %. A pCO₂ arterial na gravidez esta normalmente entre 28 e 32, portanto se for encontrado um valor de 40 isso representa uma retenção significativa de CO₂ na paciente grávida com asma.

Tromboembolismo.

5,5 vezes mais frequente em grávidas e puérperas que em mulheres não grávidas, apresenta-se com trombose venosa profunda resultando em dor surda, cordão palpável, sensibilidade dolorosa, veias superficiais dilatadas. O Doppler (ultrassons) confirma o diagnostico. Internamento e tratamento com anticoagulante (heparina). A embolia pulmonar é uma causa importante de mortalidade materna; a clínica inclui taquipneia, dispneia, dor pleurítica, ansiedade, tosse, taquicardia e febre baixa. Deverá realizar ECG, RX tórax, scan de ventilação / perfusão.

Dor abdominal aguda na gravidez.

O diagnóstico diferencial inclui gravidez ectópica, trabalho de parto pré termo, descolamento da placenta, corioamnionite, pré eclampsia, leiomioma degenerescente, torção de anexo, além das causas também possíveis em mulheres não grávidas.

A **apendicite** na gravidez pode ser difícil de diagnosticar devido à deslocação do apêndice da localização normal (de MacBurney) e pela leucocitose que ocorre normalmente (na gravidez). Em caso de dúvida a paciente deve ser hospitalizada para estudo. O risco de parto prematuro ou aborto após rutura do apêndice e peritonite é mais elevado que o risco da laparotomia (que pode normalmente ser controlado com agentes toco líticos).

A **colecistite**, caracterizada por dor do hipocôndrio direito, náuseas, vômitos, febre com leucocitose, pode diferenciar-se da Síndrome de Hellp pela eco grafia. Os cuidados incluem hospitalização para hidratação, antibióticos e analgésicos EV. Episódios recorrentes de colecistite são frequentes. A altura ideal para uma cirurgia programada é o segundo trimestre.

Posição da grávida durante o sono.

As grávidas que não dormem para o seu lado esquerdo (dormindo de costas ou para o lado direito) apresentam quase o dobro do risco de dar à luz um nado-morto.⁴

2. Rastreio das doenças ginecológicas.

O cancro da mama é mundialmente a segunda causa de mortalidade por neoplasia e pode ser evitada. Para tal torna-se urgente ensinar todas as jovens e mulheres a realizarem de forma regular (mensalmente, depois da menstruação) o auto – exame da mama.

No contexto Moçambicano, as doenças de transmissão sexual tem uma incidência elevada, devendo ser rastreadas sistematicamente em todas as consultas com a mulher. Na maioria dos casos exige-se o tratamento simultâneo do parceiro.

Todas as mulheres devem desde a menarca manter um calendário menstrual atualizado. Sabemos hoje que a irregularidade menstrual (ciclo > 42 dias) em adolescentes, indica outras doenças (mau funcionamento do metabolismo, síndrome do ovário poliquístico, distúrbio hormonal que causa infertilidade e

obesidade) que podem ser tratadas com sucesso se o médico prestar atenção a períodos irregulares em idades mais precoces.⁵

Cancro da Mama.

Em Moçambique, nos últimos cinco anos, o cancro da mama foi o cancro mais diagnosticado nas mulheres, afetando mais a faixa etária dos 30 aos 59 anos de idade e foi responsável por 8 % das mortes por todas as causas de cancro.

As Normas Nacionais para o Controlo e Tratamento do Cancro da Mama,⁶ foram elaboradas para orientar os profissionais de saúde nas ações necessárias para o controlo do cancro da Mama, tendo como principal objetivo promover o auto exame da mama e o exame clínico da mama como bases fundamentais para a deteção e o tratamento precoces desta doença.

O estadiamento é o processo clínico utilizado para avaliar o tamanho e a localização do cancro na paciente. A informação obtida ajuda a determinar qual deverá ser o tratamento ótimo para a paciente. O estadiamento do cancro da mama varia entre o estágio 0 (forma muito precoce de cancro) e o estágio 4 (avançado, com metástases). A taxa de sobrevivência aos cinco anos da paciente, depende da altura em que o diagnóstico é feito, sendo de 100 % nos estádios 0 e 1. Devem no entanto ter-se em conta outros fatores inerentes ao próprio indivíduo além de fatores ambientais.

Quadro 4: fatores de risco para o cancro da mama.

Grau	Fatores de risco
Risco elevado	<ul style="list-style-type: none">• Mulher com história de cancro numa mama (3 - 4 vezes mais risco de ter um novo cancro na mesma mama, ou noutra mama). É diferente de recidiva.
Risco moderadamente elevado	<ul style="list-style-type: none">• O risco aumenta com a idade.• História direta familiar (mãe, irmã, filha), familiar de género masculino com cancro da mama.• Genético: BRCA1 e BRCA2 (marcadores genéticos) - as mulheres com estes dois marcadores tem 80 % de probabilidade de vir a ter um cancro da mama durante a sua vida.• Lesão da mama (biópsia aumenta 4 - 5 vezes o risco de desenvolver cancro da mama).
Risco levemente moderado	<ul style="list-style-type: none">• História familiar distante (avó, tia, prima).• Biópsia prévia anormal.• Idade da primeira gravidez (depois dos 30 ou nunca ter tido filhos).• Idade da menarca (antes dos 12 anos).• Menopausa tardia (depois dos 55 anos).• Excesso de peso.• Radiação excessiva.• Outro cancro na família (útero, ovário, colo do útero e cólon).• Hereditariedade.• Álcool.• Terapia hormonal de substituição.
Baixo risco	<ul style="list-style-type: none">• Gravidez antes dos 18 anos.• Início precoce da menopausa.• Remoção cirúrgica dos ovários antes dos 37anos.• Multiparidade.• Aleitamento.

Prevenção.

A probabilidade de um indivíduo desenvolver um cancro depende de fatores genéticos e não genéticos. Os fatores genéticos são hereditários sem possibilidade de mudança, enquanto os fatores não genéticos estão ligados ao ambiente em que a pessoa vive, comportamentos e hábitos alimentares que podem ser alterados. Os fatores não genéticos incluem: a dieta, exercício físico e a exposição a fatores ambientais.

Nos últimos 30 anos assistiu-se a um grande desenvolvimento dos meios disponíveis para o diagnóstico e tratamento do cancro da mama. A deteção precoce só poderá ser efetiva quando associada a um tratamento correto. Hoje em dia, cerca de 90 % das mulheres a quem é diagnosticado um cancro da mama tem, pelo menos, cinco anos de sobrevivência. Os novos e recorrentes diagnósticos de cancro da mama, várias vezes, resultam em medo e confusão no seio de pacientes e seus familiares. A compreensão das opções terapêuticas, o acesso às novas terapias, através de estudos clínicos, bem como a compreensão do papel dos cuidados complementares e de suporte e a medicina alternativa, são essenciais.

Assim, com vista a detetar o mais precoce possível o aparecimento da doença e o seu devido encaminhamento, as ações a serem implantadas tem como base:

- Informação e educação sobre os fatores de risco e sobre a doença a nível da comunidade, sem dúvida, é o melhor método para fazer essa prevenção.
- Encaminhamento rápido.
- Consciencialização e fomento a nível da comunidade, em primeiro lugar da importância do autoexame da mama (seus benefícios e limitações).
- O autoexame da mama deve ser recomendado a todas as mulheres e realizado pela própria, mensalmente, 3 a 5 dias após o período menstrual.

Este exame ajuda a identificar nódulos a partir de dois e três centímetros de diâmetro, devendo ser também ensinado e praticado, principalmente para estimular a consciência corporal e o autoconhecimento.

- Reativação do rastreio clínico em todas as mulheres em risco, de modo a detetar o mais precocemente possível as lesões e tratá-las, de modo a reduzir a morbimortalidade pela doença. O rastreio implica abranger o maior número de mulheres em risco, a partir dos 30 anos (cobertura ideal $\geq 80\%$).
- Exame clínico da mama, realizado por um profissional de saúde devidamente treinado, para todas as mulheres a partir dos 30 anos de idade, realizado a cada três anos e a partir dos 40 anos de idade, realizado anualmente. Este procedimento deverá ser realizado em todas as consultas clínicas e preventivas de atendimento à mulher; permitindo o exame clínico da mama e mamografia anual (se disponível na US), a partir dos 35 anos, para as mulheres pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver cancro de mama.
- Garantia de acesso ao diagnóstico, tratamento e seguimento para todas as mulheres com suspeita de cancro da mama.

Diagnóstico.

Os sinais e sintomas que aparecem no cancro da mama podem ser os seguintes:

- Aparecimento de nódulo ou tumor na mama ou axila.
- Secreção ou corrimento mamilar (de características rosadas ou sanguinolentas).
- Retração da pele da mama ou do mamilo.
- Ulceração da pele da mama.
- Alteração na coloração ou na sensibilidade da pele da mama ou da aréola.

A eco grafia da mama é o método mais usado para avaliação por imagem das lesões palpáveis, em mulheres com menos de 35 anos. Naquelas com idade igual ou superior a 35 anos, a mamografia é o método de eleição. Esta pode ser complementada pela eco grafia. Caso haja lesões suspeitas e não haja possibilidade de fazer eco grafia, deve-se fazer a confirmação do diagnóstico que pode ser citológico, por meio de punção aspirativa por agulha fina (PAAF) ou por biópsia cirúrgica convencional.

Tratamento.

O cancro da mama deve ser abordado por uma equipa multidisciplinar, visando o tratamento integral da paciente. As modalidades terapêuticas disponíveis atualmente são:

- Cirurgia.
- Radioterapia.
- Hormonoterapia.
- Quimioterapia.

3. Urgências obstétricas.

Gravidez ectópica.

2 % das gravidezes são ectópicas. Das gravidezes que ocorrem depois de esterilização tubar, 50 a 75 % são ectópicas. Todas as mulheres em idade fértil com dor abdominal, independentemente de estarem a fazer planeamento familiar ou terem realizado uma ligadura das trompas, deverão ter um teste de gravidez.

Clínica.

90 % das mulheres com gravidez ectópica referem dor abdominal ou pélvica com sangramento vaginal; 20 % entra no banco de socorros já com rutura.

Diagnóstico.

Na paciente hemo dinamicamente instável deve ser realizada uma paracentese do fundo de saco vaginal, o método mais rápido para fazer o diagnostico de hemoperitoneu. Na paciente com dor pélvica ou abdominal e sangramento vaginal mas com sinais vitais estáveis e um teste de gravidez positivo, o diagnostico pode ser mais difícil. A presença de um saco gestacional intrauterino à eco grafia quase exclui o diagnóstico de gravidez extra uterina (existe uma possibilidade de 1/4.000 a 1/15.000 de coexistência de uma gravidez intrauterina e ectópica). Na ausência de um saco gestacional intrauterino, a eco grafia transvaginal pode contribuir para o diagnostico.

Serviço de urgências.

Os cuidados imediatos a prestar destinam-se a estabilizar os sinais vitais:

1. Instalar duas vias EV de grande débito para infusão de um cristalóide.
2. Determinação do grupo sanguíneo e compatibilidade, para eventual transfusão de glóbulos vermelhos, se necessário.
3. Consulta imediata para intervenção cirúrgica urgente.

Aborto espontâneo.

Clínica e diagnóstico.

O aborto espontâneo ocorre em 5 a 20 % de todas as grávidas clinicamente reconhecidas. A ameaça de aborto corresponde a um sangramento uterino durante as primeiras 20 semanas de gravidez sem dilatação cervical. Aborto inevitável designa um sangramento uterino durante as primeiras 20 semanas de

gravidez com dilatação cervical mas sem expulsão de tecido. Aborto incompleto implica a passagem de algum, mas não todo, tecido placentar e fetal. Aborto completo ocorre quando há expulsão espontânea e completa de todos os produtos da concepção. O aborto espontâneo aparece mais frequentemente entre as 8 e as 12 semanas de gestação.

Serviço de urgências.

Os cuidados imediatos a prestar destinam-se a estabilizar os sinais vitais, se necessário com infusão de cristalóide ou transfusão de glóbulos vermelhos. Pacientes com suspeita de aborto inevitável ou incompleto devem ser avaliadas pelo ginecologista para eventual dilatação e curetagem. A presunção de aborto completo pode ser difícil de distinguir do aborto incompleto e deve ser referida a consulta de especialidade. As consequências de aborto incompleto são dor permanente, hemorragia, complicações sépticas.

Aborto séptico.

Todos os abortos acompanhados de infecção uterina são abortos sépticos. A avaliação da paciente deve incluir colpocentese, hemocultura, RX tórax e estudo da coagulação. A paciente deve ser internada para antibioterapia EV (ampicilina + gentamicina + clindamicina). Deverá posteriormente ser realizada a histerectomia.

Pré eclampsia e síndrome de Hellp.

7 % das gravidezes apresentam pré eclampsia como complicação, sobretudo nas primigestas. A clínica é variável mas classicamente apresenta-se com hipertensão, proteinúria e edema. Os critérios para pré eclampsia severa são: TA > 160/110,

proteinúria > 5 g / 24 h, oligúria < 500 ml / 24 h, dor epigástrica, alterações da consciência ou visuais, edema pulmonar.

A síndrome de Hellp (hemólise, enzimas hepáticas elevadas, plaquetas reduzidas) é uma variante da pré eclampsia que se apresenta normalmente com dor epigástrica ou do hipocôndrio direito, náuseas ou vômitos. Os exames laboratoriais revelam hemólise, plaquetas < 100.000 / μ L, LDH > 600 IU / L, bilirrubina > 1,2 mg / dl e GOT > 72 IU / L.

Serviço de urgências.

Os cuidados imediatos a prestar destinam-se a prevenir as convulsões (sulfato de magnésio, carga de 4 – 6 g em 100 ml de soro durante 20 minutos, seguido de infusão de manutenção de 2 g em 100 ml de soro / h) e a controlar a TA (hidralazina, 20 - 40 mg EV ou IM ou labetalol, 20 mg EV). O parto está indicado se a idade gestacional estiver perto do termo; antes de termo o tratamento permanece controverso.

Trabalho de parto pré termo.

O trabalho de parto pré termo é aquele que ocorre antes das 36 semanas de gestação, com alterações do colo em resposta a contrações uterinas regulares, ou em número superior a 5 a 8 por hora e que não desaparecem com o repouso no leito e a hidratação. Pode ser provocado por infecção, anormalidades do útero, colo incompetente, leiomioma, distensão uterina devida a paridade múltipla ou polihidramnios, e separação placentar prematura. Muitas vezes a causa não é detetada, mas uma história de nascimentos pré termo prévios constitui um fator de risco identificável. A clínica não é específica, inclui lombalgia ou sensação de tensão intermitente, dor hipogástrica, cólica intestinal com ou sem diarreia, ou alteração do corrimento. Muitas vezes o diagnóstico exige uma observação

prolongada para acompanhamento e exames cervicais. A mulher onde se suspeita este diagnóstico deve ser referida à maternidade.

Serviço de urgências.

Os cuidados iniciam-se com a hidratação da mãe. Podemos utilizar tocolíticos (sulfato de magnésio EV) no trabalho de parto pré termo idiopático com 34 semanas ou menos de gestação e seletivamente das 34 às 37 semanas (contra indicações relativas: pré eclampsia, corioamnionite, trabalho de parto avançado, maturidade fetal, sofrimento fetal, instabilidade hemodinâmica materna).

Rutura prematura de bolsa de águas.

A rutura prematura da bolsa de águas define-se como uma rutura precedendo o início do trabalho de parto, independentemente da idade gestacional. Ela pode resultar de polihidramnios, colo incompetente e rutura da placenta. 90 % das pacientes no termo e 50 % das paciente pré termo entrarão em trabalho de parto nas 24 h seguintes, 85 % das paciente pré termo entrarão em trabalho de parto na semana seguinte. A clínica mostra uma saída brusca e abundante de fluido (pH de 7,1 a 7,3) pela vagina. Devemos fazer um exame com espelho esterilizado para confirmar o diagnóstico mas deve ser evitado o toque vaginal para diminuir o risco de infeção. A ecografia poderá confirmar escassez anormal de liquido amniótico. A paciente deve ser referida para uma US com serviço neonatal.

Problemas do pós parto.

Endometrite do pós parto.

Ocorre em 3 % dos partos vaginais e em 15 a 30 % das cesarianas. Na maioria dos casos a infeção é polimicrobiana. A clínica apresenta febre, mal estar, dor hipogástrica e leucorreia fétida. O diagnóstico faz-se pela sensibilidade dolorosa à

palpação do fundo uterino, sensibilidade dolorosa à mobilização e frequentemente escuridão purulenta.

Serviço de urgências.

O laboratório devesse efetuar o leucograma, análise e cultura de urina, cultura uterina ou cervical. Hemocultura deve ser realizada na paciente com aparência séptica. Deve ser iniciada a antibioticoterapia EV de largo espectro na paciente internada. A endometrite moderada responde normalmente a cefalosporinas de segunda ou terceira geração, combinação de penicilina e inibidor das β -lactamases, ou à clindamicina e gentamicina. Casos mais severos normalmente resolvem com uma combinação de ampicilina, gentamicina e clindamicina.

Mastite.

Celulite do tecido mamário peri glandular que aparece nas mulheres que amamentam, com dor, endurecimento, rubor, calor, adenopatia axilar, febre, arrepios, mialgias. Trata-se com dicloxacina 100 mg 2x / dia ou cefalexina 500 mg 6 / 6 h, recomendando a continuação do aleitamento na mama afetada. Raramente pode aparecer um abscesso que deve ser inciso e drenado.

Trauma abdominal durante a gravidez.

Clínica.

A morte materna é a principal causa de morte fetal no trauma. O cinto de segurança na viatura protege a mãe da morte, protegendo assim o feto. Cintos com dois pontos de retenção aumentam o risco de descolamento da placenta em relação àqueles de três pontos. As fraturas pélvicas estão associadas a hemorragia retroperitoneal intra – abdominal que põe em risco a vida. A hemorragia pode ultrapassar 4 L e pode manifestar-se por um choque hipovolêmico refratário. Fratura pélvica recente nem sempre provoca o parto

vaginal. O útero grávido constitui uma proteção para os órgãos abdominais; a hemorragia será mais frequentemente retroperitoneal, contudo, o baço, rim e fígado continuam a ser os órgãos danificados mais frequentemente. O útero está protegido até à 12ª semana pelo osso pélvico, momento a partir do qual se torna um órgão abdominal. A rutura do útero representa < 1 % dos acidentes traumáticos da grávida. O útero é um órgão resistente que pode ser sujeito a pressões 10 vezes superiores à do trabalho de parto normal. Traumatismos provocados por travagem rápida são a causa de rutura uterina. O descolamento da placenta representa uma causa principal de perda fetal pelo trauma, manifestando-se por hemorragia vaginal (78 %), dor abdominal (66 %), irritabilidade uterina (17 %), contrações uterinas tetânicas (17 %) e morte fetal (15 %). O descolamento da placenta pode associar-se a CIVD (coagulação intra – vascular disseminada).

Diagnóstico e serviço de urgências.

Estabilizar a mãe é o principal objetivo na grávida vítima de trauma, na medida em que o choque na mãe está associado até 80 % de morte fetal.

1. Reanimação cardiovascular e estabilização como na paciente não grávida, exceto: posicionamento do útero para a esquerda, infusão agressiva (até mais 50 % que na paciente não grávida).
2. Exame obstétrico: útero mole, contrações ou hemorragia vaginal podem significar descolamento da placenta; deve ser avaliada a altura uterina e a idade fetal correspondente para determinar a viabilidade fetal; o exame pélvico deve ser rapidamente executado para determinar a competência do colo e a presença de líquido amniótico.
3. Avaliação radiológica se necessário. Pode ser feita uma lavagem peritoneal diagnóstica utilizando uma abordagem supra – umbilical.

Depois da avaliação e estabilização no serviço de urgências, todas as grávidas > 20 semanas de gestação com evidencia de trauma abdominal direto ou indireto,

deverão realizar um exame cardiotocográfico durante quatro horas na consulta de obstetrícia.

Falha do tratamento.

Se a mãe não responde à reanimação, devemos considerar a cesariana de emergência (estão descritas cesarianas *post mortem* com sucesso). Deve ser realizada uma laparotomia rápida com incisão uterina vertical para extrair o feto. Os fatores mais importantes para prever o resultado fetal são: idade fetal > 28 semanas, intervalo entre a morte materna e a cesariana, ausência de hipoxia prolongada, qualidade da reanimação materna.

Parto urgente.

Toda a grávida que entra no serviço de urgências antes das 20 semanas de gestação com contrações deve ser rapidamente avaliada pelo exame pélvico bimanual para estimar a dilatação do colo. Devemos também avaliar os sinais vitais da mãe e a frequência cardíaca fetal. A grávida com hemorragia vaginal deverá ser submetida a eco grafia para excluir a placenta previa antes que o exame pélvico seja realizado. Se houver suspeita de ruptura da bolsa de águas a paciente deve ser observada com um espelho esterilizado (permite estimar a dilatação). Se o colo estiver dilatado a seis ou mais cm numa mulher com contrações ativas, o transporte da mulher, mesmo para curtas distancias, torna-se perigoso. Devemos preparar o parto urgente: estabelecer uma via de acesso EV (com lactato de Ringer), colheita de sangue para o laboratório (hematócrito ou hemoglobina ou hemograma, HBs Ag, grupo sanguíneo + RH) e urina (proteínas e glicose).

Protocolo para parto urgente.

1. Escolhendo a posição de decúbitos dorsal, a mãe deve ser inclinada ligeiramente para um dos lados para aliviar a compressão da veia cava, puxada

para o limite da mesa ou cama, membros inferiores bem separados e apoiados com os joelhos em flexão, para dispor de espaço suficiente para parir a criança.

2. Em cada contração o canal vaginal acomoda uma parte maior da cabeça fetal; este processo pode ser facilitado esticando gentilmente o períneo. Podemos executar a episiotomia (incisão perineal mediana sem extensão ao reto) neste momento se necessário permitindo um parto sem laceração espontânea. Deve ser injetado um anestésico local (5 a 10 ml de lidocaína a 1 %) antecipadamente.
3. Assim que a cabeça emerge, a palma da mão deve ser aplicada sobre a cabeça para apoiar a extensão normal da cabeça e ao mesmo tempo prevenir a expulsão súbita da cabeça da vagina. Nesta altura devemos solicitar à mãe para não empurrar muito para minimizar o trauma provocado por esforços de expulsão não controlados (pedir par respirar pelo nariz).
4. Tendo controlado os esforços de expulsão e com uma mão na cabeça da criança, a segunda mão, envolvida em gaze esterilizada, pode ser utilizada para levantar delicadamente o queixo da criança afastando-o do ânus materno (facilitando extensão e uma lenta e controlada emergência da cabeça da criança). Assim que sai a cabeça, normalmente com a face para baixo, ela tende a virar-se para uma ou outra posição lateral.
5. A região cervical da criança deve ser imediatamente apalpada depois do parto da cabeça para detetar uma circular do cordão, que pode existir em 25 % dos casos. Se a circular estiver relativamente solta pode ser empurrada sobre a cabeça da criança; se estiver apertada devem ser colocadas duas pinças juntas no segmento mais acessível do cordão e proceder ao corte entre as duas; a circular pode ser então desfeita se houver varias voltas.
6. Antes do parto dos ombros e do tórax a face da criança deve ser limpa e aspirados a boca e o nariz com um bolbo de borracha mole e seringa para

desobstruir as vias aéreas. Isto é muito importante para impedir a aspiração de mecónio se tiver havido derrame de mecónio no líquido amniótico.

