

Anticoncepção

Manual de Orientação



Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

Diretoria

Presidente

Edmund Chada Baracat

Vice-Presidente Região Norte

Ione Rodrigues Brum

Vice-Presidente Região Nordeste

Geraldez Tomaz

Vice-Presidente Região Centro-Oeste

César Luiz Galhardo

Vice-Presidente Região Sudeste

Soubhi Kakhale

Vice-Presidente Região Sul

José Geraldo Lopes Ramos

Secretário Executivo

Jacob Arkader

Vice-Secretário Executivo

Ivis Alberto Lourenço Bezerra de Andrade

Tesoureiro Executivo

Francisco Luiz Gonzaga da Silva

Tesoureiro Adjunto

Jayme Moyses Burlá

**International Standard Book (ISBN)
(Fundação Biblioteca Nacional)**

A634

Anticoncepção : manual de orientação / editores: José M. Aldrighi, Carlos Alberto Petta. - São Paulo : Ponto, 2004. 308p. ; 21 cm.

ISBN 85-89245-10-1

1. Anticoncepção – manuais, guias, etc. I. Aldrighi, José M. II. Petta, Carlos Alberto.

CDD-613.94

Índice para catálogo sistemático:

1. Anticoncepção: Medicina

ALDRIGHI J.M., PETTA C.A.

Anticoncepção

Direitos reservados à *FEBRASGO - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia* – São Paulo – 2003

Editora Ponto: Rua Pedro de Lucena, 64 – Mooca – Tel/Fax: (11) 6096-8000 – e-mail: ponto@uol.com.br

Planejamento Gráfico/Capa: Cezinha Galhardo

Anticoncepção

Manual de Orientação



Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

Editores

José M. Aldrighi
Carlos Alberto Petta

Comissão Nacional Especializada de Anticoncepção

Diretoria 1998 - 2001

Presidente: José Mendes Aldrighi (SP)
Vice-Presidente: Carlos Alberto Petta (SP)
Secretário: Thomas Moscovitz (SP)

Diretoria 2002 - 2005

Presidente: Nilson Roberto de Melo (SP)
Vice-Presidente: Carlos Alberto Petta (SP)
Secretário: Luciano de Melo Pompei (SP)

Membros

1998 - 2001

Amaury Teixeira Leite Andrade (MG)
Elsimar Metzker Coutinho (BA)
Jarbas Magalhães (SP)
João Sabino de Lima Pinho Neto (PE)
José Gomes Batista (PB)
Marta Curado Carvalho Franco Finotti (GO)
Monica de Almeida Chicrala (RJ)
Nilo Bozzini (SP)
Nilson Roberto de Melo (SP)
Ronald Perret Bossemeyer (RS)
Rosires Pereira de Andrade (PR)

2002 - 2005

Amaury Teixeira Leite Andrade (MG)
Ana Márcia Xavier Bastos (RJ)
Elsimar Metzker Coutinho (BA)
Fábio Fernando de Araújo (SP)
Jarbas Magalhães (SP)
José Gomes Batista (PB)
Marta Curado Carvalho Franco Finotti (GO)
Ricardo Cristiano Leal da Rocha (ES)
Rogério Bonassi Machado (SP)
Ronald Perret Bossemeyer (RS)
Roosevelt Furtado de Vasconcelos (PI)
Rosires Pereira de Andrade (PR)

Agradecimentos



*Agradecemos sinceramente ao Dr.
Juan Diaz e a Dra. Magda Loureiro
Motta pela incansável revisão e horas
de dedicação a este manual.*

Apresentação

A FEBRASGO (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia), em consonância com sua função primordial, de promover um Programa de Educação Continuada Permanente elaborou, por meio da Comissão Nacional Especializada de Anticoncepção, o Manual de Anticoncepção.

O trabalho concluído em nossa 1ª gestão, contou com a participação de experientes colegas. Os autores realizaram constantes atualizações para que pudéssemos divulgá-lo agora.

Queremos também deixar consignada a valiosa e inestimável colaboração do Population Council, e em especial ao Prof. Juan Dias. A profícua parceria realizada contribuiu para enriquecer nosso Manual.

Esperamos que este Manual seja útil na prática diária dos ginecologistas e obstetras brasileiros.

A Diretoria

ÍNDICE

Orientação em Anticoncepção	09
Anticoncepcionais Orais Combinados	16
Anticoncepcionais Orais de Progestógenos	34
Implantes	52
Anticoncepção Oral de Emergência	77
Anticoncepcional Injetável Mensal	89
Anticoncepcional Hormonal Injetável Trimestral	107
DIU	125
Sistema Intra-Uterino Liberador de Levonorgestrel (SIU-LNG) ...	154
Condom	179
Diafragma	201
Espermaticida	219
Métodos Comportamentais	232
Método da Lactação e Amenorréia (LAM)	251
Esterilização Feminina	267
Vasectomia	291

ORIENTAÇÃO EM ANTICONCEPÇÃO

A orientação é um elemento essencial para a qualidade de atenção em planejamento familiar. É um processo que auxilia clientes a tomarem decisões voluntárias e informadas sobre a escolha do método anticoncepcional.

Orientação em anticoncepção significa interação face a face, através da qual uma pessoa (orientador) auxilia uma outra (usuária atual ou potencial) a tomar uma decisão informada sobre a escolha do método anticoncepcional e colocá-la em prática. A orientação contém quatro elementos básicos:

- Comunicação em duas vias;
- Ajuda às (aos) usuárias (os) para tomar decisões voluntárias, informadas e bem pensadas acerca de sua fertilidade e contracepção;
- Ajuda à (aos) usuária (o) a usar o método corretamente;
- Resposta às necessidades e valores individuais de cada usuária (o).

Nota! Os conceitos de orientação e de educação em planejamento familiar diferenciam-se na medida em que a ação educativa, realizada em pequenos grupos e usando metodologia participativa, tem como objetivo preparar e dar elementos para que as pessoas tenham uma opinião formada sobre seus direitos sexuais e reprodutivos e, principalmente, sobre as diferentes opções anticoncepcionais, de maneira que sejam capazes de realizar uma escolha livre e informada.

Os programas de planejamento familiar de boa qualidade são aqueles que procuram a melhor maneira de atender às necessidades das pessoas, através da oferta de serviços que se adaptem às características da população atendida. Neste sentido, a orientação se insere dentro dos seis elementos fundamentais da qualidade de atenção:

Elementos fundamentais da qualidade de atenção

- Escolha livre de métodos.
- Informação para usuárias.
- Competência técnica.
- Relação usuária-serviço.
- Acompanhamento de usuárias.
- Integração do planejamento familiar ao atendimento em saúde reprodutiva.

(Bruce, 1990)

Numerosos estudos têm demonstrado que existe uma relação direta entre uma boa orientação em planejamento familiar e:

- A escolha adequada do método;
- A satisfação com o uso;
- O uso correto do método;
- A melhor aceitação dos efeitos colaterais;
- A continuação do uso do método;
- A continuidade no serviço de saúde.

Um dos elementos mais importantes para a orientação adequada em anticoncepção é a **escolha informada**. O processo de escolha informada baseia-se nos princípios de autonomia e direitos humanos individuais, inclusive os direitos sexuais e reprodutivos, e deve garantir que as pessoas tomem suas próprias decisões em cuidados à saúde e planejamento familiar. Quando uma pessoa toma uma decisão baseada em informações úteis e acuradas, terá feito uma escolha informada.

Direitos Sexuais e Reprodutivos

- Direito de desfrutar das relações sexuais, sem temor de gravidez e/ou contrair uma doença transmitida pela relação sexual.
- Direito de decidir quantos filhos quer ter e quando tê-los.
- Direito de ter gestação e parto nas melhores condições.
- Direito de conhecer, gostar e cuidar do corpo e dos órgãos sexuais.
- Direito de ter uma relação sexual sem violência ou maltrato.
- Direito de ter informação e acesso aos métodos anticoncepcionais.

(CIPD, Cairo, 1994)

Objetivos da Orientação

O principal objetivo da orientação em planejamento familiar é facilitar o exercício de um dos direitos sexuais e reprodutivos, que é “o direito de decidir quantos filhos quer ter e quando tê-los”. Num sentido imediato, é auxiliar a promover o empoderamento* das pessoas para que elas tenham a oportunidade de discutir suas circunstâncias, necessidades e opções em relação à fertilidade e contracepção.

* **Nota:** Empoderamento não consta nos dicionários de língua portuguesa, mas é a tradução mais próxima do termo “empowerment” e significa fortalecer a capacidade interna das pessoas para tomarem suas próprias decisões.

Como a orientação deve ser realizada

Em primeiro lugar, é muito importante ter em mente que orientação significa ajudar as pessoas no processo de tomada de decisão.

Assim, o orientador deve ajudar a(o) usuária(o) potencial a pensar sobre:

- As suas próprias características: condições de saúde, metas reprodutivas, trabalho, acesso aos serviços de saúde, sexualidade, valores, religião, etc.
- As características dos métodos:
 - **Mecanismo de Ação:** devem ser fornecidas as informações de maneira clara e completa sobre como funcionam os métodos anticoncepcionais.
 - **Modo de Uso:** as instruções sobre o modo de uso devem ser claras e práticas e devem também incluir instruções sobre o que as(os) clientes devem fazer caso surjam problemas (tais como esquecer de tomar a pílula, efeitos colaterais, etc.)
 - **Eficácia:** As taxas de gravidez para um método quando em uso típico (ou seja, usado de maneira habitual) dão à(o) cliente uma idéia geral da eficácia na experiência individual. As taxas de gravidez para um método usado consistente e corretamente dão uma idéia da eficácia do método na melhor das possibilidades.
 - **Efeitos Colaterais:** as (os) clientes devem ser informados sobre os efeitos colaterais dos métodos durante a orientação.

Devem saber que os efeitos colaterais podem ser incômodos, mas não necessariamente sinais de gravidade ou sintomas de uma complicação séria. É importante, ainda, que conheçam os sinais e sintomas de alguma complicação séria, que justificam o retorno imediato ao Serviço.

– **Efeitos Não-Contraceptivos:** as(os) clientes devem ser informadas (os) sobre os efeitos não relacionados ao efeito anti-concepcional de cada método.

– **Crterios de Elegibilidade Médica:** as (os) clientes devem ser informados (as) de que existem condições médicas que poderiam significar limitações para o uso dos diferentes métodos. A lista dos critérios de elegibilidade médica dividem-se em quatro categorias:

OMS 1: O método pode ser usado sem restrições.

OMS 2: O método pode ser usado. As vantagens geralmente superam riscos possíveis ou comprovados. As condições da categoria 2 devem ser consideradas na escolha do método. Se a mulher escolhe este método, um acompanhamento mais rigoroso pode ser necessário.

OMS 3: O método não deve ser usado, a menos que o profissional de saúde julgue que a mulher pode usar o método com segurança. Os riscos possíveis e comprovados superam os benefícios do método. Deve ser o método de última escolha e, caso seja escolhido, um acompanhamento rigoroso se faz necessário.

OMS 4: O método apresenta um risco inaceitável.

Para todas as categorias, as orientações devem ser reforçadas em cada consulta. Além disso, deve ser garantido às (aos) clientes o acesso ao serviço sempre que surgirem dúvidas e/ou problemas.

Outras características, como custo, esquema de acompanhamento, etc.

Somente considerando esses fatores é possível para as pessoas fazer uma escolha livre e informada do método mais apropriado para elas.

Importante: A orientação necessariamente implica no estabelecimento de uma relação interpessoal cordial, de confiança, onde exista um equilíbrio de poderes:

- o poder que a (o) usuária(o) tem de escolher e de tomar decisões;
- o poder do orientador de contra-indicar o uso de métodos que coloquem em risco a saúde das pessoas.

Díaz et al, 2000

O passo seguinte da orientação é certificar-se de que a pessoa compreendeu como deve usar o método escolhido e fornecer informação complementar sobre tudo o que a (o) usuária(o) deseja saber, incluindo o esquema de acompanhamento e como lidar com os efeitos colaterais.

O processo de orientação deve estender-se às consultas subsequentes para:

- Avaliar o grau de satisfação com o método;
- Esclarecer dúvidas e reforçar informações em relação ao uso do método;
- Dar espaço à (ao) usuária(o) para poder falar de outros problemas que, eventualmente, poderia ter, como sexualidade, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, etc.
- Dar liberdade à (ao) usuária (o) para descontinuar o método e oferecer ajuda para um novo processo de tomada de decisão, quando ainda haja necessidade de anticoncepção.

Quem deve orientar

A orientação pode ser realizada por qualquer membro da equipe de saúde, desde que esteja adequadamente treinado e qualificado. Isto significa que, além dos conhecimentos sobre todos os métodos anticoncepcionais, um orientador necessita reavaliar suas atitudes e valores, adquirir habilidades de comunicação e ter conhecimento das características da população que vai atender.

As principais características de um bom orientador são:

- Gostar do que faz.
- Ver a mulher e/ou o homem como seres integrais, pensantes, e não como um conjunto de órgãos isolados.
- Ter interesse e respeito pelas necessidades e valores das pessoas.
- Ter conhecimento sobre a anatomia e fisiologia sexual e reprodutiva, sobre todos os métodos anticoncepcionais, assim como de outras questões da saúde reprodutiva, como por exemplo, DST/AIDS.
- Ter conhecimento e capacidade para abordar com naturalidade os assuntos relacionados à sexualidade humana.
- Ter habilidade de comunicação interpessoal e permitir que as pessoas exponham seus pontos de vista.
- Saber comunicar-se de forma clara, simples, usando uma linguagem adequada para as(os) usuárias(os), de maneira que a comunicação realmente aconteça.
- Saber usar apoio visual.
- Saber fazer perguntas adequadas (fechadas, abertas, de aprofundamento).
- Estar disponível para responder todas as perguntas da usuária.
- Transmitir informações de maneira imparcial, sem favorecer nenhum método específico.
- Manter atitude não-autoritária e de respeito ao poder de decisão da(do) usuária(o).
- Reconhecer seus limites e referir a(o) usuária(o) a outro serviço quando considerar necessário.

ANTICONCEPCIONAIS ORAIS COMBINADOS

Os anticoncepcionais orais combinados (AOCs), mais conhecidos como pílula, são usados por aproximadamente 20% das mulheres casadas ou unidas em idade fértil (15-49 anos) no Brasil. A pílula é o método anticoncepcional reversível mais utilizado no país. São comprimidos que contêm dois hormônios sintéticos (estrogênio e progestogênio) parecidos com os produzidos pelo ovário da mulher.

A. CARACTERÍSTICAS

1. Tipos e Composição

Os AOCs contêm um estrogênio e um progestogênio, em diferentes doses e esquemas posológicos:

- **Monofásicas** - são as mais comuns, encontradas em embalagens de 21 ou 22 comprimidos ativos. A grande maioria tem 21 comprimidos. Todos os comprimidos ativos têm a mesma composição e dose. Para algumas marcas, as embalagens contêm, além das pílulas ativas, 6 ou 7 de placebo para completar 28 comprimidos.
- **Bifásicas** - contêm dois tipos de comprimidos ativos, de diferentes cores, com os mesmos hormônios em proporções diferentes. Devem ser tomados na ordem indicada na embalagem.
- **Trifásicas** - contêm três tipos de comprimidos ativos, de diferentes cores, com os mesmos hormônios em proporções diferentes. Devem ser tomados na ordem indicada na embalagem.

Outras Vias

- **Pílulas para uso vaginal** - é uma pílula monofásica para uso por via

vaginal, contendo 21 comprimidos ativos na embalagem.

- **Adesivo** - promove liberação transdérmica dos esteróides
- **Seqüenciais** - não são recomendáveis para anticoncepção; praticamente estão sendo abandonadas. As que ainda existem são utilizadas para controle dos ciclos, especialmente no período de climatério. Contêm dois tipos de comprimidos ativos, uns (habitualmente 11) só com estrogênio e outros (habitualmente 10), contendo estrogênio e progestogênio.

2. Mecanismo de Ação

Inibem a ovulação e tornam o muco cervical espesso, dificultando a passagem dos espermatozóides.

3. Eficácia

São métodos eficazes em uso típico ou rotineiro: 6 - 8 gravidezes por 100 mulheres no primeiro ano de uso (1 em cada 17 a 1 em cada 12).

São métodos muito eficazes quando usados correta e consistentemente: 0,1 mulheres grávidas por 100 mulheres no primeiro ano de uso (1 em cada 1000).

A eficácia do método, para cada caso individual, dependerá fundamentalmente da maneira como a mulher toma as pílulas. A orientação adequada é fundamental para que as mulheres usem o método corretamente.

Veja a tabela que mostra a taxa de falha dos Métodos Anticoncepcionais.

4. Desempenho Clínico

Até o momento, são poucos os estudos que avaliaram as taxas de descontinuação entre usuárias de anticoncepcionais orais combinados. Entre adolescentes, por exemplo, um estu-

do referiu taxas de descontinuação de 50% nos primeiros três meses de uso. Entre mulheres adultas as taxas de descontinuação são mais baixas, entre 25 e 50% no período de um ano de uso do método, segundo outro estudo.

Entre as razões médicas que afetam as taxas de continuação do método, são as principais: efeitos colaterais, controle irregular do ciclo e temor da mulher quanto aos riscos potenciais. Os problemas relacionados ao controle do ciclo são apontados como as principais causas de descontinuação do uso.

5. Efeitos Secundários

São efeitos colaterais comuns:

- Náuseas (mais comum nos 3 primeiros meses), cefaléia leve, sensibilidade mamária, leve ganho de peso, nervosismo, acne;
- Alterações do ciclo menstrual: manchas ou sangramento nos intervalos entre as menstruações, especialmente se a mulher esquece de tomar a pílula ou toma tardiamente (mais comum nos 3 primeiros meses), e amenorréia;
- Em algumas mulheres podem causar alterações do humor, como depressão e menor interesse sexual.

Importante! Não protegem contra doenças sexualmente transmissíveis.

6. Riscos e Benefícios

Riscos

- Não são recomendados para lactantes, pois afetam a qualidade e a quantidade do leite;
- Muito raramente, podem causar acidentes vasculares, trombozes venosas profundas ou infarto, sendo que o risco é mai-

or entre fumantes (mais de 20 cigarros/dia) com 35 anos ou mais;

- Podem aumentar o risco para tumores de fígado, sendo extremamente raros os tumores malignos;
- De acordo com a informação atualmente disponível, a pílula não aumenta o risco para câncer de colo uterino e mama; porém, novos estudos são necessários para obter-se conclusões mais precisas. Além disso, existem ainda dúvidas sobre a possível aceleração da evolução de cânceres pré-existentes com o uso da pílula.

Benefícios

- Podem aumentar o prazer sexual porque diminuem a preocupação com a possibilidade de engravidar;
- Proporcionam ciclos menstruais regulares, com sangramento durante menos tempo e em menor quantidade;
- Diminuem a frequência e a intensidade das cólicas menstruais;
- A fertilidade retorna em seguida à interrupção da cartela;
- Podem ser utilizados como anticoncepção de emergência, após uma relação sexual desprotegida;
- Podem prevenir anemia ferropriva;
- Diminuem a incidência de: gravidez ectópica, câncer de endométrio, câncer de ovário, cistos de ovário, doença inflamatória pélvica, doenças mamárias benignas e miomas uterinos.

7. Duração

Prazo de Validade

O prazo de validade do anticoncepcional oral combinado é de 2 a 3 anos, variando de acordo com o fabricante. A

data de fabricação e a data de validade estão impressas na embalagem e também na cartela. O profissional de saúde, ao fornecer as cartelas, deve entregar primeiro aquelas mais próximas do prazo de vencimento. Deve, também, orientar a mulher para verificar o prazo de validade ao adquirir o produto.

Duração de Uso

A pílula, se usada corretamente, oferece proteção anticoncepcional já no primeiro ciclo de uso. A efetividade da pílula se mantém durante todo o período de uso. Pode ser usada desde a adolescência até a menopausa, sem necessidade de pausas para “descanso”. Pode ser usada por mulheres de qualquer idade que não tenham fatores que contra-indiquem seu uso (critérios de elegibilidade).

B. MODO DE USO

1. Início de Uso

Os anticoncepcionais orais combinados de baixa dose contêm doses pequenas de hormônios. Algumas condições clínicas contra-indicam o uso de anticoncepcionais com altas doses de estrogênio. Essas contra-indicações não se aplicam ao uso de anticoncepcionais orais de baixa dose.

São candidatas ao uso do método em qualquer circunstância mulheres que não têm filhos, magras ou obesas, de qualquer idade (exceto fumantes com 35 anos de idade ou mais), fumantes com menos de 35 anos, e também mulheres que tiveram um aborto recentemente.

Além disso, mulheres com os seguintes problemas podem usar AOCs de baixa dose:

- Cólica menstrual ou anemia ferropriva;
- Ciclos menstruais irregulares;
- Doenças mamárias benignas;
- Diabetes sem doença vascular, renal, ocular ou neurológica;
- Cefaléia leve;
- Varizes;
- Malária;
- Esquistossomose;
- Doenças tireoidianas;
- Doença inflamatória pélvica;
- Endometriose;
- Tumores ovarianos benignos;
- Miomas uterinos;
- Antecedente de doença inflamatória pélvica;
- Tuberculose (exceto se usando rifampicina).