7. Trata-se seguidamente do parto dos ombros, facilitado pela colocação de um mão em cada um dos lados da cabeça da criança: uma tração delicada para baixo facilitará o ombro anterior sob a sínfise púbica. Muito cuidado para não utilizar demasiada força, que pode provocar danos no plexos braquial. Se houver dificuldade devemos solicitar um auxiliar para exercer pressão supra – púbica (não fúndica) para evitar impacto do ombro atrás da sínfise.
8. Quando o ombro anterior estiver visível, exercer uma tração delicada para cima para parir o ombro posterior. O ombro posterior não deverá emergir de forma descontrolada porque poderá causar uma laceração do esfíncter anal até ao reto (laceração do períneo de 3º grau).
9. A criança está muito escorregadia, sobre tudo se houver vernix espesso. A mão posterior deve deslizar até ao ombro posterior assim que este emergir e depois para traz do pescoço para apoiar a cabeça da criança. A mão anterior deverá então deslizar para o dorso da criança acompanhando o parto espontâneo do corpo. Colocando o indicador entre os 2 tornozelos e o terceiro dedo e polegar à volta das pernas conseguimos uma preensão segura.
10. Se a criança respira espontaneamente e está perto do termo, não há pressa para cortar o cordão. A criança pode ser limpa, envolvida num lençol morno e colocada sobre o abdómen da mãe para diminuir a perda de calor.
11. O cordão deve ser duplamente clampado antes de o cortar com uma tesoura esterilizada (se não existir tesoura esterilizada devemos aguardar até dispor de um instrumento esterilizado).

Tratamento da distocia do ombro.

O primeiro passo para tratar a distocia do ombro será o posicionamento da mãe para dispor de espaço máximo e facilidade de manobra. O períneo materno deve estar no limite da mesa de parto e as pernas da mãe não devem estar retas mas

fletidas para o abdómen (manobra de McRoberts). A episiotomia deve ser extensa, até ao esfíncter anal se necessário, com anestesia local adequada. O auxiliar deverá então exercer uma pressão supra púbica (não fúndica, a distocia do ombro é agravada pela pressão fúndica) que vai desalojar o ombro anterior da sínfise púbica. Se esta medida falhar devemos tentar a rotação manual de um ou ambos os ombros em direção à face anterior do tórax fetal para tentar diminuir o diâmetro ombro – ombro e deslocar o ombro anterior da sínfise púbica.

Gestão do pós parto imediato.

Deveremos aguardar a separação espontânea da placenta, exceto se existir hemorragia considerável. Puxar o cordão pode provocar a sua rutura ou uma inversão uterina catastrófica. Os sinais da separação da placenta são um aumento do comprimento do cordão e uma golfada de sangue. Assim que a placenta for expulsa, as membranas podem ser retiradas rodando a placenta e torcendo as membranas. Depois de expulsa a placenta deve proceder-se a massagem do útero para facilitar a sua contração; poderemos administrar oxitocina 10 U EV lenta ou IM se não existir via EV para manter a contração uterina. A atonia uterina resulta frequentemente de trabalho de parto precipitado (menos de 3 h). Hemorragia importante exige massagem uterina vigorosa, aumento de infusão EV de cristaloides, administração adicional de oxitocina ou metilergonovina (metergine). Hemorragias resultantes de lacerações devem ser rapidamente identificadas e controladas com clamp ou pressão direta. Episiotomia ou reparação de laceração deverão aguardar a presença de um médico de família experiente ou de um obstetra.

4. Urgências ginecológicas.

Dor pélvica em paciente não grávida.

Embora a maioria das mulheres com dor pélvica tenha um problema ginecológico, devemos também considerar as condições não ginecológicas, como a doença inflamatória do intestino, gastroenterite, diverticulite, infecção das vias urinárias, obstrução intestinal e apendicite.⁷

Doença inflamatória pélvica.

A doença inflamatória pélvica (DIP) é a causa mais frequente de infecção grave em mulheres em idade fértil. A etiologia é poli microbiana, envolvendo *Neisseria gonorrhoeae* e a *Clamídia*, anaeróbios e *E. coli*. As bactérias provem do trato urinário distal para o endométrio e anexos normalmente acéticos. Os fatores de risco incluem salpingite gonocócica previa, sexo com múltiplos parceiros, adolescência e presença de dispositivo intra uterino (DIU). A maioria dos casos de DIP são sexualmente transmitidos.

Clínica e diagnóstico.

Os sintomas incluem dor abdominal e pélvica, febre, corrimento. Anorexia, náuseas e vômitos são frequentes. Os sintomas iniciam frequentemente depois da menstruação.

Quadro 5: critérios para o diagnóstico clínico de DIP.

3 Condições devem estar presentes	Sensibilidade dolorosa abdominal à palpação sem “rebound”. Sensibilidade dolorosa à mobilização cervical e do útero. Sensibilidade dolorosa dos anexos.
1 Condição deve estar presente	Colheita endo cervical positiva para gram-negativos ou diplococo intracelular. Temperatura > 38°C. Leucocitose > 10.000 / mm ³ . Glóbulos brancos e bactérias no fluido peritoneal recolhido por paracentese ou laparoscopia. Massa inflamatória documentada por exame pélvico ou eco grafia.

Tratamento.

O internamento com tratamento intravenoso deve ser considerado nos seguintes casos: indefinição diagnóstica, suspeita ou diagnóstico de abscesso pélvico, gravidez, adolescência, infecção pelo VIH, doença severa com toxicidade sistémica ou sinais peritoneais, náuseas e vômitos impedindo a antibioterapia oral, paciente não aderente, DIU presente, ineficácia do tratamento por via oral. Os parceiros masculinos devem ser tratados para prevenir a reinfeção.

Quadro 6: tratamento recomendado para DIP aguda.

Regime	Tratamento ambulatorio	Tratamento hospitalar
A	Cefoxitin, 2 g IM, depois probenicida, 1 g POs, ou ceftriaxona, 250 mg IM seguido de doxiciclina, 100 mg POs 2x / dia durante 14 dias	Cefoxitin, 2 g EV 6/6h, ou cefotetan, 2 g EV 12/12h mais doxiciclina, 100 mg EV 2x / dia ou POs em 48 h. Depois da alta doxiciclina 100 mg POs 2x / dia durante 10 a 14 dias
B	Ofloxacin, 400 mg POs 2x / dia durante 14 dias mais clindamicina, 450 mg POs 1x / dia, ou Metronidazole, 500 POs 2x / dia durante 14 dias	Clindamicina, 900 mg EV 8/8 h mais gentamicina, dose inicial IV ou IM de 2 mg / kg, depois dose de manutenção (1,5 mg / kg, de 8/8 h durante pelo menos 48 h). Depois da alta, doxiciclina 100 mg 2x / dia durante 10 a 14 dias, ou clindamicina, 450 mg 1x / dia durante 10 a 14 dias, metronidazole, 500 POs 2x / dia durante 14 dias

Acidentes dos anexos.

As causas não infecciosas mais comuns de dor pélvica são a ruptura ou torção de um quisto ou de uma massa sólida do ovário, da trompa ou do útero, que ocorrem em mulheres com ciclos menstruais normais, à exceção do quisto persistente do corpo lúteo. A dilatação do ovário é inicialmente assintomática ou provoca uma dor visceral pouco definida (devido a escassez de terminações nervosas). Quando ocorre a perda de líquido ou ruptura a dor aguda resulta da irritação do peritoneu parietal pelo conteúdo do quisto ou da massa. No caso de um tumor dermoide pode sobrevir uma peritonite química grave.

Clínica.

A ruptura de quisto do corpo lúteo é uma causa comum de dor pélvica aguda. Normalmente, o corpo lúteo sofre uma lise duas semanas depois da ovulação se não ocorrer gravidez. Por vezes, o corpo lúteo persiste. A paciente fica amenorreica durante mais uma a três semanas, depois do que ocorre a lise do corpo lúteo e aparece um abundante fluido menstrual. Se o corpo lúteo persiste com ruptura, a paciente apresenta sangramento vaginal e dor pélvica.

Diagnóstico e atendimento no serviço de urgências.

Depois de excluir a gravidez, a eco grafia é o exame auxiliar de diagnóstico mais útil para o diagnóstico de patologia dos anexos e deteção de derrame. As pacientes com quistos sem ruptura devem ser referidas para a consulta de ginecologia. Se o quisto rompeu e a paciente está hemodinamicamente estável sem evidencia de hemorragia, pode ter alta com analgésico e consulta marcada para seguimento. A ruptura de um quisto do corpo lúteo persistente pode provocar um hemoperitoneu, que requer intervenção cirúrgica.

Torção do ovário.

Clínica.

A torção do ovário é rara ocorrendo normalmente num ovário dilatado ou anormal. O ovário torce pelo seu pedículo e a irrigação sanguínea fica comprometida, podendo levar à necrose. A torção de massa da trompa ou de fibroides pedunculados também pode acontecer, com uma apresentação clínica semelhante.

Diagnóstico.

As pacientes referem o aparecimento súbito de uma dor severa hipogástrica unilateral ou pélvica. Muitas pacientes queixam-se de náuseas e vômitos fazendo suspeitar a apendicite. Pode haver uma história de episódios dolorosos semelhantes. Ao exame pélvico, a paciente apresenta uma dor unilateral do anexo, sensibilidade dolorosa e muitas vezes uma massa. A eco grafia pode ser útil, embora na maioria dos casos o diagnóstico seja feito pela cirurgia.

Serviço de urgências.

Deve ser feita imediatamente a referencia para a ginecologia. O tratamento devera ser realizado pela destorção do ovário ou do anexo por laparoscopia ou remoção do anexo.

Mittelschmerz.

Clínica.

A Mittelschmerz (dor mediana) é uma dor que surge a meio do ciclo menstrual e resulta da ovulação, ocorrendo do dia 14 ao 16 no ciclo menstrual típico. A dor é tipicamente unilateral, leve a moderada, durando frequentemente um dia ou menos. Pode haver um corrimento escasso.

Diagnóstico e serviço de urgências.

O diagnóstico é clínico e devem ser excluídas as causas graves de dor do anexo. O exame pélvico pode detetar uma sensibilidade dolorosa ligeira do anexo sem massas. O tratamento é sintomático com analgésico. A Mittelschmerz é auto limitada e resolve espontaneamente. Aconselhe a paciente a manter um calendário menstrual para confirmar o diagnóstico.

Endometriose.

Na endometriose, endométrio normal aparece em localizações ectópicas. Todas as estruturas pélvicas, ligamentos ou peritoneu podem ser afetados. Ela pode ser sintomática ou assintomática.

Clínica.

Os sintomas são a menorragia abundante, dor pélvica (5 a 10 % das mulheres com dor pélvica tem endometriose), dismenorreia, disporeunia profunda, dor ovulatória cíclica, lombalgia, disúria (sem infeção urinaria). A paciente pode ser não fértil. Podem aparecer sintomas gastrointestinais (intestino doloroso durante a menstruação, obstipação, diarreia). O exame físico é frequentemente normal e será conveniente realiza-lo durante a menstruação (poderemos encontrar macidez do hipogastro ou pélvica). O exame pélvico pode revelar dor ou sensibilidade mas não é específico (macidez do anexo e do útero, massa pélvica, nódulos vaginais, útero retrofletido fixo). A rutura de um ovário com endometriose pode aparecer com uma dor pélvica aguda e severa com sinais peritoneais. A media de idade do diagnóstico é 25 – 30 anos; no entanto pode apresentar-se em adolescentes com características atípicas, incluindo dor não cíclica e não relacionada com a menstruação, sintomas gastrointestinais e sangramento anormal.⁸

Diagnóstico e tratamento.

Podemos suspeitar o diagnóstico com a eco grafia transvaginal mas só pode ser confirmado de forma invasiva. A extensão da doença raras vezes se relacionada com a sintomatologia. Para confirmar o diagnóstico é necessária a visualização por laparoscopia ou laparotomia. Deve se realizado um hemograma e o doseamento de ferro devido à menorragia. Excluindo a necessidade de intervenção cirúrgica urgente, a conduta mais apropriada será o tratamento analgésico e a referencia para a ginecologia. Poderemos tentar tratamento hormonal com progestogenos ou contraceptivos orais combinados (durante três meses); está indicado o aconselhamento e terapia nutricional para ajudar a resolver os sintomas. O tratamento deve ser escolhido em função da severidade dos sintomas, idade, preocupações com a fertilidade e em geral a saúde da paciente.

Sangramento vaginal na paciente não grávida.

Excluída a gravidez, considere as causas estruturais e traumáticas de hemorragia. Muitas vezes um exame pélvico completo mostra a causa. O sangramento pode ter origem no colo ou no útero, incluindo a cervicite, cancro do colo, cancro do endométrio (mulheres mais idosas), pólipos cervicais ou do endométrio, ou fibroides submucosos. A maioria destas pacientes deve ser referida para cuidados de ginecologia para tratamento definitivo.

Traumatismo vaginal ou vulvar pode causar uma hemorragia abundante e hipotensão. Na maioria dos casos, o controlo da hemorragia requer analgésico e consulta de ginecologia. Uma coagulopatia deve ser considerada na mulher jovem com hemorragia vaginal grave. Em particular, as anomalias das plaquetas podem

manifestar-se inicialmente por um sangramento menstrual intenso. As petéquias estão frequentemente ausentes.

Se o exame pélvico for normal, sangramento anovulatório disfuncional do útero será a causa mais provável (SUA). As pacientes apresentam períodos menstruais prolongados ou sangramento inter – menstrual. Praticamente todos os casos severos ocorrem em adolescentes pouco depois da menarca.

Serviço de urgências.

Muitos casos não necessitam de intervenção imediata, no entanto a severidade da hemorragia pode causar um choque hemorrágico:

1. Hemorragia severa: instale uma via EV de alto débito e administre solução salina 0,9 % e sangue conforme o necessário.
2. Paciente hemodinamicamente instável: administre estrógeno conjugado 20 mg EV durante 15 minutos (provoca vasoconstrição das arteríolas uterinas reduzindo o sangramento).
3. Paciente estável: contraceptivo oral combinado, 4 co. / dia durante 7 dias.
4. Referir para consulta de ginecologia: pacientes com hemorragia pós menopausa (ou idade > 40 anos) para biopsia do endométrio antes do tratamento com estrógenos.

4. Nutrição da mulher grávida.

1. Necessidades nutricionais da grávida.

Em geral a alimentação deve cobrir as necessidades de crescimento, produção de energia, renovação dos tecidos e reprodução dos indivíduos conforme a sua fase de vida e o tipo de atividades praticadas. Cada grupo etário e género apresentam necessidades específicas que serão satisfeitas com diferentes dietas. Considerando o género feminino podemos destacar:

- Grávida: alimentos ricos em ferro, cálcio e proteínas. Evitar sal e açúcar. Beber 2 l de água fervida ou tratada por dia.
- Mulher na menopausa: alimentos ricos em cálcio e vitamina D.
- Idosa: alimentos facilmente digeríveis e preparados.

A educação nutricional das famílias tem como grupos alvo principais as mães (maioritariamente responsáveis pela dieta familiar) e os jovens (elementos de mudança). Os temas a contemplar nas mensagens de educação nutricional serão:

- Tipos de alimentos e seu valor nutricional: glícidos e lípidos fornecedores de calorias, proteínas fornecedoras de ácidos aminados; frutas e legumes fornecedores de vitaminas, sais minerais (oligoelementos), celulose.
- Preparação dos alimentos: conservação da água de cozedura; evitar alimentos torrados; higiene dos instrumentos, da cozinha e do cozinheiro; aproveitamento de resíduos.
- Organização das refeições: destacar a primeira refeição do dia; evitar refeições pesadas à noite; distribuir as refeições (3 a 5) ao longo do dia; o bom ambiente familiar propicia uma boa refeição.

- Conservação dos alimentos: tempo de conservação e prazos de validade; conservação no sal, no açúcar, no vinagre, no frio, congelado, à temperatura ambiente; recipientes e embalagens. Proteção contra moscas, outros insetos e roedores. Tratamento do lixo (resíduos sólidos domésticos) através de separação e destino correto (compostagem dos resíduos de comida e outros rapidamente bio - degradáveis, remover plásticos e metais, re - utilizar recipientes e madeiras).

As regras para uma boa alimentação podem ser resumidas em nove pontos:

1. Alimentos diversificados (glícidos, lípidos, proteínas, frutas e legumes).
2. Alimentos em quantidade suficiente.
3. Refeições distribuídas ao longo do dia (3 a 5).
4. Abundante ingestão de água tratada (2 l / dia).
5. Evitar sal.
6. Evitar açúcar.
7. Higiene na conservação e preparação dos alimentos.
8. Bom ambiente durante a refeição.
9. Comer cinco frutas por dia.

Globalmente, a desnutrição é o fator de risco mais importante para doença e morte, com centenas de milhões de crianças e mulheres grávidas afetadas. Constitui também, o mais importante fator de risco para a carga de doença nos países em desenvolvimento.

A adoção de uma dieta pouco saudável durante a gravidez tem impacto a longo prazo na saúde da criança (aumenta o risco de a criança vir a sofrer de diabetes tipo 2, um fator que contribui para o desenvolvimento de cancro e doenças cardiovasculares). A nutrição durante os primeiros nove meses de vida pode moldar a saúde a longo prazo, influenciando o modo como as células do corpo

envelhecem. Assim devemos reforçar a necessidade de as mulheres grávidas adotarem uma alimentação saudável e equilibrada durante a gravidez.⁹

Alimentação da puérpera.

A composição em lípidos do leite humano depende da dieta da mãe, e a quantidade de ácidos gordos depende da sua alimentação nos dias precedentes. A má nutrição da mãe afeta pouco a concentração em proteínas e em lactose no leite, mas pode reduzir consideravelmente as gorduras e outros componentes, de mesmo que a quantidade total de leite.

O leite materno pode ter um baixo teor de ácido ascórbico nas estações em que existem poucos legumes frescos. Uma carência grave pode provocar o escorbuto e aumentar o risco de anemia megaloblástica, resultante de uma carência em ácido fólico. Nas regiões onde o arroz branco, não enriquecido em tiamina, constitui a alimentação de base, ocorre o beribéri infantil (atenção ao diagnóstico).

A puérpera deve melhorar a sua alimentação para assegurar o melhor aleitamento: com poucos recursos, poderá utilizar farinha, leite desnatado, açúcar e vitaminas; mais caro será a introdução de pão e leite condensado, ou ainda leite fresco, galinha e outras carnes e peixes, batata-doce. O consumo diário frequente de frutas e legumes contribui significativamente para o bem-estar dos dois. A puérpera deve evitar o consumo de bebidas alcoólicas e o tabagismo.

Avitaminoses.

As avitaminoses são muito correntes em zona tropical e subtropical. Elas associam-se muitas vezes entre elas ou à má nutrição proteico calórica. Algumas avitaminoses tornam-se evidentes durante a gravidez, devido a necessidades acrescidas da mulher nesta fase.

Avitaminose A.

Epidemiologia.

A vitamina A ou o retinol, lipossolúvel, entra na composição da pigmentação visual dos “bastonetes” e da rodopsina; ela é indispensável na manutenção da integridade dos epitélios malpighianos não queratinizados. As necessidades diárias são de 300 µg para a criança e de 750 µg para o adulto (1µg = 0,3 UI). O leite, a manteiga, a gema de ovo, o fígado, os rins são muito ricos em vitamina A. Certos frutos e legumes como (cenouras, espinafres, papaia, manga, óleo de palma vermelha) tem as pró-vitaminas, os carotenos (6 µg de caroteno = 1 µg de retinol). A absorção intestinal da vitamina A e a transformação do caroteno em vitamina A implica a presença de secreção biliar. A vitamina A absorvida é transportada sobre forma esterificada por via linfática até ao fígado, onde é armazenada; ela é libertada sob forma alcoólica (retinol), em função das necessidades e transportada até aos tecidos, ligada às proteínas plasmáticas. Ela é utilizada sob a forma de aldeído (retinina) pela retina do olho e sob a forma de ácido em outros sítios (ácido retinoico). No adulto, mesmo em caso de ingestão insuficiente, a avitaminose só se torna visível em caso de patologia hepática, de síndrome de mal absorção ou de uma necessidade diária aumentada (gravidez, amamentação).

Sintomatologia e diagnóstico.

A hemeralopia, ou diminuição da visão crepuscular, resulta da alteração da rodopsina dos bastonetes e é evidente no adulto e na criança grande. Ela é rapidamente corrigida com vitaminoterapia. A xeroftalmia caracteriza-se pela secura anormal da conjuntiva e da córnea. A conjuntiva bulbar embaciada, gretada, por vezes pigmentada (xerose conjuntival). A córnea perde o brilho e fica turva (xerose da córnea). As lágrimas secam, as glândulas do tarso hipertrofiam-se, a fotofobia é intensa. As manchas de Bitot, são características mas não

específicas. Apresentam-se como depósitos esbranquiçados, espumosos, triangulares e situados sobre o meridiano horizontal do olho, logo fora da córnea; elas devem-se à acumulação de células metaplásicas queratinizadas. A queratomalácia ameaça a visão. As opacidades da córnea vascularizam-se, emaciam-se, ou mesmo entram em necrose. Resultam assim ulcerações, até perfurações da córnea, com ameaça de hipopio ou de panoftalmia. Os outros sinais de avitaminose A são raros ou discutidos: a hiperqueratose folicular localizada na face posterior dos membros, a diarreia, a bronquite. Uma taxa de vitamina A no soro inferior a 100 µg / L corresponde a uma carência severa, não apresentando no entanto um paralelismo com a clínica. A carotenemia não é significativa.

Tratamento e profilaxia.

A vitamina A administra-se por via oral sobre a forma de óleo de fígado de bacalhau (600.000 UI / ml), ou sobre a forma de solução gordurosa ou aquosa (melhor absorção em caso de esteatorréia). Em Moçambique organizaram-se campanhas de distribuição de cápsulas de vitamina A para todas as crianças: 300.000 UI todos os anos (às vezes a má tolerância provoca vômitos). Uma dose de 200.000 UI de 6 em 6 meses dá melhores resultados. A via intramuscular está reservada a formas mais severas. Para correção das carências associadas, as pomadas oftalmológicas e colírios antibióticos são de toda a utilidade.

Avitaminose B1

Epidemiologia.

A vitamina B1 ou tiamina, hidrossolúvel, é necessária ao metabolismo dos glícidos. As reservas do organismo são reduzidas e as necessidades quotidianas, mais ou menos 0,5 a 1 mg, dependem da quantidade de glícidos na alimentação; elas aumentam na gravidez e na amamentação. A tiamina encontra-se no interior dos grãos de cereais, em particular no germe e no pericárpio: o arroz tratado

“industrialmente” não tem qualquer quantidade. O leite de mulher é pobre em vitamina B1 (mais ou menos 0,3 µg / ml) mas a quantidade varia com o regime alimentar da mãe. A avitaminose B1 atinge as populações que tem um regime alimentar à base de arroz. O beribéri identifica-se bem nos adultos e nas crianças, assim como nos recém-nascidos amamentados por uma mãe carenciada. Certos traumas neurológicos e cardíacos dos alcoólicos estão relacionados a uma avitaminose B1.

Avitaminose B2.

A vitamina B2 ou riboflavina está presente nos alimentos de origem animal (carne, peixe, leite, ovo); as necessidades quotidianas são 1,8 mg nos adultos, 1,3 mg no recém-nascido. A arriboflavinose, raramente isolada, é devida a uma carência de ingestão (leites artificiais pobres em vitamina B2, deficiência de absorção) ou de utilização aumentada (crescimento, gravidez). A sua sintomatologia clínica não é específica: glossite, queilite, estomatite angular, dermatite seborreica da face, conjuntivite e, talvez, câibras musculares e nevrite óptica retro bulbar. Em termos laboratoriais, o doseamento da riboflavina na urina e nos glóbulos vermelhos e a avaliação da glutamina-reductase eritrocitária parecem fiáveis. O tratamento repousa sobre a administração oral ou parentérica de 10 a 40 mg de vitamina B2.

2. Tabus nutricionais na mulher grávida.

A pobreza provoca frequentemente maus hábitos alimentares; o obscurantismo e o peso de crenças populares são também prejudiciais.¹⁰ A educação nutricional procura diminuir a ignorância, causa frequente de malnutrição em particular no grupo das crianças, das grávidas e das mães que amamentam. A população rural está mais exposta às variações sazonais, às catástrofes climáticas e mais distante,

em caso de carência, das fontes de abastecimento nacional ou da ajuda alimentar internacional.¹¹

Em Moçambique existem muitos alimentos que são tradicionalmente proibidos às grávidas. Estes interditos variam segundo as regiões e grupos étnico – linguísticos e tem origem em tradições muitas vezes justificáveis no passado mas que atualmente se encontram desajustadas da realidade existencial das populações. O papel do técnico de saúde será o de identificar os tabus alimentares da grávida, relativizar a tradição e a modernidade e explicar as necessidades reais da mulher e o modo de as suplementar, tentando eventualmente conseguir alternativas em caso de não adesão.

A consulta pré natal constituiu a oportunidade chave para detetar os mitos nutricionais da paciente e proporcionar educação dietética através de palestras e grupos de discussão de mães, animados por uma técnica de saúde formada em nutrição e com domínio da língua local. Devemos considerar que muitos dos tabus assinalados, menos que uma deliberação da mãe, resultam da orientação de familiares mais idosos com quem convivem diariamente. Assim deveremos preparar os meios de intervir neste grupo, que inclui esposos, mães e sogras das mães, entre outros, utilizando o dinamismo dos líderes comunitários, para educação para a saúde e desenvolvimento da população alvo.

4. O contexto regional.

A situação económica das famílias Moçambicanas, além da falta de informação, parece ser neste momento a determinante principal da segurança alimentar dos pacientes. Embora se constatem melhorias no estado nutricional das crianças entre 2011 e 2014 nas províncias de Nampula e Zambézia, continuamos a verificar malnutrição crónica nas crianças e mães, estas também com excesso de peso.¹² Esta determinante agrava-se na mulher grávida e puérpera, com condicionantes

limitadoras das atividades geradoras de renda. Um estudo realizado em famílias suburbanas da cidade de Nampula (a terceira cidade do país), em 2015, mostra um nível muito elevado de insegurança alimentar (65 %), diretamente relacionado com um rendimento médio mensal por pessoa de 700 Meticais. ¹³

EXERCÍCIO 1

Como avalia a sua família do ponto de vista nutricional?

Quadro 7: avaliação nutricional da família.

ITEM	Nº e observações
Nome da Família	
Bairro e Casa	
Nº de elementos	
Nº de elementos M	
Nº de elementos F	
Nº de Grávidas	
Nº de elementos < 5 anos	
Nº de elementos IMC < 18	
Nº de elementos IMC > 34	

Existem membros em risco nutricional? Quais?

Quadro 8: risco nutricional da família.

ITEM	Nº e observações
Nome da Família	
Bairro e Casa	
Nº de elementos	
Nº de elementos IMC < 18	
Nº de elementos IMC > 34	
% de elementos em risco	
% de elementos Grávidas em risco	
% de elementos , 5 anos em risco	

Que medidas pode propor para melhorar a dieta?

Quadro 9: educação nutricional da família.

Problema / Sujeito	Medida proposta
Nome da Família	
Bairro e Casa	
Sujeito e problema	
Medida 1	
Medida 2	
Como vai implementar a medida 1	
Como vai implementar a medida 2	

Como avalia a implementação das medidas sugeridas?

Quadro 10: avaliação da educação nutricional da família.

Problema / Sujeito	Avaliação
Nome da Família	
Bairro e Casa	
Sujeito e problema	
Medida de educação para a saúde aplicada	
Evolução do problema	

5. Programa de saúde reprodutiva.

1. Programa nacional de saúde reprodutiva.

O planeamento familiar (PF) constitui uma intervenção chave para a melhoria da saúde da mulher e da criança. Uma implementação efetiva do PF (fundamentalmente com recurso aos métodos contraceptivos modernos e de longa duração) tem um impacto direto no espaçamento entre os filhos e leva a um impacto importante na redução da morbimortalidade materna.¹⁴

O documento Estratégia de Planeamento Familiar e Contraceção,¹⁵ clarifica as diferentes intervenções que se mostram prioritárias na área do planeamento familiar. Sendo Moçambique um dos países com uma das taxas de mortalidade materna mais altas do mundo, apresenta-se como urgente e fundamental a implementação de intervenções visando a expansão do acesso e utilização dos serviços de PF.

Em setembro de 2000, na Cimeira do Milénio, ao acordarem nos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio 4 e 5, 181 países (entre os quais Moçambique) assumiram o compromisso de reduzir em dois terços a mortalidade infantil e em três quartos a mortalidade materna, entre 1990 e 2015. Para alcançar estes objetivos é essencial garantir a prestação de serviços de PF de qualidade de modo a assegurar o direito dos indivíduos, casais e famílias de planear quando e o número de filhos que desejam ter, de prevenirem gravidezes indesejadas ou de alto risco obstétrico e de espaçar os nascimentos dos seus filhos, reduzindo assim o risco de morbidade e mortalidade associado a gravidez e parto, tanto para a mulher como para o recém-nascido.¹⁶

O Programa Nacional de Saúde Reprodutiva, numa perspetiva de integração desencadeou um processo contínuo de coordenação das atividades com a prevenção da transmissão vertical do VIH (PTV) e das ITS. No entanto, apesar do desenvolvimento progressivo deste programa, dos vários esforços realizados e do aumento na taxa de prevalência geral de contraceção de 6 % em 1997 para 17 % em 2003, esta taxa continua ainda muito baixa, havendo necessidade de maiores esforços e melhor coordenação na estratégia de PF e contraceção e na promoção da educação e informação à população, na melhoria da qualidade e acesso aos serviços de PF, na capacitação dos recursos humanos, assim como no fortalecimento da gestão, acompanhamento e avaliação destes serviços e das intervenções para a sua divulgação, promoção e aumento da procura.

A taxa de prevalência de contraceção para as mulheres casadas / unidas aumentou para 17 % em 2003, sendo 12% os métodos modernos. A área rural, aumentou de 3 % em 1997 para 12 % em 2003, e a área urbana de 18% em 1997 para 28 % em 2003, com um aumento significativo em todas as províncias (todos os métodos). A taxa de prevalência de contraceção para as mulheres sexualmente ativas não unidas foi de 43,7 % para todos os métodos e de 40,6 % para os métodos modernos (IDS 2003); este dado pode refletir o facto de que as mulheres não unidas têm maior poder de decisão em relação ao uso de métodos de contraceção.

A cobertura de novas utentes em PF em 2009, foi de 13,5 % e a procura de serviços de PF não é satisfeita em 18,4 %, com 18 % na área rural e 20 % na urbana. O Inquérito de Indicadores Múltiplos (MICS) de 2008, mostra uma situação preocupante, onde 83,8 % das mulheres com idades entre 15 e 49 anos, casadas ou em união marital (ou seus maridos) não usa nenhum método contracetivo. No entanto, importa destacar que o uso do preservativo nas relações sexuais de alto risco aumentou nas áreas rurais quase três vezes (de 8 % para 23 %) e nas urbanas em dois terços (de 34 % para 58 %).

Os dados do INSIDA revelam que 25,3 % das jovens e 24,9 % dos jovens tiveram a sua primeira relação sexual antes de completarem os 15 anos, uma estatística relativamente inferior à do IDS de 2003 (28 %). Segundo o IDS de 2003, as mulheres que residem em áreas rurais têm o primeiro contacto sexual mais cedo que as mulheres das áreas urbanas (15,8 anos contra 16,6), e as mulheres com ensino secundário têm-no dois anos mais tarde que as mulheres com menor escolaridade (17,8 contra 15,8). A percentagem de jovens entre os 15 e os 19 anos que eram mães ou que estavam grávidas no momento do inquérito era de 41 %, apresentando as províncias do norte as percentagens mais altas, por exemplo, Niassa com 59 %. A percentagem de jovens entre os 15 e os 24 anos que não faz uso de nenhum método contraceptivo era de 83,9 % para as raparigas e 76 % para os rapazes, sendo a idade média na altura da primeira união de 17 anos para as mulheres e de 22 para os homens (IDS, 2003). A prevalência do VIH entre os jovens de 15 - 24 anos era de 7,9 %, havendo diferenças significativas entre ambos os géneros: a prevalência de VIH entre as mulheres de 15 a 24 anos era de 11,1 % contra 3,7 % nos homens (INSIDA, 2009).

2. Planeamento familiar e educação sexual.

Questões alvo de educação para a saúde sexual.

- Órgãos sexuais e hormonas.
- Menarca e ciclo menstrual.¹⁷
- Higiene do corpo.
- DTS / VIH / SIDA.
- Gravidez e relação sexual.
- Métodos contraceptivos.
- Saúde mental e toxicodependências.

Planeamento familiar.

Mitos e concepções socioculturais sobre o uso de métodos de PF contribuem de forma negativa na saúde materna e infantil, assim como para a fraca adesão e utilização dos serviços de saúde. Estas crenças não são somente adotadas pelas mulheres, mas por todos na comunidade. O aleitamento materno prolongado (dois anos) contribui para aumentar o intervalo entre as gravidezes (em certas sociedades existem tabus que proíbem a relação sexual durante o aleitamento). Mas também sabemos que no final do segundo ano, a quantidade de leite produzida pela mãe representa cerca da metade do que produzia aos seis meses (atenção se o aleitamento materno constitui a única fonte de alimentação). O limitado envolvimento dos homens, entre outras causas por não estarem adequadamente informados sobre os riscos que as mulheres enfrentam durante a sua vida sexual e reprodutiva, torna difícil qualquer processo que procure resolver os problemas de saúde das mulheres. As crenças e práticas culturais sobre a contraceção e PF estão também enraizadas nos trabalhadores de saúde, constituindo uma grande barreira e uma razão para a perda de oportunidades em oferecer aconselhamento e serviços de PF, principalmente os de longa duração.

Existe uma excelente oportunidade para a integração dos serviços de contraceção / PF em outros serviços relacionados com a saúde sexual e reprodutiva (SSR) tais como as consultas de Atenção ao Pós-parto e Pós-aborto, Aconselhamento e Testagem em Saúde, Rastreio do Cancro do Colo Uterino e da Mama, PTV, ITS, Serviço Amigo dos Adolescentes e Jovens (SAAJ) e atendimento de doenças crónicas, demonstrando o potencial que existe de expandir os serviços de contraceção para a população que geralmente não frequenta os serviços específicos de PF, em especial os homens e adolescentes.

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

1. Aumentar a taxa de prevalência de uso de métodos modernos de contraceção de 14 % em 2003, para 25 % em 2014.
2. Aumentar a cobertura de novas utentes de métodos modernos de PF de 12,5 % em 2008 para 19 % em 2014.

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

1. **Os adolescentes e jovens:** além da vulnerabilidade particular deste grupo (os riscos de uma gravidez precoce e as consequências socioeconómicas de um filho), as(os) adolescentes e jovens também têm uma situação psicológica e socioeconómica diferente. Existem evidências de que as(os) adolescentes e jovens não se sentem confortáveis em utilizar as fontes tradicionais para receberem serviços de PF e contraceção, para além das diversas barreiras como aspetos legais relacionados com a idade, o medo de não terem garantia de confidencialidade, ou de não serem bem tratadas(os), levando à necessidade de uma abordagem que responda a estas constatações.
2. **Os homens:** o envolvimento dos homens no PF é muito importante para se atingir uma maior utilização dos serviços de PF e contraceção por parte das mulheres e por eles próprios. Entretanto, existem muitas barreiras socioculturais que impedem que os homens sejam envolvidos nas decisões de PF e por outro lado, o SNS não está estruturado para prover serviços de PF aos homens.
3. **As pessoas vivendo com VIH:** o aconselhamento em PF deve responder às necessidades médicas das pessoas que vivem com VIH, visando reduzir a transmissão, favorecendo a dupla proteção, como meio para reduzir a infeção ou reinfeção. Para as mulheres VIH positivas ou casais discordantes

que querem engravidar, atenção especial deve ser prestada, olhando-se a este desejo como um direito e promovendo abordagens que respondam às necessidades do casal.

Figura 11: guia de contraceção (página 1).

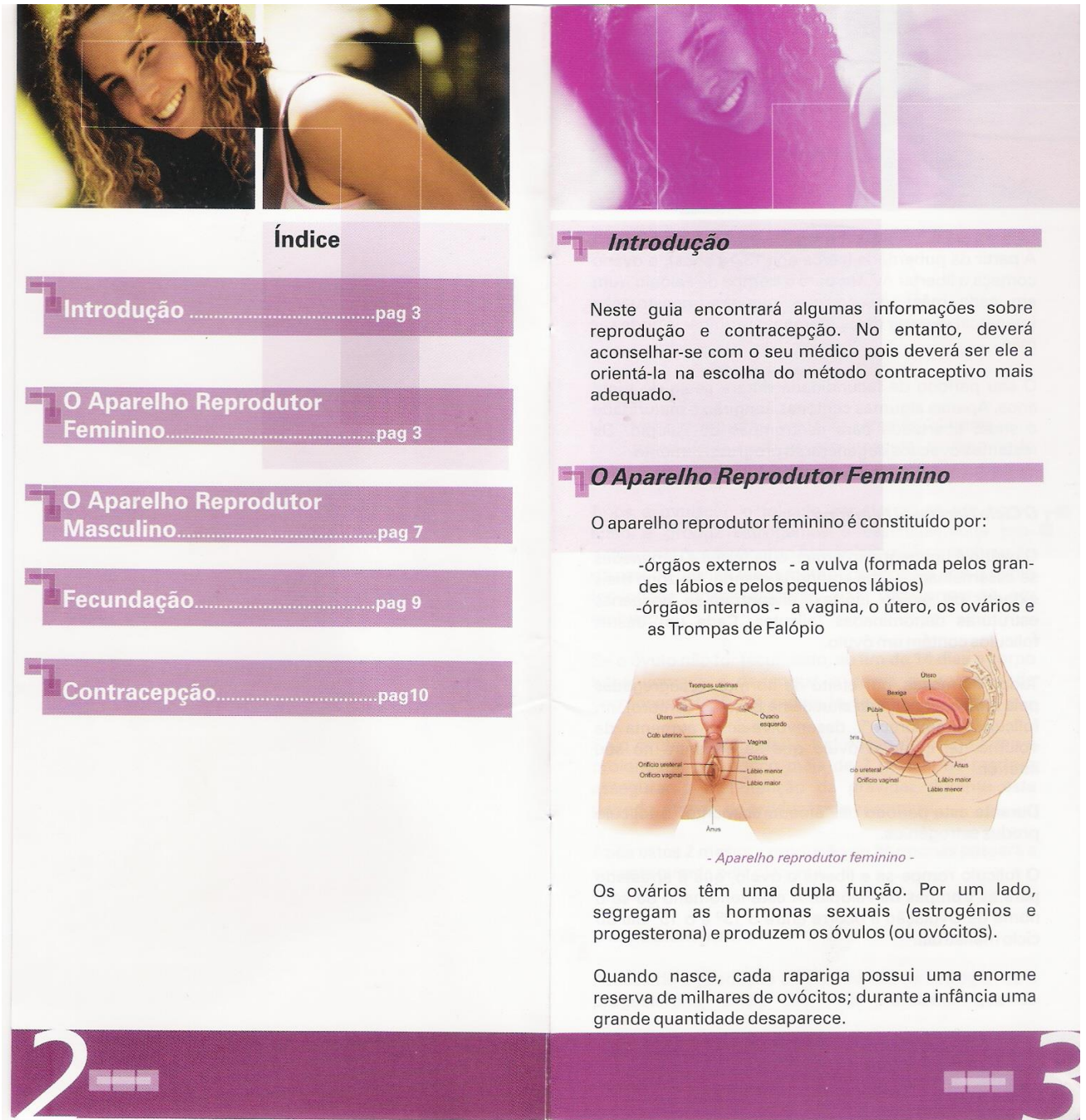
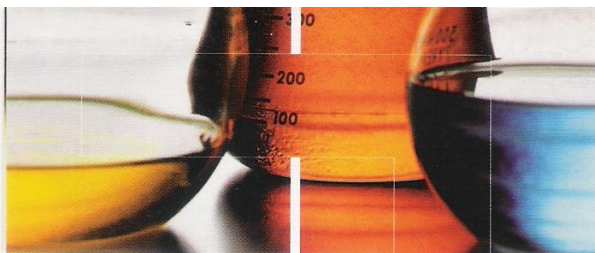


Figura 12: guia de contraceção (página 2).



A partir da puberdade (cerca dos 13-14 anos), o ovário começa a libertar óvulos para a trompa de Falópio (um em cada mês), e ocorre a primeira menstruação (menarca). A partir deste momento a mulher já pode ser mãe.

O seu período de fecundidade durará cerca de trinta anos. Apenas algumas centenas atingirão a maturidade e serão libertados para as trompas de Falópio. Os restantes ovócitos degenerarão progressivamente.

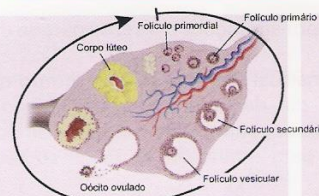
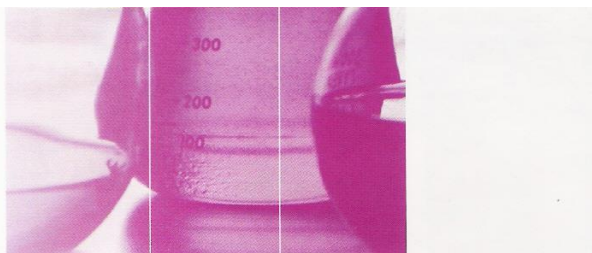
O Ciclo Hormonal Feminino

O ovário é um pequeno órgão, cuja forma e dimensões se assemelham a uma amêndoa grande. No zona mais exterior do ovário (córtex) encontram-se pequenas estruturas denominadas folículos. Cada um destes folículos contém um óvulo.

Todos os meses, por efeito de hormonas segregadas pela hipófise (glândula situada na base do cérebro) um folículo "amadurece": desenvolve-se e aumenta de volume, tal como o óvulo que se encontra no seu interior.

Durante este período de "amadurecimento" o folículo produz estrogénios.

O folículo rompe-se e liberta o óvulo, que é arrastado para as trompas de Falópio. A este fenómeno dá-se o nome de Ovulação e ocorre entre o 13º e o 15º dia do ciclo menstrual.



- Ovulação -

Uma vez na trompa o óvulo tem cerca de 24 horas para ser fecundado por um espermatozóide. Ultrapassado este prazo o óvulo degenerará.

Após a ovulação o folículo transforma-se em corpo lúteo e produz estrogénios e essencialmente progesterona, que terá como função estimular a maturação da parede uterina (endométrio) de modo a que o óvulo fecundado possa alojar-se aí e transformar-se em embrião.

Se o óvulo não for fecundado, ao fim de 14 dias o corpo lúteo começa a degenerar e cessa a produção de hormonas esteróides, seguindo-se a menstruação.

Se o óvulo for fecundado, a duração do corpo lúteo é prolongada por pouco mais de 2 meses, de modo a assegurar a manutenção da gravidez durante este período, através da produção de hormonas.

Após estes 2 meses a produção de hormonas passará a ser assegurada pela placenta.

O Ciclo Menstrual

Associado à produção cíclica mensal de estrogénios e progesterona, existe um ciclo menstrual, que se

Figura 13: guia de contraceção (página 3).

caracteriza por alterações a nível da parede uterina.

O ciclo menstrual corresponde ao tempo que decorre entre o 1º dia de uma menstruação e o 1º dia da menstruação seguinte. O número de dias do ciclo varia de mulher para mulher, mas divide-se sempre em 3 fases:

1. Menstruação
2. Fase proliferativa
3. Fase secretora

1. Menstruação

Se o óvulo não tiver sido fertilizado, cerca de 2 dias antes do final do ciclo, o corpo lúteo atrofia subitamente e os níveis de estrogénios e progesterona diminuem muito rapidamente.

Na ausência das hormonas, a espessura do endométrio reduz novamente e ocorre uma descamação da parede do útero. Os tecidos e sangue resultantes desta descamação são expulsos do útero através de uma hemorragia vaginal - a menstruação.

A hemorragia poderá ter uma duração de 4 a 7 dias. Após a menstruação o endotélio apresenta uma espessura mínima.

2. Fase Proliferativa ou Fase Estrogénica

Ocorre antes da ovulação.

Por acção dos estrogénios produzidos pelo folículo, as células do endométrio proliferam rapidamente, aumentando a espessura da parede do útero.

O objectivo é criar condições favoráveis ao movimento dos espermatozoides.

3. Fase Secretora ou Fase Progéstacional

Ocorre depois da ovulação.

As grandes quantidades de estrogénios e progesterona segregadas pelo corpo lúteo favorecem a continuação do espessamento do endométrio. No endométrio formam-se glândulas capazes de segregar grandes quantidades de nutrientes e são criadas as condições necessárias para a implantação do ovo fecundado.

- Representação do Ciclo Hormonal e Menstrual -

O Aparelho Reprodutor Masculino

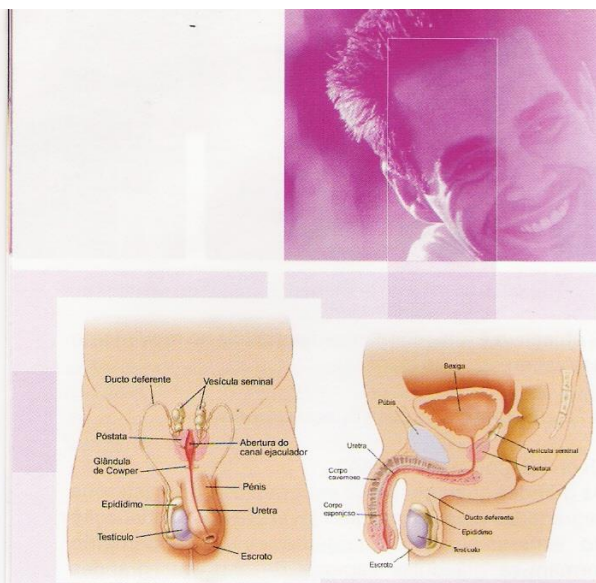
O aparelho reprodutor masculino é constituído por:

- órgãos externos - pénis e escroto (onde se encontram os testículos)
- órgãos internos - testículos, uretra, vesículas seminais, próstata

6

7

Figura 14: guia de contraceção (página 4).



- Aparelho reprodutor masculino -

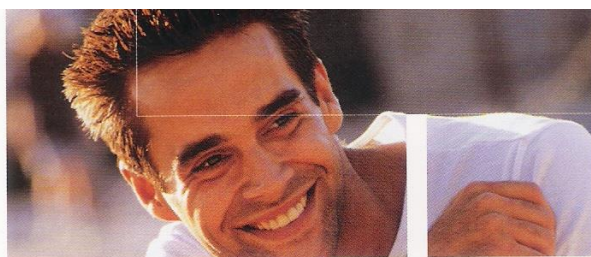
As glândulas sexuais do homem são os testículos que, tal como acontece com os ovários, têm uma dupla função. Segregam hormonas (testosterona) e produzem os espermatozoides.

No homem os testículos só começam a produzir espermatozoides na puberdade, e esta produção será quase ininterrupta até ao fim da vida.

Os testículos são glândulas de forma ovóide. No seu interior existem numerosos e pequenos tubos (tubos seminíferos) muito finos cujo aspecto se assemelha a um novelo embaraçado. É no interior dos tubos seminíferos que se formam os espermatozoides.

O espermatozoide é constituído por uma cabeça (que contém o núcleo) e uma cauda (flagelo) que lhe confere mobilidade.

Depois de formados, os espermatozoides reúnem-se num longo canal (epidídimo) e passam para o canal deferente, que os conduz até às duas vesículas seminais



(situadas de ambos os lados da próstata) onde permanecerão.

Durante a ejaculação os espermatozoides são ejetados, através da uretra, diluídos num líquido, o esperma, segregado pela próstata e pelas vesículas seminais. O papel deste líquido é alimentar os espermatozoides e facilitar o seu transporte.

Se permanecerem armazenados no homem os espermatozoides morrem em cerca de 30 dias, sendo substituídos por outros. Depositados no organismo da mulher, após a relação sexual, podem sobreviver (e aguardar pelo óvulo) vários dias.

Fecundação

Uma vez depositados no fundo da vagina, na proximidade do colo, os espermatozoides têm um longo caminho a percorrer até encontrar o óvulo.

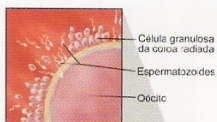
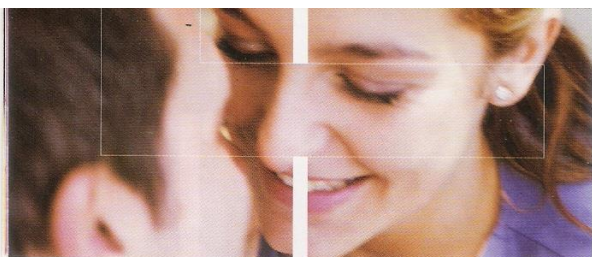
Com o auxílio do muco segregado pelo canal cervical atravessam o útero e entram nas trompas de Falópio onde ocorrerá a fecundação.