2. Critérios Médicos de Elegibilidade

Os critérios de elegibilidade médica para uso de métodos anticoncepcionais foram desenvolvidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996) com o objetivo de auxiliar os profissionais da saúde na orientação das (os) usuárias (os) de métodos anticoncepcionais. Não devem ser considerados uma norma estrita, mas sim uma recomendação, que pode ser adaptada às condições locais de cada país. Consiste em uma lista de condições das (os) usuárias (os), que poderiam significar limitações para o uso dos diferentes métodos, e as classifica em 4 categorias, de acordo com a definição a seguir:

- OMS 1:** o método pode ser usado **sem restrições**.
- OMS 2:** o método pode ser usado. As vantagens geralmente superam riscos possíveis ou comprovados. As condições da categoria 2 devem ser consideradas na escolha de um método. Se a mulher escolhe este método, um acompanhamento mais rigoroso pode ser necessário.
- OMS 3:** o método não deve ser usado, a menos que o profissional de saúde julgue que a mulher pode usar o método com segurança. Os riscos possíveis e comprovados superam os benefícios do método. Deve ser o método de última escolha e, caso seja escolhido, um acompanhamento rigoroso se faz necessário.
- OMS 4:** o método não deve ser usado. O método apresenta um risco inaceitável.

As características e as condições apresentadas na lista acima, pertencem à categoria 1 de critérios de elegibilidade médica da OMS. As mulheres com as características e condições médicas da categoria 2 da OMS também podem usar este método. Faça à mulher as perguntas abaixo. Se ela responder não a todas as perguntas, então ela pode usar os anticoncepcionais orais combinados de baixa dose, se assim o desejar. Se ela responder sim a alguma pergunta, siga as instruções.

1. Você fuma e tem 35 anos ou mais?

Não. Sim. Peça à mulher para parar de fumar. Se ela tem 35 anos ou mais e não aceita parar de fumar, não forneça ACOCs. Ajude-a a escolher um método sem estrogênio.

2. Você tem pressão alta?

Não. **Sim.** Sempre avalie a pressão arterial (PA): Se PA abaixo de 140/90: pode-se fornecer ACOCs sem medidas adicionais de PA; Se PA entre 140-159/90-99: pode-se fornecer ACOCs e verificar PA no retorno; se persistir nessa faixa, recomendar outro método ou monitorar cuidadosamente a PA em cada retorno. Se PA de 160/100 ou mais: não fornecer ACOCs. Ajude-a a escolher um método sem estrogênio.

3. Você está amamentando um bebê com menos de 6 meses?

Não. **Sim.** Pode fornecer os ACOCs com a instrução de iniciar o método quando parar de amamentar ou seis meses após o parto. Se a amamentação não for exclusiva, orientar para associar condom ou espermicidas. Outros métodos também eficazes são melhores escolhas do que os ACOCs, quando a mulher está amamentando, independentemente da idade do bebê.

4. Você tem qualquer problema sério no coração ou de circulação? Você já teve tais problemas? Que problemas foram esses?

Não. **Sim.** Não forneça ACOCs se a mulher referir história atual ou passada de doença cardiovascular, AVC, trombose venosa profunda, diabetes há mais de 20 anos ou com lesão ocular, neurológica ou renal: ajude-a a escolher um outro método eficaz.

5. Você tem ou teve câncer de mama?

Não. **Sim.** Não forneça ACOCs. Ajude-a a escolher outro método não-hormonal.

6. Você tem icterícia (olhos e pele com coloração amarelada), cirrose hepática ou tumor no fígado?

Não. **Sim.** Se ela tem doença hepática ativa e grave, não

forneça ACOCs e oriente-a na escolha de outro método não-hormonal.

7. Você sofre de cefaléia intensa com visão turva com frequência?

Não. **Sim.** Se a mulher sofre de enxaqueca e refere visão turva, perda temporária de visão, escotomas cintilantes ou linhas em zigue-zague, dificuldade de fala ou locomoção: não forneça ACOCs e ajude-a na escolha de outro método sem estrogênio.

8. Você está tomando medicamentos para convulsões? Está tomando rifampicina ou griseofulvina?

Não. **Sim.** Se a mulher está tomando fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, rifampicina, griseofulvina, forneça-lhe condons ou espermicidas para usar junto com o ACOc, ou assista-a na escolha de outro método eficaz, se o tratamento for prolongado ou se ela preferir.

9. Você acha que pode estar grávida?

Não. **Sim.** Forneça-lhe condons ou espermicida para usar até ter certeza de que não está. Então ela poderá iniciar ACOCs.

10. Você tem tido sangramento vaginal maior do que o usual?

Não. **Sim.** Se a possibilidade de gravidez é baixa e a mulher tem sangramento vaginal que sugere uma condição médica subjacente, ela pode usar os ACOCs, pois nem a condição nem o seu diagnóstico serão afetados pelo método. Avalie e trate a condição adequadamente e reavalie o uso de ACOCs de acordo com os achados.

11. Você sofre de problemas de vesícula biliar? Já teve icterícia quando estava usando ACOCs? Você deverá submeter-se a uma cirurgia que a deixará acamada por uma ou mais semanas? Você teve um parto nos últimos 21 dias?

Não. **Sim.** Se a mulher atualmente sofre de doença da vesícula biliar e toma medicação para isso, ou refere icterícia com o uso de ACOCs, não forneça ACOCs. Assista-a na escolha de um método sem estrogênio. Se há possibilidade de cirurgia a curto prazo ou parto ocorrido recentemente, ela pode receber ACOCs com instruções sobre quando começar a tomá-los posteriormente.

3. Momentos Adequados para Iniciar o Uso

Durante o ciclo menstrual

- Nos primeiros sete dias do ciclo menstrual. Para pílulas de doses mais baixas, os fabricantes recomendam iniciar **no primeiro dia do ciclo**.

Importante: quanto mais precoce for o início de uso da pílula em relação ao início do ciclo menstrual, melhor é a sua eficácia nesse ciclo.

- Quaisquer dos primeiros sete dias após o início da menstruação, se os ciclos são normais.
- Em qualquer outro momento, se há certeza de que a mulher não está grávida. Se mais de sete dias se passaram desde o início da menstruação, ela pode iniciar o método, mas deve evitar relações sexuais ou usar também condom ou espermicida durante os sete dias seguintes. O padrão de sangramento pode alterar-se temporariamente.

Após o parto, se estiver amamentando

- Após parar de amamentar ou seis meses após o parto, o que acontecer em primeiro lugar.

Após o parto, se não estiver amamentando

- Três a seis semanas após o parto. Não é necessário esperar pelo retorno das menstruações para afastar possibilidade de gravidez.
- Após seis semanas, desde que haja certeza de que a mulher não está grávida.

Após aborto espontâneo ou provocado

- Nos primeiros sete dias após a ocorrência do aborto.
- Em qualquer outro momento, desde que haja certeza de que a mulher não está grávida.

Após parar de usar outro método

- Imediatamente. Não há necessidade de esperar pela próxima menstruação após o uso de injetáveis.

4. Procedimentos para Iniciar o Uso do Método

Antes de iniciar o uso de métodos anticoncepcionais, a mulher deve ser adequadamente orientada pelo profissional de saúde. Essa orientação deve abranger informações acuradas sobre todos os métodos anticoncepcionais disponíveis. Uma orientação adequada permite a tomada de decisão baseada em informações, traduzindo a “escolha livre e informada”.

Importante: Para orientação e aconselhamento em anticoncepção, consulte o capítulo **Orientação**. Os procedimentos para iniciar o uso do método, relacionados abaixo, estão classificados em quatro categorias:

Categoria A: Essencial e obrigatório em todas as circunstâncias para o uso do método anticoncepcional.

Categoria B: Médica/epidemiologicamente racional em algumas circunstâncias para otimizar o uso seguro do método anticoncepcional, mas pode não ser apropriado para todas (os) clientes em todos os contextos.

Categoria C: Pode ser apropriado para uma boa atenção preventiva, mas não tem relação com o uso seguro do método anticoncepcional.

Categoria D: Não somente desnecessários, mas irrelevantes para o uso seguro do método anticoncepcional.

Procedimentos	Categoria
Exame pélvico (especular e toque bimanual)	C
Medida de pressão arterial	B
Exame das Mamas	B
Triagem para DST por testes de laboratório (indivíduos assintomáticos)	C
Triagem para câncer de colo uterino	C
Testes laboratoriais rotineiros (colesterol, glicose, enzimas hepáticas)	D
Pontos específicos para orientação sobre ACOC:	
<ul style="list-style-type: none"> • Eficácia • Efeitos colaterais comuns • Uso correto do método, incluindo instruções para pílulas esquecidas • Sinais e sintomas para os quais deve procurar o serviço de saúde • Proteção contra DST • Orientação sobre mudanças no padrão menstrual, incluindo sangramento irregular ou ausente. 	A

Estes critérios foram desenvolvidos por um grupo de agências colaborativas da USAID e são orientados fundamentalmente para salientar os requisitos mínimos para a oferta de métodos anticoncepcionais em regiões com poucos recursos. O fato de não serem absolutamente necessários não significa que não devam ser utilizados em serviços que contam com recursos ade-

quados; são procedimentos que significam boa prática médica. Deve-se salientar que, em muitas oportunidades, a falta de recursos para realizar alguns procedimentos francamente desnecessários (categoria D) é usada como justificativa para impedir o uso de alguns métodos anticoncepcionais.

a. Instruções Gerais

- Entregue à mulher pelo menos uma cartela da pílula que ela estará usando;
- Mostre a ela o tipo de cartela que ela estará recebendo; com 21, 22 ou 28 comprimidos;
- Explique a ela que as últimas sete pílulas nas cartelas de 28 pílulas não contêm hormônios (pílulas placebo); explicar que, se ela esquecer de tomar as pílulas placebo, ainda assim estará protegida contra gravidez. Porém, se esquecer de tomar as pílulas que contêm hormônios, ela corre o risco de engravidar;
- Explique como tirar a primeira pílula da cartela;
- Explique a ela como seguir as instruções ou flechas desenhadas na cartela para tomar o restante das pílulas, uma a cada dia;
- Explique como iniciar a primeira cartela e a seguinte, e como proceder quando se esquecer de tomar a pílula;
- Peça-lhe que repita as principais instruções dadas e que, com uma cartela em mãos, mostre como usará a pílula;
- Pergunte se tem dúvidas, medo ou se está preocupada com alguma coisa.

b. Instruções Específicas

Iniciando a primeira cartela: Explique à mulher que se ela começar a tomar depois do sétimo dia após a menstruação, ela

poderá ter sangramento menstrual irregular durante alguns dias; Orientá-la para tomar as pílulas sempre à mesma hora, a cada dia.

Iniciando a cartela seguinte:

- **Cartela de 21 pílulas:** depois que tomar a última pílula da cartela, ela deve esperar sete dias e depois tomar a primeira pílula da cartela seguinte.
- **Cartela de 22 pílulas:** depois de tomar a última pílula da cartela, ela deve esperar seis dias e depois tomar a primeira pílula da cartela seguinte.
- **Cartela de 28 pílulas:** quando terminar a primeira cartela, ela deve tomar a primeira pílula da segunda cartela no dia seguinte, sem intervalo.

Se esquecer de tomar uma ou mais pílulas:

Se esquecer de tomar uma pílula:

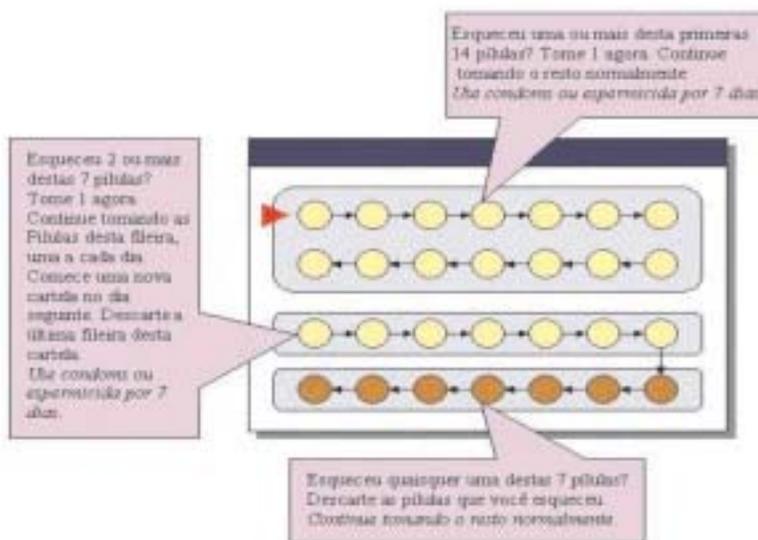
- a. Tomar uma pílula (a esquecida) imediatamente;
- b. Tomar a pílula seguinte no horário regular;
- c. Tomar o restante das pílulas regularmente, uma a cada dia.

Se esquecer de tomar duas ou mais pílulas:

- a. Orientá-la a usar condom, espermicidas ou evitar relações sexuais durante sete dias;
- b. Tomar uma pílula imediatamente;
- c. Contar quantas pílulas restam na cartela: Se restam sete ou mais pílulas: tomar o restante como de costume. Se restam menos que sete pílulas: tomar o restante como de costume e iniciar uma nova cartela no dia seguinte após a última pílula da cartela; neste caso, a menstruação pode não ocorrer naquele ciclo.

Se esquecer de tomar uma ou mais pílulas placebo:

- Descartar as pílulas que esqueceu de tomar;
- Tomar o restante das pílulas como de costume;
- Iniciar uma nova cartela como de costume, no dia seguinte.

**Orientar sobre os problemas mais comuns:**

- Mencionar os efeitos colaterais mais comuns, explicando que não são sinais de doenças, comumente cessam ou desaparecem após três meses de uso, e que muitas mulheres não os apresentam.

b. Explicar como ela pode resolver alguns desses problemas:

- Efeitos colaterais comuns: continuar a tomar as pílulas: os sintomas podem se agravar se suspender o uso, e o risco de gravidez aumenta. No caso de “spotting” ou sangramento irregular, ele deve procurar tomar a pílula todos os dias no mesmo horário.

- Vômitos dentro de uma hora após tomar a pílula: tomar outra pílula de outra cartela.
- Diarréia grave ou vômitos durante mais de 24 horas: continuar a tomar a pílula se for possível, e deve usar condom ou espermicidas ou evitar relações sexuais até que tenha tomado uma pílula por dia, durante sete dias seguidos, depois que a diarréia e os vômitos cessarem.

c. Descrever os sintomas dos problemas que requerem atenção médica:

SINAIS DE ALERTA

Se a mulher apresentar algum desses sintomas, deverá ser orientada para procurar imediatamente o Serviço de Saúde:

- Dor intensa e persistente no abdômen, tórax ou membros;
- Cefaléia intensa, que começa ou piora após o início do uso de anticoncepcionais orais combinados;
- Perda breve de visão;
- Escotomas cintilantes ou linhas em zigue-zague; Icterícia.

5. Acompanhamento

A mulher deve ser orientada para retornar quando quiser; o retorno não precisa ser necessariamente agendado. Em cada retorno:

- Perguntar à mulher se tem dúvidas ou se deseja discutir algum assunto;
- Perguntar sobre sua experiência com o método; se está satisfeita ou se tem problemas.

- Perguntar se tem tido problemas de saúde desde o último retorno;
- Se ela apresentou desde o último retorno: hipertensão arterial, cardiopatia coronariana, AVC, câncer de mama, doença hepática ativa, cefaléia intensa com visão turva, doença da vesícula biliar, ou se está tomando anticonvulsivantes, rifampicina ou griseofulvina: critérios de elegibilidade.
- Se ela teve sangramento vaginal anormal que sugira gravidez ou apresenta alguma condição médica subjacente: como tratar os problemas.

C. MANEJO DAS INTERCORRÊNCIAS OU COMPLICAÇÕES

1. Como Tratar os Problemas

- **Náuseas:** sugira tomar a pílula à noite ou após uma refeição.
- **Cefaléia leve:** sugira o uso de antiinflamatório não esteróide.
- **Amenorréia:**
 - Perguntar se não sangra nada: neste caso, tranquilizá-la.
 - Perguntar se está realmente tomando a pílula diariamente.
 - Perguntar se esqueceu de tomar duas ou mais pílulas consecutivamente: neste caso, há possibilidade de gravidez; recomendar a interrupção do uso da pílula e o uso de condom ou espermicida até a próxima menstruação ou até que a possibilidade de gravidez seja afastada.
 - Perguntar se tinha ciclos irregulares antes de começar a tomar pílula: neste caso, a menstruação pode voltar a ser irregular depois de parar de tomar as pílulas.

– Perguntar se interrompeu o uso dos anticoncepcionais orais: se ela não está grávida, a menstruação pode demorar alguns meses para retornar.

- **Manchas ou sangramento entre os períodos menstruais, ao longo de vários meses:** perguntar se esqueceu de tomar alguma pílula, se apresentou vômitos ou diarreia, se está tomando rifampicina ou anticonvulsivantes (exceto ácido valpróico).
- **Sangramento vaginal anormal:** orientar a mulher para continuar tomando a pílula enquanto o problema está sendo avaliado. Avaliar a possibilidade de gravidez.
- **Efeitos colaterais menores que duram mais de 3 meses:** se a mulher prefere pílula ofereça outro ACOC ou pílula de progestogênio.

2. Quando Interromper a Anticoncepção ou Trocar de Método

Com base no princípio de livre escolha do método anticoncepcional, a mulher pode optar por outro método anticoncepcional se e quando assim o desejar, ou se apresentar problemas com os quais o uso de ACOCs não é adequado.

Também é livre (e informada) a decisão da mulher optar por não usar qualquer método anticoncepcional, se assim o desejar por qualquer motivo.

ANTICONCEPCIONAIS ORAIS DE PROGESTÓGENOS

PÍLULA DE PROGESTÓGENO OU MINIPÍLULA

Os anticoncepcionais orais de progestógeno contêm uma dose muito baixa de um tipo de hormônio, o progestógeno, em torno da metade a um décimo da quantidade de progestógeno dos anticoncepcionais orais combinados. Eles não contêm estrogênio. Os anticoncepcionais orais de progestógeno também são conhecidos como pílulas progestínicas (PP) e minipílula. São os anticoncepcionais orais mais apropriados para a mulher que amamenta. Porém, mulheres que não estão amamentando também podem usá-los.

A. CARACTERÍSTICAS

1. Tipos e Composição

Este anticoncepcional contém progestógeno em uma quantidade muito pequena, encontrado em embalagens com 28 ou 35 pílulas ativas. Todos os comprimidos ativos têm a mesma composição e dose.

ANTICONCEPCIONAIS ORAIS DE PROGESTÓGENO DISPONÍVEIS NO BRASIL	
Noretisterona 0,35mg	35 ativas
Levonorgestrel 0,030mg	35 ativas
Linestrenol 0,5mg	28 ativas

2. Mecanismo de ação

- Promovem o espessamento do muco cervical, dificultando a penetração dos espermatozoides;
- Inibem a ovulação em aproximadamente metade dos ciclos menstruais.

Importante

Não interferem em uma gravidez em andamento

3. Eficácia

Para a lactante: É muito eficaz quando usada de forma correta e consistente, com uma taxa de falha de aproximadamente 0,5 em cada 100 mulheres em um ano. A eficácia em uso típico também é alta com uma taxa de falha de aproximadamente uma gravidez para cada 100 mulheres em um ano. A alta eficácia durante a lactação explica-se porque a lactação, especialmente quando exclusiva e nos primeiros seis meses, oferece uma alta taxa de proteção.

Para a não lactante: A eficácia em uso correto e consistente também é alta, mas não tão alta quanto a da pílula combinada. Não existe muita informação sobre a eficácia desse método em uso típico fora da lactação, mas a maioria dos autores concorda que a taxa de gravidez é mais alta do que a das combinadas. Os estudos disponíveis mostram resultados muito variáveis. A taxa de gravidez da minipílula é influenciada pela maneira como é tomada; quando não é tomada regularmente a cada 24 horas, a taxa aumenta.

As taxas de incidência de gravidez para os anticoncepcionais orais de progestógeno em *uso típico* fora da amamentação não estão disponíveis.

Importante:

São mais eficazes quando tomados à mesma hora todos os dias.

4. Desempenho clínico

Poucos estudos avaliaram as taxas de descontinuação entre usuárias de pílulas de progestógeno, a maioria entre lactantes. Em um estudo, a taxa de descontinuação entre lactantes em um ano foi de 76,5%.

Há poucos estudos bem controlados sobre a taxa de continuação fora da lactação. Porém, as poucas experiências avaliadas sugerem que a taxa seria maior do que a dos anticoncepcionais orais combinados.

Entre as razões que afetam a descontinuação do método, são apontadas principalmente, entre lactantes, as razões pessoais (desejo de trocar de método) e alterações menstruais. Entre não lactantes, a principal causa de descontinuação do método relaciona-se às alterações menstruais.

5. Efeitos secundários

Para as mulheres que não estão amamentando, os efeitos colaterais mais comuns são as alterações no fluxo menstrual: *spotting* (manchas), amenorréia que pode ocorrer durante vários meses, fluxo menstrual abundante ou prolongado;

Para as lactantes, as alterações menstruais podem não ser percebidas ou não representam incômodo, porque essas mulheres habitualmente não têm ciclos regulares; os anticoncepcionais orais de progestógeno podem prolongar a amenorréia durante a amamentação;

Outros efeitos colaterais comuns são cefaléia e sensibilidade mamária.

Importante:

Não previnem gravidez ectópica. A taxa de gravidez entre as usuárias de anticoncepcionais de progestógeno é baixa, especialmente durante a amamentação. Quando ocorre a gravidez, um em cada 10 casos será de uma gravidez ectópica.