Dos milhões de espermatozoides lançados na ejaculação apenas alguns milhares chegam ao contacto com o óvulo, rodeiam-no e apenas um espermatozoide penetrará no óvulo.

Perfura a membrana que reveste o óvulo e os núcleos das duas células fundem-se num único. Está formado o ovo, a primeira célula de um novo ser humano.



Figura 15: guia de contraceção (página 5).



- Fecundação -

Uma vez que, alguns espermatozoides podem permanecer férteis nas trompas até 5 dias, para que o óvulo seja fecundado, o coito deverá ocorrer entre até 4 a 5 dias antes da ovulação e até algumas horas após a sua ocorrência. Assim, o período da fertilidade da mulher, durante cada ciclo sexual, é de 4 a 5 dias.

Contraceção

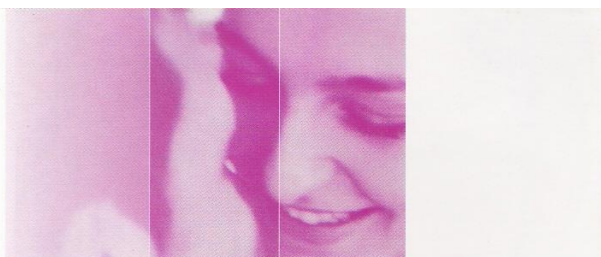
Existem diversos métodos contraceptivos. Deverá aconselhar-se com o seu médico sobre qual será o mais adequado para si.

Contraceptivos Hormonais

Pílula

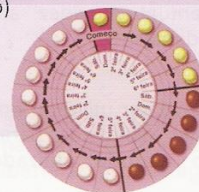
A pílula é composta por hormonas sexuais femininas em doses adequadas para produzir os seguintes efeitos:

- impedir a ovulação
- criar condições desfavoráveis à implantação do ovo no útero
- manter o muco da vagina espesso de modo a dificultar a mobilidade dos espermatozoides.



As diferentes pílulas podem ser classificadas de acordo com a sua composição:

- Pílulas combinadas - associação de estrogénios e progestagénios
- . Monofásicas (contém uma dose fixa de hormonas em todos os comprimidos)
- . Trifásicas (a dose de hormonas nos comprimidos é diferente consoante as 3 fases do ciclo)



- Exemplo de uma embalagem de Pílula -

A 1º toma da pílula deve ser no primeiro dia de menstruação, e deve ser tomada todos os dias, durante 21 dias; seguindo-se um intervalo de 7 dias antes de iniciar uma nova embalagem. Durante estes dias de intervalo deverá ocorrer uma hemorragia semelhante à menstruação.

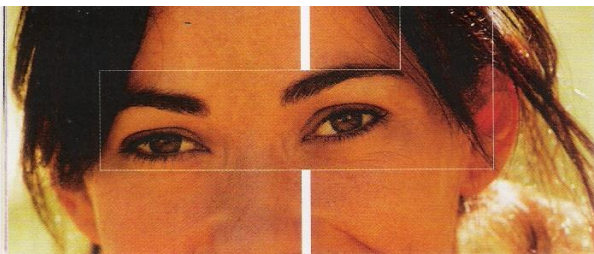
Eficácia: 99,9 % ⁽¹⁾

- Mini-pílulas - contêm apenas progestagénios

A 1º toma da mini-pílula deve ser no primeiro dia de menstruação e deve ser tomada ininterruptamente, todos os dias, sem qualquer intervalo.

Eficácia: 99,5 % ⁽¹⁾

Figura 16: guia de contraceção (página 6).



O efeito contraceptivo da pílula pode ser diminuído pela toma de outros medicamentos, pelo que é importante que se aconselhe com o seu médico antes de tomar qualquer medicamento.

Pílula do dia seguinte

Designa-se por “pílula do dia seguinte” ou “contraceção de emergência” por ser utilizada para prevenir uma eventual gravidez após a relação desprotegida ou acidental.

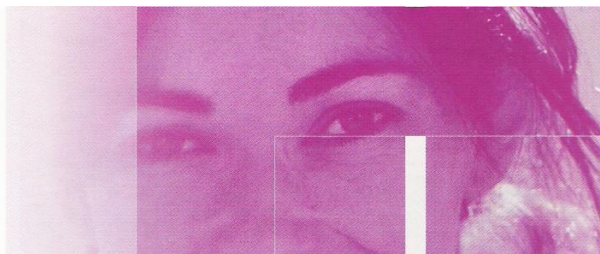
Este método não deve ser utilizado por rotina. A sua utilização deve estar reservada para situações de possível falha do método utilizado ou relação desprotegida.

Estas pílulas contém as mesmas hormonas que as pílulas contraceptivas mas em doses muito superiores, pelo que a sua forma de actuação é a mesma:

- impede a ovulação
- cria condições desfavoráveis à implantação do ovo no útero
- mantém o muco da vagina espesso de modo a dificultar a mobilidade dos espermatozóides

A “pílula do dia seguinte” só é eficaz (cerca de 95% de eficácia) se ainda não estiver grávida!

Por este motivo deve ser tomada o mais rapidamente possível após a relação desprotegida ou acidental, durante as 72 horas seguintes.



Implante contraceptivo

Este método consiste na colocação de um implante contendo progestagénios, na parte superior do braço.



- Imagem do implante contraceptivo -

O implante é inserido nas camadas inferiores da pele através de uma pequena intervenção cirúrgica. Este dispositivo libertará progestagénios diariamente, durante 5 anos, devendo ser removido ou substituído no final deste período de tempo.

Eficácia: 99,5% ⁽¹⁾

Injecção Contraceptiva

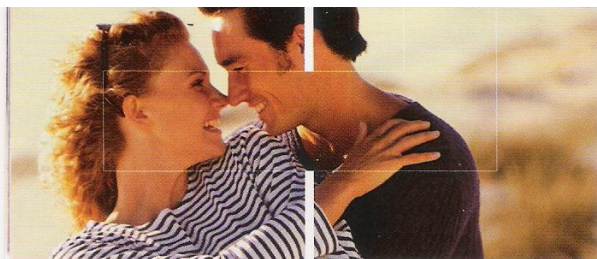
Consiste na administração de progestagénios por via injectável.



- Injecção contraceptiva -

O mecanismo de acção é semelhante ao da pílula mas mantém-se por um período de 3 meses. Assim, são apenas necessárias 4 administrações de contraceptivo

Figura 17: guia de contraceção (página 7).



injectável por ano.

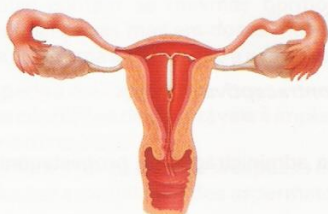
A injeção tem de ser administrada pelo seu médico.

Eficácia: 99,7 % ⁽¹⁾

Sistema Intra-uterino

Dispositivo contendo progestagénios que é introduzido no útero. A aplicação do dispositivo tem de ser feita por um médico, e este permanece no organismo por um ou mais anos.

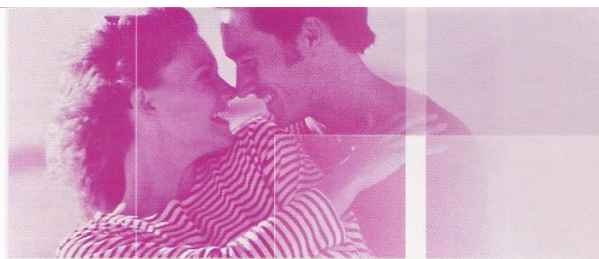
O dispositivo é constituído por uma estrutura de plástico, em forma de T, revestido por um reservatório onde se encontram as hormonas.



- Imagem do sistema intrauterino -

Este dispositivo libertará progestagénios diariamente, durante 5 anos, devendo ser removido ou substituído no final deste período de tempo.

O seu mecanismo de acção é semelhante ao das pílulas contendo apenas progestagénios.



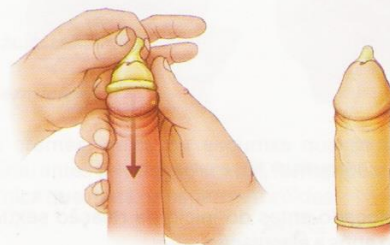
Eficácia: 99,9 % ⁽¹⁾

Contraceptivos Locais ou de Barreira

Preservativo Masculino

O preservativo é constituído por uma película de látex muito fina que é colocado no pénis antes da penetração.

Funciona como uma barreira mecânica que impede o contacto do esperma com as secreções vaginais, pelo que impede não só a gravidez mas também a transmissão de Doenças Sexualmente Transmissíveis.



- Colocação do preservativo masculino -

Deve ser colocado antes do início da relação sexual e retirado logo após a ejaculação, com o pénis ainda erecto.

Eficácia: 86-97 % ⁽¹⁾

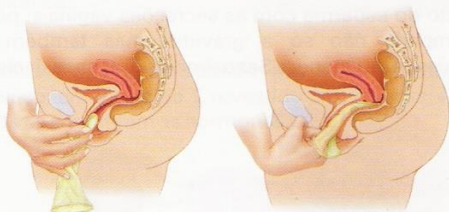
Figura 18: guia de contraceção (página 8).



Preservativo Feminino

É constituído por uma fina película de látex colocado no interior da vagina para impedir o contacto do esperma com as secreções vaginais.

Uma das extremidades é fechada e adapta-se ao colo do útero e a extremidade inferior, aberta, reveste parcialmente os lábios vaginais. Nas extremidades possui dois anéis de borracha flexíveis que permitem que se mantenha imóvel durante o coito.



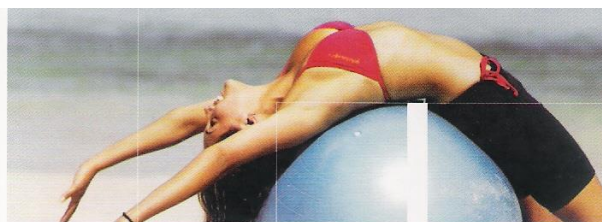
- Colocação do preservativo feminino -

Deve ser colocado antes do início da relação sexual e retirado logo após a ejaculação.

Eficácia: 79-95 % ⁽¹⁾

Diafragma

O diafragma é um dispositivo de látex, com a forma de uma pequena taça com um anel maleável em volta. Depois de inserido na vagina, adapta-se ao colo do



útero impedindo que os espermatozóides passem para o útero.



- Aplicação de espermicida no diafragma e sua colocação -

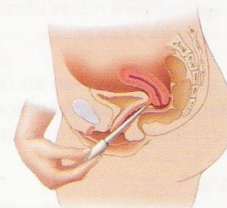
Antes de cada coito deve aplicar-se um espermicida para matar os espermatozóides.

O diafragma deve poder ser colocado várias horas antes do acto sexual e deve permanecer no organismo durante as 6 horas seguintes ao coito, não excedendo o total de 24 horas.

Eficácia: 80-94 % ⁽¹⁾

Espermicidas

São cremes, geles ou espumas que se inserem na vagina, antes da relação sexual, formando uma barreira química que mata os espermatozóides.



- Aplicação de espermicida -

16

17

Figura 19: guia de contraceção (página 9.)



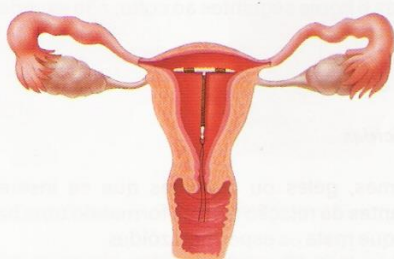
De um modo geral não são utilizados isoladamente, mas como método complementar de outros, como o preservativo ou diafragma.

Eficácia: 74-94 %⁽¹⁾

Dispositivo Intra-uterino (DIU)

É considerado um método de acção local, uma vez que tem de ser introduzido no útero. A aplicação do dispositivo tem de ser feita por um médico, e permanecem no organismo por um ou mais anos.

É constituído por um pequeno dispositivo, em forma de T, em plástico revestido por cobre.



- Dispositivo Intra-uterino -

O seu efeito contraceptivo deve-se ao facto de não só impedir a fecundação mas também criar condições desfavoráveis à implantação do ovo no útero.

Eficácia: 99,2-99,4 %⁽¹⁾



Esterilização

Vasectomia

A vasectomia é uma intervenção cirúrgica em que o percurso dos canais deferentes é interrompido, impossibilitando o transporte dos espermatozóides para fora dos testículos.

Desta intervenção resulta esterilidade permanente do homem.

A vasectomia não afecta a capacidade de erecção, ejaculação ou de atingir o orgasmo. O homem ejacula mas o seu esperma não contém espermatozóides pelo que não poderá engravidar a sua parceira.

Eficácia: 99,8-99,9 %

Esterilização feminina

Trata-se de uma intervenção cirúrgica em que as trompas de Falópio são interrompidas e "seladas" de modo a que não haja passagem de óvulos do ovário para o útero, nem de espermatozóides do útero para a trompa, impedindo assim a fecundação.

Eficácia: 99,5 %

Desta intervenção resulta esterilidade permanente da mulher.

⁽¹⁾ Trussell J, Contraceptive efficacy. In: Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, Cates W, Stewart GK, Kowal D, Guest F, *Contraceptive Technology: Seventeenth Revised Edition*. New York, NY: Irvington Publishers, 1998.

6. Aborto.

1. Aborto espontâneo.

Como vimos anteriormente o aborto espontâneo ocorre em 5 a 20 % de todas as grávidas clinicamente reconhecidas. A ameaça de aborto corresponde a um sangramento uterino durante as primeiras 20 semanas de gravidez sem dilatação cervical. Aborto inevitável designa um sangramento uterino durante as primeiras 20 semanas de gravidez com dilatação cervical mas sem expulsão de tecido. Aborto incompleto implica a passagem de algum, mas não todo, tecido placentar e fetal. Aborto completo ocorre quando há expulsão espontânea e completa de todos os produtos da concepção. O aborto espontâneo aparece mais frequentemente entre as 8 e as 12 semanas de gestação.

2. Interrupção voluntária de gravidez.

Vários estudos constataram que um número substancial de mulheres se baseia na prática do aborto como método exclusivo de PF. Recorre-se ao aborto quando os outros métodos falham. Frequentemente, e em especial nas mulheres com menos de 20 anos, a necessidade de recurso ao aborto origina posteriormente a utilização eficaz de métodos contraceptivos. Não se demonstrou existir, nos abortos provocados no primeiro trimestre, um efeito adverso em gravidezes futuras. A associação de abortos realizados no segundo trimestre com a rasgadura do tecido cervical é controversa. Um colo anómalo pode, raramente, tornar-se incompetente, sendo necessária a realização de *cerclage* se a mulher deseja levar uma gravidez a termo.¹⁸

Na gravidez não desejada devemos considerar:

- Prevalência da interrupção voluntária de gravidez por classe etária.
- Enquadramento legal da IVG.¹⁹

Fatores condicionantes da IVG:

- Perceção do filho.
- Escolaridade: expectativas/ insucesso.
- Suporte social e económico.
- Relação com os cuidados de saúde.
- Obtenção do método contraceptivo.
- Período desde a 1ª relação sexual à ida ao médico.
- Realização da IVG em meio hospitalar.

Consequências da IVG:

- Taxa de mortalidade mundial: 13 %.
- Complicações imediatas: laceração, perfuração útero, hemorragia, sépsis, tétano.
- Complicações a médio prazo: novo aborto, infertilidade, gravidez ectópica.
- Complicações tardias: sentimento de perda e de culpa.

3. Prevenção do aborto.

Existem poucas áreas relativas aos cuidados de saúde primários como esta, na qual a educação da mulher é muito importante para tomar decisões. Deve ser disponibilizado material informativo escrito, esquemático e simples. É da maior importância que a informação escrita seja divulgada na língua nativa da mulher e que lhe seja dada oportunidade para esclarecer dúvidas e mostrar que a compreendeu.

Deve ser providenciado um aconselhamento empático e imparcial. O médico de cuidados de saúde primários (CSP), independentemente dos seus pontos de vista pessoais sobre o aborto e a contraceção, tem de fornecer à paciente informação isenta; caso contrário, deve referenciá-la a alguém que se esforce por esclarecer as questões colocadas correspondendo aos cuidados pretendidos.

Prevenção da IVG:

- Ajudar a adolescente a completar o seu desenvolvimento de uma forma equilibrada.
- Evitar a gravidez não desejada.
- Criar Programas de Intervenção:
 - ✓ Intervenção precoce: 8 / 9 anos.
 - ✓ Prazo prolongado: da pré-adolescência ao adulto.
 - ✓ Centralização no indivíduo, com intervenção na família e com o envolvimento da escola.
 - ✓ Metas com diversas opções e perspetivas de futuro.

7. Mortalidade materna

Na Cimeira do Milénio que decorreu em 2000, foram definidas as metas de Desenvolvimento do Milénio, dentro das quais uma relativa à mortalidade materna (Meta 4). Como resposta à elevada morbilidade e mortalidade materna, Moçambique aderiu a esta iniciativa com o objetivo de acelerar os esforços para melhorar a saúde materna e reduzir a mortalidade.

Com a implementação de novas estratégias para a redução das mortes maternas, passou a haver uma atenção particular e uma nova abordagem da mãe, dentro da perspetiva da atenção integrada à gravidez. Em adesão à conferência de Cairo em 1994 sobre “População e Desenvolvimento” os tradicionais programas de saúde materna, passaram a ter uma abordagem multissetorial. A iniciativa da Maternidade Segura constitui uma das mais importantes estratégias do MISAU.

Em Moçambique o rácio de mortalidade materna mostra uma redução significativa, embora permaneça elevado, tendo passado de uma estimativa de 690/100.000 nados vivos em 1994-95 para 408 em 2001-2002. Por outro lado, a Avaliação Nacional das Necessidades (ANN) em Saúde Materna e Neonatal realizada em 2007/2008 refere que 66,5 % dos óbitos maternos analisados ocorreram entre adolescentes, jovens e mulheres com idades compreendidas entre os 15 e 30 anos e 20,2 % entre os 10 e 19 anos.

Dados do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Central de Maputo, de 1990–2000, revelaram que 8 a 11 % das mortes maternas ocorridas nesse período foram devido a complicações do aborto inseguro. Também a ANN mostrou que 9,1 % das mortes maternas diretas foram devido a complicações de aborto (hemorragia e sépsis). No entanto, existe a convicção de que estas

percentagens representam somente a ponta do *iceberg*, uma vez que não incluem aquelas mulheres que não tiveram complicações que necessitassem de cuidados hospitalares ou que, por razões várias, não procuraram assistência no hospital, muitas das quais eventualmente morreram.

1. Causas de mortalidade materna.

As complicações obstétricas constituem uma das causas principais de mortalidade materna, algumas evitáveis com um bom acompanhamento da gravidez, outras não que não podem ser prevenidas mas que poderemos eliminar com uma assistência eficaz no parto.

Em relação às infeções de transmissão sexual (ITS), segundo o IDS de 2003, a prevalência de sífilis na gravidez foi de 16 %. Por outro lado, a prevalência de VIH era de 11,5 % na população adulta, sendo a prevalência de 13,1 % nas mulheres e de 9,2 % nos homens.

Impacto do VIH na saúde materna:

- Causas obstétricas diretas da mortalidade materna: anemia na gravidez, hemorragia pós parto.
- Causas indiretas da mortalidade materna: aumento da suscetibilidade às infeções oportunistas.
- Mortalidade materna: cerca de 18 % das mortes maternas em Moçambique são atribuídas ao VIH.

2. Prevenção da mortalidade materna.

O programa nacional de redução da morbimortalidade materna, preconiza com grande ênfase o tratamento atempado e correto das complicações obstétricas,

em especial as relacionadas com o parto, cuja maioria não podem ser prevenidas, que constituem a principal causa de morte das mulheres.

Deste modo é importante e crucial o reconhecimento pela comunidade dos sinais de alerta e posterior acesso à rede primária, criando nestes, capacidades para tratar e garantir evacuação para níveis superiores. Isto pressupõe a extensão e acreditação das US capazes de oferecer cuidados obstétricos de emergência (COE) quer básicos (COEB) ou completos (COEC), assim como um bom sistema de comunicação (rádios).

Em 2009 o Ministério da Saúde inicia a implementação do 1º Plano Nacional de Humanização dos Cuidados de Saúde, que tem como objetivos:

1. assegurar uma gestão humanizada nas instituições de saúde;
2. promover o atendimento humanizado aos utentes nos serviços de saúde;
3. promover a humanização das condições de trabalho nos serviços de saúde.

Este Plano estabelece como prioritária, para início da sua implementação, a área das maternidades, através da chamada Iniciativa Maternidades Modelo (IMM), onde as US selecionadas irão empenhar-se por cumprir padrões definidos para uma assistência de qualidade e humanizada à mulher e ao recém-nascido.²⁰

Quadro 11: iniciativa maternidades modelo.

Padrões para medição do desempenho dos serviços de saúde materna e neonatal.

Área V: educação para a saúde e envolvimento comunitário	
1. A US dispõe de um local adequado para realizar ações educativas para os utentes e comunidade (como palestras, reuniões, aconselhamento).	Observe se a área/espço reservado para sessões de educação sanitária possui: Boa ventilação (janelas abertas) e iluminação.
Cadeiras/bancos e soalho em boas condições (por exemplo coberto com esteiras).	
Armário ou prateleiras para guardar os materiais de IEC (no local ou próximo ao local).	
2. São realizadas sessões integradas e regulares de educação para a saúde, abordando temas de SMN.	Observe durante uma sessão educativa para mulheres grávidas se o trabalhador de saúde aborda os seguintes assuntos: Necessidade de preparar-se para o parto (importância do parto na maternidade, pessoa a contactar em caso de emergência em casa / comunidade, plano de transporte, possibilidade de presença de acompanhante durante o TP e parto).
Necessidade de dirigir-se à US em caso de sinais de perigo durante a gravidez (sangramento vaginal, dificuldade respiratória, febre, dor abdominal forte, dor de cabeça forte, distúrbios visuais e convulsões ou perda de consciência).	
Higiene e limpeza.	
Prevenção e tratamento da malária.	
Alimentação materna e importância da suplementação de sal ferroso.	
Prevenção de ITS/VIH e PTV.	
Importância da vacinação para mulher e para o bebé.	
Promoção e apoio ao aleitamento materno exclusivo.	
Importância, orientação e possibilidades de contraceção no pós-parto.	
Importância da consulta Pós-Parto e Pós-Natal para a mãe e o recém-nascido.	
3. Durante as sessões de educação, o trabalhador de saúde observa as normas de Comunicação Interpessoal e Aconselhamento (CIPA), e usa as habilidades de educação em grupo e materiais de apoio em IEC.	Verifique durante uma sessão de educação se o trabalhador de saúde: Saúda cordialmente as/os utentes.

Apresenta-se ao grupo.

Explica os objetivos da sessão.

Mantém um bom relacionamento com as/os utentes e incentiva-os a terem uma participação ativa.

Incentiva as utentes a trazerem os seus acompanhantes para as consultas.

Transmite as informações de forma clara e audível.

Escuta as perceções e inquietações das(os) utentes.

Confirma durante os intervalos se as/os utentes compreenderam as mensagens e se tem perguntas ou dúvidas.

Faz o resumo dos pontos principais da sessão.

Evita uma sessão muito prolongada (mais de 30-40 min).

Usa os álbuns seriados, folhetos e manuais de orientação.

4. A US realiza atividades regulares para promover o envolvimento comunitário na área da SMI.

Verifique com o/a Responsável da US e através da observação de registos dos últimos 3 meses se a US:
Realiza encontros com parceiras tradicionais.

Realiza encontros com o conselho de líderes comunitários.

Realiza encontros com agentes comunitários de saúde (ACS).

Promove a divulgação de informações sobre temas relacionados com a SMN para a comunidade, tais como:

Plano de preparação para o parto e situações de emergência, incluindo a identificação da US mais próxima e meios de transporte.

Principais sinais de perigo durante a gravidez, parto, pós-parto e no recém-nascido.

Importância do parto institucional.

Discute e busca o envolvimento da comunidade no processo de humanização e melhoria da qualidade dos serviços (Iniciativa Maternidades Modelo).

Negocia com a comunidade a construção, manutenção e funcionamento de uma casa de espera anexa ou perto da US se aplicável.

TARV universal para mulheres grávidas e benefícios populacionais.

- Redução da mortalidade materna:
 - Mortalidade 6 x maior no pós parto em mulheres VIH+ com CD4 > 500 (comparado com HIV-). O TARV pode prevenir 90 % destas mortes.
- Redução do número de órfãos devido ao VIH.
- Redução da transmissão sexual.
 - 96 % de redução na transmissão entre casais sero discordantes ao iniciar.
 - O TARV para o parceiro seropositivo independente do seu estadio imunológico ou clínico – redução da transmissão na comunidade.

8. Programa de saúde materna.

1. Educação para a saúde em saúde materna.

Vigilância da gravidez.

A prevenção de doenças genéticas requer a identificação de pares que podem produzir genótipos com defeito: pares em que um dos indivíduos transporta uma mutação ligada ao X ou dominante ou uma translocação equilibrada, ou pares em que ambos os indivíduos são portadores de um gene deficiente recessivo. Estes indivíduos podem em geral ser identificados através de um descendente afetado ou um familiar próximo.

Reside aqui toda a importância de uma boa anamnese da grávida, construindo um genograma familiar detalhado. Em caso de suspeita de desordem dominante, o familiar deve ser examinado para precisar o diagnóstico e orientar o aconselhamento genético.

Fatores ambientais.

A interação entre fatores genéticos isolados e fatores ambientais é muito importante durante a gravidez. A incompatibilidade RH causa eritroblastose do feto. A diabetes gravídica, causa a embriopatia diabética, com malformações major do recém-nascido (5 %).

Consulta da grávida.

Deve ser convocado o pai para detalhar o genograma familiar e eventualmente determinar o grupo sanguíneo, VIH e VDRL. A anamnese e o exame clínico inicial da grávida devem ser completos, solicitando exames auxiliares (hemograma, glicemia, GOT/GPT, serologia anti rubéola, anti toxoplasmose, VDRL, VHB, VIH,

urina tipo II e ecografia obstétrica). As consultas seguintes serão programadas e regulares, avaliando sistematicamente a TA e a glicose sérica. A ecografia obstétrica pode detetar malformações fetais (nomeadamente cardíacas) e deve ser repetida (idealmente uma por trimestre da gravidez).

O líquido amniótico é rico em células embrionárias para cultura, utilizáveis para o diagnóstico de alterações cromossómicas. A amniocentese transabdominal (aspiração transabdominal do líquido amniótico do útero) tem um risco baixo (para a mãe e para o feto) e pode identificar alterações cromossómicas que justifiquem a interrupção da gravidez. Ela deve ser realizada em casais de alto risco (grávida com mais de 35 anos, antecedentes pessoais ou familiares de alterações cromossómicas) da 14ª à 16ª semana de gravidez.

Mensagens educativas sobre saúde materno – infantil.

- O que é o aleitamento materno exclusivo?
 - Dos zero até aos seis meses de idade, a criança deve alimentar-se somente com o leite da mãe, isto significa que não se deve dar água, nem chá; controlar o crescimento do bebé e a saúde da mãe!
- A consulta pré-natal não se paga!
 - É gratuita, é “mahala”. É na consulta pré-natal onde a mulher recebe, gratuitamente, sal ferroso, mebendazol, rede mosquiteira e medicamentos para tratar infeções de transmissão sexual e malária!
- Parto na maternidade.
 - Tenha o seu parto na maternidade!
 - Logo depois do parto, a mãe deve pôr o bebé ao peito!
 - Dos zero até 6 meses de idade, a criança deve alimentar-se somente do leite da mãe!
- Quais são as vantagens de ter parto na maternidade?
 - O parto na maternidade é gratuito, é “mahala”, assegura a saúde da mãe e da criança!

- Como evitar a transmissão de VIH para o seu filho?
 - Evite a transmissão de VIH para o seu filho, fazendo o teste durante a gravidez e parto!
 - O teste é “mahala”, faça a prevenção para si e para o seu filho!
- O que é planeamento familiar?
 - Planeamento familiar é uma forma de dar intervalo entre os nascimentos!
 - O intervalo mínimo entre os nascimentos, é de dois anos!
- Quais as vantagens do planeamento familiar?
 - A consulta e os medicamentos são gratuitos, não se pagam é “mahala”.
 - O planeamento familiar ajuda a mãe a cuidar bem o seu bebé, para crescer saudável!
 - O planeamento familiar ajuda o casal, a pensar quantos filhos pode fazer, e quando pretende fazer!

Programa alargado de vacinação.

Todos os contactos com mulheres em idade fértil devem ser usados para verificar se a sua vacinação está em dia e dar o conselho apropriado. Isto deve levar a uma redução de oportunidades perdidas de vacinar com VAT (Vacinação anti - tetânica) e melhorar as coberturas com esta vacina. Cada dose de VAT deve ser registada no cartão de VAT da mulher. Doses recebidas durante a gravidez devem ser registadas tanto na ficha pré-natal assim como no cartão de VAT. Doses recebidas antes da gravidez atual devem ser transferidas do cartão de VAT para a ficha pré-natal.

Cada grávida deve ser protegida contra o tétano neonatal. As doses de tétano recebidas durante a infância podem contar para o esquema da VAT e a DPT3 conta como VAT2. Se uma mulher tiver uma história documentada de cinco

injeções de VAT, ela não precisa fazer doses adicionais de VAT, dado que cinco doses dão uma proteção completa durante os anos de idade fértil.

Quadro 12: calendário vacinal da mulher grávida.

Dose de VAT	Contacto
VAT 1	Ao primeiro contacto ou o mais cedo possível durante a gravidez, incluindo o primeiro trimestre
VAT 2	Pelo menos quatro (4) semanas depois de VAT 1
VAT 3	Pelo menos 6 meses depois da VAT 2 ou durante a gravidez subsequente
VAT 4	Pelo menos 1 ano depois da VAT 3 ou durante a gravidez subsequente
VAT 5	Pelo menos 1 ano depois de VAT 4 ou durante a gravidez subsequente

Quadro 13: duração esperada da imunidade depois da aplicação de diferentes doses de VAT em mulheres em idade fértil (15 – 49 anos).

Doses	Intervalo mínimo	Proteção	Duração da proteção
VAT1	1º contacto	0	0
VAT2	4 semanas	80 %	3 anos
VAT3	6 meses	95 %	5 anos
VAT4	1 ano	99 %	10 anos
VAT5	1 ano	99 %	Toda a vida

Educação para a saúde da puérpera.

O tempo utilizado no ensino sobre saúde da puérpera e do recém-nascido é muito eficiente na redução das morbidade e mortalidade materno-infantil, poupando ainda deslocações desnecessárias à US e o consumo de atos médicos custosos. O médico deve assegurar que a equipa de saúde materno-infantil dispensa às mães os ensinamentos prioritários: cuidados do recém-nascido, aleitamento materno, alimentação da puérpera, prevenção das infeções e acidentes, sinais de alarme, PF, acompanhamento da criança na consulta de criança sadia, vacinação.

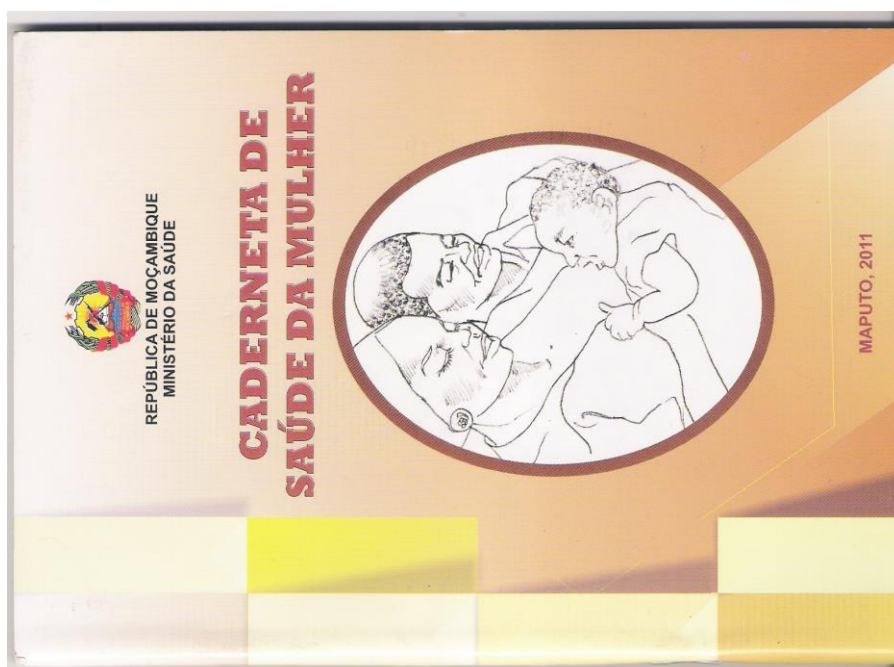
Quadro 14: protocolo maternidade.

<p>1. Na maternidade é oferecida informação e providenciados métodos para a contraceção no pós-parto e pós-aborto.</p>	<p>Observe na maternidade e na sala de tratamento pós-aborto e certifique se o trabalhador de saúde: reforça a informação sobre os métodos contraceptivos disponíveis e considerando o interesse e condição da mulher.</p>
<p>Confirma o método contraceptivo escolhido pela mulher ou ajuda-a a escolher outro caso haja contraindicações para o método escolhido.</p>	
<p>Reforça a informação específica sobre o método escolhido incluindo: como funciona, quando e como usar o método, possíveis efeitos colaterais e como lidar com eles, eficácia, plano de seguimento.</p>	
<p>Fornece o método escolhido pela mulher, incluindo a inserção do DIU imediatamente após o parto ou após o tratamento do aborto OU refere para outra US, se necessário, oferecendo um método para uso transitório.</p>	
<p>Reforça as informações após o fornecimento do método e se a mulher tiver dúvidas faz os esclarecimentos necessários.</p>	
<p>Regista as informações na ficha clínica ou no diário de enfermagem.</p>	
<p>2. O trabalhador de saúde avalia as condições da mulher na enfermaria do puerpério e realiza os procedimentos necessários antes da alta.</p>	<p>Observe o atendimento prestado à uma mulher na enfermaria de pós-parto, faça a revisão do seu processo clínico e certifique se o trabalhador de saúde: Faz a lavagem higiénica das mãos (com água e sabão ou álcool glicerinado) antes e depois de examinar a mulher.</p>
<p>Verifica: os sinais vitais, as conjuntiva para o despiste da anemia e icterícia clínica, e edemas na face e nos membros, as mamas para verificar o estabelecimento da lactação, a função da bexiga e intestinos, o abdómen para verificar a involução e sensibilidade do útero, o períneo para verificar o estado da episiotomia / lacerações, cor, quantidade, consistência e cheiro do lóquios e a presença de inflamação ou infeção.</p> <p>Aplica/prescreve: Analgésico, quando necessário, Vitamina A (para as primeiras seis semanas), Sal ferroso e ácido fólico (até 3 meses após o parto), Outros medicamentos, se necessário.</p> <p>Explica à mulher sobre os cuidados a ter em casa: Higiene e limpeza, nutrição da mãe e do bebé realçando a importância do aleitamento materno exclusivo, prevenção e tratamento da malária, importância da suplementação de sal ferroso, prevenção de ITS/VIH, PTV, possibilidade de tratamento e opções de alimentação infantil nas mulheres HIV+, necessidade de dirigir-se à US em caso de sinais de perigo (sangramento vaginal, dificuldades respiratórias, febre, dores de cabeça fortes, distúrbios visuais, dores abdominais fortes e convulsões ou perda de consciência), importância da consulta pós-parto/pós-natal e do planeamento familiar.</p> <p>Orienta à mulher para voltar à US para consulta pós-natal dentro de uma semana após o parto.</p> <p>Regista as informações na ficha clínica ou no diário de enfermagem.</p>	

2. Caderneta de saúde da mulher.

A Caderneta de Saúde da Mulher,²¹ constitui uma ferramenta essencial para a promoção da saúde materna e para a redução da morbilidade e mortalidade das mulheres moçambicanas. Este instrumento permite o acompanhamento da utente nos diferentes serviços de saúde e ao longo da vida (continuidade dos cuidados) e resolve o problema causado pela inexistência generalizada de processos clínicos individuais nos serviços de saúde.

Figura 20: caderneta de saúde da mulher (página 1).



República de Moçambique
Ministério da Saúde

Nome: _____
Filiação: _____

Data de nascimento/idade ____/____/____ (____ anos).

Estado civil: Casada Viúva Solteira Divorciada

Profissão/Ocupação: _____
Local de Trabalho: _____
Residência: _____
Distrito: _____
Bairro: _____
Av./Rua/ Nº de casa: _____
Local de Referência: _____
Telefone de contacto: _____
Pessoa e contacto de Referência: _____

Grupo Sanguíneo:	RH
------------------	----

3

Vacinações

Vacinações	Data	Local	Assinatura carimbo
Vacina anti-tetânica 1ª dose (1º contacto)	/ /		
Vacina anti-tetânica 2ª dose	/ /		
Vacina anti-tetânica 3ª dose	/ /		
Vacina anti-tetânica 4ª dose	/ /		
Vacina anti-tetânica 5ª dose	/ /		
Vacina anti-tetânica Reforço	/ /		
	/ /		
	/ /		
	/ /		
	/ /		
Outras vacinas			
	/ /		
	/ /		
	/ /		
	/ /		
	/ /		
	/ /		

História Obstétrica

Gravidez	1	2	3	4	5	6
Ano						
Aborto						
Local do parto	Esponâneo					
	Provocado					
RN	Prematuro					
	Cesariana					
	G. Ectópica					
	Gemelar					
RN	Nado morto					
	Nado vivo					
	Peso < 2500					
	Peso > 4000					

Comentários sobre as gravidezes anteriores:

ARO

FICHA PRÉ-NATAL

UNIDADE SANITÁRIA: ANO
 Código PTV Data da 1ª consulta / /
 DUM / / Data Provável do Parto / /

História Progredida da gravidez

Gesta Para Abortos G.ectópica Cesarianas
 Nados vivos Nados mortos Vivos actuais
 Último parto há quanto tempo

Partos anteriores com ventosa?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Complicações hemorrágicas em mais de 2 partos?	<input type="checkbox"/> **	<input type="checkbox"/>
Remoção manual da placenta em mais de 2 partos?	<input type="checkbox"/> **	<input type="checkbox"/>
Teve cesariana no último parto?	<input type="checkbox"/> ***	<input type="checkbox"/>
Primigesta com altura inferior a 1,5 metros?	<input type="checkbox"/> ***	<input type="checkbox"/>
Primigesta com idade inferior a 16 anos?	<input type="checkbox"/> ***	<input type="checkbox"/>
Idade superior a 35 anos?	<input type="checkbox"/> ***	<input type="checkbox"/>
Teve 5 ou mais partos?	<input type="checkbox"/> **	<input type="checkbox"/>
Na última gravidez, teve nado morto?	<input type="checkbox"/> **	<input type="checkbox"/>
RN falecido durante a 1ª semana?	<input type="checkbox"/> **	<input type="checkbox"/>
Teve RN com mais de 4 quilos?	<input type="checkbox"/> **	<input type="checkbox"/>
Teve IA alta ou edemas nas gestações anteriores?	<input type="checkbox"/> **	<input type="checkbox"/>
Teve convulsões nas gestações anteriores?	<input type="checkbox"/> **	<input type="checkbox"/>
Teve convulsões na ausência de gravidez?	<input type="checkbox"/> **	<input type="checkbox"/>

** Unidades sanitárias com COE básicos. *** Unidades sanitárias com COE completos

HISTÓRIA DA GRAVIDEZ ACTUAL

Esta a perder peso?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Fez teste de HIV?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem contacto com doente com tuberculose?	<input type="checkbox"/> **	<input type="checkbox"/>
Tem tosse e expectoração há mais de três semanas?	<input type="checkbox"/> **	<input type="checkbox"/>
Tem tuberculose e está em tratamento?	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/>
Esta em TARV?	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/>
Tem muita fome, sede e urina muito?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem dor ao urinar ou urina frequentemente com dor.	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/>
Deformidade da bacia?	<input type="checkbox"/> ***	<input type="checkbox"/>
Tem Rede Mosquiteira Tratada com Insecticida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EXAME OBJECTIVO

• Lesões da pele:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
• Exame de mama-Nódulo:	<input type="checkbox"/> **	<input type="checkbox"/>
• Deformidade da bacia	<input type="checkbox"/> **	<input type="checkbox"/>

Exame do perineo

• Úlceras genitais	<input type="checkbox"/> **	<input type="checkbox"/>
• Condilomas	<input type="checkbox"/> **	<input type="checkbox"/>

Exame especular (primeira consulta):

• Lesões do colo:	<input type="checkbox"/> **	<input type="checkbox"/>
• Colo friável:	<input type="checkbox"/> **	<input type="checkbox"/>
• Corrimento:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se SIM, tipo de corrimento:

** Unidades sanitárias com COE básicos. *** Unidades sanitárias com COE completos

Figura 22: caderneta de saúde da mulher (página 3).

Figura 24: caderneta de saúde da mulher (página 5).

EVOLUÇÃO DA GRAVIDEZ ACTUAL

Gravidez Gemelar** Recebeu REMTIL Referida a casa de espera

Data	
Idade gestacional (Semanas)	
Movimentos fetais	
Tensão Arterial (superior a 140/90)**	
Peso (em Kg): (Aumento > 2 Kg por mês ou peso < 45 ou > 90)**	
Coloração das mucosas	Coradas
Descoradas? Pedir Hb	
Allura uterina (se superior a 36 cm ³)	
Foco (Frequência cardíaca fetal)	
Apresentação	Cefálica
	Pélvica***
Situação Transversa***	
Pés	
Mãos e face	
Edemas:	
Albumina superior a + *	
Estado clínico da OMS (I, II, III e IV)	
Sal ferroso com ácido fólico (Quant.)	
Mebendazol (Quant.)	
Entrega de nevirapina (NVP) (a partir de 28 semanas)	
Entrega de AZT (a partir de 14 semanas-Quant.)	
Outra profilaxia PTV ou TARV (escrever regime ou TARV)	
Cotrimoxazol (Quant.)	Apartir 20 semanas se CD4 < 350. Se não existe Cd4 dar a todas as grávidas
Quilodaxina/Perinciamina: Dar a 1ª dose a partir de 20 semanas, se tem foco positivo e movimentos fetais. Dar a 2ª dose a 3ª hora de intervalos de 4 semanas ou mais entre as doses	
Bevo absorção na boca de SP? (Sim, Não)	
Plano de cuidado: Iniciar púbera no tráfego anterior?	
	Sim Não
Se não documentado com qualquer exame de parto (púbico, vaginal, ou para presença do placenta na cavidade uterina)	
Plano de pós-parto (abg-pH)	

EVOLUÇÃO DA GRAVIDEZ ACTUAL (Cont.)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

** Unidades sanitárias com COE básicos. *** Unidades sanitárias com COE completos

OBSERVAÇÕES DA MATERNIDADE

Nome da US: _____

Parto na Maternidade Parto fora da maternidade (PFM): Casa
 no Caminho Parteira tradicional

Data do parto: ____/____/____ Aborto Nado morto Nado vivo

Tipo de parto: Vaginal Ventosa Cesariana Apres: Cefálica
 Pélvica Sit: Transversa Gemelar

Estado do perineo: _____

Puerpério imediato: normal com febre com hemorragia outro: _____

HIV _____ (TR/TNR/NF) Data: ____/____/____

A mãe recebeu: Vitamina A Sim Não AZT+3TC NVP
 D4T+3TC TARV Outro _____

Recém nascido: Sexo: M F Peso ao nascer: _____ gr

Altura _____ Perímetro craneano _____ Índice de Apgar 1' _____ 5' _____

Reanimação? Sim Não Aspiração? Sim Não

Profilaxia Ocular: sim Não Vitamina K: Sim Não

Anomalias: Não Sim Se sim quais: _____

Alimentação do RN: materna exclusiva na 1ª hora pós-parto? Sim Não

A criança recebeu: Profilaxia ocular: Sim Não BCG Pólio 0
 NVP AZT Outro: _____

Acomodamento em saúde na maternidade: Sim Não

D. U. de: Ali: / / Nome da Enfermeira (legível) _____

Instituição: _____ (AVANÇADA) (NIVEL DE IMPLANTAÇÃO) A CONSULTA MÉDICA OU A EVACUAR para US com condições
 e/ou que não tenham sido atendidas (C. U. - complexos)
 1. Em que cidade, estado e país? _____
 2. Colocar data, hora, minutos, segundos, dias, meses, anos, semanas, trimestres, semestres, etc.
 3. Para distúrbios, sintomas, sinais, etc. (ex: dor de cabeça, náusea, vômito, etc.)

FICHA DE PÓS PARTO

UNIDADE SANITÁRIA: _____ Ano: _____

Código do PTV _____ Data da 1ª consulta pós parto: ____/____/____

História Obstétrica e Ginecológica

História progressa

Gesta: _____ Para _____ Abortos espontâneos _____ Abortos não espontâneos _____
 Nados Mortos: _____ Vivos atuais: _____ Cesarianas: número: _____

Data do último parto: ____/____/____ Tipo de parto: _____

Local do parto: _____ Nado vivo neste parto? Sim Não

Patologia durante a gravidez e parto:

Hemorragia

Hipertensão gestacional/ Eclâmpsia

Diabetes

HIV

Tuberculose

Sépsis

Malária

Ruptura uterina

Ruptura prematura de membranas

Tomou Vitamina A no pós parto? Sim Não

Está a tomar sal ferroso? Sim Não

Figura 25: caderneta de saúde da mulher (página 6).

RECÉM-NASCIDO

Exame físico

Dias após o parto _____ Estado geral _____
 Dispnéia _____ Coloração _____ Ictericia _____
 Temperatura _____ Chupa bem? Sim Não
 Estado do coto umbilical _____
 Irritabilidade _____ Fontanela anterior (abaulada/tensa) _____
 Tónus muscular: _____ Tem malformações congénitas? Não Sim* qual? _____

Vacinação: BCG Pólio 0

Verifique tipo de alimentação e toma de ARVS, se aplicável

Registo Notarial da criança: Sim Não (fazer advocacia)

Consultas seguintes do RN :

Data	Observações/ Conduta	Ass.

Nota: Em caso de úlcera o mais urgente possível. Se não tem o cartão de peso, abrir e orientar a mãe. Registrar a mãe sobre a alimentação infantil e seguimento na consulta de criança saudável (se).

FICHA PRÉ-NATAL

ARO

UNIDADE SANITÁRIA:

Código PTV _____ ANO _____
 Data da 1ª consulta ____/____/____
 DUM ____/____/____ Data Provável do Parto ____/____/____

História Progressa da gravidez

Gesta _____ Para _____ Abortos _____ Gestóptica _____ Cesarianas _____
 Nados vivos _____ Nados mortos _____ Vivos actuais _____
 (último parto há quanto tempo _____)

Partos anteriores com ventosa? SIM NÃO
 Complicações hemorrágicas em mais de 2 partos?
 Remoção manual da placenta em mais de 2 partos?
 Teve cesariana no último parto?
 Primigesta com altura inferior a 1,5 metros?
 Primigesta com idade inferior a 16 anos?
 Idade superior a 35 anos?
 Teve 5 ou mais partos?
 Na última gravidez, teve nado morto?
 RN falecido durante a 1ª semana?
 Teve RN com mais de 4 quilos?
 Teve TA alta ou edemas nas gestações anteriores?
 Teve convulsões nas gestações anteriores?
 Teve convulsões na ausência de gravidez?

OS MÉTODOS DE PLANEAMENTO FAMILIAR

Veja e escolha o que lhe for mais apropriado. Eles são gratuitamente oferecidos na Unidade Sanitária

Abstinência sexual: consiste em abster-se das relações sexuais. É o mais seguro, através dele não se pode engravidar, nem contrair ITS/HIV. É o método mais aconselhável para os jovens.