6. Riscos e benefícios**a. Riscos**

- Por conter somente progestógeno em dose muito baixa, a minipílula praticamente não apresenta riscos importantes à saúde. Pode ser considerada um dos anticoncepcionais mais seguros.
- O risco mais importante é a falha anticoncepcional. Para minimizar o risco de gravidez, deve ser tomada sempre à mesma hora, todos os dias. Algumas horas de atraso já são suficientes para aumentar o risco de gravidez em mulheres que não estão amamentando. Esse risco aumenta significativamente se a mulher esquece de tomar duas ou mais pílulas.
- As usuárias desse método apresentam maior risco de gravidez ectópica do que as usuárias de anticoncepcional oral combinado e de DIU, porém o risco é menor do que entre as mulheres que não estão usando nenhum método anticoncepcional.

b. Benefícios

- Podem ser usados por lactantes a partir de seis semanas após o parto. A quantidade e a qualidade do leite materno não são prejudicadas (ao contrário dos anticoncepcionais orais combinados, que podem reduzir a produção de leite);
- Não apresentam os efeitos colaterais do estrogênio. Não aumentam o risco de complicações relacionadas ao uso de estrogênio, tais como infarto ou acidente vascular cerebral;

- Menor risco de efeitos colaterais relacionados ao uso de progestógeno, tais como acne e aumento de peso, do que com o uso de anticoncepcionais orais combinados;
- Podem ajudar a prevenir: doenças benignas de mama, câncer de endométrio ou de ovário, doença inflamatória pélvica.

7. Duração

Prazo de Validade

O prazo de validade da pílula de progestógeno é de 2 a 5 anos, variando de acordo com o fabricante. A data de fabricação e a data de validade estão impressas na embalagem e também na cartela. O profissional de saúde, ao fornecer as cartelas, deve entregar primeiro aquelas mais próximas do prazo de vencimento. Deve, também, orientar a mulher para verificar o prazo de validade ao adquirir o produto.

Duração da Ação

A efetividade do método se mantém durante todo o período de uso. Pode ser usado por todo o tempo em que a mulher desejar manter o efeito anticoncepcional. O uso deve ser contínuo, sem pausas entre as cartelas.

B. MODO DE USO

1. Início de Uso

Em geral, a maioria das mulheres pode usar a pílula de progestógeno com segurança e eficácia; podem ser usadas em quaisquer circunstâncias por mulheres:

- Que estão amamentando (iniciar o uso seis semanas após o parto);

- Fumantes;
- Que não têm filhos;
- De qualquer idade, incluindo adolescentes e mulheres com mais de 40 anos;
- Magras ou obesas;
- Que tiveram um aborto natural ou provocado recentemente.

Também podem utilizar a minipílula as mulheres que apresentam quaisquer dos problemas abaixo:

- Doenças mamárias benignas;
- Cefaléia;
- Hipertensão;
- Coagulopatias;
- Anemia ferropriva;
- Varizes;
- Cardiopatia valvar;
- Malária;
- Anemia falciforme;
- Esquistossomose;
- Doença inflamatória pélvica;
- Doenças sexualmente transmissíveis;
- Colecistopatias;
- Alterações menstruais - dismenorréia, fluxo menstrual abundante ou irregularidade menstrual;
- Endometriose;
- Tireoidopatias;
- Tumores ovarianos benignos;
- Miomatose uterina;
- Epilepsia;
- Tuberculose (exceto se em uso de rifampicina)

2. Critérios Médicos de Elegibilidade

Os critérios de elegibilidade médica para uso de métodos anticoncepcionais foram desenvolvidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996) com o objetivo de auxiliar os profissionais da saúde na orientação das (os) usuárias (os) de métodos anticoncepcionais. Não devem ser considerados uma norma estrita, mas sim uma recomendação, que pode ser adaptada às condições locais de cada país. Consiste em uma lista de condições das (os) usuárias (os), que poderiam significar limitações para o uso dos diferentes métodos, e as classifica em 4 categorias, de acordo com a definição a seguir:

OMS 1: O método pode ser usado sem restrições.

OMS 2: O método **pode ser usado**. As **vantagens** geralmente superam riscos possíveis ou comprovados. As condições da categoria 2 devem ser consideradas na escolha de um método. Se a mulher escolhe este método, um acompanhamento mais rigoroso pode ser necessário.

OMS 3: O método **não deve ser usado**, a menos que o profissional de saúde julgue que a mulher pode usar o método com segurança. Os riscos possíveis e comprovados superam os benefícios do método. Deve ser o método de última escolha e, caso seja escolhido, um acompanhamento rigoroso se faz necessário.

OMS 4: O método **não deve ser usado**. O método apresenta um risco inaceitável.

Importante:

A pílula de progestógeno não contém estrogênio. Muitas das contra-indicações para o uso de anticoncepcionais orais combinados não se aplicam aos anticoncepcionais orais de progestógeno.

As características e as condições apresentadas na lista acima pertencem à categoria 1 de critérios de elegibilidade médica da OMS. As mulheres com as características e condições médicas da categoria 2 da OMS também podem usar este método. Faça à mulher as perguntas abaixo. Se ela responder não a todas as perguntas, então ela pode usar os anticoncepcionais orais de progestógeno, se assim o desejar. Se ela responder sim a alguma pergunta, siga as instruções. Em alguns casos, mesmo assim, ela poderá usar os anticoncepcionais orais de progestógeno.

1. Você tem ou alguma vez teve câncer de mama?

Não. **Sim.** Não forneça minipílula. Ajude-a a escolher um outro método sem hormônios.

2. Você já teve icterícia, cirrose hepática, hepatite ou tumor no fígado?

Não. **Sim.** Faça um exame físico ou encaminhe-a. Se a mulher tem doença hepática ativa grave (icterícia, fígado aumentado ou doloroso, hepatite viral, tumor de fígado), não forneça minipílula. Encaminhe-a para avaliação e tratamento. Ajude-a a escolher um método não-hormonal.

3. Você está amamentando um bebê com menos de seis semanas?

Não. **Sim.** Forneça minipílula agora com instruções sobre quando começar, isto é, quando o bebê tiver mais de seis semanas.

4. Você tem sangramento vaginal anormal?

Não. **Sim.** Se a probabilidade de gravidez é baixa e a mulher apresenta sangramento vaginal inexplicado, que sugere uma condição médica subjacente, ela pode receber minipílula desde que não interfira na condição subjacente ou no seu diagnóstico. Se for apropriado, investigue e trate qualquer problema subjacente ou encaminhe-a. Reavalie o uso de minipílula de acordo com os achados.

5. Você está tomando medicação para convulsões, ou rifampicina ou griseofulvina?

Não. **Sim.** Se a mulher estiver tomando fenitoína, carbamazepina, barbituratos ou primidona para convulsões, ou ainda rifampicina ou griseofulvina, forneça-lhe condons ou espermicidas para usar junto com a minipílula. Se ela preferir, ou se está se submetendo a um tratamento prolongado, ajude-a a escolher um outro método eficaz.

6. Você acha que pode estar grávida?

Não. **Sim.** Investigue a possibilidade de gravidez. Se há possibilidade, forneça condons ou espermicida à mulher para usar até ter certeza de que não está grávida. Aí, então, ela pode iniciar a minipílula.

3. Momentos Apropriados para Iniciar o Uso

<p>Importante: A mulher pode receber os anticoncepcionais de progestógeno em qualquer momento, com instruções adequadas sobre quando começar a tomar, desde que exista certeza de que a mulher não está grávida.</p>

Amamentação

- Seis semanas após o parto;
- O aleitamento exclusivo previne a gravidez com eficácia pelo menos por seis meses ou até a menstruação retornar (o que acontecer primeiro). A minipílula garante uma proteção adicional, se a mulher assim o desejar;
- Se a mulher pratica aleitamento misto, o melhor momento para se introduzir os anticoncepcionais orais de progestógeno é seis semanas após o parto. Além desse período, a fertilidade poderá retornar;
- Se a menstruação já retornou, a mulher pode começar a tomar a minipílula a qualquer momento, desde que se tenha certeza de que não está grávida.

Após o parto, se não estiver amamentando

- Imediatamente, ou a qualquer momento durante as quatro primeiras semanas após o parto; não é necessário esperar o retorno das menstruações;
- Após quatro semanas, a qualquer momento, desde que se tenha certeza de que a mulher não está grávida. Se não houver certeza, a mulher deve evitar relações sexuais ou usar condons ou espermicidas até a primeira menstruação para começar a tomar minipílula.

Após aborto espontâneo ou provocado

- Imediatamente ou nos primeiros sete dias após o aborto;
- A qualquer momento desde que haja certeza de que a mulher não está grávida.

Durante a menstruação normal

- Nos primeiros cinco dias da menstruação, preferentemente

no primeiro dia. Não há necessidade de outro método para proteção adicional;

- Se não começar nos primeiros cinco dias da menstruação, a mulher deve ser orientada para evitar relações sexuais ou usar condom ou espermicida durante as primeiras 48 horas.

Quando interrompeu um outro método

- Imediatamente. Não há necessidade de esperar o retorno da menstruação após o uso de injetáveis.

4. Procedimentos para Iniciar o Uso do Método

Antes de iniciar o uso de métodos anticoncepcionais, a mulher deve ser adequadamente orientada pelo profissional de saúde. Essa orientação deve abranger informações acuradas sobre todos os métodos anticoncepcionais disponíveis. Uma orientação adequada permite a tomada de decisão baseada em informações, traduzindo a “escolha livre e informada”.

Para orientação e aconselhamento em anticoncepção, consulte o capítulo Orientação.

Os procedimentos para iniciar o uso do método durante a lactação, relacionados abaixo, estão classificados em quatro categorias:

Categoria A: Essencial e obrigatório em todas as circunstâncias para o uso do método anticoncepcional.

Categoria B: Médica/epidemiologicamente racional em algumas circunstâncias para otimizar o uso seguro do método anticoncepcional, mas pode não ser apropriado para todas (os) clientes em todos os contextos.

Categoria C: Pode ser apropriado para uma boa atenção preventiva, mas não tem relação com o uso seguro do método anticoncepcional.

Categoria D: Não somente desnecessários, mas irrelevantes para o uso seguro do método anticoncepcional.

Procedimento	Categoria
Exame pélvico (especular e toque bimanual)	C
Medida de pressão arterial	C
Exame das Mamas	C
Triagem para DSTs por testes de laboratório (indivíduos assintomáticos)	C
Triagem para câncer de colo uterino	D
Testes laboratoriais rotineiros (colesterol, glicose, enzimas hepáticas).	
Pontos específicos para orientação sobre minipílulas:	A
<ul style="list-style-type: none"> • Eficácia • Efeitos colaterais comuns, incluindo alterações do padrão menstrual • Uso correto do método, incluindo instruções sobre pílulas esquecidas • Sinais e sintomas para os quais deve procurar o Serviço de Saúde • Proteção contra DST 	

Estes critérios foram desenvolvidos por um grupo de agências colaborativas da USAID e são orientados fundamentalmente para salientar os requisitos **mínimos** para a oferta de métodos anticoncepcionais em **regiões com poucos recursos**. O fato de não serem absolutamente necessários não significa que não devam ser utilizados em serviços que contam com recursos adequados; são procedimentos que significam boa prática médica. Deve-se salientar que, em muitas oportunidades, a falta de recursos para realizar alguns procedimentos francamente desnecessários (categoria D) é usada como justificativa para impedir o uso de alguns métodos anticoncepcionais.

Instruções:

- A. A mulher deve tomar uma pílula todos os dias; se não estiver amamentando, ela deve ser orientada para tomar sempre no mesmo horário, porque o atraso de algumas horas na ingestão da pílula aumenta o risco de gravidez. O esquecimento de duas ou mais pílulas aumenta bastante o risco.
- B. Quando uma cartela termina, no dia seguinte ela deve tomar a primeira pílula da próxima cartela (não deixar dias de descanso) ; todas pílulas da cartela são ativas.
- C. Se a mulher atrasou a ingestão da pílula mais do que três horas ou esqueceu alguma pílula e já não amamenta ou amamenta, mas a menstruação já retornou, deve usar também condom ou espermicidas ou evitar relações sexuais por dois dias. A mulher deve tomar a pílula esquecida assim que possível, e continuar tomando uma pílula por dia, normalmente;
- D. Orientar a mulher sobre os problemas mais comuns (exceto para a mulher que não está amamentando);
- E. Mencionar os efeitos colaterais mais comuns, explicando que não são sinais de doenças, comumente cessam ou desaparecem após três meses de uso, e que muitas mulheres não os apresentam.

Explicar como ela pode resolver alguns desses problemas:

- A. Efeitos colaterais comuns: continuar a tomar as pílulas; os sintomas podem se agravar se suspender o uso e o risco de gravidez aumenta. No caso de “spotting” ou sangramento irregular, ela deve procurar tomar a pílula todos os dias no mesmo horário.
- B. Vômitos dentro de uma hora após tomar a pílula: tomar outra pílula de outra cartela.

C. Diarréia grave ou vômitos durante mais de 24 horas: continuar a tomar a pílula se for possível, e deve usar condom ou espermicidas ou evitar relações sexuais até que tenha tomado uma pílula por dia, durante sete dias seguidos, depois que a diarréia e os vômitos cessarem.

Explique que manchas, sangramento no intervalo entre as menstruações e amenorréia podem ocorrer; são situações comuns e não representam risco.

A. Descrever os sintomas que requerem atenção médica:

SINAIS DE ALERTA

A mulher deve ser orientada para procurar imediatamente o Serviço de Saúde caso apresente algum desses sintomas, que podem ou não ser causados pela minipílula:

- sangramento excessivo;
- cefaléia intensa que começou ou piorou com o uso de minipílula;
- icterícia;
- possibilidade de gravidez.

5. Acompanhamento

A mulher deve ser orientada para retornar quando quiser; o retorno não precisa ser necessariamente agendado. Em cada retorno:

- Perguntar à mulher se tem dúvidas ou se deseja discutir algum assunto;
- Perguntar sobre sua experiência com o método; se está satisfeita ou se tem problemas.
- Perguntar se tem tido problemas de saúde desde o último retorno;

Se ela apresentou desde o último retorno: hipertensão arterial, cardiopatia coronariana, AVC, câncer de mama, doença hepática ativa, cefaléia intensa com visão turva, ou se está tomando anticonvulsivantes, rifampicina ou griseofulvina: critérios de elegibilidade médica.

C. MANEJO DAS INTERCORRÊNCIAS OU COMPLICAÇÕES

1. Como Tratar os Problemas

- **Amenorréia, sangramento irregular ou manchas na lactante:** tranquilizar a mulher e dizer a ela que essas situações são normais durante a amamentação, com ou sem o uso de minipílula;
- **Amenorréia, sangramento irregular ou manchas na não lactante:** perguntar se a mulher está menstruando regularmente com o uso da minipílula e a menstruação falhou de repente. Neste caso ela pode ter ovulado e deve-se descartar gravidez;
- **Sangramento vaginal inexplicado e anormal, que sugira gravidez ectópica ou condição médica subjacente:** explicar à mulher que ela pode continuar tomando a minipílula enquanto submete-se à investigação; explicar que a minipílula às vezes altera a menstruação, e que isso não é prejudicial;
- **Doença cardíaca coronariana ou AVC:** a minipílula pode ser usada com segurança. Se a condição evoluir após o início do uso, ela deve trocar por um método não hormonal.
- **Cefaléia intensa com visão turva (enxaqueca):** a minipílula pode ser usada com segurança. A mulher deverá trocar por um método não-hormonal se a cefaléia começa ou piora após

ter iniciado o uso da pílula, e se a cefaléia está acompanhada de visão turva, perda temporária de visão, escotomas cintilantes, linhas em zigue-zague, dificuldade para falar e se locomover.

- Se a mulher não estiver satisfeita após o tratamento e aconselhamento dos problemas acima descritos, ajude-a a escolher outro método, se ela assim o desejar.

2. Quando Interromper a Anticoncepção ou Trocar de Método

Baseado no princípio de livre escolha do método anticoncepcional, a mulher pode optar por outro método anticoncepcional se e quando assim o desejar, ou se apresentar problemas com os quais o uso da pílula de progestógeno não é adequado.

Também é livre (e informada) a decisão da mulher optar por não usar qualquer método anticoncepcional, se assim o desejar por qualquer motivo.

PÍLULA DE PROGESTÓGENO DE MÉDIA DOSE

CARACTERÍSTICAS

1. Composição

Este anticoncepcional contém apenas um tipo de progestogênio, o desogestrel, na dose de 75 mcg em cada comprimido. É comercializado em embalagens com 28 pílulas ativas. Todos os comprimidos têm a mesma composição e dose.

2. Mecanismo de ação

O principal mecanismo de ação é a inibição da ovulação. Segundo a monografia do produto, ocorreu inibição da ovula-

ção em 97% dos períodos de tratamento em mulheres usando desogestrel.

Outro mecanismo de ação adicional é o aumento da viscosidade do muco cervical, dificultando a penetração dos espermatozóides.

3. Eficácia

A eficácia descrita na monografia do produto, incluindo mulheres lactantes e não lactantes, mostrou uma taxa de falha de 0,14 por 100 mulheres em 1 ano. Quando excluídas as lactantes, os estudos mostraram uma taxa de falha de 0,17 por 100 mulheres em 1 ano.

4. Efeitos secundários

Os efeitos colaterais mais comuns foram relacionados às alterações do fluxo menstrual sendo que, ao final de um ano, aproximadamente 50% das mulheres apresentaram amenorréia ou sangramento infrequente e 4% continuaram apresentando sangramento frequente.

Outros efeitos secundários menos frequentes foram: cefaléia (6,8%), acne (4,1%), sensibilidade mamária (3,7%), náusea (3,3%), vaginite (3,2%) e dismenorréia (1,4%).

5. Outros efeitos

Riscos

- Por conter somente progestogênio, praticamente não apresenta riscos importantes à saúde. Pode ser considerada um dos anticoncepcionais mais seguros.

Benefícios

- Podem ser usados por lactantes a partir de seis semanas após o parto. A quantidade e a qualidade do leite materno não são

prejudicadas (ao contrário dos anticoncepcionais orais combinados, que podem reduzir a produção de leite);

- Não apresentam os efeitos colaterais do estrogênio. Não aumentam o risco de complicações relacionadas ao uso de estrogênio, tais como infarto ou acidente vascular cerebral;
- Parece não ter efeito significativo sobre o metabolismo lipídico e de carboidratos.

Modo de Uso

O modo de uso e o manejo das intercorrências seguem rotina semelhante ao dos demais anticoncepcionais de progestogênio.

Importante: Deve ser tomada todos os dias, sem intervalo de descanso.

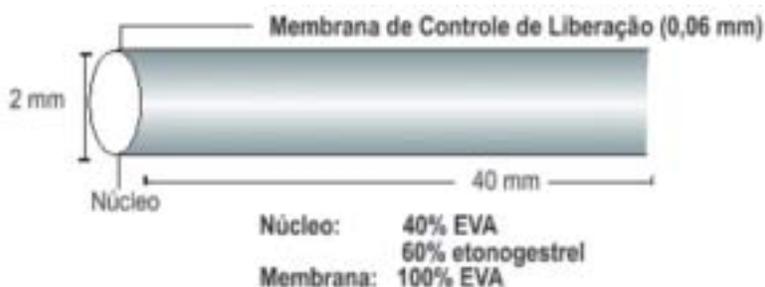
IMPLANTES

A. CARACTERÍSTICAS

1. Tipos e Composição

▪ Sistema contendo 68 mg de etonogestrel cristalino, em um transportador de etilenovinilacetato, que consiste de um bastonete de 4 cm de comprimento e 2 mm de diâmetro. No implante comercializado no Brasil, a taxa de liberação “in vitro” deste implante é de aproximadamente 60-70mcg/dia de etonogestrel durante a semana 5 e 6, diminuindo para aproximadamente 35-45 mcg/dia no final do primeiro ano, 30-40 mcg/dia no final do segundo ano e 25-30 mcg/dia no final do terceiro ano.

2. Apresentação esquemática do bastão de Implante de etonogestrel



3. Mecanismo de Ação

▪ **Inibição da ovulação:** estudos realizados mostram ausência de ciclos ovulatórios nos primeiros 2 anos de uso, aproximada-

mente 5% de ciclos ovulatórios no terceiro ano de uso e menos de 2% de ciclos ovulatórios no quarto e quinto ano de uso.

- **Muco cervical:** aumenta a viscosidade do muco cervical, inibindo a penetração do espermatozóide.

- **Efeitos endometriais:** diminuição da espessura do endométrio, até espessura média de 4 mm. Nos estudos realizados, a maioria das mulheres apresentou endométrio inativo ou fracamente proliferativo. Não foram observados casos de atrofia, hiperplasia, neoplasia ou câncer do endométrio.

4. Eficácia

A taxa de gravidez acumulada até 3 anos foi de zero, no total de 2.362 mulheres e 73.429 ciclos estudados.

Importante: A taxa de gravidez ectópica é considerada mínima.

Veja a tabela que mostra a **taxa de falha dos Métodos Anticoncepcionais**.

5. Desempenho Clínico

Os estudos realizados até o momento mostram taxas de descontinuação de 16,8% no primeiro ano, 8,4% no segundo ano e 2,8% no terceiro ano. Estudos clínicos realizados na Ásia e no Chile mostraram 1,8% de descontinuação por sangramento alterado; na Europa e no Canadá, 23% das usuárias descontinuaram o método por sangramento. Outras causas apontadas são acne, cefaléia e diminuição da libido.

6. Efeitos Secundários

São efeitos colaterais:

- Sangramento: o sangramento frequente (mais de cinco episódios em 90 dias) ocorreu em 6% das mulheres e o sangramento prolongado (mais de 14 dias consecutivos de sangramento em um período de 90 dias) ocorreu em 11,8% das usuárias;
- Amenorréia: 20,7% das usuárias; o sangramento infrequente (menos de três episódios em um período de 90 dias) ocorreu em 27,2% das mulheres;
- Outros efeitos: acne, dor nas mamas, cefaléia, aumento de peso, dor abdominal, diminuição da libido, tonturas, dor no local da injeção, labilidade emocional, sintomas similares aos da influenza, náuseas.

Importante ! Não previnem contra doenças sexualmente transmissíveis (DST), inclusive HIV/AIDS. **Não** é um método indicado para mulheres com história recente de DST ou que têm múltiplos parceiros sexuais (ou que têm um parceiro com múltiplas parceiras ou parceiros sexuais).

7. Riscos e Benefícios

Riscos

- os métodos só de progestogênio apresentam menos riscos que os hormonais combinados. O fato de ser administrado pela via sub-dérmica, evita a primeira passagem pelo fígado, reduzindo os efeitos sobre este órgão. Não têm sido relatados eventos sérios relacionados com o uso do implante de etonorgestrel.

Benefícios

- método de longa duração: 3 anos;
- uma única decisão leva a anticoncepção eficaz e duradoura;
- muito eficaz;
- não interfere nas relações sexuais;
- previne gravidez ectópica;
- rapidamente reversível; o retorno da fertilidade ocorre rapidamente após a remoção do implante; os estudos mostraram retorno da ovulação três semanas após a remoção.
- pode ser inserido imediatamente após aborto até 12 semanas ou após 21 a 28 dias do parto ou aborto de segundo trimestre;
- pode ser usado como coadjuvante no tratamento da dismenorréia.

8. Duração**Prazo de Validade**

O implante de etonogestrel é acondicionado em embalagem estéril, com um aplicador pré-carregado, contendo 1 (um) implante; o prazo de validade indicado pelo fabricante na embalagem é de 3 anos, de acordo com o fabricante. A data de fabricação e a data de validade estão impressas na embalagem.

Duração de Uso

O implante de etonogestrel está aprovado para 3 anos de uso. A efetividade é igual durante todo o período de uso. Não há necessidade de períodos de “descanso” para inserir um novo implante após a mulher ter usado o anterior por três anos.

B. MODO DE USO

1. Início de Uso

Em geral, as mulheres podem usar o implante. Os implantes subdérmicos podem ser usados em quaisquer circunstâncias por mulheres com as seguintes condições:

- Idade desde a menarca até a menopausa;
- Qualquer paridade;
- A qualquer momento após o parto, para não lactantes;
- A qualquer momento após aborto;
- Antecedente de gravidez ectópica;
- História de cirurgia pélvica;
- Fumante (qualquer idade);
- Hipertensão arterial adequadamente controlada PA sistólica 140-159 ou PA diastólica 90-99
- História de hipertensão gestacional;
- Antecedente familiar de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar;
- Cirurgia de grande ou pequeno porte sem imobilização;
- Varizes e tromboflebite superficial;
- Doença cardíaca valvular;
- Cefaléia;
- Epilepsia;
- Endometriose;
- Tumores ovarianos benignos;
- Dismenorréia grave;
- Doença trofoblástica;
- Ectopia cervical;
- Doença mamária benigna;
- História familiar de câncer de mama;

- Câncer endometrial;
- Câncer ovariano;
- Mioma uterino;
- Doença inflamatória pélvica e DST;
- HIV/Aids
- Esquistossomose;
- Tuberculose;
- Malária;
- Antecedente de diabetes gestacional;
- Hipertireoidismo;
- Hipotireoidismo;
- Antecedente de colestase associada à gravidez;
- Portadora assintomática de hepatite viral;
- Talassemia, anemia hemolítica, anemia ferropriva;
- Uso de antibióticos (exceto rifampicina e griseofulvina).

Importante! As características e condições listadas acima pertencem à categoria 1 dos **critérios de elegibilidade da OMS**. As mulheres com as condições e problemas da categoria 2 também podem usar este método, desde que com orientação adequada.

1. Critérios Médicos de Elegibilidade

Os **critérios médicos de elegibilidade** para uso de métodos anticoncepcionais foram desenvolvidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996) com o objetivo de auxiliar os profissionais da saúde na orientação das(os) usuárias(os) de métodos anticoncepcionais. Não devem ser considerados uma norma estrita mas sim uma recomendação, que pode ser adap-

tada às condições locais de cada país. Consiste em uma lista de condições das(os) usuárias(os), que poderiam significar limitações para o uso dos diferentes métodos, e as classifica em 4 categorias, de acordo com a definição a seguir:

OMS 1: o método **pode ser usado sem restrições**.

OMS 2: o método **pode ser usado**. As **vantagens geralmente superam os riscos** possíveis ou comprovados. As condições da categoria 2 devem ser consideradas na escolha de um método. Se a mulher escolhe este método, um acompanhamento mais rigoroso pode ser necessário.

OMS 3: o método **não deve ser usado**, a menos que o profissional de saúde julgue que a mulher pode usar o método com segurança. Os riscos possíveis e comprovados superam os benefícios do método. Deve ser o método de última escolha e, caso seja escolhido, um acompanhamento rigoroso se faz necessário.

OMS 4: o método **não deve ser usado**. O método apresenta um risco inaceitável para quem tem essa condição.

Para a lista completa dos critérios médicos de elegibilidade da OMS para uso de métodos anticoncepcionais, consulte **critérios médicos de elegibilidade**.

Lista de critérios médicos de elegibilidade para DIU liberador de levonorgestrel

Faça à mulher as perguntas abaixo. Se ela responder **Não** a todas as perguntas, então ela pode usar o implante, se assim o desejar. Se ela responder **Sim** a alguma pergunta, siga as instruções.

1. Você está amamentando um bebê com menos de seis semanas de idade?

Não. **Sim.** Ela pode começar a usar o implante seis semanas depois do parto. Se ela estiver amamentando exclusivamente ou quase, estará protegida da gravidez por pelo menos seis meses após o parto ou até menstruar, o que acontecer primeiro. Imediatamente ela deverá iniciar um método anticoncepcional para evitar uma gravidez. Estimule-a a continuar amamentando.

2. Você tem icterícia, cirrose hepática grave, hepatite ou tumor hepático?

Não. **Sim.** Faça um exame físico ou encaminhe-a. Se ela tem uma doença hepática grave ativa não insira o implante. Encaminhe-a para tratamento e ajude-a a escolher um método não hormonal.

3. Você tem ou teve câncer de mama?

Não. **Sim.** Não insira o implante. Ajude-a a escolher um método não hormonal.

4. Você tem sangramento vaginal anormal inexplicado?

Não. **Sim.** Se ela não estiver grávida, mas apresenta algum sangramento genital inexplicado que sugira alguma condição médica subjacente, não insira o implante. Avalie e trate adequadamente o problema ou encaminhe-a. Ajude-a a escolher um método não hormonal até a solução do problema. Após, poderá iniciar o uso do implante.

5. Você toma anticonvulsivantes? Toma rifampicina ou griseofulvina?

Não. **Sim.** Se a mulher está tomando fenitoína, carbamazepina, barbitúrico, primidona, rifampicina ou griseofulvina.

forneça condons ou espermicida para ela usar conjuntamente com o implante. Se ela preferir, ou se necessitar tomar esses medicamentos por muito tempo, ajude-a a escolher outro método anticoncepcional eficaz.

6. Você acha que pode estar grávida?

Não. **Sim.** Avalie se a mulher está grávida. Se há possibilidade de gravidez, forneça condons ou espermicidas até confirmar que não está grávida. Então poderá inserir o implante.

2. Momentos Adequados para Iniciar o Uso

Mulher menstruando regularmente

- Em qualquer momento do ciclo, se há certeza de que a mulher não está grávida. Se iniciar o método até o 7º dia do ciclo menstrual, não é necessário usar proteção adicional. Se iniciar o uso no 8º dia ou após, deverá usar condons ou espermicidas, ou evitar relações sexuais por pelo menos 48 horas após a inserção. Se for possível, forneça-lhe condons ou espermicidas.

Após o parto, durante a amamentação

- 6 semanas após o parto. A amamentação exclusiva ou quase exclusiva protege efetivamente contra gravidez por pelo menos 6 meses após o parto ou até o retorno das menstruações, o que ocorrer primeiro. Entretanto, o implante pode oferecer proteção extra se a mulher assim o desejar. Se a mulher estiver amamentando parcialmente, o melhor momento para iniciar o implante é na sexta semana após o parto. Pode ocorrer o retorno da fertilidade se a mulher decide esperar mais tempo. Se as menstruações retornaram, a mulher pode começar a usar os

implantes a qualquer momento, desde que haja certeza de que não está grávida.

Após o parto, não amamentando

- Imediatamente ou a qualquer momento durante as primeiras seis semanas depois do parto. Não é necessário aguardar o retorno das menstruações. Após seis semanas, pode-se iniciar a qualquer momento, se há certeza de que a mulher não está grávida. Se não há certeza de que está grávida, deverá evitar relações sexuais ou usar condons ou espermicidas até a menstruação seguinte, para então iniciar o uso do implante.

Após aborto (< 12 semanas)

- Imediatamente ou durante os primeiros 7 dias após o aborto de primeiro ou segundo trimestre. Posteriormente, a qualquer momento se há certeza de que a mulher não está grávida.

Após interromper o uso de outro método

- Imediatamente.

3. Procedimentos para Iniciar o Uso do Método

Antes de iniciar o uso de métodos anticoncepcionais, a mulher deve ser adequadamente orientada pelo profissional de saúde. Essa orientação deve abranger informações acuradas sobre todos os métodos anticoncepcionais disponíveis. Uma orientação adequada permite a tomada de decisão baseada em informações, ou seja, uma “escolha livre e informada”.

Importante: toda mulher que escolhe usar o implante deve ter acesso garantido à remoção dos mesmos quando assim o desejar. Todos os serviços de planejamento familiar que

oferecem o implante devem ter pessoal qualificado para a remoção, ou deve contar com um sistema de referência apropriado.

Todos os profissionais devem compreender e aceitar que a mulher pode solicitar a remoção do implante quando ela desejar. A mulher não deve ser forçada ou pressionada a continuar usando o implante.

Importante: Para orientação e aconselhamento em anticoncepção, consulte Orientação.

Os procedimentos para iniciar o uso do método, relacionados abaixo, estão classificados em quatro categorias. Estes critérios foram desenvolvidos por um grupo de agências colaborativas da USAID e são orientados fundamentalmente para salientar os requisitos **mínimos** para a oferta de métodos anticoncepcionais em **regiões com poucos recursos**. O fato de não serem absolutamente necessários não significa que não devam ser utilizados em serviços que contam com recursos adequados; são procedimentos que significam boa prática médica. Deve-se salientar que, em muitas oportunidades, a falta de recursos para realizar alguns procedimentos francamente desnecessários (categoria D) é usada como justificativa para impedir o uso de alguns métodos anticoncepcionais.

Categoria A: essencial e obrigatório em todas as circunstâncias para o uso do método anticoncepcional.

Categoria B: médica/epidemiologicamente racional em algumas circunstâncias para otimizar o uso seguro do método anticoncepcional, mas pode não ser apro-

priado para todas (os) clientes em todos os contextos.

Categoria C: pode ser apropriado para uma boa atenção preventiva, mas não tem relação com o uso seguro do método anticoncepcional.

Categoria D: não somente desnecessários, mas irrelevantes para o uso seguro do método anticoncepcional.

Procedimento	Categoria
Exame pélvico (especular e toque bimanual)	C
Medida de pressão arterial	C
Exame das Mamas	C
Triagem de DST através de exames laboratoriais (indivíduos assintomáticos)	C
Detecção precoce do câncer de colo uterino	C
Testes laboratoriais rotineiros (colesterol, glicose, enzimas hepáticas)	D
Orientação geral:	A
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eficácia • Efeitos colaterais comuns • Uso correto do método • Sinais e sintomas para os quais deve retornar ao Serviço de Saúde • Proteção contra DST 	
Itens específicos de orientação relacionados ao endoceptivo:	
<ul style="list-style-type: none"> • Orientação sobre mudanças no padrão menstrual, inclusive sangramento menstrual irregular ou ausente. 	

VII. INSTRUÇÕES GERAIS:

a. Fornecendo o implante

Importante: A mulher que escolhe o implante se beneficiará de uma boa orientação. Um provedor gentil, que dá ouvidos às suas preocupações, responde às suas dúvidas e fornece informações claras e práticas sobre os efeitos colaterais, especialmente sobre as alterações no fluxo menstrual, estará ajudando-a a usar o implante com sucesso e satisfatoriamente.

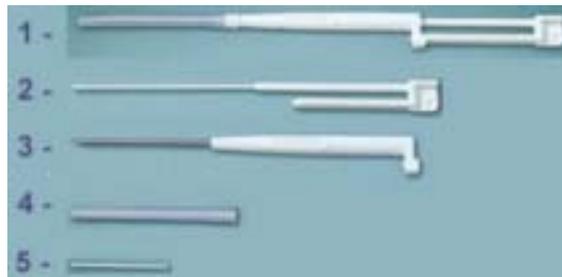
IX. INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS

Importante! As orientações apresentadas a seguir são apenas a descrição resumida de um procedimento. Estas orientações, sob nenhuma circunstância deverão substituir o treinamento adequado.

Inserindo o implante

É necessário prática e treinamento adequados, sob supervisão direta, para aprender como inserir um implante. As instruções que se seguem constituem apenas um resumo e não uma descrição técnica detalhada do procedimento. Todos os provedores de planejamento familiar devem conhecer o procedimento de inserção de um implante e estar preparados para conversar com as mulheres sobre o mesmo.

O quadro abaixo mostra os componentes do aplicador do implante.



Componentes do aplicador

- 1 - Aplicador
- 2 - Obturador
- 3 - Cânula (Agulha e Corpo Plástico)
- 4 - Protetor de Agulha
- 5 - Bastão do implante

A inserção do implante deve ser feita sob condições de assepsia e somente por provedor familiarizado com a técnica.

1. A técnica de inserção consiste nas seguintes etapas:

- A mulher deve estar deitada em decúbito dorsal com seu braço esquerdo (ou direito, se a mulher for canhota) virado para fora e com o cotovelo dobrado.
- Implante de etonogestrel deve ser inserido na face interna do antebraço esquerdo (ou direito, se a mulher for canhota) cerca de 6-8 cm acima da dobra do cotovelo no sulco entre o bíceps e o tríceps.
- Marcar o local da inserção.
- Limpar o local de inserção com antisséptico.

- Anestesia com anestésico spray, ou com 2ml de lidocaína a 1% aplicada logo abaixo da pele ao longo do “canal de inserção”.
- Remover do blíster o aplicador descartável estéril que contém implante de etonogestrel.
- Verificar visualmente a presença do implante dentro da parte metálica do trocarte (agulha). Se o implante deslocar-se do trocarte, retorná-lo à sua posição original por pressão contra a parte plástica da cânula. Manter o aparelho e o implante estéreis. Se ocorrer contaminação, é necessário usar uma nova embalagem com um novo aplicador estéril.
- Segurar o aplicador com o trocarte virado para cima até a inserção, para evitar que o implante caia do aplicador.
- Esticar a pele em torno do local da inserção com o polegar e o dedo indicador. Introduzir o trocarte no espaço entre o bíceps e o tríceps, diretamente sob a pele, tão superficialmente quanto possível, levemente angulado e paralelo à superfície da pele, enquanto se levanta a pele com o trocarte. Inserir completamente o trocarte.
- Manter o trocarte paralelo à superfície da pele. Quando o implante for colocado muito profundamente, a remoção pode ser dificultada mais tarde.
- Romper o selo do aplicador pressionando o suporte obturador.
- Girar o obturador 90° em relação ao trocarte. Fixar o suporte do obturador firmemente contra o braço.
- Com a outra mão retirar vagarosamente o trocarte fora do braço com o suporte do obturador imobilizado no local. Este procedimento é oposto ao de aplicar uma injeção, onde o êmbolo é pressionado e a seringa é fixada.
- Mantendo o obturador em seu local e, simultaneamente, re-

tirando o trocarte, o implante permanecerá na parte superior do braço.

- Palpar o implante para checar que foi inserido.
- Aplicar uma gaze estéril com uma bandagem para evitar escoriação.
- O aplicador é descartável e deve ser adequadamente descartado de acordo com os procedimentos de biossegurança.

a. Removendo o implante

1. Motivos para a remoção

Importante ! Não se deve recusar ou adiar desnecessariamente a remoção de um implante quando a mulher a solicita, seja qual for a razão do pedido, pessoal ou médica.

- A mulher solicita a remoção;
- Efeitos colaterais;
- Razões médicas:
 - gravidez,
 - sangramento vaginal anormal e volumoso que põe em risco a saúde da mulher.
- Quando expirou o prazo de validade;

2. Para a remoção do implante:

- A remoção do implante deve ser feita somente por profissional familiarizado com a técnica de remoção.
- Localizar o implante por palpação e marcar a extremidade distal.
- Lavar a área e aplicar um antisséptico.
- Anestesiá-lo com 0,5 a 1,0 ml de lidocaína a 1% no

local da incisão, que está logo abaixo da extremidade distal do implante. O anestésico deve ser aplicado abaixo do implante. A aplicação acima do implante provoca edema, que pode causar dificuldade em localizar o implante.

- Fazer uma incisão de 2 mm de comprimento no sentido longitudinal do braço na extremidade distal do implante.
- Empurrar suavemente o implante em direção à incisão até que a extremidade seja visível. Segurar o implante com pinça (tipo mosquito) e removê-lo.
- Se o implante estiver encapsulado, deve ser feita uma incisão no tecido que o recobre e o implante removido com pinça.
- Se a ponta do implante não estiver visível, introduzir cuidadosamente uma pinça na incisão e segurar o implante.
- Com uma segunda pinça, dissecar o tecido que envolve o implante e removê-lo.
- Fechar a incisão com um curativo, de modo a aproximar as bordas da incisão.
- Aplicar uma bandagem com gaze estéril para evitar a formação de hematomas.

Houve relatos ocasionais de deslocamento do implante; normalmente isso envolve pequenos movimentos em relação à posição original. Isso pode complicar um pouco a remoção.

b. Explicando como usar

Observe os seguintes passos:

Se for possível, a mulher deverá receber um cartão com instruções, que deverá conter as seguintes informações:

- Onde consultar se tiver dúvidas ou problemas;
- A data de inserção do implante;

- A data de remoção do implante. Após 3 anos, ela deverá retornar para remoção da cápsula.

Se receber ou não o cartão, converse com ela sobre essas informações.

c. Forneça Instruções Específicas:

A mulher na qual foi inserido um implante deve:

- Manter seca a área de inserção por 4 dias.
- Lembrar que, após o efeito anestésico, poderá sentir dor no braço por alguns dias. Também poderá apresentar edema local. Essas alterações não representam motivo para alarme.
- Retornar ao serviço se a cápsula estiver sendo expelida, ou se ela tiver dor persistente no braço.

d. Oriente a mulher sobre os problemas mais comuns:

Mencione os efeitos colaterais mais comuns. É possível que ocorram mudanças no padrão menstrual, principalmente spotting, sangramento prolongado ou amenorréia. Ela poderia apresentar também outros efeitos colaterais.

Explique sobre os efeitos colaterais. Algumas dessas modificações são comuns, e não trazem riscos à saúde. A mudança do padrão menstrual é normal. Para algumas mulheres, é saudável apresentar pouco ou nenhum sangramento porque ajuda a prevenir anemia.

Importante ! Antes da inserção do implante, deve-se orientar a mulher detalhadamente sobre as mudanças do padrão menstrual e outros efeitos colaterais. Frequentemente, a orientação prévia e o apoio repetido ajudam a mulher a tolerar as modificações do sangramento menstrual. Os problemas

de sangramento podem ser aliviados com tratamento ou com a remoção da cápsula.

Descreva os sintomas de problemas sérios que requerem atenção médica imediata. Complicações sérias do uso do implante são raras. Ainda assim, a mulher deve procurar o serviço de saúde se ela apresentar quaisquer destes sintomas. O implante pode ou não ser a causa do problema.

SINAIS DE ALERTA

A mulher acha que pode estar grávida, especialmente se ela apresenta sintomas de gravidez ectópica, tais como, por exemplo, sangramento vaginal anormal, dor abdominal ou sensibilidade abdominal, desmaios. A presença desses sintomas requer cuidado médico imediato.

- 1. Dor pélvica intensa.**
- 2. Infecção no local da inserção.**
- 3. Sangramento menstrual abundante**, pelo menos duas vezes mais abundante ou prolongado do que o usual.
- 4. Cefaléia intensa**, que começou ou piorou após iniciar o uso do implante.
- 5. Icterícia.**

Outras razões para retornar ao serviço são:

e. A qualquer momento que desejar remover a cápsula por alguma razão.

f. Na data de remoção do implante. Ela poderá inserir uma nova cápsula se desejar.

Nota sobre gravidez ectópica: Os implantes oferecem uma boa proteção contra a gravidez ectópica que, mesmo as-

sim, eventualmente pode acontecer. A gravidez ectópica implica em risco de morte e requer tratamento imediato.