Pílula: esta apresentado em forma de uma carteira de comprimidos. O comprimido deve ser tomado todos os dias a mesma hora, durante o mês e repetir o mesmo procedimento todos os meses. Previne a gravidez com eficácia mas não protege contra as ITS e o HIV.

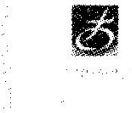


Injeção: consiste em apanhar uma injeção de depo-provera de 3 em 3 meses. Permite a mulher controlar quando é que quer engravidar. Mas não previne as ITS e HIV.



DIU ou aparelho: O DIU (dispositivo intra-uterino) é um pequeno dispositivo plástico e de metal muito flexível, que é colocado no interior do útero pelo pessoal de saúde. O DIU pode ficar no útero da mulher quatro a dez anos. Embora previna a gravidez, não protege contra as ITS e HIV.

Preservativo masculino: é como pele fina, feito de borracha que se coloca sobre o pénis quando se está prestes a ter relações sexuais. Previne a gravidez quando usado correctamente em todas as relações sexuais. Também permite prevenir as ITS e o HIV nos dois parceiros.



Preservativo feminino: assemelha-se a uma bolsa com dois anéis. Um interior que permite colocação fácil dentro da vagina e outro com diâmetro mais grande que impede que este anel se introduza dentro da vagina. Pode ser colocado antes da relação sexual (Observar as instruções da embalagem). Evita tanto a gravidez como a transmissão de ITS e HIV entre os dois parceiros.

Contraceção de emergência: É usada quando ocorre exposição à gravidez por relação sexual sem protecção, rompimento do preservativo ou violação sexual. Deve ser feita se a mulher teve relação sexual não protegida dentro de 120 horas após a relação sexual. Toma-se 4 pílulas Lofemanal ou Microgynon

repele-se a dose de 12 em 12 horas. Ele previne a gravidez, mas não aborta se já estiver grávida. (Procura serviços de saúde para melhor orientação)

Laqueação: consiste numa pequena operação para "amarrar" as trompas para evitar a gravidez. Deve ser feita pelo pessoal de saúde. É um método permanente e deve ser feito depois de haver consenso entre o casal. Não protege contra as ITS/HIV.

Vasectomia: é um método definitivo que consiste numa operação feita no homem para evitar a gravidez. É simples, feita com anestesia local sem precisar que fique hospitalizado. Não afecta a potência sexual e não tem nenhum efeito colateral. Não protege contra as ITS/HIV.

Figura 29: caderneta de saúde da mulher (página10).

CADERNETA DE SAÚDE DA MULHER																																																	
<p>FICHA DE PLANEAMENTO FAMILIAR</p> <p>UNIDADE SANITÁRIA: _____ Ano _____</p> <p>Código do PTV _____ Data da 1ª consulta: ____/____/____</p> <p>MOTIVO DA CONSULTA DE PLANEAMENTO FAMILIAR</p> <p>Espaçamento de gravidez: <input type="checkbox"/> Não deseja mais filhos <input type="checkbox"/> Gravidez de alto risco <input type="checkbox"/> Outro: _____</p> <p>Método escolhido: _____ (promover e aconselhar sobre a protecção dupla)</p> <p>Oral <input type="checkbox"/> Tipo _____</p> <p>Injectável <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/></p> <p>Preservativo: masculino <input type="checkbox"/> feminino <input type="checkbox"/></p> <p>Laqueação** <input type="checkbox"/></p> <p>Outros <input type="checkbox"/></p> <p>Observações: _____</p> <p>Data de início da contraceção: ____/____/____</p>	<p>DADOS DAS CONSULTAS</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Data da consulta</th> <th>Mucosas</th> <th>Tensão Arterial</th> <th>Exame ginecológico (despiste do cancro do colo do útero)</th> <th>DIU/Fio presente (no exame?)</th> <th>Leucorreia?</th> <th>Injectável</th> <th>Oral: Tipo/nº de ciclos que levou</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td>S N**</td> <td>S N</td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Data da consulta	Mucosas	Tensão Arterial	Exame ginecológico (despiste do cancro do colo do útero)	DIU/Fio presente (no exame?)	Leucorreia?	Injectável	Oral: Tipo/nº de ciclos que levou					S N**	S N																																		
Data da consulta	Mucosas	Tensão Arterial	Exame ginecológico (despiste do cancro do colo do útero)	DIU/Fio presente (no exame?)	Leucorreia?	Injectável	Oral: Tipo/nº de ciclos que levou																																										
				S N**	S N																																												

**Referir para US com condições para cirurgia

Figura 32: caderneta de saúde da mulher (página 13).

FICHA DE CONTROLO	
Data: ____/____/____	Para ____ Filhos vivos ____
Idade ____ anos	Gesta ____
Planeamento familiar:	
Pílula <input type="checkbox"/> Injetável <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> Preservativo <input type="checkbox"/>	Outros _____
DUM ____/____/____	
Sangramento anormal: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/>	
Hemorragia Pós-coito: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/>	
HIV _____ (TNR/TR): Não sabe <input type="checkbox"/>	
SINTOMAS VULVO VAGINAIS:	
Prurido <input type="checkbox"/>	
Ardor <input type="checkbox"/>	
Disúria <input type="checkbox"/>	
Corrimento <input type="checkbox"/>	
OBSERVAÇÃO PÓS VIA	

EXAME ESPECULAR
JEC totalmente visualizada <input type="checkbox"/>
JEC parcialmente visualizada <input type="checkbox"/>
JEC não visualizada <input type="checkbox"/>
RESULTADO DE VIA:
VIA Positivo <input type="checkbox"/> VIA Negativo <input type="checkbox"/>
Suspeita de cancro <input type="checkbox"/>
Outros (especifique) <input type="checkbox"/> _____
Se VIA NEGATIVA:
Deve voltar a ____/____/____ para REPETIR o teste
Se VIA POSITIVA:
Crioterapia: Realizada no mesmo dia que a VIA <input type="checkbox"/> Adiada <input type="checkbox"/>
Se adiada, porquê? _____
Deve voltar para fazer crioterapia em ____/____/____
Data da próxima consulta ____/____/____
REFERÊNCIA
Para o Hospital: _____
Suspeita de Cancro do colo <input type="checkbox"/> Lesão > 75% <input type="checkbox"/>
Lesão que penetra no canal endo-cervical <input type="checkbox"/> Alterações na mama <input type="checkbox"/>
JEC não visualizada <input type="checkbox"/> (Fazer Pap teste)
Referida para nível superior para outros problemas (especifique): _____
O Provedor de Saúde _____
(Nome legível)

9. Prevenção da transmissão vertical de VIH.

Uma das vias principais de infeção pelo VIH é a transmissão da mãe para a criança (transmissão vertical), durante a gravidez, parto ou aleitamento materno. Esta pandemia representa hoje um dos principais problemas de saúde pública nos países da África austral e um fator de sobrecarga sobre os sistemas nacionais de prestação de cuidados de saúde.

As Nações Unidas definiram como Objetivos da Estratégia ONUSIDA para 2015 a eliminação da transmissão vertical do VIH e reduzir para metade a mortalidade materna associada ao SIDA. Assim hoje podemos avaliar positivamente a evolução epidemiológica global da infeção pediátrica por VIH:²²

- O número de crianças infetadas diminuiu 26 % desde 2001.
 - 430.000 crianças infetadas em 2008.
- 53 % de todas as mulheres infetadas pelo VIH receberam antirretrovirais (ARV) em 2009.
 - 10 % em 2004.
- Em 2008, 28 % das mulheres grávidas na África Subsaariana foram testadas para VIH.
 - 17 % em 2007.

O objetivo da Prevenção da Transmissão Vertical (PTV) é reduzir a transmissão de VIH de mãe para filho, providenciando seguimento e tratamento profilático às mães durante todo o período de gravidez e parto, bem como às crianças até aos 18 meses de vida.²³

Se nada for feito, uma mãe tem até um 45 % de possibilidades de transmitir a infeção pelo VIH ao seu bebé.

- Sem PTV, o risco de transmissão é de 20 – 45 %:
 - Durante a gravidez: 5 – 10 %.
 - Durante o parto: 10 – 20 %.
 - Durante a amamentação: 5 – 20 %.
- A PTV pode diminuir o risco até menos de 2 %.

A introdução nos cuidados pré-natais de rotina da testagem de VIH com opção de escolha ou recusa (estratégia "opt-out"), é um elemento fundamental para facilitar a expansão do PTV. É recomendado institucionalizar a oferta de rotina de aconselhamento e testagem rápida não só na consulta pré-natal, mas também nas maternidades e consultas pós-parto.

Quadro 15: PTV.

Forma de Transmissão		Grupo de Risco	Estratégia de Prevenção
Mãe para filho, afeta a grande maioria de crianças com VIH em África (>95%) e é a que mais se pode prevenir	Gravidez (No útero)	Feto	ARV (profilaxia ou tratamento) para a PTV
	Nascimento (Intraparto)	Recém Nascido	ARV mãe (profilaxia ou tratamento) ARV recém - nascido (profilaxia) Adaptação das práticas das parteiras, práticas mais seguras durante o parto
	Amamentação	Bebé	ARV à mãe e / ou bebé, leite artificial (sem aleitamento materno quando possível)

Se considerarmos a prevalência da infeção por VIH nas mulheres dos 15 aos 49 anos em Moçambique de 13,1 % (INSIDA 2009), tornava-se essencial expandir o PTV a todos os serviços de cuidados de saúde à mulher.

O Programa de Prevenção da Transmissão Vertical é a estratégia nacional destinada a reduzir o impacto da transmissão de mães para filhos. Esta estratégia compõe-se de diversas intervenções através do sistema de saúde, para garantir que as mães tenham acesso aos recursos disponíveis para reduzir os riscos de transmissão do VIH:

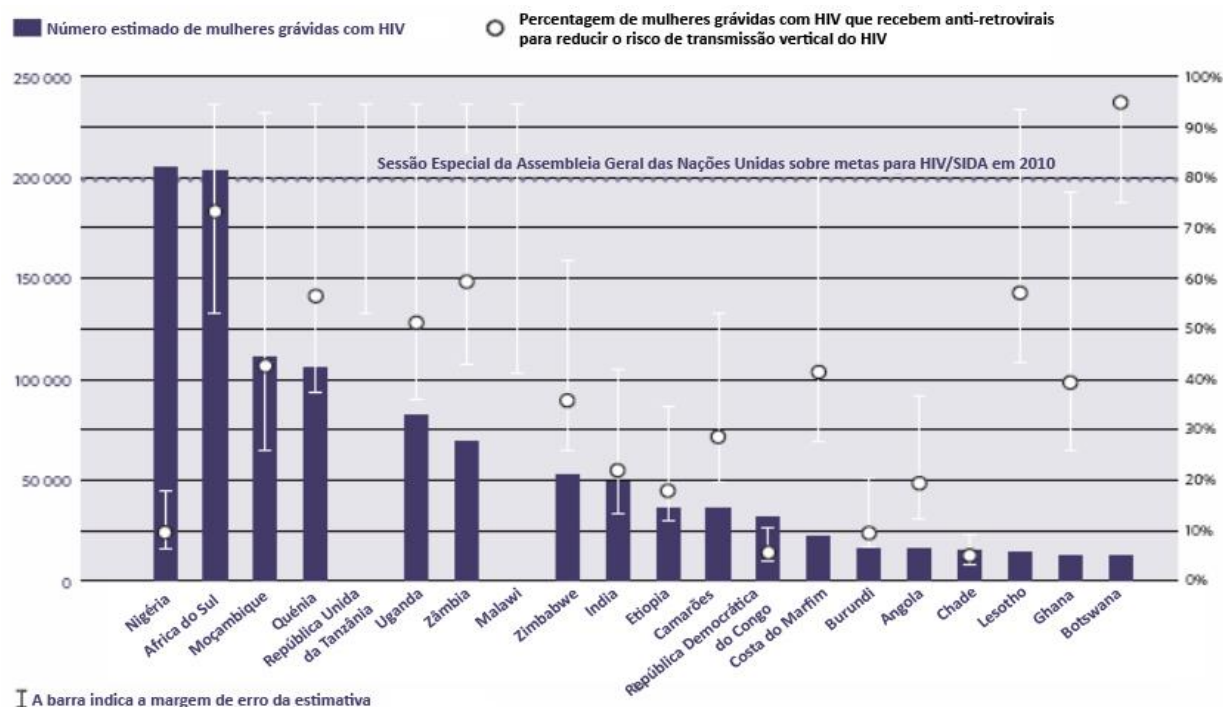
- Prevenir o VIH em pais / mães / casais potenciais (prevenção primária).
- Prevenir a gravidez em mulheres seropositivas que não desejam engravidar (planeamento familiar).
- Reduzir a transmissão do VIH de uma mulher infetada para a sua criança: durante a gravidez, o parto e a amamentação.
- Oferecer cuidados essenciais à mulher grávida seropositiva:
 - Profilaxia para as infeções oportunistas (IO).
 - Tratamento e seguimento das possíveis infeções que possam surgir.

Intervenções gerais de PTV:

- Oferecer aconselhamento e testagem para o VIH.
- Colheita de CD4, hemograma (Hb) e bioquímica.
- Oferecer profilaxia com cotrimoxazol independente do CD4 ou estadió clínico.
- Oferecer profilaxia para PTV (TARV universal para mulher grávida ou outras opções).

Em média a cobertura de PTV é de 54 % na região de África subsaariana. Em Moçambique os dados de 2008 representam uma cobertura de PTV de 42 %.

Gráfico 1: mulheres grávidas vivendo com o VIH em terapia antirretroviral para prevenir a transmissão vertical do VIH em 20 países com alta prevalência do VIH entre mulheres grávidas (em ordem decrescente), 2008.



Fonte: Traduzido de: OMS, ONUSIDA, UNICEF: Towards universal access scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. Progress report 2009. p 101.

1. Consulta pré-natal.

A consulta pré conceção está recomendada a todos os casais que desejam ter um filho e a consulta pré-natal, muitas vezes o primeiro contacto da mulher com o sistema de saúde, representa a ocasião ideal para uma anamnese e um exame clínico completos, o pedido de exames auxiliares de diagnóstico e uma oportunidade de educação para a saúde.

Protocolo de rotina na consulta pré-natal.

- Mulher grávida em consulta pré-natal aceita ATS. Resultado de teste VIH+.
- A grávida VIH+ é incluída no programa de PTV local.
- Determina-se o tempo de gestação. Se for menor de 36 semanas de gestação, deve ser considerada a possibilidade de iniciar TARV.

- Colheita de CD4 e hemoglobina e teste RPR, idealmente feita na primeira consulta pré-natal (CPN) após diagnóstico de VIH.
- Aconselhamento em adesão ao PTV, aleitamento, testagem dos parceiros e filhos, estimulando o parto institucional.
- Aconselhamento sobre a importância do seguimento da criança que vai nascer.
- A grávida é encaminhada para a consulta TARV, onde são avaliados os sinais e sintomas.

2. PTV na gravidez, no parto e pós parto.

Na hora de escolher o ponto de corte ou limiar para o início de TARV na gravidez, não existe um limiar ou nível de CD4 a partir do qual o tratamento tenha benefícios claros. Mas o nível da carga viral na mãe, atualmente disponível em Moçambique, é importante para prevenir a transmissão vertical.

Quadro 16: carga viral materna e risco de transmissão vertical do VIH.²⁴

Carga viral materna	No. de crianças infetadas (%)
<1.000	0/57 (0)
1.000 – 10.000	32/193 (17)
10.001 – 50.000	39/183 (21)
50.001 – 100.000	17/55 (31)
>100.000	26/64 (41)

As condições que aumentam a carga viral materna são:

- Infeção pelo VIH-1 primária ou aguda (também a reinfeção).
- Infeção pelo VIH-1 avançada.
- Infeções / condições oportunistas.

- Outras infeções (ITS).
- Malária.

Quadro 17: opções para PTV (OMS).

	Opção A	Opção B	“Opção B+”
Mãe	CD4 >350 AZT – 14 sem. IG NVPdu – entregue as 28 sem IG no início do trabalho de parto AZT +3TC- trabalho de parto, até 7 dias após o parto	CD4 >350 TARV a partir das 14 sem. até uma semana após o fim da amamentação	TARV início assim que diagnosticada VIH + durante a gravidez, continuar para toda a vida Independente do CD4 “TARV para ETV ou TARV universal”
	CD4 <350 TARV assim que diagnosticada VIH+, continuar para toda a vida	CD4 <350 TARV assim que diagnosticada VIH+, continuar para toda a vida	
Criança	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mãe em profilaxia ARV e criança amamentada – NVP diária até 1 semana após o fim da amamentação ➤ Mãe em profilaxia ARV e criança não amamentada ou mãe em TARV AZT ou NVP diária desde o nascimento e durante 6 semanas	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Amamentada – NVP diária desde o nascimento e durante 6 semanas ➤ Não amamentada – AZT ou NVP diária do nascimento e durante 6 semanas 	

Normas Nacionais 2010:

- Mulheres grávidas VIH+ com necessidade de TARV (CD4 < 350 ou sintomática; por exemplo: estadio clínico 3 ou 4 da OMS):
 - Mãe inicia TARV:
 - AZT+3TC+NVP
 - Criança:
 - NVP diária por seis semanas, se está sendo amamentada.
 - AZT diária por seis semanas, se não é amamentada.
- Mulher grávida VIH+ que não cumpre os critérios para TARV:
 - Mãe entra no protocolo de PTV:
 - AZT às 14 semanas.
 - NVP dose única no início do trabalho do parto.
 - 3TC + AZT durante o trabalho de parto, parto e por sete dias após o parto.
 - Bebê:
 - NVP diária até uma semana depois do término da amamentação.
 - AZT diária por seis semanas, se não é amamentado.

Quadro 18: protocolo para PTV em Moçambique (2010).

Esquema Profilático	Gravidez	Trabalho de Parto	Pós - Parto	
	Mãe	Mãe	Mãe	Recém - Nascido
Protocolo de PTV	Idade Gestacional ≥ 14 semanas: AZT (300mg): 1 comprimido de 12/12H + Entrega de NVP (200mg): 1 comprimido para tomar só quando iniciar o trabalho de parto	AZT+3TC (Duovir): 1 comprimido de 12/12H + NVP (200mg) 1 comprimido (Dose Única) se não tiver tomado em casa	AZT+ 3TC (Duovir): 1 comprimido de 12/12H durante 7 dias após o parto	* Se aleitamento materno: NVP diária (2mg/kg/dia) desde o nascimento até 1 semana após ter terminado toda e qualquer exposição ao leite materno * Se aleitamento artificial: AZT (4mg/kg) de 12/12H até 6 semanas de vida <u>ou</u> NVP diária (2mg/kg) até 6 semanas de vida na falta de AZT
	Não foi realizada	AZT+3TC (Duovir): 1 comprimido de 12/12H + NVP (200mg) 1 comprimido (Dose Única) se não tiver tomado em casa	AZT+ 3TC (Duovir): 1 comprimido de 12/12H durante 7 dias após o parto	
	Não foi realizada	Não foi realizada	Não foi realizada	
TARV	TARV independentemente da idade geracional	Continuar com TARV	Continuar com TARV	* Se aleitamento materno: NVP diária (2mg/kg/dia) desde o nascimento até 6 semanas de vida * Se aleitamento artificial: AZT (4mg/kg) de 12/12H até 6 semanas de vida <u>ou</u> NVP diária (2mg/kg) até 6 semanas de vida na falta de AZT

Quadro 19: critérios para o início do TARV em mulheres grávidas.

	ESTADIO CLÍNICO			
CD4	ESTADIO 1	ESTADIO 2	ESTADIO 3	ESTADIO 4
< 350	TARV	TARV	TARV	TARV
> 350	PROFILAXIA ARV	PROFILAXIA ARV	TARV	TARV

O protocolo de PTV proposto pelo MISAU para 2013 seguia as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) na opção B+ acima referida: oferta de TARV universal para as mulheres grávidas VIH +, ou seja toda mulher grávida testada positiva inicia TARV para toda a vida, independente do seu CD4 e estadio clínico.

Vantagens do TARV universal para mulher grávida:

- Redução da transmissão vertical.
 - Simplificação do início do TARV para as mulheres grávidas (independente de resultado de CD4).
 - Aumento do número de mulheres já em TARV no momento que se tornam grávidas.
 - A TV chega até menos que 2 % nas mulheres em TARV por longo prazo.
 - Taxa de transmissão cinco vezes maior em mulheres grávidas em TARV há menos de quatro semanas, quando comparada com aquelas há pelo menos 12 semanas.
 - Proteção contra TV em gravidezes futuras.
- Prevenção da TV durante a amamentação.
 - Poucas famílias possuem outra opção para alimentar seus bebês.
 - Estigma.
 - Prevenção de doenças relacionadas à alimentação (desnutrição infantil, diarreias, doenças respiratórias).

Linha terapêutica TARV universal.

- Toxicidade da NVP: hepatotoxicidade severa em pacientes com CD4 > 250, particularmente mulheres grávidas; a OMS não recomenda o uso da NVP na linha terapêutica para pacientes com CD4 > 350.
- Toxicidade do EFV: não está demonstrado aumento do risco de teratogenicidade para mulheres grávidas recebendo EFV no 1º trimestre. Os efeitos secundários sobre o sistema nervoso central geralmente resolvem em duas a quatro semanas.
- TDF + 3TC +EFV
 - Vantagens:

- Não dependente de CD4 para início (diferente de esquema com NVP).
- DFC – favorece adesão.
- Dose única diária – favorece adesão.
- Esquema simplificado e eficaz.
- Harmonização entre diferentes grupos (grávidas, adultos, co infetados com TB e HVB).

Segundo esta abordagem, toda grávida VIH+ deverá iniciar TARV o mais cedo possível e continuar em TARV para o resto da vida. As crianças expostas irão receber xarope de zidovudina (AZT) durante seis semanas para prevenir a TV.

Opções de alimentação infantil para reduzir a transmissão vertical:

1. Alimentação exclusiva com leite de fórmula desde o nascimento (sem risco de transmissão).
2. Amamentação materna exclusiva até aos seis meses e desmame gradual logo que houver condições.

10. Climatério e menopausa.

1. Fisiologia do climatério.

A causa essencial da menopausa é a diminuição de estrogénios devida a uma diminuição da sensibilidade dos ovários envelhecidos à foliculotrofina (FSH). Daí resulta o fim da menstruação e a subida das gonadotrofinas. O diagnóstico de menopausa confirma-se por um aumento marcado dos níveis máximos de FSH e de hormona luteotrófica (LH) que ocorrem um a dois anos após o início da menopausa e permanecem elevados durante 10 a 15 anos. Aproximadamente 25 % das mulheres não têm quaisquer sintomas, possivelmente devido a fontes não ováricas de produção de estrogénios.

Afrontamentos.

Pensa-se que estejam relacionados com a rapidez da privação de estrogénios e a instabilidade vaso motora daí resultante, sendo dos sintomas mais específicos da menopausa. Uma sensação desconfortável de calor irradia do tórax para o pescoço e face, durante segundos ou alguns minutos até desaparecer. A temperatura cutânea sobe geralmente cerca de 2,5 °C. Comer, fazer exercício, as perturbações emocionais e o álcool são fatores precipitantes conhecidos. Podem ocorrer até 20 episódios por dia; na maioria das pacientes, os afrontamentos persistem durante dois a três anos, mas poderão continuar durante seis ou mais anos. A prevalência de afrontamentos graves e incapacitantes situa-se entre 10 e 35 % das mulheres menopáusicas.

Outras manifestações clínicas do declínio de estrogénios incluem a *atrofia da mucosa vaginal* e do *epitélio vulvar*. A vagina torna-se mais pequena e menos elástica e a lubrificação diminui. A mulher pode apresentar queixas de prurido,

corrimento, perdas hemáticas ou dispareunia. O útero também involui, embora sem causar sintomas. A uretra torna-se atrófica, sendo a região colonizada por bactérias, que aumentam o risco de uretrite e disúria. É de notar que as mulheres sexualmente ativas apresentam uma menor atrofia vaginal.

Perturbações do sono.