4. Acompanhamento

Nas consultas de retorno:

Pergunte se a mulher tem dúvidas ou quer conversar sobre qualquer assunto.

I. Pergunte sobre a sua experiência com o implante, se ela está satisfeita ou se tem problemas. Forneça-lhe as informações ou a ajuda de que ela necessitar. Convide-a para retornar sempre que tiver dúvidas ou problemas. Se ela tem problemas que não podem ser resolvidos, remova a cápsula ou encaminhe-a para remoção e ajude-a a escolher um outro método.

II. Informe-a sobre o padrão de sangramento.

III. Lembre-a do prazo de duração do implante e da data para remoção.

IV. Indague se ela teve quaisquer problemas de saúde desde o último retorno:

Se desenvolveu doença hepática ativa ou câncer de mama, ou se está tomando anticonvulsivantes, rifampicina ou griseofulvina, retire a cápsula ou encaminhe-a para remoção e ajude-a a escolher outro método.

a. Se desenvolveu alguma das seguintes condições, consulte a seção **Manejo das intercorrências ou complicações**: sangramento vaginal anormal inexplicado, doença cardíaca vascular ou infarto, cefaléia intensa

C. MANEJO DAS INTERCORRÊNCIAS OU COMPLICAÇÕES

1. Amenorréia

Tranquelize a usuária informando que a amenorréia é normal entre as usuárias de implante, e que não é nociva à saúde. Assegure-a de que ela não é estéril, que é muito improvável que esteja grávida e que o sangue menstrual não está se acumulando dentro do corpo. O que está acontecendo é que seu organismo não produz o sangue menstrual. Isto poderia ajudar a prevenir anemia.

Se ela continua considerando a amenorréia inaceitável, remova a cápsula ou encaminhe-a para remoção. Ajude-a a escolher outro método.

2. Sangramento irregular ou spotting

Tranquelize-a informando que o sangramento entre as menstruações é muito comum e normal, especialmente nos primeiros três a seis meses e não são nocivos.

Se a mulher continua considerando o sangramento inaceitável e não há contra-indicação ao uso de estrogênio, ofereça:

Um ciclo de anticoncepcional oral combinado de dose baixa, preferencialmente contendo o progestágeno levonorgestrel.

I. Ibuprofeno ou outro anti-inflamatório não-esteróide, exceto ácido acetilsalicílico.

Se algum problema ginecológico for diagnosticado, ofereça tratamento ou encaminhe-a. Esteja alerta para a possibilidade de gravidez ectópica.

Se a mulher está grávida, remova o implante ou encaminhe-a para remoção.

Não é necessário remover os implantes em presença de doença inflamatória pélvica ou doença sexualmente transmissível.

3. Sangramento abundante ou prolongado

É raro, mas requer atenção.

Se uma condição anormal provoca o sangramento, ofereça tratamento apropriado ou encaminhe-a para tratamento.

a. Se não tiver uma condição anormal provocando o sangramento, trate com anticoncepcionais orais combinados ou anti-inflamatórios não-esteróides. Pílulas contendo 50 microgramas de estrogênio podem ser necessárias.

b. Verifique a presença de anemia e trate, se for o caso.

c. Estimule-a a ingerir alimentos ricos em ferro.

<p>Nota: A curetagem uterina é desnecessária, a menos que haja suspeita de uma condição médica subjacente.</p>

I. Sangramento vaginal anormal inexplicado que sugere gravidez ou uma condição médica subjacente

A mulher pode continuar usando o implante enquanto a condição é avaliada.

Explique que o implante comumente provoca mudança no padrão menstrual e que isto não é nocivo para a saúde. Avalie e trate qualquer problema médico subjacente, ou encaminhe para cuidado.

II. Dor intensa em baixo ventre: Investigue para descartar a possibilidade de cistos ovarianos, torção de folículos ovarianos, tumores ovarianos, doença inflamatória pélvica, apendicite, gravidez ectópica ou rotura de tumor hepático.

Se a dor é provocada por **gravidez ectópica**, trate ou encaminhe. Retire o implante e ajude-a a escolher outro método.

a. Se a dor é causada por **cisto de ovário**, não é necessário remover o implante. Assegure à mulher que os cistos geralmente desaparecem espontaneamente, sem necessidade de cirurgia. Reavalie em 3 semanas.

b. Se a dor deve-se a **outros problemas**, não é necessário remover o implante. Trate ou refira para tratamento.

III. Dor após a inserção da cápsula

Assegure-se de que o curativo no braço não está muito apertado.

a. Troque o curativo.

b. Não pressionar o implante se a área está sensível.

c. Trate com anti-inflamatório não-esteróide.

IV. Infecção ou abscesso no local da inserção

Existe infecção mas sem abscesso?

Não retire o implante.

a. Limpe a área infectada com água e sabão ou antisséptico.

b. Prescreva antibiótico por via oral durante sete dias e solicite à mulher para retornar dentro de uma semana. Se após uma semana não houver melhora, retire o implante ou encaminhe para remoção.

Existe abscesso?

c. Limpe a área com antisséptico, faça uma incisão e drene o pus.

d. Remova o implante ou encaminhe para remoção.

e. Trate a ferida.

f. Se existe infecção cutânea importante, prescreva antibiótico oral durante sete dias.

V. Doença cardíaca isquêmica ou infarto

Uma mulher com esta condição previamente, pode começar a usar o implante sem risco. Porém, se esta condição se desenvolve **após** a inserção do implante, este deve ser removido. Ajude-a a escolher um método não-hormonal.

VI. Enxaqueca com visão turva

Uma mulher portadora de enxaqueca pode começar a usar implante sem risco. Porém, ela deverá optar por um método não-hormonal se a enxaqueca começou ou piorou após a inserção do implante, principalmente se está acompanhada de visão turva, perda temporária de visão, linhas em zig-zag, dificuldade de fala ou deambulação.

D. QUANDO INTERROMPER A ANTICONCEPÇÃO OU TROCAR DE MÉTODO

Com base no princípio de escolha livre e informada do método anticoncepcional, a mulher pode optar por outro método se e quando assim o desejar, ou se apresentar problemas ou condições com os quais o uso do implante não é adequado.

Também é livre (e informada) a decisão da mulher optar por não usar qualquer método anticoncepcional, se assim o desejar por qualquer motivo.

ANTICONCEPÇÃO ORAL DE EMERGÊNCIA

Anualmente, a Organização Mundial da Saúde estima que 585.000 mortes maternas ocorrem em todo o mundo, muitas das quais secundárias ao aborto. A anticoncepção oral de emergência pode ajudar a prevenir as gestações indesejadas e, conseqüentemente, o aborto clandestino, prevenindo a gravidez após uma relação sexual sem proteção anticoncepcional. É também conhecida como anticoncepção pós-coital ou pílula do dia seguinte. Não deve ser utilizada de rotina como método anticoncepcional, mas apenas em situações de emergência.

A. CARACTERÍSTICAS

1. Tipos e Composição

Anticoncepcionais orais de progestogênio apenas

Levonorgestrel 0,75mg

Método de Yuzpe - combinados

Anticoncepcionais orais combinados contendo 0,25mg de levonorgestrel e 0,05mg de etinilestradiol

Anticoncepcionais orais combinados contendo 0,15mg de levonorgestrel e 0,03mg de etinilestradiol

* **Nota:** Os nomes comerciais são apenas exemplos, existem outros produtos com a mesma dose.

Um estudo amplo da Organização Mundial de Saúde (OMS) revelou que as pílulas apenas de progestogênio são melhores do que os anticoncepcionais orais combinados (estrogê-

nio e progestogênio) para a anticoncepção oral de emergência. Quando usadas na anticoncepção oral de emergência, as pílulas apenas de progestogênio são mais eficazes e causam menos náuseas e vômitos.

Importante: Outras pílulas anticoncepcionais combinadas podem também funcionar, mas a sua eficácia na anticoncepção oral de emergência não foi testada.

2. Mecanismo de Ação

O mecanismo de ação da anticoncepção oral de emergência não está completamente esclarecido. Vários mecanismos podem intervir, dependendo do período do ciclo em que ocorre a relação sexual desprotegida e a tomada das pílulas. Os mecanismos mais estudados são a inibição e o retardo da ovulação, a alteração na função do corpo lúteo, a interferência no transporte ovular e na capacitação de espermatozóides, e fatores que interferem na fertilização. Teoricamente, também poderia haver interferência na implantação, mas esse mecanismo não foi documentado.

Importante: A anticoncepção oral de emergência não tem nenhum efeito após a implantação ter se completado. Não interrompe uma gravidez em andamento.

3. Eficácia

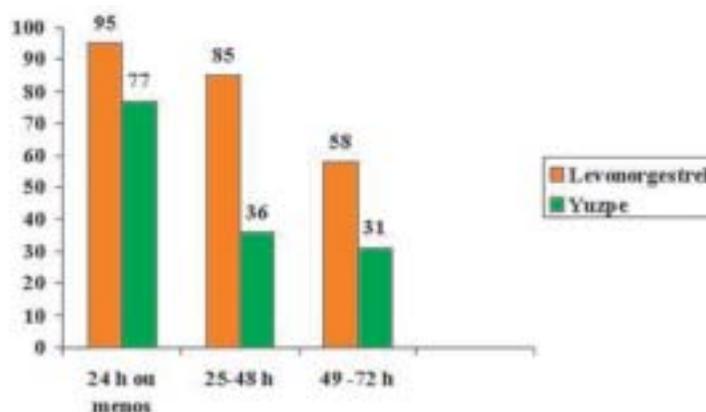
Previne a gravidez em aproximadamente três quartos dos casos que, de outra maneira, ocorreriam. A probabilidade média de ocorrer gravidez decorrente de uma única relação sexual desprotegida na segunda ou terceira semana do ciclo menstrual é 8%; com a anticoncepção oral de emergência, essa taxa cai para 2%.

Veja a tabela que mostra a taxa de falha dos Métodos

Anticoncepcionais.

Estudo amplo da OMS mostra que a anticoncepção oral de emergência, com pílulas só de progestogênio, é mais eficaz. Ambos os métodos são mais eficazes quanto mais precocemente são administrados.

PORCENTAGEM DE GESTAÇÕES PREVENIDAS; SEGUNDO TIPO DE TRATAMENTO E TEMPO DESDE O COITO DESPROTEGIDO



Fonte: Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. The Lancet, 352, 1998.

Importante: Para ambos os esquemas, a eficácia é maior se a mulher não tiver relações sexuais vaginais desde o uso de anticoncepção de emergência até a menstruação seguinte.

4. Efeitos Secundários

Os efeitos colaterais mais comuns são: náuseas, vômitos, tontura, fadiga, cefaléia, mastalgia, diarreia, dor abdominal e irregularidade menstrual.

Estudo da OMS mostra menor incidência de efeitos colaterais com o esquema de pílula de progestogênio (0,75mg) do que com o de pílula combinada.

Efeitos Secundários Porcentagem	Yuzpe (n=979)	Levonorgestrel (n=977)	p
Náuseas	50,5	23,1	< 0,01
Vômitos	18,8	5,6	< 0,01
Tontura	16,7	11,2	< 0,01
Fadiga	28,5	16,9	< 0,01
Cefaléia	20,2	16,8	0,06
Sensibilidade mamária	12,1	10,8	0,40
Dor abdominal	20,9	17,6	0,07
Outros	16,7	13,5	0,06

Fonte: Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. The Lancet, 352, 1998.

Importante: A anticoncepção oral de emergência não protege contra doenças sexualmente transmissíveis.

5. Riscos e Benefícios

Como as pílulas do esquema de anticoncepção oral de emergência, tanto as de progestogênio como as combinadas, são usadas por tempo muito curto, elas não apresentam os mesmos problemas potenciais do que quando usadas na anticoncepção regular.

6. Duração

O prazo de validade do anticoncepcional oral combinado é de 2 a 3 anos, variando de acordo com o fabricante. O prazo de validade da pílula apenas de progestogênio (levonorgestrel) é de 5 anos. A data de fabricação e a data de validade estão impressas na embalagem e também na cartela. O profissional de saúde, ao fornecer as cartelas, deve entregar primeiro aquelas mais próximas do vencimento. Deve, também, orientar a mulher a verificar o prazo de validade ao adquirir o produto.

B. MODO DE USO

1. Critérios Médicos de Elegibilidade

Os critérios de elegibilidade médica para uso de métodos anticoncepcionais foram desenvolvidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996) com o objetivo de auxiliar os profissionais da saúde na orientação das(os) usuárias(os) de métodos anticoncepcionais. Não devem ser considerados uma norma estrita, mas sim uma recomendação, que pode ser adaptada às condições locais de cada país. Consiste em uma lista de condições das(os) usuárias(os), que poderiam significar limitações para o uso dos diferentes métodos, e as classifica em 4 categorias, de acordo com a definição a seguir:

OMS 1: o método pode ser usado sem restrições.

OMS 2: o método pode ser usado. As vantagens geralmente superam riscos possíveis ou comprovados. As condições da categoria 2 devem ser consideradas na escolha de um método. Se a mulher escolhe este método, um acompanhamento mais rigoroso pode ser necessário.

OMS 3: o método não deve ser usado, a menos que o profissional de saúde julgue que a mulher pode usar o método com segurança. Os riscos possíveis e comprovados superam os benefícios do método. Deve ser o método de última escolha e, caso seja escolhido, um acompanhamento rigoroso se faz necessário.

OMS 4: o método não deve ser usado. O método apresenta um risco inaceitável.

Qualquer mulher pode usar a anticoncepção oral de emergência, desde que não esteja grávida Não deve ser utilizada como um método anticoncepcional regular, mas **apenas em situações de emergência**, como por exemplo:

- Estupro;
- Ruptura do condom;
- Deslocamento do DIU;
- A mulher ficou sem anticoncepcionais orais, esqueceu-se de duas ou mais pílulas anticoncepcionais de progestagênio, está atrasada há mais de duas semanas para a injeção de medroxiprogesterona, ou teve uma relação sexual sem usar qualquer método anticoncepcional, e deseja evitar a gravidez.

2. Início de Uso

Até 72 horas após uma relação sexual sem proteção anticoncepcional.

Instruções Gerais

A. Avaliar com cuidado a possibilidade de gravidez; se a mulher estiver grávida, não prescrever anticoncepção oral de emergência, apesar de não causar interrupção da gravidez;

B. Explicar o que é o método, seus efeitos colaterais e sua eficácia;

C. Fornecer as pílulas para anticoncepção oral de emergência.

Instruções Específicas

Até 72 horas após uma relação sexual desprotegida, a mulher deve tomar as pílulas, seguindo um dos esquemas descrito abaixo.

Até 72 horas após uma relação sexual desprotegida  12 Horas após

Levonorgestrel 0,75mg (750µg)

Anticoncepcional Oral: levonorgestrel
0,25mg(250µg) e etinilestradiol
0,05mg(50µg)

Anticoncepcional Oral de baixa dose:
levonorgestrel 0,15 mg (150µg) e
etinilestradiol 0,03 mg (30µg)

Importante:

- A anticoncepção oral de emergência não é tão eficaz como os outros métodos anticoncepcionais. O método não deve ser utilizado regularmente no lugar de um outro método;
- A eficácia da anticoncepção oral de emergência é maior quanto mais precoce for o seu uso, ou seja, quanto menos tempo decorrer entre o coito e a primeira dose;
- Se a mulher utiliza cartelas com 28 pílulas, ela deve certificar-se de que estará tomando as pílulas ativas (hormonais);
- Se quiser, ela deverá iniciar outro método imediatamente, tal como condom, anticoncepcionais orais combinados e/ou espermicidas. Caso contrário, deverá evitar relações sexuais até poder iniciar o método escolhido.

3. Procedimentos para Iniciar o Uso do Método

Antes de iniciar o uso de métodos anticoncepcionais, a mulher deve ser adequadamente orientada pelo profissional de saúde. Essa orientação deve abranger informações acuradas sobre todos os métodos anticoncepcionais disponíveis. Uma orientação adequada permite a tomada de decisão baseada em informações, traduzindo a “escolha livre e informada”.

Importante: Para orientação e aconselhamento em anti-concepção, consulte o capítulo Orientação.

Os procedimentos para iniciar o uso do método, relacionado abaixo, estão classificados em quatro categorias:

Categoria A: Essencial e obrigatório em todas as circunstâncias para o uso do método anticoncepcional.

Categoria B: Médica/epidemiologicamente racional em algumas circunstâncias para otimizar o uso seguro do método anticoncepcional, mas pode não ser apropriado para todas (os) clientes em todos os contextos.

Categoria C: Pode ser apropriado para uma boa atenção preventiva, mas não tem relação com o uso seguro do método anticoncepcional.

Categoria D: Não somente desnecessários, mas irrelevantes para o uso seguro do método anticoncepcional.

Procedimento	Categoria
Exame pélvico (especular e toque bimanual)	C
Medida de pressão arterial	C
Exame das Mamas	C
Triagem para DST por testes de laboratório (indivíduos assintomáticos)	C
Triagem para câncer de colo uterino	C
Testes laboratoriais rotineiros (colesterol, glicose, enzimas hepáticas)	D

Pontos específicos para orientação sobre anticoncepção oral de emergência:

- Eficácia
- Uso correto do método (incluindo instruções para pílulas vomitadas)
- O que fazer se o esquema de anticoncepção oral de emergência falhar
- Como planejar o seguimento após o uso do anticoncepcional oral de emergência
- Informações sobre outros métodos anticoncepcionais e quando iniciá-los
- Sinais e sintomas para os quais deve procurar o serviço de saúde
- Efeitos colaterais comuns, incluindo potenciais modificações no ciclo menstrual
- Proteção contra DST

A

Estes critérios foram desenvolvidos por um grupo de agências colaborativas da USAID e são orientados fundamentalmente para salientar os requisitos mínimos para a oferta de métodos anticoncepcionais em regiões com poucos recursos. O fato de não serem absolutamente necessários não significa que não devam ser utilizados em serviços que contam com recursos adequados; são procedimentos que significam boa prática médica. Deve-se salientar que, em muitas oportunidades, a falta de recursos para realizar alguns procedimentos francamente desnecessários (categoria D) é usada como justificativa para impedir o uso de alguns métodos anticoncepcionais.

4. Acompanhamento

a. Orientação e Aconselhamento

O profissional de saúde deverá enfatizar, durante o atendimento à mulher, alguns pontos específicos sobre orientação em anticoncepção oral de emergência:

Explicar que as pílulas podem ser usadas em qualquer momento do ciclo menstrual, porém no tempo mais próximo possível da relação sexual desprotegida, para maior eficácia;

Explicar a maneira adequada de utilizar as pílulas, enfatizando a importância de tomar a segunda dose 12 horas após a primeira;

Explicar como se usa os diferentes esquemas de anticoncepção de emergência, a eficácia, os efeitos colaterais possíveis e o que fazer em caso de náuseas ou vômitos;

Explicar que, após tomar as pílulas, a menstruação poderá ocorrer até 10 dias antes ou depois da data esperada, mas numa porcentagem importante dos casos a menstruação ocorre na data esperada com uma variação de 3 dias para mais ou para menos;

Enfatizar que, para obter maior eficácia, a mulher não deverá ter relações sexuais vaginais após tomar os comprimidos até a menstruação seguinte;

Enfatizar que a anticoncepção oral de emergência não protege contra posteriores relações sexuais desprotegidas, e deverá, portanto, utilizar algum método regular de anticoncepção para futuras relações sexuais;

Orientar que, caso ocorra a gravidez, as pílulas não provocam qualquer efeito adverso para o feto, segundo estudos da OMS e da USFDA (U.S. Food and Drug Administration);

Aconselhar a mulher a não usar a anticoncepção oral de

emergência como método regular de anticoncepção porque: é um método menos eficaz do que a maioria dos métodos regulares de anticoncepção, e os efeitos colaterais são mais frequentes do que para qualquer outro método hormonal;

Explicar que o uso ocasional da anticoncepção oral de emergência não provoca quaisquer riscos aparentes à saúde;

b. Quando iniciar o uso de um método regular de anticoncepção após a anticoncepção oral de emergência:

Imediatamente após tomar as pílulas para anticoncepção oral de emergência a mulher pode começar a usar métodos de barreira, a maioria dos anticoncepcionais orais combinados e os métodos injetáveis de progestogênio;

Aguardar a próxima menstruação para começar a usar DIU;

Aguardar o retorno dos ciclos menstruais regulares para os métodos naturais;

Se a mulher optar por esperar a próxima menstruação para iniciar o uso de algum método anticoncepcional, ela deve ser orientada para usar condons até então.

c. Acompanhamento

Aconselhe a mulher a retornar ou consultar um profissional de saúde se a sua próxima menstruação for bastante diferente da usual, especialmente se:

For escassa e isso não é o usual;

Não ocorrer dentro de quatro semanas (gravidez é possível);

Dolorosa (possibilidade de gravidez ectópica. Porém, a anticoncepção oral de emergência não causa gravidez ectópica).

Oriente a mulher sobre doenças sexualmente transmissíveis, e investigue situações de risco ou agressão sexual.

Discuta com a mulher a continuidade da anticoncepção e a proteção contra DST.

Se a mulher pretende continuar a ter relações sexuais insista no uso de um anticoncepcional eficaz. Ajude-a a fazê-lo ou planejar como fazê-lo.

Se ela não iniciar o uso de outro método imediatamente ofereça condons ou espermicidas, pelo menos até que ela opte por um outro método anticoncepcional, de uso continuado.

Importante : A anticoncepção oral de emergência não é tão eficaz como os outros métodos anticoncepcionais. O método não deve ser usado regularmente no lugar de um outro método.

C. MANEJO DAS INTERCORRÊNCIAS OU COMPLICAÇÕES

Náuseas: recomende alimentar-se logo após ingerir as pílulas; medicamentos antieméticos podem ser ingeridos meia hora antes das pílulas anticoncepcionais de emergência e, depois, a cada 4 - 6 horas.

Vômitos: se vomitar dentro de duas horas após tomar as pílulas, ela deve tomar nova dose. Se o vômito ocorrer após esse período, ela não deve tomar pílulas extras.

A próxima menstruação pode começar um pouco antes ou depois da data esperada; não tem significado.

A mulher deverá ficar atenta para as seguintes situações: menstruação escassa, menstruação ausente dentro de quatro semanas, menstruação dolorosa; nesses casos, deverá ser orientada para retornar para avaliação clínica.

ANTICONCEPCIONAL INJETÁVEL MENSAL

Os anticoncepcionais injetáveis mensais, de uso relativamente recente, vêm sendo estudados por mais de trinta anos. As diferentes formulações contêm um éster de um estrogênio natural, o estradiol, e um progestogênio sintético, diferentemente dos anticoncepcionais orais combinados, nos quais ambos os hormônios são sintéticos.

A. CARACTERÍSTICAS

1. Tipos e Composição

Os anticoncepcionais combinados injetáveis mensais, disponíveis no Brasil em frasco-ampola com suspensão, contêm um estrogênio e um progestogênio, nas seguintes composições:

- 25 mg de acetato de medroxiprogesterona e 5mg de cipionato de estradiol; (MPA + CIP)
- 50 mg de enantato de noretisterona e 5 mg de valerato de estradiol; (NET + VAL)
- 150 mg de acetofenido de dihidroxiprogesterona e 10 mg de enantato de estradiol

2. Mecanismo de Ação

Inibem a ovulação e tornam o muco cervical espesso, dificultando a passagem dos espermatozóides.

3. Eficácia

Muito eficaz. As taxas de gravidez são baixas, entre 0,1% a 0,3% durante o primeiro ano de uso, com injeções mensais (cada 30 dias \pm 3).

Consulte a tabela que mostra a taxa de falha dos Métodos Anticoncepcionais.

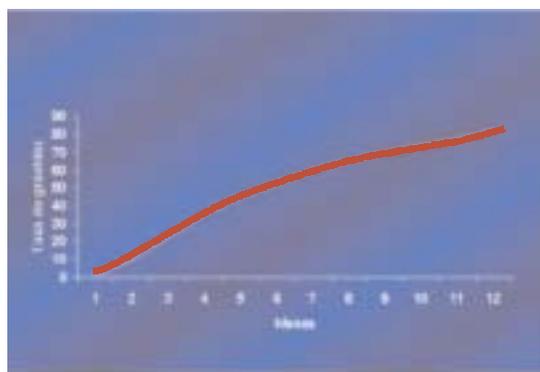
4. Desempenho Clínico

Até o momento, poucos os estudos avaliaram as taxas de descontinuação entre usuárias de anticoncepcionais injetáveis mensais. Estudo desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) obteve taxa de descontinuação aos 12 meses de uso, causadas por alterações do ciclo menstrual, de 6,3% para MPA + CIP e 7,5% para NET + VAL. As taxas de descontinuação por amenorréia foram, respectivamente, de 2,1% e 1,6%.

Os problemas relacionados ao controle do ciclo são apontados como as principais causas de descontinuação do uso.

Estudo introdutório na América Latina mostrou que, após a descontinuação do uso de MPA + CIP, a taxa de retorno da fertilidade foi 1,4 por 100 mulheres ao final do primeiro mês e 82,9 por 100 mulheres em um ano. Mais de 50% das usuárias engravidaram durante os seis primeiros meses após a descontinuação.

Taxa de Gravidez Acumulada até 12 Meses após a Descontinuação do Uso de MPA + CIP



Fonte: Bahamondes, L. et al. Contraception, 1997.

5. Efeitos Secundários

Nos ensaios clínicos, os efeitos colaterais mais comuns foram:

- Alterações do ciclo menstrual: manchas ou sangramento nos intervalos entre as menstruações, sangramento prolongado, e amenorréia;
- Ganho de peso;
- Esses efeitos colaterais são muito menos comuns do que os provocados pelos anticoncepcionais injetáveis trimestrais.
- Cefaléia;
- Vertigem.

Importante: Não protegem contra doenças sexualmente transmissíveis

6. Riscos e Benefícios

Importante:

Embora os anticoncepcionais injetáveis combinados mensais sejam semelhantes em alguns aspectos aos anticoncepcionais orais combinados, a principal diferença entre ambos é a presença de um estrogênio natural na composição dos injetáveis, em oposição ao estrogênio sintético dos anticoncepcionais orais. Essa característica confere maior segurança no uso dos anticoncepcionais injetáveis combinados em relação à pílula combinada. Além disso, a apresentação parenteral elimina a primeira passagem hepática dos hormônios. Todavia, não existem ainda informações precisas sobre a segurança a longo prazo dessas novas formulações. Por esta razão, recomenda-se, para o uso dos anticoncepcionais injetáveis mensais, os mesmos critérios adotados para os anticoncepcionais orais combinados.

Riscos

- Embora não existam dados sobre os efeitos dos anticoncepcionais injetáveis mensais sobre a composição e quantidade do leite materno, seu uso entre as lactantes deve ser evitado até o sexto mês pós-parto ou até que a criança esteja ingerindo outros alimentos (o que acontecer primeiro);
- Para evitar o risco de doença tromboembólica no período puerperal, não devem ser utilizados antes de 21 dias pós-parto entre não lactantes;
- Podem causar acidentes vasculares, trombozes venosas profundas ou infarto, sendo que o risco é maior entre fumantes (mais de 20 cigarros/dia) com 35 anos ou mais;
- Não tem sido demonstrado aumento do risco para câncer de colo ou de mama em usuárias de injetáveis mensais, porém o seu uso poderia acelerar a evolução de cânceres pré-existentes.

Benefícios

- Não interferem negativamente com o prazer sexual;
- Diminuem a frequência e a intensidade das cólicas menstruais;
- A fertilidade retorna em tempo mais curto do que com os injetáveis trimestrais;
- Podem prevenir anemia ferropriva;
- Ajudam a prevenir problemas como: gravidez ectópica, câncer de endométrio, câncer de ovário, cistos de ovário, doença inflamatória pélvica, doenças mamárias benignas e miomas uterinos.

7. Duração

• Prazo de Validade

O prazo de validade do anticoncepcional injetável com-

binado mensal varia entre 3 e 5 anos. A data de fabricação e a data de validade estão impressas na embalagem. O profissional de saúde, ao aplicar a injeção, deve aplicar primeiro a que estiver mais próxima do fim do prazo de validade. Deve, também, orientar a mulher para verificar o prazo de validade ao adquirir o produto.

• ***Duração de Uso***

O anticoncepcional injetável mensal oferece proteção anticoncepcional já no primeiro ciclo de uso.

A efetividade mantém-se durante todo o período de uso. Pode ser usado desde a adolescência até a menopausa, sem necessidade de pausas para “descanso”. Pode ser usado por mulheres de qualquer idade que não tenham fatores que contra-indiquem seu uso (critérios de elegibilidade).

B. MODO DE USO

1. Início de Uso

São candidatas ao uso do método em qualquer circunstância mulheres que não têm filhos, magras ou obesas, de qualquer idade (exceto fumantes com 35 anos de idade ou mais), fumantes com menos de 35 anos, e também mulheres que tiveram um aborto recentemente.

Além disso, mulheres com os seguintes problemas podem usar anticoncepcionais injetáveis mensais:

- Cólica menstrual ou anemia ferropriva;
- Ciclos menstruais irregulares;
- Doenças mamárias benignas;
- Diabetes sem doença vascular, renal, ocular ou neurológica;

- Cefaléia leve;
- Varizes;
- Malária;
- Esquistossomose;
- Doenças tireoidianas;
- Doença inflamatória pélvica;
- Endometriose;
- Tumores ovarianos benignos;
- Miomas uterinos;
- Antecedente de doença inflamatória pélvica;
- Tuberculose (exceto se usando rifampicina).

2. Critérios Médicos de Elegibilidade

Os critérios de elegibilidade médica para uso de métodos anticoncepcionais foram desenvolvidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996) com o objetivo de auxiliar os profissionais da saúde na orientação das (os) usuárias (os) de métodos anticoncepcionais. Não devem ser considerados uma norma estrita, mas sim uma recomendação, que pode ser adaptada às condições locais de cada país. Consiste em uma lista de condições das(os) usuárias(os), que poderiam significar limitações para o uso dos diferentes métodos, e as classifica em 4 categorias, de acordo com a definição a seguir:

OMS 1: o método **pode ser usado sem restrições**.

OMS 2: o método **pode ser usado**. As vantagens geralmente **superam riscos** possíveis ou comprovados. As condições da categoria 2 devem ser consideradas na escolha de um método. Se a mulher escolhe este mé-

todo, um acompanhamento mais rigoroso pode ser necessário.

OMS 3: o método **não deve ser usado**, a menos que o profissional de saúde julgue que a mulher pode usar o método com segurança. Os riscos possíveis e comprovados superam os benefícios do método. Deve ser o método de última escolha e, caso seja escolhido, um acompanhamento rigoroso se faz necessário.

OMS 4: o método **não deve ser usado**. O método apresenta um risco inaceitável.

As características e as condições apresentadas na lista acima pertencem à categoria 1 de critérios de elegibilidade médica da OMS. As mulheres com as características e condições médicas da categoria 2 da OMS também podem usar este método. Faça à mulher as perguntas abaixo. Se ela responder não a todas as perguntas, então ela pode usar os anticoncepcionais injetáveis mensais, se assim o desejar. Se ela responder sim a alguma pergunta, siga as instruções.

1. Você fuma (mais de 20 cigarros por dia) e tem 35 anos ou mais?

Não. **Sim.** Peça à mulher para parar de fumar ou diminuir o número de cigarros. Se ela tem 35 anos ou mais e não aceita parar de fumar e nem diminuir o número de cigarros, não forneça anticoncepcionais injetáveis mensais. Ajude-a a escolher um método sem estrogênio.

2. Você tem pressão alta?

Não. **Sim.** Sempre avalie a pressão arterial (PA): Se a me-

didada de PA for 140/90: pode-se fornecer anticoncepcionais injetáveis mensais sem medidas adicionais. Se a medida de PA estiver entre 140-159/90-99: mulheres com hipertensão arterial leve sem outros fatores de risco adicionais podem escolher anticoncepcionais injetáveis mensais, porém a pressão arterial deve ser monitorizada periodicamente; Se a medida de PA for 160/100 ou mais: não fornecer anticoncepcionais injetáveis mensais. Ajude-a a escolher um método sem estrogênio.

3. Você está amamentando um bebê com menos de 6 meses?

Não. **Sim.** Pode fornecer os anticoncepcionais injetáveis mensais com a instrução de iniciar o método quando parar de amamentar ou seis meses após o parto. Se a amamentação não for exclusiva, orientar para associar condom ou espermicidas. Outros métodos também eficazes são melhores escolhas do que os anticoncepcionais injetáveis mensais, quando a mulher está amamentando, independentemente da idade do bebê.

4. Você tem qualquer problema sério no coração ou de circulação? Você já teve tais problemas? Que problemas foram esses?

Não. **Sim.** Não forneça anticoncepcionais injetáveis mensais se a mulher referir história atual ou passada de doença cardiovascular, AVC, trombose venosa profunda, diabetes há mais de 20 anos ou com lesão ocular, neurológica ou renal: ajude-a a escolher um outro método eficaz.

5. Você tem ou teve câncer de mama?

Não. **Sim.** Não forneça anticoncepcionais injetáveis mensais. Ajude-a a escolher outro método não-hormonal.

6. Você tem cirrose hepática grave (descompensada), hepatite aguda ou tumor no fígado?

Não. **Sim.** Se ela tem doença hepática ativa e grave, não forneça anticoncepcionais injetáveis mensais e oriente-a na escolha de outro método não hormonal.

7. Você sofre de cefaléia intensa com visão turva com frequência?

Não. **Sim.** Se a mulher sofre de enxaqueca e refere visão turva, perda temporária de visão, escotomas cintilantes ou linhas em zigue-zague, dificuldade de fala ou locomoção: não forneça anticoncepcionais injetáveis mensais e ajude-a na escolha de outro método sem estrogênio.

8. Você está tomando medicamentos para convulsões? Está tomando rifampicina ou griseofulvina?

Não. **Sim.** Se a mulher está tomando fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, rifampicina, griseofulvina, forneça-lhe condons ou espermicidas para usar junto com o anticoncepcional injetável mensal, ou assista-a na escolha de outro método eficaz, se o tratamento for prolongado ou se ela preferir.

9. Você acha que pode estar grávida?

Não. **Sim.** Forneça-lhe condons ou espermicida para usar até ter razoável certeza de que não está. Então ela poderá iniciar anticoncepcionais injetáveis mensais.

10. Você tem tido sangramento vaginal maior do que o usual?

Não. **Sim.** Se a possibilidade de gravidez é baixa e a mu-

lher tem sangramento vaginal que sugere uma condição médica subjacente, ela pode usar os anticoncepcionais injetáveis mensais, pois nem a condição nem o seu diagnóstico serão afetados pelo método. Avalie e trate a condição adequadamente e reavalie o uso do método de acordo com os achados.

11. Você deverá submeter-se a uma cirurgia que a deixará acamada por uma ou mais semanas? Você teve um parto nos últimos 21 dias?

Não. **Sim.** Se há possibilidade de cirurgia que exija repouso por algumas semanas, o ideal é a interrupção temporária do método. Nos primeiros 21 dias após o parto, o injetável mensal não deve ser administrado.

3. Momentos Apropriados para Iniciar o Uso

Durante o ciclo menstrual

- É preferível iniciar o uso nos primeiros cinco dias do ciclo, porém em mulheres com ciclo bem regular o prazo poderia ser estendido até o sétimo.
- Em qualquer outro momento, se há certeza de que a mulher não está grávida. Se mais de sete dias se passaram desde o início da menstruação, ela pode iniciar o método, mas deve evitar relações sexuais ou usar também condom ou espermicida durante os sete dias seguintes. O padrão de sangramento pode alterar-se temporariamente.

Após o parto, se estiver amamentando

- Após parar de amamentar ou seis meses após o parto, o que acontecer em primeiro lugar.

Após o parto, se não estiver amamentando

- Três a seis semanas após o parto. Não é necessário esperar pelo retorno das menstruações para afastar possibilidade de gravidez.
- Após seis semanas, desde que haja certeza de que a mulher não está grávida.

Após aborto espontâneo ou provocado

- Nos primeiros sete dias após a ocorrência do aborto.
- Em qualquer outro momento, desde que haja certeza de que a mulher não está grávida.

Após parar de usar outro método

- Imediatamente. Não há necessidade de esperar pela próxima menstruação após o uso de injetáveis trimestrais.

4. Procedimentos para Iniciar o Uso do Método

Antes de iniciar o uso de métodos anticoncepcionais, a mulher deve ser adequadamente orientada pelo profissional de saúde. Essa orientação deve abranger informações acuradas sobre todos os métodos anticoncepcionais disponíveis. Uma orientação adequada permite a tomada de decisão baseada em informações, traduzindo a “escolha livre e informada”.

Importante: Para orientação e aconselhamento em anticoncepção, consulte o capítulo Orientação.

Os procedimentos para iniciar o uso do método, relacionados abaixo, estão classificados em quatro categorias:

Categoria A: Essencial e obrigatório em todas as circunstâncias para o uso do método anticoncepcional.

Categoria B: Médica/epidemiologicamente racional em algumas circunstâncias para otimizar o uso seguro do método anticoncepcional, mas pode não ser apropriado para todas (os) clientes em todos os contextos.

Categoria C: Pode ser apropriado para uma boa atenção preventiva, mas não tem relação com o uso seguro do método anticoncepcional.

Categoria D: Não somente desnecessários, mas irrelevantes para o uso seguro do método anticoncepcional.

Procedimento	Categoria
Exame pélvico (especular e toque bimanual)	C
Medida de pressão arterial	B
Exame das Mamas	B
Triagem para DST por testes de laboratório (indivíduos assintomáticos)	C
Triagem para câncer de colo uterino	C
Testes laboratoriais rotineiros (colesterol, glicose, enzimas hepáticas)	D
Pontos específicos para orientação sobre injetáveis mensais:	
• Eficácia	
• Efeitos colaterais comuns	
• Uso correto do método, incluindo a data da próxima injeção e instruções para injeções atrasadas	A
• Sinais e sintomas para os quais deve procurar	
• o serviço de saúde	
• Proteção contra DST	
• Orientação sobre mudanças no padrão menstrual, incluindo sangramento irregular ou ausente.	

Estes critérios foram desenvolvidos por um grupo de agências colaborativas da USAID e são orientados fundamentalmente para salientar os requisitos mínimos para a oferta de métodos anticoncepcionais em regiões com poucos recursos. O fato de não serem absolutamente necessários não significa que não devam ser utilizados em serviços que contam com recursos adequados; são procedimentos que significam boa prática médica. Deve-se salientar que, em muitas oportunidades, a falta de recursos para realizar alguns procedimentos francamente desnecessários (categoria D) é usada como justificativa para impedir o uso de alguns métodos anticoncepcionais.

a. Instruções Gerais

- Explique como usar o anticoncepcional injetável mensal;
- Aplique a injeção;
- Prescreva as injeções para cada 30 dias, de acordo com a data da primeira injeção;
- Convide-a a retornar a qualquer momento se tiver alguma dúvida ou problema, ou se desejar trocar de método.

b. Instruções Específicas

- A mulher deve tomar as injeções nas datas marcadas, podendo ter uma margem de 3 dias para mais ou para menos.
- Se houver atraso de mais de três dias para a nova injeção, ela deve usar condom ou espermicida ou evitar relações sexuais até a próxima injeção.
- A mulher deve retornar mesmo que esteja muito atrasada para uma nova dose, para avaliar a possibilidade de gravidez e receber, se for o caso, uma nova injeção;

- Mencione os efeitos colaterais mais comuns: alterações no ciclo menstrual.
- Descreva e explique esses efeitos colaterais: nos primeiros três meses de uso, ela pode apresentar sangramento mais volumoso do que o usual ou, mais raramente, ausência de menstruação. Essas alterações menstruais são normais, comuns, e não trazem prejuízo à saúde;
- Convide-a a retornar a qualquer momento, se tiver dúvidas ou problemas, ou se desejar trocar de método;
- Descrever os sintomas dos problemas que requerem atenção médica.

SINAIS DE ALERTA

Se a mulher apresentar algum desses sintomas, deverá ser orientada para procurar imediatamente o Serviço de Saúde:

- Dor intensa e persistente no abdômen, tórax ou membros;
- Cefaléia intensa, que começa ou piora após o início do uso de anticoncepcionais injetáveis mensais;
- Perda breve de visão;
- Escotomas cintilantes ou linhas em zigue-zague;
- Icterícia

Importante: As instruções a seguir representam a descrição resumida de um procedimento, que sob nenhuma circunstância deverá substituir o treinamento apropriado.

c. Aplicando a injeção

Equipamento e suprimentos necessários:

- Uma dose do anticoncepcional injetável mensal;

- Algodão e anti-séptico;
- Uma seringa de 2 a 5 ml e uma agulha intramuscular 21-23, estéreis.

Etapas

- Lave as mãos e use luvas;
- Lave o local onde será aplicada a injeção com água e sabão, se necessário, e limpe com um anti-séptico. Faça movimentos circulares de dentro (do local da injeção) para fora;
- Agite a ampola suavemente. Limpe a tampa de borracha do vidro com um anti-séptico e encha a seringa com a dose apropriada.
- Aplique a injeção profundamente, na parte superior do braço (músculo deltóide) ou na nádega (músculo glúteo, quadrante superior lateral). Injete e esvazie o conteúdo da seringa;
- **Não massageie o local da injeção.** Oriente a mulher para não massagear ou esfregar o local, porque isso fará com que o anticoncepcional seja absorvido muito rapidamente.

d. Manuseio adequado das agulhas e seringas

Preferencialmente, deverão ser utilizadas agulhas e seringas descartáveis. Alguns anticoncepcionais injetáveis mensais são fornecidos pelo fabricante em estojos com seringa pré-carregada e agulha.

- Agulhas e seringas descartáveis
- Coloque as seringas e agulhas usadas em um recipiente feito de material à prova de acidentes de punção;
- Quando 3/4 do recipiente estiverem cheios, o mesmo deve ser queimado ou enterrado;
- Não coloque agulhas descartáveis no lixo; agulhas usadas não

devem ser tampadas, entortadas ou quebradas antes de serem descartadas;

- Não reutilize agulhas e seringas descartáveis;
- Agulhas e seringas reaproveitáveis;
- As agulhas e seringas reaproveitáveis devem ser esterilizadas depois de cada uso.

5. Acompanhamento

A mulher deve tomar as injeções todos os meses, a intervalos de 27 a 33 dias. Como medida prática, recomenda-se tomar a injeção sempre no mesmo dia do mês; quando esse dia for sábado ou domingo, ela pode esperar até segunda-feira. A mulher não precisa retornar para consulta todos os meses. Uma auxiliar de saúde, adequadamente treinada, pode aplicar as injeções e referir para consulta somente aquelas mulheres que assim o solicitarem, ou por referir algum problema, ou para o esclarecimento de dúvidas.