Ocorrem nas mulheres menopáusicas, estando algumas associadas com afrontamentos noturnos. Existem também anomalias nos padrões de sono, com diminuição do sono *roling eyes movements* (REM).

Doenças cardiovasculares.

Constituem a causa mais frequente de morbidade e mortalidade das mulheres pós - menopáusicas. O risco de cardiopatia aumenta com a idade, embora não seja evidente a sua associação com a menopausa.

Osteoporose.

Representa uma consequência importante da deficiência de estrogénios; a diminuição da atividade, uma nutrição inadequada e o processo de envelhecimento também são fatores contribuintes em graus variáveis. Ainda que irreversível, a osteoporose pode ser evitada com a administração profilática de estrogénios.

Vários outros sintomas que ocorrem frequentemente durante o climatério, como cefaleias, ansiedade e depressão, são mais um reflexo do stress emocional característico desta fase da vida do que um resultado das alterações hormonais. Algumas mulheres referem sentirem-se melhor com a terapêutica estrogénica, mas tal poderá corresponder a um efeito placebo. Não se encontram quaisquer problemas psiquiátricos específicos da menopausa.

A terapêutica hormonal de substituição é muito eficaz no tratamento dos sintomas específicos resultantes da deficiência de estrogénios, conferindo também benefícios preventivos. No entanto ela envolve igualmente potenciais riscos, incluindo um risco aumentado de cancro em algumas mulheres. O médico dos cuidados de saúde primários pode ajudar bastante a mulher a compreender a menopausa, bem como os riscos e benefícios da terapêutica hormonal de substituição.

Se se considerar a instituição de estrogénioterapia, a paciente deve tomar parte na decisão, estando plenamente consciente dos seus potenciais riscos e benefícios. As pacientes com útero intacto que tomam estrogénios isolados devem ser lembradas da necessidade de se submeterem a uma avaliação endometrial regular. Deve também sublinhar-se a necessidade de um seguimento regular e de mencionar quaisquer hemorragias vaginais anormais, massas mamárias, edemas dos membros inferiores.

2. Implicações familiares e sócio culturais da menopausa.

A menopausa define-se por um ano completo sem fluxo menstrual numa mulher até então menstruada. A incidência da menopausa será de 10 % aos 38 anos de idade, 20 % aos 43 anos, 50 % aos 48 anos, 90 % aos 54 e 100 % aos 58 anos. Além disso, estima-se uma prevalência de menopausa cirúrgica da ordem dos 25 a 30 % das mulheres a meio da sexta década de vida.

Embora muitas das alterações físicas e emocionais à menopausa não estejam relacionadas com a diminuição dos níveis de estrogénios, o fim da menstruação tem um grande valor simbólico e, conseqüentemente, muitas queixas e sintomas são-lhe atribuídos.

Em África, numa população que segue o animismo como o princípio religioso mais dominante, em que a vida tem como principal objetivo a própria vida, a paragem da capacidade reprodutiva da mulher acarreta um ónus social negativo.²⁵

Dado que a nossa sociedade valoriza sobretudo a juventude e a vitalidade, o médico tem um papel de apoio importante a desempenhar, ajudando a mulher menopáusic a adaptar-se psicologicamente e a manter o seu bem-estar e o seu sentido de autoestima. A discussão das consequências fisiológicas da menopausa e das suas manifestações clínicas poderá dar à paciente uma base racional de compreensão dos seus próprios sintomas; aconselhar para a prática de exercício físico regular, controlo do peso e cessação de hábitos autodestrutivos como o tabagismo. A mulher deve ser informada que quaisquer sintomas incapacitantes devidos à deficiência de estrogénios podem ser controlados e que muitos deles são autolimitados.

Durante o período da perimenopausa, dever-se-á lembrar à mulher a utilização de métodos contraceptivos, pois pode ocorrer uma ovulação e uma gravidez não desejada. Deverá tranquilizá-la que a sua capacidade para ter uma atividade sexual normal continuará depois da menopausa

11. Infertilidade feminina.

Um casal é considerado infértil se a mulher não engravidar ao fim de pelo menos um ano de relações sexuais regulares sem cuidados contraceptivos. Frequentemente o médico dos cuidados de saúde primários é o primeiro a ser consultado e a ser responsabilizado pelo início da avaliação do casal. Embora a primeira atitude seja o diagnóstico ou a eliminação de uma causa médica para o problema, é também necessário identificar algum obstáculo psicológico ou sócio-económico à concepção. Muitas vezes o tratamento acaba por ser orientado por um especialista em infertilidade, mas o médico dos CSP deve ser competente na abordagem inicial e saber em que situações está indicada a referência. Os objetivos principais incluem um correto aconselhamento e o diagnóstico de etiologias tratáveis.

Fisiopatologia e apresentação clínica.

Qualquer patologia do sistema reprodutor masculino ou feminino pode interferir de tal modo na sua função que pode ser causa de infertilidade. Na mulher as etiologias mais frequentes são:

- Distúrbios da ovulação (20 a 40 % dos casos em que se atribui a um fator feminino a responsabilidade pela incapacidade de conceber).
- Patologia das trompas (25 %).
- Patologia uterina (5 %).
- Patologia do colo do útero.
- Patologia da vagina.

Quadro 20: causas importantes de infertilidade feminina.

Causas	Patologias
Hipotalâmicas / Hipofisárias	Disfunção hipotalâmica Síndrome do ovário poliquístico Prolactinoma
Ováricas	Falência primária (menopausa prematura) Irradiação
Tubárias	Doença inflamatória pélvica Endometriose Aderências
Uterinas	Fibromiomas Sinéquias (Síndrome de Asherman) Anomalias anatômicas
Cervicais	Muco de má qualidade Infeção Anomalias anatômicas

Diagnostico diferencial.

Cerca de um terço dos casos de infertilidade tem como etiologia um fator masculino. Noutro terço está implicado um fator feminino. Nos casos restantes a causa tem origem em ambos os indivíduos ou é desconhecida.

A *anamnese* deve incluir uma historia menstrual e obstétrica, mencionando abortos, partos complicados, curetagens, irregularidades menstruais ou episódios de amenorreia. Uma longa historia de irregularidades menstruais ou episódios de amenorreia é sugestiva de síndrome do ovário poliquístico, especialmente se acompanhadas de hirsutismo e obesidade. Deve averiguar-se a existência de qualquer *stress* situacional ou emocional, grande perda ponderal ou excesso de exercício, pois podem originar disfunção hipotalâmica e alterações da ovulação. Do mesmo modo, devem ser procurados sintomas de outra patologias que também interferem com a normal função hipotalâmica, como o hipotireoidismo, a hiperprolactinemia, o síndrome de Cushing e o hiperandrogenismo. A

investigação da existência de cefaleias, perturbações do campo visual, galactorreia, sintomas de insuficiência hipofisária e história de hemorragia pós – parto ajuda a rastrear lesões da sela turca. É também essencial a pesquisa de história sugestiva ou sintomas de doença inflamatória pélvica (corrimento vaginal, algias pélvicas, febre e dispareunia). Qualquer história de doença maligna é importante, particularmente se o tratamento incluiu radioterapia ou administração de agentes alquilantes. O médico deve também colher uma anamnese psicossocial que inclua elementos relevantes da relação conjugal e da atividade sexual. A perda da libido pode corresponder a uma disfunção psicossocial ou a uma alteração hormonal.

No *exame objetivo* procura-se a existência de obesidade, perda ponderal excessiva, hirsutismo, aparência cushingóide, estigmas de hipotireoidismo, alterações dos campos visuais e bócio. O mais importante é um exame ginecológico cuidadoso, pesquisando em especial a existência de massas uterinas, ováricas ou anexiais, empastamento ou dor. O exame cervical deve evidenciar erosões, corrimento, pólipos, massas, estenose e dor à mobilização do colo. Na mulher com hirsutismo deve-se procurar clitoromegalia.

Avaliação subsequente.

O primeiro objetivo é estabelecer se existe ou não ovulação. A abordagem a utilizar é a realização de um *gráfico de temperaturas*. A ovulação é acompanhada por um aumento da secreção de progesterona, o que origina uma elevação de 0,3 graus na temperatura corporal basal após a ovulação. Mede-se a temperatura todas as manhãs antes de levantar, utilizando um termómetro graduado em décimos de grau. Uma ausência de subida de temperatura indica que não houve ovulação (alternativamente pode-se dosear a progesterona sérica entre o 21º e o 23º dia do ciclo, um valor superior a 10 ng / ml indica a existência de ovulação e a presença de um corpo amarelo funcionante). A biopsia endometrial pode

também ser útil, mas é mais dispendiosa, mais dolorosa e pode interromper uma gravidez há muito esperada. Se a mulher é considerada anovulatória, os testes seguintes a realizar devem ser o doseamento da prolactina sérica, FSH e LH. Um exame pós – coito avalia a função do muco cervical e a competência do parceiro. Agenda-se uma consulta para antes da ovulação e pede-se que o casal venha 2 a 12 horas após ter tido relações sexuais. Recolhe-se então uma amostra de muco do canal endocervical. A observação de cinco ou mais espermatozoides moveis confirma a competência do homem. Avalia-se também a viscosidade do muco (filância ate 6 cm é normal) e a <crystalização>, ambas manifestações dos efeitos estrogénicos. Se após a colheita da anamnese e do exame objetivo, do teste pós – coito e do doseamento da progesterona sérica, houver suspeitas de patologia uterina ou tubária, deve ponderar-se a execução de uma histerossalpingografia ou de uma laparoscopia. A opção deve ser feita por um ginecologista experiente na avaliação da infertilidade.

12. Epidemiologia e controlo das doenças otorrinolaringológicas.

1. Epidemiologia e controlo dos problemas de audição.

Segundo a OMS a perda de audição afeta mais de 360 milhões de pessoas no mundo: estima-se que uma em cada três pessoas com idade acima de 65 anos – um total de 165 milhões de pessoas em todo o mundo – e cerca de 32 milhões de crianças com idades inferiores a 15 anos enfrentam dificuldades auditivas. Nos países em desenvolvimento, a prevalência de perda auditiva é mais elevada, nomeadamente na Ásia do Sul e do Pacífico e na África Subariana.²⁶

A produção atual de aparelhos auditivos responde a menos de 10 % da necessidade global. Nos países em desenvolvimento, menos de uma em cada 40 pessoas que precisam de um aparelho auditivo tem um.

A exposição excessiva a ruído, as lesões no ouvido ou na cabeça, o envelhecimento, as causas genéticas durante a gravidez e o parto (como a infeção do citomegalovírus e a sífilis) e a toma de medicação podem prejudicar a audição. Além disso, existem outros fatores, nomeadamente, doenças infecciosas como a rubéola, meningite, sarampo, papeira e as infeções no ouvido que podem contribuir para a perda auditiva.

Cerca de metade de todos os casos de perda auditiva são facilmente evitáveis, com recurso aos CSP e à vacinação, enquanto muitos outros podem ser tratados através de diagnósticos e intervenções apropriadas, nomeadamente de implantes auditivos.

A OMS apela a todos os países a desenvolverem programas de prevenção nos sistemas de CSP, de modo a prevenir a perda de audição.

2. Rastreo das doenças otorrinolaringológicas.

As infecções respiratórias agudas representam uma das causas mais importantes de mortalidade infantil nos países industrializados e nos países em vias de desenvolvimento; nestes, a maior frequência de infecções respiratórias nas crianças mais jovens provoca uma mortalidade elevada, porque as vias respiratórias são mais estreitas e mais rapidamente inflamadas e obstruídas.

Esta mortalidade elevada por infecções respiratórias superiores (IRS) nos países em vias de desenvolvimento, mais do que à mal nutrição, parece estar ligada ao aumento da frequência de propagação das infecções através das gotículas de saliva nas crianças mais jovens, da inexistência de serviços de saúde aptos a tratar estas infecções com antibióticos, á inexistência de oxigénio e de um tratamento de suporte precoce.

A incidência das IRS varia segundo a estação do ano (mínima em Junho e Julho, máxima em Novembro e Dezembro) e segundo a idade da criança. Ela é afetada pela migração sazonal das famílias (recurso à US), pelos acontecimentos que reúnem muitos indivíduos (festividades facilitam contágio), mas não existe relação direta com uma baixa temperatura (popularmente incriminada, mais provavelmente provocando o convívio no interior e como tal aumentando as probabilidade de propagação pelas gotículas).

Nas regiões rurais Africanas, a incidência de infeção estreptocócica da garganta (50 % das anginas) e os casos de **angina aguda** parecem ser raros; no entanto, isto não se verifica em todas as regiões quentes, onde frequentemente o reumatismo articular agudo (RAA) constitui um problema importante.

A **otite média aguda simples** é uma das doenças mais frequentes da infância, especialmente nos lactentes, resultando quase sempre de infecções das fossas nasais, seios peri nasais e rinofaringe, propagadas ao ouvido médio através da trompa de Eustáquio.

A **otite média aguda necrosante** surge geralmente no decurso de doenças febris eruptivas como o sarampo, escarlatina e varicela. O agente mais frequente é o *Streptococcus* β -hemolítico.

A **otite média sero mucosa** (secretora ou mucosa) teria origem na transformação do epitélio da caixa com origem num estímulo infeccioso (*Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenza*, *Staphylococcus aureus*, *Moraxella catarrhalis*), tomando a forma de infecção inaparente e para cuja persistência contribuiria a antibioterapia mal conduzida e o negligenciar da miringocentese. Desenvolve-se em crianças predispostas: 5 a 10 % das otites médias agudas evoluem para otite média com derrame crónico apesar de uma terapêutica antibiótica adequada.

A **otite média crónica purulenta simples** caracteriza-se pela persistência de perfuração timpânica com exsudado auricular mucoso, muco purulento ou totalmente purulento e é geralmente secundária a otite media necrosante. A flora microbiana variável inclui *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*, *Proteus mirabilis*, *Streptococcus*.

A **otite média tuberculosa** é atualmente muito rara dado o advento dos tuberculostáticos e dos programas de vacinação. Pode ser confundida com a **otite media sifilítica**.

Constipação.

Rinorreia aquosa ou mucosa, obstrução nasal e tosse, apirética, sem perda de apetite ou alterações do comportamento (forma ligeira); nos casos mais graves pode haver rinorreia purulenta, obstrução nasal importante e tosse irritativa, alteração do estado geral, perda de apetite e febre, dor abdominal e diarreia.

Angina e Faringite.

Na **amigdalite aguda** eritematosa ou eritemato-pultácea, o agente etiológico mais frequente é o Estreptococo beta-hemolítico, mas outros agentes podem ser responsáveis por uma infeção com apresentação clínica semelhante: Estafilococos aureus, Pneumococos, Haemophilus influenza, anaeróbios, vírus influenza, parainfluenza e respiratório sincicial, adenovírus, rinovírus.

A “angina aguda” aparece na criança mais velha e inicia-se por um período prodrómico com manifestações sistémicas inespecíficas, tais como calafrios, febre, cefaleias, mau estar geral, astenia e anorexia. Seguidamente aparecem a dor faríngea intensa, espontânea ou com a deglutição (odinofagia) e a otalgia (reflexa, por lesão do plexo faríngeo). As adenopatias cervicais no ângulo da mandíbula estão quase sempre presentes e muitas vezes todas as cadeias ganglionares cervicais apresentam adenomegalias dolorosas. Faringe com hiperemia generalizada da mucosa, mais acentuada na amígdala palatina, que está habitualmente aumentada de volume. Amígdalas eritematosas na *fase eritematosa*, a que se segue a *fase eritemato-pultácea*, em que as amígdalas apresentam acumulação de exsudados nas criptas amigdalinas. Aparecem ainda outros sintomas como rouquidão, tosse irritativa, hálito fétido, língua saborosa,

fácies infecioso. Nas crianças mais jovens esta infecção pode ser de diagnóstico e tratamento mais difícil. A doença é geralmente auto limitada, resolvendo na ausência de complicações no período de uma semana.

As manifestações da **faringite aguda** correspondem quase sempre a uma infecção aguda do tecido linfoide faríngeo. A faringite aguda é mais frequente no adulto, exuberante nos cordões laterais da faringe, com hiperémia intensa e por vezes aspetos pultáceos.

A “**angina diftérica**” é uma amigdalite pseudomembrana com falsas membranas de exsudado fibrinoso, não destacáveis e com tendência à extensão para as regiões anatómicas vizinhas (daí o risco de obstrução laríngea).

A **Angina de Vincent** resulta da associação de uma espiroqueta com um microrganismo anaeróbio (*Fusobacterium fusiforme*), em paciente com má higiene dentária e oral e mal nutrido: dor e disfagia intensas, hálito fétido; ulceração unilateral da amígdala palatina, recoberta por uma falsa membrana acinzentada que se destaca facilmente.

Otite média.

Na **Otite média aguda simples** (OMAS) a otalgia manifesta-se subitamente, aumentando com os movimentos de deglutição e assoar o nariz; o sinal de dor à pressão do tragos parece sem valor diagnóstico no lactente, pois frequentemente surge sem qualquer anormalidade do ouvido médio. Os sintomas acompanhantes são a hipoacusia, sensação de plenitude auricular e ruídos subjetivos. Casos mais graves existem com febre e alteração do estado geral. Na otoscopia o tímpano está vermelho ou saliente, ou existe escorrência purulenta (otorreia); nódulos ganglionares palpáveis, retro auriculares, submaxilares ou cervicais.

Na **Otite Média Aguda Necrosante** a sintomatologia é semelhante à da OMAS: otalgia súbita; contudo, apesar da ampla perfuração timpânica, por vezes cursa sem dor; otorreia purulenta e lesões mucosas irreversíveis da caixa do tímpano, até, eventualmente, necrose do ânulus timpânico e processo osteítico dos ossículos.

A **Otite média sero mucosa** caracteriza-se por hipoacusia unilateral (sobretudo o adulto) ou bilateral (mais frequente na criança, em 80 % dos casos), sensação de plenitude auricular, frequentemente autofonia e geralmente ausência de dor; na criança verifica-se frequentemente atraso de linguagem e ou dificuldade na aprendizagem. Tímpano deprimido, cabo do martelo horizontalizado, curta apófise do martelo saliente; nível líquido ou bolhas hidro-aéreas retro timpânicas. As alterações mais significativas são a retração do tímpano, perda de brilho, coloração acinzentada escura, percorrido por estrias vasculares; pode haver áreas translúcidas e bolsas de retração e a mobilidade está diminuída.

A **Otite média aguda do lactente** é de diagnóstico difícil pela ausência de sintomatologia subjetiva e objetiva para o aparelho auditivo: quadro geral pleomórfico (febre elevada, diarreia aquosa e rebelde a todo o tratamento, vômitos e perda rápida de peso). Menos frequentemente pode ocorrer processo bronco-pulmonar agudo ou septicémico, ou ainda fenómenos de irritação meníngea (rigidez da nuca, agitação, insónia, convulsões). À Otoscopia o tímpano está normal, ou de cor baça e despolida com ausência de triângulo luminoso e falta de caracteres congestivos otoscópicos.

A **Otite média crónica purulenta simples** tem uma história prolongada de hipoacusia progressiva, com períodos intermitentes ou permanentes de exsudado auricular geralmente mucoso, mucopurulento ou totalmente purulento.

Otoscópio: perfuração timpânica; mucosa inflamada, tecido de granulação, pólipos. O exame audiométrico revela hipoacusia de transmissão ou mista. A imagiologia (Tomografia Axial Computorizada, Radiografia incidência de Schuller) revela mastóide ebúrnea, preenchida de tecido inflamatório crônico e graus variáveis de destruição ossicular.

A **Otite média tuberculosa** tem início insidioso com sensação de plenitude auricular, hipoacusia precoce e do tipo misto, e geralmente sem dor. Otoscopia: otorreia fétida, perfurações timpânicas múltiplas. Deve ser realizado o exame bacteriológico do exsudado auricular e formações granulomatosas existentes.

A **Otite média sífilítica** pode mimetizar a tuberculose nas suas características clínicas otológicas: otorreia, linfadenopatias, raramente dor, hipoacusia neurosensorial flutuante, vertigem (nas formas terciária e congênita). Osteíte dos ossículos. Diagnóstico: exame do exsudado em campo escuro.

As complicações das otites são muitas e graves, pelo que o seu tratamento deve ser cuidadoso: osteomielite do osso temporal; trombo flebite do seio lateral, fístula do canal semicircular externo; contaminação dos espaços intralabirínticos; mastoidite aguda; paralisia facial; meningite.

Laringite ou laringo-traqueíte.

Pode iniciar-se como uma constipação ligeira posteriormente atingindo a laringe. Febre, rouquidão, tosse rouca e respiração estridulosa; os casos mais graves apresentam dificuldade respiratória progressiva e cianose. A criança está ansiosa e acorda frequentemente durante a noite. A laringite diftérica é particularmente grave. Mais provavelmente ela é devida a infeção pelo *H. influenzae* ou ainda pelo estafilococo ou estreptococo.

A laringite micótica é uma forma rara, mas mais frequente nos doentes com SIDA ou outro estado de imunossupressão, tal como a laringite herpética.

É extremamente raro a tuberculose provocar uma laringite aguda (monocordite tuberculosa).

Na laringite diftérica encontramos falsas membranas a nível velo-amigdalino, que se podem estender à laringe. O diagnóstico é efetuado pelo isolamento do bacilo (meio de Loeffler).

3. Epidemiologia e controlo da sinusite.

A **sinusite** é rara no recém-nascido (embora uma etmoidite seja possível logo após o nascimento) e a sinusite maxilar aumenta de frequência a partir dos quatro anos. As infeções dos seios peri nasais têm origem rinogénica em 90 – 95 % dos casos e odontogénica em 5 – 10 % das sinusites maxilares. Infeções dos seios frontal e esfenoidal não ocorrem habitualmente até aos 5 - 12 anos. As sinusites crónicas ocultas na criança são mais frequentes entre os 5 e os 12 anos, sendo responsáveis por afeções brônquicas e pulmonares, alterações do desenvolvimento, febres de causa não esclarecida, alterações gastrointestinais e renais. A complicação mais frequente das sinusites é a complicação orbitária.

A sintomatologia da sinusite na criança é muito mais ligeira do que no adulto (sinusites ocultas ou latentes): tosse irritativa, “fungar” persistente, rinorreia crónica, constipações recorrentes, anorexia e atraso de crescimento. A hipertrofia dos adenoides pode ser a causa. É necessário fazer estudo radiológico.

A amoxicilina com ácido clavulânico e as cefalosporinas durante 12 dias são geralmente eficazes no tratamento das sinusites agudas não complicadas. Podemos associar os anti-inflamatórios e os vasoconstritores locais que reduzem a duração e a intensidade do quadro clínico. As sinusites que não curam com o tratamento médico poderão necessitar de intervenção cirúrgica.

Na sinusite crônica poderá ser necessário associar à amoxicilina com ácido clavulânico uma fluoro quinona que cobre a pseudomona e a maior parte dos anaeróbios. A duração do tratamento deverá ser de 15 dias.

4. Epidemiologia e controlo da rinite.

A rinite infecciosa pode ser aguda ou crônica. Os vírus são os agentes habituais da infeção aguda, sendo frequente a infeção bacteriana secundária com envolvimento sinusal (pneumococo e *haemophilus influenza*). Quando persiste mais de oito semanas designa-se rinite infecciosa crônica (*Mycobacterium tuberculosis*, *Klebsiella rhinoscleromatis*, *M. leprae*, *Treponema pallidum*, *Aspergillus*). A alergia, a imunodeficiência e as alterações muco ciliares são fatores que predispõem a instalação de infeções crônicas nasossinusais. Os agentes habitualmente envolvidos são o estafilococo, o pneumococo, o *haemophilus influenza* e os anaeróbios. Os sintomas que pode manifestar são a rinorreia mucopurulenta, a obstrução nasal, diminuição ou perda do olfato e a dor na face ou cefaleias.²⁷

A antibioterapia está indicada quando uma infeção bacteriana nasossinusal é diagnosticada e uma infeção dos seios peri nasais requer uma terapêutica prolongada, com uma duração mínima de 3 semanas.

Figura 34: o que é a rinite?

O que é a Rinite?

O termo **Rinite** descreve a **inflamação** do revestimento interno do nariz (vermelho e inchado). Habitualmente, as pessoas com este problema queixam-se de comichão, obstrução ou corrimento nasal, ardor na garganta e tosse.