Em todos os retornos:

- Pergunte se a mulher tem dúvidas ou quer conversar sobre algum assunto;
- Pergunte sobre sua experiência com o método, se está satisfeita ou não. Dê a ela as informações ou ajuda de que necessita e convide-a a retornar novamente se tem dúvidas ou está preocupada. Se ela tem problemas que não podem ser resolvidos, ajude-a a escolher outro método;
- Pergunte sobre seu ciclo menstrual;
- Pergunte se ela tem tido problemas de saúde desde o último retorno: se desenvolveu hipertensão arterial, cardiopatia coronariana, AVC, câncer de mama, doença hepática ativa, cefaléia intensa com visão turva, ou se está tomando anticonvulsivantes,

rifampicina ou griseofulvina: critérios de elegibilidade.

- Se teve sangramento vaginal anormal que sugira gravidez ou apresenta alguma condição médica subjacente: como tratar os problemas.

Importante: A bula da combinação do acetofenido de dihidroxiprogesterona + enantato de estradiol indica que tanto a primeira, quanto as injeções subseqüentes, devem ser aplicadas entre o sétimo e o décimo dia do ciclo, de preferência o oitavo. Inclusive a bula adverte que se não se aplica esse esquema, há maior possibilidade de gravidez. Não há razões científicas que justifiquem essa indicação. Da mesma forma que com as pílulas, os estudos têm mostrado que a aderência às instruções é maior com os esquemas fixos do que com esquemas ligados ao sangramento. Além disso, em casos de polimenorréia, que não são raros com esta combinação, a mulher tomaria mais de doze injeções por ano. Os médicos devem insistir que essa associação também seja utilizada com o esquema 27-33.

C. MANEJO DAS INTERCORRÊNCIAS OU COMPLICAÇÕES

Não menospreze as queixas da usuária:

Se a mulher está preocupada, procure tranquilizá-la;

Se ela continuar insatisfeita após o tratamento e orientação, ajude-a a escolher outro método, se ela quiser.

1. Como Tratar os Problemas

- a. **Cefaléia leve:** sugira o uso de antiinflamatório não esteróide.

- b. **Amenorréia:** embora seja incomum, não tem significado. Tranqüilize a mulher. Se há sintomas ou razões para a suspeita de gravidez, investigue adequadamente.
- c. **Sangramento mais volumoso ou prolongado do que o usual:** tranqüilize a mulher, explicando que é comum nos três primeiros meses de uso e não traz riscos à saúde. Se o sangramento a incomoda, mas ela deseja continuar usando o anticoncepcional injetável mensal, pode-se tentar melhorá-lo com o uso de estrogênios, ou anticoncepcionais orais combinados, ou inibidores de prostaglandina. Se ela não deseja continuar usando o método, ajude-a a escolher outro método eficaz. Sugira a ingestão de alimentos ricos em ferro ou suplementação com ferro, se necessário.
- d. **Sangramento vaginal anormal:** oriente a mulher para continuar usando o anticoncepcional injetável mensal enquanto o problema está sendo avaliado. Avalie a possibilidade de gravidez.
- e. **Efeitos colaterais menores que duram mais de 3 meses:** se a mulher preferir, ajude-a a escolher outro método anticoncepcional.

2. Quando Interromper a Anticoncepção ou Trocar de Método

Com base no princípio de livre escolha do método anticoncepcional, a mulher pode optar por outro método anticoncepcional se e quando assim o desejar, ou se apresentar problemas com os quais o uso de anticoncepcionais injetáveis mensais não é adequado.

Também deve ser livre (e informada) a decisão da mulher optar por não usar qualquer método anticoncepcional, se assim o desejar por qualquer motivo.

ANTICONCEPCIONAL HORMONAL INJETÁVEL TRIMESTRAL

O acetato de medroxiprogesterona (AMP-D), é um método anticoncepcional injetável apenas de progestogênio, utilizado por aproximadamente 14 milhões de mulheres em todo o mundo. É um progestogênio semelhante ao produzido pelo organismo feminino, que é liberado lentamente na circulação sanguínea.

A. CARACTERÍSTICAS

1. Tipos e Composição

O anticoncepcional injetável trimestral contém apenas um progestógeno em frasco-ampola de suspensão microcristalina de depósito contendo acetato de medroxiprogesterona.

2. Mecanismo de Ação

- Impede a ovulação;
- Espessa o muco cervical, dificultando a passagem do espermatozóide através do canal cervical.

Importante: O AMP-D não interrompe uma gravidez já instalada.

3. Eficácia

Muito eficaz. A taxa de gravidez é de 0,3% para cada 100 mulheres durante o primeiro ano de uso (uma em cada

333), com injeções regulares a cada três meses.

Consulte a tabela que mostra a taxa de falha dos Métodos Anticoncepcionais.

4. Desempenho Clínico

Na maioria dos estudos, as taxas de continuação de uso de AMP-D são melhores do que as de anticoncepcionais orais, e piores do que as de DIU.

As taxas de continuação variam entre 50% e 80% no primeiro ano de uso, e 40 a 60% ao final de dois anos de uso. Entre adolescentes, há estudos que mostram taxas mais baixas: 31,5% em 12 meses e 12,8% em 24 meses.

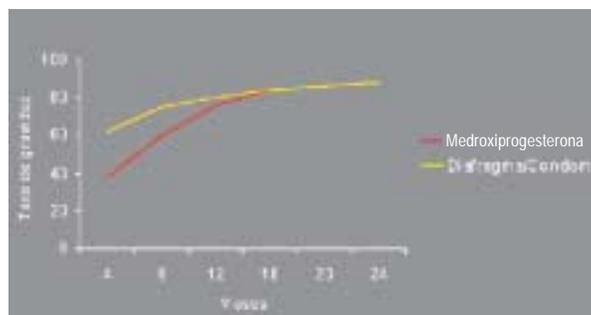
As principais causas de descontinuação de uso do método são as alterações menstruais, ganho de peso e cefaléia.

5. Efeitos Secundários

Os efeitos colaterais mais comuns são:

- Alterações do fluxo menstrual: manchas ou sangramento leve (o mais comum), sangramento volumoso (raro) ou amenorréia (bastante comum, ocorre em mais de 50% dos casos do segundo ano em diante);
- Aumento de peso: em média 1 a 2 kg por ano; o controle dietético pode auxiliar na prevenção do ganho de peso;
- Cefaléia, sensibilidade mamária, desconforto abdominal, alterações do humor, náusea, queda de cabelos, diminuição da libido e/ou acne;
- Atraso no retorno da fertilidade: o tempo de espera para uma gravidez é aproximadamente quatro meses mais longo do que para mulheres que utilizam anticoncepcionais orais combinados, DIU, condom ou método vaginal;

Taxa de Gravidez Acumulada até 24 meses após a descontinuação do Uso de AMP-D



Fonte: Tieng, 1982

Importante: AMP-D não protege contra doenças sexualmente transmissíveis, incluindo HIV/AIDS.

6. Riscos e Benefícios

Riscos

- Redução da densidade mineral óssea: existem estudos demonstrando que usuárias de AMP-D apresentam redução da densidade mineral óssea em relação às não usuárias, porém menor do que mulheres na pós-menopausa, mas sem evidência de osteoporose. O efeito é reversível após descontinuação do uso do método.
- Alteração do metabolismo lipídico: algumas pesquisas demonstraram elevação do colesterol lipoproteína de baixa densidade (LDL – colesterol) e redução do colesterol lipoproteína de alta densidade (HDL – colesterol) a longo prazo.

Benefícios

- Muito eficaz;

- Pode aumentar o prazer sexual porque elimina a preocupação com a possibilidade de gravidez;
- Pode ser usado por qualquer grupo etário, mas não se recomenda seu uso antes de 16 anos de idade;
- Não parece afetar a quantidade e a qualidade do leite materno;
- Pode ser usado por lactantes após seis semanas do parto;
- Não provoca os efeitos colaterais do estrogênio;
- Não aumenta o risco de complicações relacionadas ao uso do estrogênio;
- Diminui a incidência de:
 - gravidez ectópica;
 - câncer de endométrio;
 - doença inflamatória pélvica;
 - mioma uterino;
- Pode ajudar a prevenir câncer de ovário;
- Para algumas mulheres: pode ajudar a prevenir anemia ferropriva, a frequência de crises convulsivas em portadoras de epilepsia, e a dor e frequência de crises falciformes.
- Ajuda a reduzir os sintomas de endometriose.

7. Duração

Prazo de Validade

O prazo de validade do AMP-D é de 5 anos. A data de fabricação e a data de validade estão impressas na embalagem. O profissional de saúde, ao aplicar a injeção, deve aplicar primeiro a que estiver mais próxima do fim do prazo de validade. Deve, também, orientar a mulher para verificar o prazo de validade ao adquirir o produto.

Duração de Uso

O AMP-D oferece proteção anticoncepcional já no primeiro ciclo de uso. A efetividade do método é obtida com a dose de 150mg a cada 3 meses e se mantém durante todo o período de uso.

Pode ser usado desde a adolescência (a partir de 16 anos de idade) até a menopausa.

Não há necessidade de um período de descanso depois de um certo período de uso e pode ser usado por todo o período que uma mulher queira evitar a gravidez.

B. MODO DE USO

1. Início de Uso

Em geral, a maioria das mulheres pode usar AMP-D com segurança e eficácia, podendo ser usado por mulheres:

- Que estão amamentando (iniciar o uso seis semanas após o parto);
- Fumantes;
- Que não têm filhos;
- De qualquer grupo etário, incluindo adolescentes com mais de 16 anos e as mulheres com mais de 40 anos;
- Magras ou obesas;
- Que tiveram um aborto recentemente.
- Mulheres que apresentam quaisquer das condições abaixo também podem usar AMP-D:
 - Doença mamária benigna;
 - Cefaléia leve;
 - Hipertensão leve ou moderada;
 - Coagulopatia;
 - Anemia ferropriva;
 - Varizes;
 - Cardiopatia valvar;

- Irregularidade menstrual;
- Malária;
- Anemia falciforme;
- Esquistossomose;
- Tireoidopatias;
- Mioma uterino;
- Epilepsia;
- Tuberculose.

2. Critérios Médicos de Elegibilidade

Os critérios de elegibilidade médica para uso de métodos anticoncepcionais foram desenvolvidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996) com o objetivo de auxiliar os profissionais da saúde na orientação das (os) usuárias (os) de métodos anticoncepcionais. Não devem ser considerados uma norma estrita, mas sim uma recomendação, que pode ser adaptada às condições locais de cada país. Consiste em uma lista de condições das (os) usuárias (os), que poderiam significar limitações para o uso dos diferentes métodos, e as classifica em 4 categorias, de acordo com a definição a seguir:

OMS 1: o método pode ser usado sem restrições.

OMS 2: o método pode ser usado. As vantagens geralmente superam riscos possíveis ou comprovados. As condições da categoria 2 devem ser consideradas na escolha de um método. Se a mulher escolhe este método, um acompanhamento mais rigoroso pode ser necessário.

OMS 3: o método não deve ser usado, a menos que o profissio-

nal de saúde julgue que a mulher pode usar o método com segurança. Os riscos possíveis e comprovados superam os benefícios do método. Deve ser o método de última escolha e, caso seja escolhido, um acompanhamento rigoroso se faz necessário.

OMS 4: o método **não deve ser usado**. O método apresenta um risco inaceitável.

As características e as condições apresentadas na lista acima pertencem à categoria 1 de critérios de elegibilidade médica da OMS. As mulheres com as características e condições médicas da categoria 2 da OMS também podem usar este método.

Importante: O AMP-D não contém estrogênio. Muitas das contra-indicações para o uso de anticoncepcionais orais combinados não se aplicam ao AMP-D.

Faça à mulher as perguntas abaixo. Se ela responder não a todas as perguntas, então ela pode usar o AMP-D, se assim o desejar. Se ela responder sim a alguma pergunta, siga as instruções.

1. Você está amamentando um bebê com menos de seis semanas de vida?

Não. Sim. A mulher pode começar a usar AMP-D depois de seis semanas do parto. Entretanto, se ela está amamentando em tempo integral ou quase, ela estará protegida da gravidez por seis meses após o parto, ou até o retorno da menstruação, o que acontecer primeiro. A partir daí, ela deve começar a anticoncepção imediatamente para evitar uma gravidez. En-

coraje-a a continuar amamentando.

2. Você tem problemas circulatórios ou cardíacos graves? (Você já teve tais problemas? Se já teve, que problemas?).

Não. **Sim.** Não forneça AMP-D se a mulher referir infarto, derrame cerebral, doença coronariana, dor intensa no peito com falta de ar, hipertensão grave, diabetes por mais de 20 anos ou dano à visão, aos rins ou ao sistema nervoso, decorrentes do diabetes. Ajude-a a escolher um outro método eficaz.

3. Você tem ou já teve câncer de mama?

Não. **Sim.** Não forneça AMP-D. Ajude-a a escolher um outro método não-hormonal.

4. Você já teve cirrose hepática grave, hepatite ou tumor no fígado?

Não. **Sim.** Faça um exame físico ou encaminhe. Se a mulher tem uma doença hepática ativa grave (icterícia, fígado aumentado ou doloroso, hepatite viral, tumor de fígado) não forneça AMP-D. Encaminhe-a para avaliação e tratamento. Ajude-a a escolher um método não-hormonal.

5. Você acha que pode estar grávida?

Não. **Sim.** Investigue a possibilidade de gravidez. Se há possibilidade, forneça condons ou espermicida para a mulher usar até ter certeza de que ela não está grávida. Aí, então, ela pode começar a usar o AMP-D.

6. Você tem sangramento vaginal anormal?

Não. **Sim.** Se a probabilidade de gravidez é pequena e a mulher apresenta sangramento vaginal inexplicado que sugere uma condição médica subjacente, ela pode receber AMP-D, uma vez que nem a condição subjacente nem seu diagnóstico

serão afetados. Se for apropriado, investigue e trate qualquer problema subjacente ou encaminhe. Reavalie o uso de AMP-D de acordo com os achados.

3. Momentos Apropriados para Começar o Uso

Mulher menstruando regularmente

- A qualquer momento, desde que haja certeza de que a mulher não está grávida. Se não há nenhum risco de gravidez, ela pode começar a tomar AMP-D imediatamente ou quando quiser.
- Se começar durante os primeiros sete dias após o início da menstruação, não há necessidade de outro método para proteção adicional.
- Se começar no oitavo dia ou mais após o início da menstruação, ela deve usar condom ou espermicida, ou evitar relações sexuais nas primeiras 48 horas.

Amamentando

- Seis semanas após o parto.
- A amamentação em tempo integral previne a gravidez com eficácia pelo menos por seis meses ou até o retorno das menstruações. O AMP-D oferece uma proteção adicional.
- Se a amamentação é parcial, o melhor momento para iniciar AMP-D é seis semanas após o parto. Se ela esperar mais tempo, a fertilidade poderá ter retornado.
- Se já está menstruando, ela pode começar o uso de AMP-D a qualquer momento, desde que se tenha certeza de que não está grávida.

Após o parto, não amamentando

- Imediatamente, ou a qualquer momento durante as seis pri-

meiras semanas após o parto. Não há necessidade de esperar o retorno da menstruação.

- Após seis semanas, a qualquer momento, desde que se tenha certeza de que a mulher não está grávida. Se não há certeza, ela deve evitar relações sexuais ou usar condom ou espermicida até a primeira menstruação, para começar a usar AMP-D.

Após aborto espontâneo ou provocado

- Imediatamente ou nos primeiros sete dias após o aborto.
- Mais tarde, em qualquer momento, desde que haja certeza de que a mulher não está grávida.

Quando interrompeu um outro método

- Imediatamente.

4. Procedimentos necessários para iniciar o uso do método

Antes de iniciar o uso de métodos anticoncepcionais, a mulher deve ser adequadamente orientada pelo profissional de saúde. Essa orientação deve abranger informações acuradas sobre todos os métodos anticoncepcionais disponíveis. Uma orientação adequada permite a tomada de decisão baseada em informações, traduzindo a “escolha livre e informada”.

Para orientação e aconselhamento em anticoncepção, consulte o capítulo Orientação.

Os procedimentos para iniciar o uso do método, relacionados abaixo, estão classificados em quatro categorias:

Categoria A: Essencial e obrigatório em todas as circunstâncias para o uso do método anticoncepcional.

Categoria B: Médica/epidemiologicamente racional em algumas

circunstâncias para otimizar o uso seguro do método anticoncepcional, mas pode não ser apropriado para todas (os) clientes em todos os contextos.

Categoria C: Pode ser apropriado para uma boa atenção preventiva, mas não tem relação com o uso seguro do método anticoncepcional.

Categoria D: Não somente desnecessários, mas irrelevantes para o uso seguro do método anticoncepcional.

Procedimento	Categoria
Exame pélvico (especular e toque bimanual)	C
Medida de pressão arterial	C
Exame das Mamas	C
Triagem para DST por testes de laboratório (indivíduos assintomáticos)	C
Triagem para câncer de colo uterino	C
Testes laboratoriais rotineiros (colesterol, glicose, enzimas hepáticas)	D
Pontos específicos para orientação sobre injetáveis trimestrais:	
• Eficácia	
• Efeitos colaterais comuns, incluindo alterações no padrão de sangramento	
• Uso correto do método, incluindo a data da próxima injeção e instruções para injeções atrasadas	A
• Uso correto do método	
• Sinais e sintomas para os quais deve procurar o serviço de saúde	
• Proteção contra DST	
• Orientação sobre mudanças no padrão menstrual, incluindo sangramento irregular ou ausente.	

Estes critérios foram desenvolvidos por um grupo de agências colaborativas da USAID e são orientados fundamentalmente para salientar os requisitos mínimos para a oferta de métodos anticoncepcionais em regiões com poucos recursos. O fato de não serem absolutamente necessários não significa que não devam ser utilizados em serviços que contam com recursos adequados; são procedimentos que significam boa prática médica. Deve-se salientar que, em muitas oportunidades, a falta de recursos para realizar alguns procedimentos francamente desnecessários (categoria D) é usada como justificativa para impedir o uso de alguns métodos anticoncepcionais.

A. Instruções Gerais

- a. Explique como usar o AMP-D;
- b. Aplique a injeção;
- c. Agende o retorno em três meses, para uma nova injeção;
- d. Se o retorno em três meses não for possível, forneça uma receita e uma dose da injeção para que seja aplicada em três meses e agende o retorno em seis meses ;
- e. Convide-a a retornar a qualquer momento se tiver alguma dúvida ou problema, ou se desejar trocar de método.

B. Instruções Específicas

- a. A mulher deve procurar retornar a tempo para a próxima injeção, que deve ser aplicada a cada 90 dias. Porém, ela pode vir até duas semanas mais cedo, ou até duas semanas mais tarde;
- b. Se houver atraso de mais de duas semanas para a nova injeção, ela deve usar condom ou espermicida ou evitar relações sexuais até a próxima injeção;

- c. A mulher deve retornar mesmo que esteja muito atrasada para uma nova dose, para avaliar a possibilidade de gravidez e receber nova injeção;
- d. Mencione os efeitos colaterais mais comuns: alterações no ciclo menstrual e ganho de peso;
- e. Descreva e explique esses efeitos colaterais: de início, ela pode apresentar sangramento em qualquer momento, inesperadamente. Em geral, o volume diminui com o tempo. Após seis a doze semanas de uso, ela provavelmente terá muito pouco ou nenhum sangramento. Essas alterações menstruais são normais, comuns, e não trazem prejuízo à saúde;
- f. Convide-a a retornar a qualquer momento, se tiver dúvidas ou problemas, ou se desejar trocar de método;
- g. Descreva os sintomas de problemas que requerem atenção médica: se a mulher apresentar algum desses sintomas, ela deve ser orientada para procurar imediatamente o Serviço de Saúde:

SINAIS DE ALERTA

- Sangramento volumoso e incômodo
- Cefaléia intensa que começou ou piorou após ter iniciado AMP-D
- Icterícia

C. Aplicando a injeção

Importante: As instruções descritas a seguir são a descrição resumida de um procedimento, que sob nenhuma circunstância deverá substituir o treinamento apropriado.

Equipamentos e suprimentos necessários:

- Uma dose de AMP-D (150mg);
- Algodão e anti-séptico;
- Uma seringa de 2 a 5 ml e uma agulha intramuscular 21-23, estéreis.

Etapas:

- Lave as mãos e use luvas;
- Lave o local onde será aplicada a injeção com água e sabão, se necessário, e limpe com um anti-séptico. Faça movimentos circulares de dentro (do local da injeção) para fora;
- Agite o frasco-ampola suavemente. Limpe a tampa de borracha do vidro com um anti-séptico e encha a seringa com a dose apropriada.
- Aplique a injeção profundamente, na parte superior do braço (músculo deltóide) ou na nádega (músculo glúteo, no quadrante superior lateral). Para aplicação de AMP-D, ambos são locais apropriados. Injete e esvazie o conteúdo da seringa;
- Não massageie o local da injeção. Oriente a mulher para não massagear ou esfregar o local, porque isso fará com que o AMP-D seja absorvido muito rapidamente.

D. Manuseio adequado das agulhas e seringas

Preferencialmente, deverão ser utilizadas agulhas e seringas descartáveis.