O nariz produz um líquido aguado e transparente, chamado **muco**. Tem como função ajudar a filtrar o pó, micróbios (bactérias, vírus) e pólen que são inspirados pelo nariz, evitando que cheguem aos pulmões. Normalmente, este muco pouco consistente, juntamente com os resíduos, escorre pela parte de trás da garganta e vai para o estômago. Habitualmente existe em quantidades tão pequenas que não se dá por ele e não provoca qualquer problema.

Quando o interior do nariz fica inflamado, produz mais *muco*. É frequente esta maior quantidade de muco ficar mais espessa e com uma cor amarelada. Uma parte deste excesso de *muco* pode sair pela parte da frente do nariz (**rinorreia**). Também se nota mais quando escorre pela garganta (**corrimento nasal posterior**), provocando tosse.

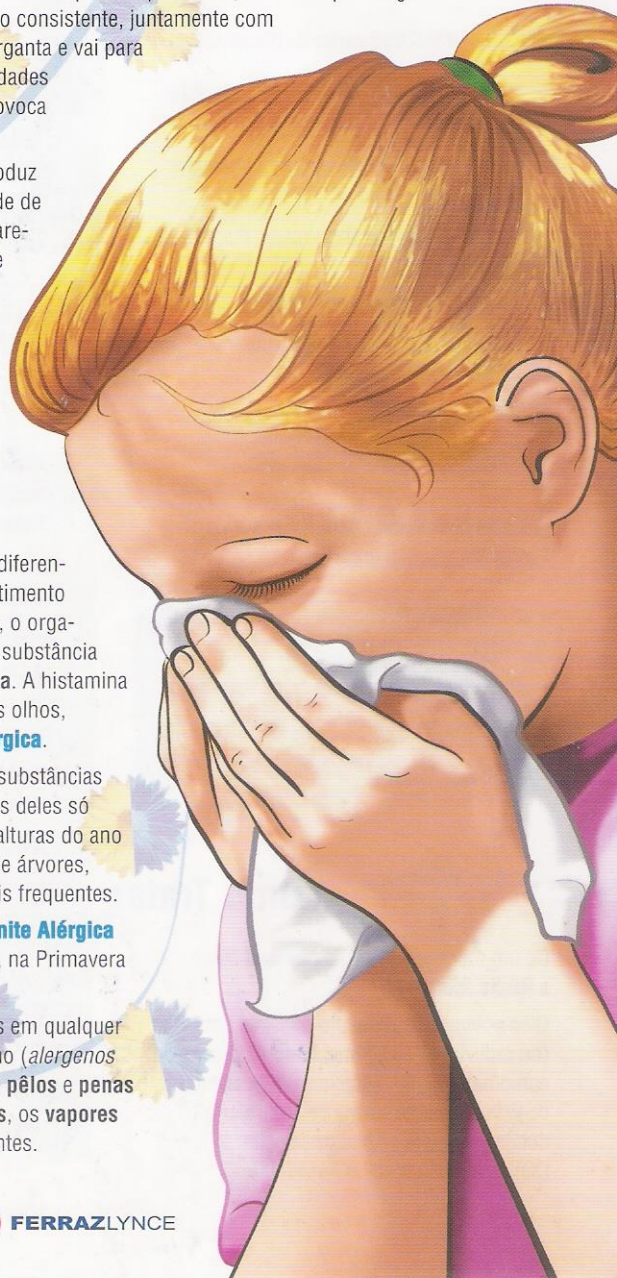
O que Provoca a Rinite Alérgica?

A **Rinite** pode ser causada por uma série de diferentes factores que provocam irritação do revestimento interno do nariz. Em resposta a esta irritação, o organismo liberta várias substâncias químicas. A substância química mais importante chama-se **histamina**. A histamina é a responsável pelo lacrimejo, comichão nos olhos, corrimento nasal e os espirros da **Rinite Alérgica**.

A **Rinite Alérgica** é causada por **alergenos** (substâncias que provocam uma resposta alérgica). Alguns deles só provocam problemas durante determinadas alturas do ano (alergenos sazonais). Os **bolores** e o **pólen** de árvores, gramíneas e a tasneira são *alergenos* sazonais frequentes.

Muitas vezes chama-se **febre dos fenos** à **Rinite Alérgica Sazonal**. Esta situação surge, habitualmente, na Primavera e no Outono.

Outros alergenos podem provocar problemas em qualquer altura do ano, alguns deles durante todo o ano (*alergenos perenes*). O **pó da casa**, os **ácaros do pó**, os **pêlos** e **penas de animais**, os **restos de insectos**, os **fumos**, os **vapores** e os **químicos** são *alergenos perenes* frequentes.



Por gentileza de:  **FERRAZLYNCE**

Figura 35: como prevenir a rinite?

Como Reconhecer os Sintomas

São SINTOMAS frequentes de **Rinite Alérgica**:

- Olhos vermelhos, lacrimejo e comichão nos olhos
- Corrimento nasal (**rinorreia**), comichão no nariz
- Obstrução (**congestão**) no nariz e dos ouvidos
- Espirros (habitualmente súbitos e fortes)
- Ardor na garganta e tosse provocada pelo corrimento nasal posterior
- Perda ou alteração no sentido do cheiro
- Dores de cabeça

Entre as possíveis **COMPLICAÇÕES** da **Rinite Alérgica** incluem-se:

- **Dificuldade em dormir** (provocada por alguns sintomas)
- **Sinusite** - Infecção dos seios perinasais
- **Otite média** - Infecção do ouvido médio
- **Epistaxe** - Hemorragia nasal

Como Tratar

De um modo geral, não é possível curar a **Rinite Alérgica**.

O objectivo do tratamento consiste em evitar (ou reduzir) os sintomas, tanto na gravidade como na duração, e melhorar a qualidade de vida. A melhor forma de controlar a doença consiste na sua prevenção. Contacte o seu Médico Assistente.

Como Prevenir

Conheça os factores que podem desencadear a situação.

Quando os sintomas ocorrem sobretudo fora de casa:

- Tente restringir as actividades fora de casa. Tente, em especial, não contactar com material resultante de plantas em decomposição como folhas e gramíneas.



Quando os sintomas ocorrem sobretudo dentro de casa:

- Feche as janelas (de casa e do automóvel) nos dias em que sabe que existem quantidades elevadas de pólenes e bolores.
- Remova todas as eventuais fontes de alergenos (animais domésticos, fumo, etc).
- Utilize filtros de ar condicionado de elevada eficiência na remoção dos pólenes e bolores. (**Nota:** Estes filtros não filtram os ácaros do pó).
- Reduza a humidade da sua casa diminuindo os valores do humidificador.
- Repare os pavimentos que têm humidade, ventile as casas de banho e reduza o número de plantas que tem dentro de casa.
- Mantenha a casa sem pó para reduzir a quantidade de alergenos no ar, recomenda-se a utilização de um aspirador e mudança regular dos sacos.
- Utilize protecções antialérgicas (hipoalergénicas) em todas as almofadas e colchões.

Como as penas e pêlos dos animais (sobretudo de gatos) são uma causa frequente de **Rinite Perene**, é possível que tenha que eliminar ou reduzir bastante a sua exposição a determinados animais de estimação da família.



13. Programa de saúde oral

Em 1998, o Comité Regional para África da OMS adotou a Estratégia Regional de Saúde Oral para o período 1999 – 2008. O objetivo desta estratégia foi fortalecer a capacidade dos países membros para melhorar a saúde oral comunitária, desenvolvendo políticas de saúde oral nacionais apropriadas e planos de implementação, sublinhando a prevenção, diagnóstico precoce e tratamento de doenças bucais.²⁸

Os fatores sociais determinantes de saúde também determinam a saúde oral. A pobreza, o ambiente poluído (incluindo o abastecimento de água), más condições habitacionais, altas taxas de mortalidade infantil, baixa escolaridade, violência provocada pela pobreza, todos influenciam a saúde oral.

A cárie dentária e a doença periodontal tem sido consideradas como os problemas mais importantes de saúde oral em todo o mundo; no entanto, nos países africanos, esses problemas parecem ser menos frequentes e menos graves que nos países desenvolvidos. O perfil das doenças orais não é homogêneo em África e assim as doenças orais conhecidas em cada comunidade devem ser avaliadas em termos de critérios epidemiológicos de prevalência e severidade. Esta avaliação constitui uma condição previa ao estabelecimento de prioridades nas necessidades das comunidades e ao desenvolvimento de programas de intervenção a elas destinados.

Os problemas de saúde oral mais frequentes nas populações africanas de baixo nível sócio económico incluem:

- Noma.
- Gengivite necrosante aguda.

- Cancro oral.
- Manifestações bucais do VIH e SIDA.
- Trauma oro-facial.
- Cáries dentárias.

Os princípios que orientam a política de saúde oral nacional são:

1. Respeitar os direitos humanos, cultura, religião, ética e género nas comunidades alvo da política.
2. Promover a igualdade para garantir que os benefícios da política sejam acessíveis a todos os membros da população.
3. Garantir que a participação comunitária, a responsabilidade partilhada e o empoderamento são promovidos pela política.
4. Integrar a promoção e os serviços de saúde oral com os fornecidos por outros parceiros, sectores e programas relacionados com a saúde comunitária.
5. Descentralizar e flexibilizar a política garantindo autonomia de gestão e recursos a nível local.
6. Permitir que a política seja adaptada às necessidades e circunstâncias locais.
7. Adotar uma metodologia sistemática, com base na melhor evidência científica disponível, para determinar e priorizar as necessidades locais, seleção da estratégia, gestão da informação e avaliação da política.

A Direção Nacional de Assistência Médica elaborou em 2008 o Programa Nacional de Saúde Oral, com os seguintes objetivos:

Objetivo geral:

Contribuir para a melhoria da condição de saúde oral das crianças na idade pré-escolar e escolar e da população em geral.

Objetivos específicos:

1. Sensibilizar e motivar as crianças para a manutenção de uma boa saúde oral.
2. Mobilizar os encarregados de educação para participação ativa na educação de saúde oral do seu filho.
3. Instruir sobre a higienização oral correta com escova de dentes e do fio dental e uma alimentação saudável.

Em agosto de 2012, decorreu a Campanha Nacional de Saúde Oral nas Escolas,²⁹ com as seguintes atividades:

- Mobilização social - participação nos órgãos de comunicação social (TV e rádio), onde os técnicos das áreas deveriam abordar assuntos relacionados com saúde oral e o lançamento da campanha, informando sobre as datas, grupo alvo e os objetivos da mesma.
- Capacitação de professores e alunos em matéria de saúde oral, que consistiu na transmissão de conhecimentos básicos relacionados com higiene oral e alimentação saudável.
- Encontros com as comunidades locais, lideranças locais e pais e encarregados de educação com vista a sensibiliza-los para apoiarem os seus educandos na adoção de hábitos de higiene individual e sobretudo oral.
- Orientação para que cada província prepara-se atividades culturais com recurso a grupos culturais locais.

Quadro 21: recomendações para a campanha de saúde oral.

Matriz de Recomendações	Lacunas
1	Garantir que o material esteja disponível nos depósitos provinciais 3 meses antes da campanha.
2	No âmbito do fornecimento dos materiais, fazer termo de compromisso por escrito com os parceiros.
3	Definir semana Nacional de Saúde Oral.
4	Incluir a campanha de saúde oral nas Escolas no PES provincial.
5	Providenciar a aquisição de macro modelos de boca e escova.
6	Centralizar a campanha em uma única escola por província.
7	Proposta da campanha de 2013: Niassa.
8	As atividades de educação para os professores e alunos devem ser realizadas ao longo do ano e não na semana da campanha, através do projeto 1 dentista 1 escola (ZIP).

As regras para a promoção de uma boa saúde oral podem ser resumidas da seguinte forma:

- Escovar os dentes no final de cada refeição (incluindo a língua), de forma enérgica e utilizando uma pasta dentífrica com flúor que deve permanecer na boca durante 5 a 8 minutos.
- Evitar o consumo frequente ou excessivo de alimentos ricos em açúcar e escovar sempre os dentes após este consumo.
- Bochechar com antisséptico bucal regularmente (por exemplo, uma vez por semana).

14. Educação sanitária para urgências de ORL (corpos estranhos).

Em geral na medicina os processos de diagnóstico e os gestos terapêuticos estão estreitamente associados. Nas situações de urgência é preciso executar depressa e bem alguns gestos salvadores que necessitam aprendizagem e algum automatismo. Também é necessário dispor de algum equipamento mínimo: o médico com o seu estetoscópio, esfigmomanómetro e martelo de reflexos é um médico de “mãos nuas”. Mas o gesto ou as técnicas a dominar não são tudo em medicina de urgências: a compreensão da fisiopatologia sumária mas precisa de elementos complexos de uma situação urgente é necessária para adaptar a conduta terapêutica em face da situação.³⁰

A avaliação de caso faz-se através da história clínica e da observação direta com a rapidez necessária á gravidade do caso.

Em crianças com menos de cinco anos será necessário interrogar o cuidador ou outro adulto presente para obter o máximo de informação sobre a situação. Mas a criança fornece muitas vezes dados importantes. A história deve recolher os antecedentes pessoais médicos e cirúrgicos e os antecedentes familiares, alergias, toma de medicamentos, história da doença ou do acidente, precisando o tempo de ocorrência dos episódios e as características.

O exame clínico inicia-se com a observação geral da criança, deteção de risco, comportamento, passando seguidamente a avaliação dos parâmetros vitais e exame sistémico.

1. Epidemiologia dos acidentes ORL em crianças.

Os acidentes do canal auditivo externo com corpos estranhos podem ocorrer em qualquer grupo etário, mas são extremamente comuns em crianças: a introdução de corpos estranhos é geralmente voluntária podendo, mais raramente, ser acidental (insetos, corpos inertes como areia sementes).

Um estudo retrospectivo realizado no serviço de ORL do Hospital Central de Nampula (HCN) analisou a prevalência de recurso à consulta por motivo de corpo estranho, durante o período de maio a setembro de 2012. Neste período foram retirados 173 corpos estranhos (80 % na faixa etária dos 0 aos 4 anos, 20 % nas crianças dos 5 aos 15 anos). Nas crianças de 0 a 4 anos, a distribuição da localização de corpo estranho foi a seguinte:

1. Narinas: 41 %.
2. Canal auditivo externo: 19 %.
3. Boca / orofaringe: 12 %.
4. Não especificado: 28 %.

Os corpos estranhos da faringe podem ocorrer em todas as idades, apresentando picos de frequência em relação ao fator causal. Podem localizar-se na rinofaringe, orofaringe e hipofaringe. Na criança, ao contrário do que acontece no adulto, os corpos estranhos fixam-se preferencialmente na orofaringe e raramente na hipofaringe. As circunstâncias do aparecimento podem ser conhecidas ou passarem despercebidas (sobretudo em crianças).

Os *corpos estranhos da rinofaringe* são raros, devido à dificuldade de fixação a este nível, sendo a via de penetração habitual através das fossas nasais. A extração realiza-se através das vias naturais, o mais precocemente possível.

Na *orofaringe* os corpos estranhos são sobretudo alimentares (espinhas, fragmentos ósseos e de crustáceos). A remoção efetua-se pelas vias naturais sob controlo da visão, utilizando-se anestesia local e exceccionalmente a geral (sobretudo em crianças).

Os corpos estranhos da *hipofaringe* colocam problemas e complicações semelhantes às que surgem no esófago cervical. A terapêutica consiste na extração pelas vias naturais e sob visão indireta (hipofaringoscopia indireta) ou direta (anestesia geral).

Esófago.

Em regra, a deglutição é involuntária de objetos de grande variedade: as crianças habitualmente de idade inferior a três anos, deglutem moedas, peças de brinquedos, entre outros.

Vias aéreas superiores.

Os corpos estranhos nesta localização observam-se mais frequentemente nas crianças, iniciando-se por volta dos cinco meses de idade (idade de início da capacidade de apreensão). Os objetos em causa podem ser os mais diversos: caroços de fruta, espinhas, ossos, fragmentos de brinquedos. Uma vez aspirado o encravamento dá-se habitualmente num local em que o calibre seja idêntico ao do corpo estranho, embora possa ser mobilizado pelo esforço da tosse, por vezes originando uma síndrome de asfixia que pode, em casos felizmente excepcionais, se fatal.

2. Prevenção dos acidentes com corpos estranhos em crianças.

A prevenção dos acidentes infantis constitui uma medida muito eficiente na redução da morbidade e mortalidade infantil.

A educação para a saúde a dispensar às famílias, após identificação dos principais fatores de risco, deverá incidir sobre as medidas preventivas necessárias aos acidentes mais frequentes nas crianças.

Quadro 22: prevenção dos acidentes ORL.

Tipo de acidente	Medidas preventivas
Corpo estranho	Botões, feijões, moedas, são corpos estranhos frequentemente introduzidos pelas crianças no nariz, ouvido e boca. Estes objetos devem ser retirados do alcance da criança.
Ingestão tóxica	Todos os medicamentos, produtos de limpeza e desinfecção, produtos cáusticos (ácidos, bases) e outros químicos, álcool e bebidas alcoólicas, devem estar guardados fora do alcance das crianças.

A intoxicação acidental que ocorre no meio doméstico é mais frequente nas crianças (as mais atingidas estão entre o 1º e o 5º ano de vida, com maior incidência do 1º ao 3º ano), pelo que a educação desempenha um papel importante como medida preventiva. Os pais devem ser informados sobre a toxicidade dos produtos químicos de uso diário (de limpeza, produtos para agricultura, medicamentos), para poderem advertir os filhos do perigo de brincar e / ou ingerir medicamentos, pesticidas, plantas e toda uma série de produtos químicos que se encontram frequentemente pela casa.³¹

Os cuidados mais importantes a tomar são:

- Fechar por completo as embalagens que contem produtos tóxicos, ou potencialmente tóxicos, em gavetas altas ou armários.

- Produtos de limpeza e lacas nunca devem ficar na cozinha ou na casa de banho em prateleiras baixas ou no chão.
- No colocar produtos tóxicos em copos ou garrafas de modo a evitar possíveis acidentes, como resultado de ingestão involuntária.
- Identificar as embalagens dos tóxicos com rótulos que possam ser facilmente por todos compreendidos (sinal de toxicidade).

Bibliografia.

- 1 Departamento de Saúde da Comunidade. Plano Temático da Cadeira de Saúde da Comunidade, VIII Semestre, Curso de Medicina. Faculdade de Ciências de Saúde. Universidade Lúrio. Nampula. 2012.
- 2 A. Melo, e col. Curso de Prevenção do Cancro do Colo do Útero usando VIA e Crioterapia. MISAU / Jhpiego / MCHIP. Maputo. 2009.
- 3 Notícias Médicas. HPV custa ao Estado 45,8 milhões de euros por ano. Saúde em Portugal. 2011.
http://www.univadis.pt/medical_and_more/MedicalNewsArticle?searchtype=univadisptsaud.
- 4 Notícias Médicas. Posição da grávida no sono pode aumentar risco de morte do feto. British Medical Journal, 2011.
http://www.univadis.pt/medical_and_more/MedicalNewsArticle?searchtype=univadispti.
- 5 Notícias Médicas. Irregularidade menstrual em adolescentes indica outras doenças~. Fertility and Sterility. 2011.
http://www.univadis.pt/medical_and_more/MedicalNewsArticle?searchtype=univadispti.
- 6 S. Tulsidas. Programa Nacional de Prevenção e Controlo do Cancro do Colo Uterino e da Mama, Normas Nacionais para o Controlo e Tratamento do Cancro da Mama. Ministério da Saúde. Maputo. 2010.
- 7 D. Cline, e col. Emergency Medicine. McGraw-Hill. Sociedade Industrial Gráfica Lda. Lisboa. 1997.
- 8 BMJ Learning. Endometriosis is a common reason for women to consult their primary care practitioner. BMJ Publishing Group Limited. 2008.
<http://cme.univdis.pt/scorm/BMJV2/5003297/page6.html>.
- 9 Notícias Médicas. Gravidez: dieta pouco saudável tem impacto a longo prazo na saúde da criança. Proceedings of the National Academy of Sciences. 2011.
http://www.univadis.pt/medical_and_more/MedicalNewsArticle?searchtype=univadispti.
- 10 E. Ciscato. Introdução à Cultura da Área Makhuwa Lomwe. Clássica Artes Gráficas. Porto. 2012.
- 11 M. Gentilini, e col. Médecine Tropicale. Flammarion Médecine-Sciences. Paris. 1982.
- 12 P. Pires, C. Ganhão, S. Couto, e col. Maternal and Children Nutrition in Northern Mozambique: a mixed methods study. International Journal of Research, Volume 04 Issue 10 September 2017. p-ISSN: 2348 - 6848. e-ISSN: 2348-795x.
<http://edupediapublications.org/journals/>

-
- 13 C. Ganhão, N Sperandio, P. Pires, e col. Urban family's food insecurity, Mozambique, 2015. International Journal of Research, Volume 04 Issue 14 November 2017. p-ISSN: 2348 - 6848. e-ISSN: 2348-795x. <http://edupediapublications.org/journals/>
- 14 S. Ahmed, e col. Maternal deaths averted by contraceptive use: an analysis of 172 countries, Lancet 2012; 380: 111 – 25.
- 15 Direcção Nacional de Saúde Pública. Estratégia de Planeamento Familiar e Contracepção 2011 – 2015 (2020). Ministério da Saúde, República de Moçambique. Maputo. 2010.
- 16 . C. Victora, e col. How changes in coverage affect equity in maternal and child health interventions in 35 countdown to 2015 countries: an analysis of national surveys. www.the lancet.com September 20, 2012, [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(12\)61427-5](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(12)61427-5).
- 17 Notícias Médicas. Maioria das mulheres desconhece os dias férteis para engravidar, Estudo sobre Gravidez e Planeamento Familiar em Portugal, 2010. http://www.univadis.pt/medical_and_more/MedicalNewsArticle?searchtype=univadispt.
- 18 A. Goroll, e col. Cuidados Primários em Medicina, Uma abordagem do paciente adulto em ambulatório. McGraw Hill. Lisboa. 1997.
- 19 Notícias Médicas. Treze mil interrupções voluntárias de gravidez em oito meses, Dados do Ministério da Saúde, 2010. http://www.univadis.pt/medical_and_more/MedicalNewsArticle?searchtype=univadispt.
- 20 Ministério da Saúde. Iniciativa Maternidades Modelo, Padrões para medição do desempenho dos serviços de saúde maternal e neonatal. República de Moçambique. Maputo. 2010.
- 21 Ministério da Saúde. Caderneta de Saúde da Mulher. República de Moçambique. Maputo. 2011.
- 22 M. Ruano, e col. Curso de Manejo Clínico do HIV. Faculdade de Ciências de Saúde UniLúrio / I-TECH / ICAP. Marrere, Nampula. 11 a 15 Fevereiro, 2013.
- 23 P. Pires e col. Protocolos clínicos para o seguimento e tratamento da infeção por VIH, doenças oportunistas e outras condições de relevância no paciente infetado pelo VIH. Friends in Global Health. Quelimane. 2009.
- 24 N. Garcia, e col. Women and Infant Transmission Study. Estudo Wits. 1999; 341: 394-402.
- 25 E. Ciscato. Introdução à cultura da área Makuwa Lomwe. Clássica Artes Gráficas. Porto. 2012.
- 26 Notícias Médicas. Perda de audição: mais de 360 milhões de pessoas afectadas, Alerta da Organização Mundial de Saúde. 2013. http://www.univadis.pt/medical_and_more/pt_PT/Noticiario/Prat/Cli?articleurl=/CT/no.
- 27 R. Penha. Otorrinolaringologia. Antunes & Amílcar, Lda. Lisboa. 1998.

28 WHO. Writing Oral Health Policy: a Manual for Oral Health Managers in the WHO African Region. AFR/ORH/05.01. World Health Organization. Brazzaville. 2005.

29 Direcção Nacional de Assistência Médica. Programa Nacional de Saúde Oral. Ministério da Saúde, República de Moçambique. Maputo. 2012.

30 A. Larcen, e col. Les Urgences médicales. UCB. Paris. 1980.

31 R. Sousa, e col. Intoxicações. Premio Bial de Medicina Clínica 1984, 2º Classificado. Porto. 1986.