Agulhas e seringas descartáveis:

- Coloque as seringas e agulhas usadas em um recipiente feito de material à prova de acidentes de punção;
- Quando 3/4 do recipiente estiverem cheios, o mesmo deve ser queimado ou enterrado;

- Não coloque agulhas descartáveis no lixo; agulhas usadas não devem ser tampadas, entortadas ou quebradas antes de serem descartadas;
- Não reutilize agulhas e seringas descartáveis.
- Agulhas e seringas reaproveitáveis:
- As agulhas e seringas reaproveitáveis devem ser esterilizadas depois de cada uso.

5. Acompanhamento

Em todos os retornos:

- Pergunte se a mulher tem dúvidas ou quer conversar sobre algum assunto;
- Pergunte sobre sua experiência com o método, se está satisfeita ou não. Dê a ela as informações ou ajuda de que necessita e convide-a a retornar novamente se tem dúvidas ou está preocupada. Se ela tem problemas que não podem ser resolvidos, ajude-a a escolher outro método;
- Pergunte sobre seu ciclo menstrual;
- Pergunte se ela tem tido problemas de saúde desde o último retorno; se desenvolveu hipertensão, doença coronariana, AVC, câncer de mama ou doença hepática ativa, ajude-a a escolher outro método.
- Se ela não apresentou nenhuma contra-indicação ao uso de AMP-D e deseja continuar usando o método, aplique uma nova injeção e agende novo retorno em três meses.

C. MANEJO DAS INTERCORRÊNCIAS OU COMPLICAÇÕES

- Não menospreze as queixas da usuária;

- Se a mulher está preocupada, procure tranquilizá-la;
- Se ela continuar insatisfeita após o tratamento e orientação, ajude-a a escolher outro método, se ela quiser.

1. Como Tratar os Problemas

- **Sexualmente ativa e atraso de mais de duas semanas para uma nova injeção:**
 - Se há possibilidade de gravidez, investigue.
 - Se a possibilidade de gravidez é nula ou pequena, ela pode continuar usando o AMP-D, se assim o desejar.
 - **Amenorréia:** Tranqüilize-a, explicando que amenorréia é normal entre as usuárias de AMP-D e não é prejudicial. Tranqüilize-a, explicando também que a amenorréia não significa que ela não poderá ficar grávida após interromper o AMP-D. Também não significa que ela entrou na menopausa precocemente. Se a mulher completou 50 anos, interrompa o AMP-D por nove meses e verifique se a menstruação retorna. Ela deve usar um método não-hormonal no período. Onde está disponível, a dosagem de FSH no sangue pode ser um excelente indicador para permitir suspender o uso de AMP-D em mulheres com amenorréia e 50 anos ou mais. Se o FSH for superior a 25 mUI/ml, o AMP-D pode ser suspenso sem risco de gravidez.
- **Manchas ou sangramento no intervalo entre as menstruações que provocam desconforto:** Tranqüilize-a explicando que manchas ou sangramento no intervalo entre as menstruações é normal e muito comum durante os primeiros meses de uso do AMP-D. Se algum problema ginecológico foi detectado, trate.

- **Sangramento volumoso e incômodo:**

- Se o sangramento já cessou e a mulher deseja continuar o uso do método, tranquilize-a e aplique a nova dose.

- Se o sangramento continua e sugere uma condição subjacente, trate a condição.

- Se o sangramento não tem causa aparente e não há contra-indicação ao uso de estrogênio: anticoncepcionais orais combinados de baixa dose, um por dia, por 7 a 21 dias, por dois ou três ciclos, OU 30 a 50 microgramas de etinilestradiol diariamente por 7 a 21 dias, OU antiinflamatório não esteróide, exceto aspirina, OU adiantamento da dose seguinte.

- Oriente-a para ingerir alimentos ricos em ferro.

- **Sangramento vaginal anormal e inexplicado:** Se o sangramento começou após ter iniciado o uso do AMP-D, ela pode continuar a usá-lo, enquanto está sendo avaliada. Explique que o AMP-D normalmente altera o padrão menstrual e que, normalmente, essas alterações não são prejudiciais. Avalie e trate quaisquer condições médicas subjacentes.

- **Cefaléia intensa com visão turva:** A mulher portadora de enxaqueca pode usar AMP-D com segurança. Ela deve, entretanto, trocar por um método não hormonal se a enxaqueca começou ou piorou após ter iniciado o uso de AMP-D ou está acompanhada de visão turva, perda temporária de visão, escotomas cintilantes ou linhas em zigue-zague, ou dificuldade para falar ou se locomover.

2. Quando Interromper a Anticoncepção ou Trocar de Método

Baseado no princípio de livre escolha do método anticoncepcional, a mulher pode optar por outro método anticoncepcional se e quando assim o desejar, ou se apresentar problemas com os quais o uso de AMP-D não é adequado.

Também é livre (e informada) a decisão da mulher optar por não usar qualquer método anticoncepcional, se assim o desejar por qualquer motivo.

DIU

O dispositivo intra-uterino (DIU) é um dos métodos anticoncepcionais mais utilizados em todo o mundo, com aproximadamente 100 milhões de usuárias. É um objeto pequeno de plástico flexível, freqüentemente com revestimento ou fios de cobre. O dispositivo é inserido no útero da mulher através da vagina. É conhecido também por suas características específicas: o DIU com cobre -TCu 380A e MLCu-375; o Sistema Intra-Uterino que libera progestágeno - LNG-20; e o DIU inerte, não medicado - tipo alça de Lippes - que atualmente não está disponível.

A. CARACTERÍSTICAS

1. Tipos e Modelos

- DIU com Cobre: é feito de plástico, com filamento de cobre enrolado em sua haste vertical (TCu-380 A e MLCu-375). O modelo TCu-380 A tem anéis de cobre também em suas hastes horizontais.
- DIU que libera hormônio: é feito de plástico e a haste vertical é envolvida por uma cápsula que libera continuamente pequenas quantidades de levonorgestrel. O Sistema Intra-uterino LNG-20 é desse tipo.
- DIU inerte ou não medicado: é feito de plástico ou aço inoxidável. A “alça de Lippes”, por exemplo, é toda de plástico. Esse modelo de DIU não se usa na atualidade; entretanto, mulheres que já são usuárias podem continuar usando até 6 meses após a menopausa, quando deverá ser removido.



TCu 380A, MLCu 375, SIU-LNG

Tipos e Modelos de DIUs Disponíveis no Brasil

DIU com Cobre	Característica
TCu 200	Revestido com 200 mm ² de fios de cobre na haste vertical; os fios são brancos
MLCu 375 Standard	Revestidos com 375 mm ² de cobre na haste vertical; os fios são pretos
MLCu 375 Slim	Revestido com 314mm ² de cobre na haste vertical e dois anéis de 33mm ² de cobre em cada haste horizontal; os fios são brancos
TCu 380 A	

Comparação dos DIUs com Cobre

Modelo	Taxa de falha em 1 ano por 100 mulheres	Duração recomendada
TCu 380A	0,3	10 anos
MLCu 250	1,2	3 anos
MLCu 375	1,4	5 anos
TCu 200	2,3	3 anos
Cu T 280	3,3	5 anos

Fonte: Estudos Clínicos FHI, 1985-1989.

2. Mecanismo de Ação

Atua impedindo a fecundação. Aparentemente, o DIU torna mais difícil a passagem do espermatozóide pelo trato reprodutivo feminino, reduzindo a possibilidade de fertilização do óvulo. Também é possível que o DIU previna a implantação do ovo fertilizado na parede uterina. Para a Organização Mundial da Saúde, o DIU interfere nas diferentes etapas do processo reprodutivo que ocorrem previamente à fertilização.

3. Eficácia

- **TCu380A** - É o mais eficaz dos DIUs com cobre e seu efeito dura 10 anos. No primeiro ano de uso a taxa de gravidez é de 0,6 a 0,8 por 100 mulheres. Nos anos seguintes a taxa anual de gravidez é ainda menor.
- As taxas de gravidez com o uso do **MLCu-375** (que dura 5 anos) também são baixas.
- Outros DIUs com cobre e os DIUs inertes - Eficazes em uso rotineiro. Taxa de gravidez de 3 para 100 mulheres no primeiro ano de uso (aproximadamente uma em cada 30 mulheres).
- Consulte a tabela que mostra a taxa de falha dos Métodos Anticoncepcionais.

4. Desempenho Clínico

Os estudos indicam que as usuárias de DIU continuam usando o método durante muito mais tempo do que as usuárias de outros métodos anticoncepcionais reversíveis. A taxa de continuação em um ano varia em torno de 88 por 100 mulheres para o MLCu250, 86 para o TCu 380A, 83 para a alça de Lippes e 80 pra o TCu 200.

As causas mais freqüentes de abandono de uso são o sangramento aumentado e a dor. A freqüência de encerramentos por gravidez e infecção é muito baixa. Outras causas para descontinuação do DIU são as razões pessoais, como o desejo de gravidez.

5. Efeitos Secundários

São efeitos colaterais comuns (5 a 15%):

- alterações no ciclo menstrual (comum nos primeiros três meses, geralmente diminuindo depois desse período);
- sangramento menstrual prolongado e volumoso;
- sangramento e manchas no intervalo entre menstruações;
- cólicas de maior intensidade ou dor durante a menstruação.

Outros efeitos colaterais menos comuns (menos de 5%) são:

- cólicas intensas ou dor até três a cinco dias após a inserção;
- sangramento menstrual muito volumoso ou sangramento nos intervalos entre as menstruações, contribuindo para anemia. Tende a ocorrer mais comumente com os DIUs inertes do que com os de cobre ou aqueles que liberam hormônios;
- dor e sangramento ou manchas podem ocorrer imediatamente após a inserção do DIU, mas usualmente desaparecem em um ou dois dias.

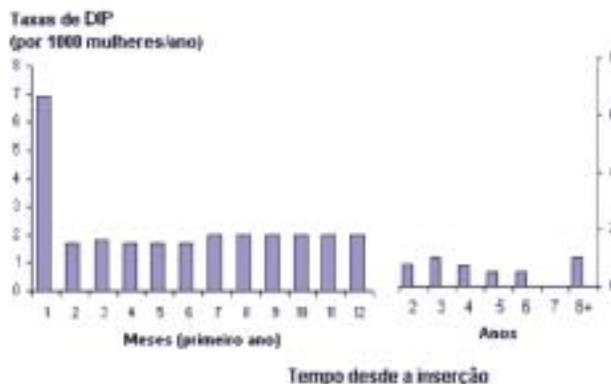
Importante: Não previne contra doenças sexualmente transmissíveis (DST), inclusive HIV/AIDS. Não é um método indicado para mulheres com história recente de DST ou que têm múltiplos parceiros sexuais (ou que têm um parceiro com múltiplas parceiras ou parceiros sexuais).

6. Riscos e Benefícios

Riscos

- Perfuração da parede do útero (muito raro quando a inserção é bem feita);
- Em mulheres usando o DIU, após uma DST, tende a ocorrer com mais frequência a doença inflamatória pélvica (DIP). A DIP pode levar à infertilidade.

Taxa de incidência de DIP por tempo desde a inserção



Fonte: Farley et al, 1992.

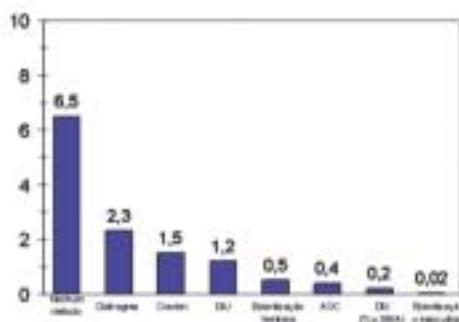
- Algumas mulheres, ocasionalmente, podem sentir uma sensação de fraqueza e, excepcionalmente, desmaiar durante o procedimento;
- Pode deslocar-se e sair do útero, às vezes sem que a mulher se dê conta.

Benefícios

- Método de longa duração. O TCU 380A dura, pelo menos, 10 anos; os DIUs inertes nunca precisam ser trocados;

- Uma única decisão leva a anticoncepção eficaz e duradoura;
- Muito eficaz;
- Não interfere nas relações sexuais;
- Não diminui o apetite sexual nem o prazer;
- Os DIUs com cobre e os inertes não apresentam os efeitos colaterais do uso de hormônios;
- Imediatamente reversível. Quando removido, a mulher pode engravidar tão rapidamente quanto uma mulher que não usou o DIU;
- Os DIUs com cobre e os inertes não interferem na qualidade ou quantidade do leite materno;
- Pode ser inserido imediatamente após o parto (exceto os DIUs que liberam hormônios) ou após um aborto induzido (se não há evidência de infecção);
- Pode ser usado até a menopausa (até um ano ou mais após a última menstruação);
- Não interage com outra medicação;
- Pode prevenir a gravidez ectópica. O risco de gravidez ectópica em mulheres que usam DIU é menor do que naquelas que não usam nenhum método anticoncepcional.

Taxa estimadas de gravidez ectópica



Fonte: Sivin, 1991.

7. Duração

Prazo de Validade

O DIU é acondicionado em embalagem estéril; o prazo de validade do DIU na embalagem varia entre 2 e 5 anos, de acordo com o fabricante; após esse prazo é necessário repetir o procedimento de esterilização do DIU através de óxido de etileno. A data de fabricação e a data de validade estão impressas na embalagem.

Duração de Uso

A duração de uso do DIU difere segundo o modelo: o TCu 380A está aprovado para 10 anos, o MLCu 375 para 5 anos e o TCu 200 para 6 anos. A efetividade do método mantém-se durante todo o período de uso. Não há necessidade de períodos de “descanso” para inserir um novo DIU após a mulher ter usado o anterior por um longo período.

B. MODOS DE USO

1. Início de Uso

Em geral, as mulheres podem usar o DIU com eficácia e tranquilidade. Os DIUs podem ser usados em quaisquer circunstâncias por mulheres:

- Fumantes;
- Que tiveram um aborto recente, induzido ou espontâneo, se não houver sinais de infecção ou risco de infecção;
- Que tomam antibióticos e anticonvulsivantes;
- Magras ou obesas;
- Lactantes.

Além disso, as mulheres com as seguintes condições médicas podem usar o DIU em quaisquer circunstâncias:

- Doença mamária benigna;
- Câncer de mama;
- Cefaléia;
- Hipertensão arterial;
- Sangramento vaginal irregular, após investigação;
- Coagulopatias;
- Varizes;
- Doença cardíaca (a mulher portadora de cardiopatia valvar pode necessitar de profilaxia antibiótica antes da inserção);
- História de AVC;
- Diabetes;
- Doença biliar ou hepática;
- Esquistossomose (sem anemia);
- Tireoidopatias;
- Epilepsia;
- Tuberculose não-pélvica;
- Mioma uterino (exceto se a cavidade uterina está muito distorcida);
- História pregressa de gravidez ectópica;
- História pregressa de cirurgia pélvica.

Importante: As características e condições listadas acima pertencem à categoria 1 dos critérios de elegibilidade da OMS. As mulheres com as condições e problemas da categoria 2 também podem usar este método, desde que com orientação adequada.

2. Critérios Médicos de Elegibilidade

Os critérios de elegibilidade médica para uso de métodos anticoncepcionais foram desenvolvidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996) com o objetivo de auxiliar os profissionais da saúde na orientação das (os) usuárias (os) de métodos anticoncepcionais. Não devem ser considerados uma norma estrita, mas sim uma recomendação, que pode ser adaptada às condições locais de cada país. Consiste em uma lista de condições das (os) usuárias (os), que poderiam significar limitações para o uso dos diferentes métodos, e as classifica em 4 categorias, de acordo com a definição a seguir:

OMS 1: o método **pode ser usado sem restrições**.

OMS 2: o método **pode ser usado**. **As vantagens geralmente superam riscos** possíveis ou comprovados. As condições da categoria 2 devem ser consideradas na escolha de um método. Se a mulher escolhe este método, um acompanhamento mais rigoroso pode ser necessário.

OMS 3: o método **não deve ser usado**, a menos que o profissional de saúde julgue que a mulher pode usar o método com segurança. Os riscos possíveis e comprovados superam os benefícios do método. Deve ser o método de última escolha e, caso seja escolhido, um acompanhamento rigoroso se faz necessário.

OMS 4: o método **não deve ser usado**. O método apresenta um risco inaceitável.

Lista de Critérios de Elegibilidade Médica para DIU com cobre

Faça à mulher as perguntas abaixo. Se ela responder não a todas as perguntas, então ela pode usar o DIU com cobre, se assim o desejar. Se ela responder sim a alguma pergunta, siga as instruções.

1. Você acha que pode estar grávida?

Não. **Sim.** Investigue a possibilidade de gravidez. Não insira o DIU. Forneça espermicida e condons para a mulher usar até ter certeza de que ela não está grávida.

2. Nos últimos três meses, você teve sangramento vaginal anormal, especialmente nos intervalos entre menstruações ou após as relações sexuais?

Não. **Sim.** Se a mulher teve sangramento vaginal inexplicado, que sugira uma condição médica subjacente, não insira o DIU até diagnosticar o problema. Avalie a história e o exame pélvico. Identifique e trate o problema, se for apropriado, ou encaminhe.

3. Você teve um parto há mais de 48 horas e menos de quatro semanas?

Não. **Sim.** Adie a inserção do DIU até quatro semanas ou mais depois do parto. Se necessário, forneça condons ou espermicida para a mulher usar até então.

4. Você teve uma infecção após o parto?

Não. **Sim.** Se a mulher apresenta infecção do trato genital durante os primeiros 42 dias após o parto, não insira o DIU.

Encaminhe para tratamento. Ajude-a a escolher um outro método eficaz.

5. Você teve uma doença sexualmente transmissível (DST) ou doença inflamatória pélvica (DIP) nos últimos três meses? Você tem uma DST ou DIP, ou outra infecção qualquer nos órgãos genitais, atualmente? (Os sinais e sintomas de DIP são: infecção pélvica grave com dor no baixo ventre e, muitas vezes, corrimento vaginal anormal, febre, polaciúria e disúria). Entretanto, se a mulher não tem dor ou desconforto abdominal com a mobilização do colo uterino, ela provavelmente não tem uma infecção pélvica.

Não. Sim. Não insira o DIU agora. Recomende enfaticamente o uso de condons para proteção contra DST. Encaminhe ou trate a mulher e o(s) parceiro (s). O DIU pode ser inserido três meses após a cura da infecção, a menos que haja a probabilidade de reinfecção.

6. Você está infectada com o HIV? Você tem AIDS?

Não. Sim. Se a mulher tem AIDS, está infectada com HIV ou está sendo tratada com medicação que deprima o seu sistema imunológico, a decisão de inserir um DIU deve ser feita com muito cuidado. Em geral, não insira o DIU a menos que outros métodos não sejam aceitáveis ou não estejam disponíveis. Seja qual for o método escolhido, recomende enfaticamente o uso de condons. Forneça-lhe condons.

7. Você acha que pode contrair uma DST no futuro? Você ou o seu parceiro têm mais de um parceiro sexual?

Não. **Sim.** Se a mulher corre risco de contrair uma DST, explique que as DST's podem levar à esterilidade. Encoraje-a a usar condons para proteção contra DST. Não insira o DIU. Ajude-a a escolher um outro método.

8. Você tem câncer nos órgãos genitais ou tuberculose pélvica?

Não. **Sim.** Se a mulher tiver câncer cervical, de endométrio, de ovário, doença trofoblástica benigna ou maligna ou tuberculose pélvica, não insira o DIU. Trate ou encaminhe para tratamento, conforme for apropriado. Ajude-a a escolher um outro método eficaz.

3. Momentos Apropriados para Inicia o Uso

Mulher menstruando regularmente

- A qualquer momento durante o ciclo menstrual, desde que há **certeza de que a mulher não está grávida** e que ela tenha um útero saudável. Se a mulher vem usando um anticoncepcional confiável e não tem tido relações sexuais, o melhor momento para inserir o DIU é quando ela solicitar.
- Durante a menstruação. Possíveis vantagens:
 1. Se o sangramento é menstrual, a possibilidade de gravidez fica descartada; a inserção é mais fácil;
 2. Qualquer sangramento causado pela inserção não incomodará tanto a mulher;
 3. A inserção pode causar menos dor.
- Possíveis desvantagens da inserção durante a menstruação:
 1. Dor por infecção pélvica pode ser confundida com

cólica menstrual. O DIU não deve ser inserido se a mulher tem infecção pélvica;

2. Pode ser difícil identificar outros sinais de infecção.

Após o parto

- Durante a estadia no hospital, se a mulher já havia tomado esta decisão antecipadamente. O momento mais indicado é 10 minutos após a remoção da placenta. Porém, pode ser inserido a qualquer momento dentro de 48 horas após o parto. (Importante: É necessário um treinamento especial).
- Se não for inserido logo após o parto, pelo menos quatro semanas após.

Após aborto natural ou induzido

- Imediatamente, se não houver infecção.
- Se houver infecção, trate e ajude a mulher a escolher um outro método eficaz. Depois de três meses, se não há mais infecção, a mulher não está em alto risco de reinfeção e não está grávida, o DIU pode ser inserido.

Quando interrompeu um outro método.

- Imediatamente.

4. Procedimentos para Iniciar o Uso do Método

Antes de iniciar o uso de métodos anticoncepcionais, a mulher deve ser adequadamente orientada pelo profissional de saúde. Essa orientação deve abranger informações acuradas sobre todos os métodos anticoncepcionais disponíveis. Uma

orientação adequada permite a tomada de decisão baseada em informações, traduzindo a “escolha livre e informada”.

Importante: Para orientação e aconselhamento em anticoncepção, consulte o capítulo **Orientação**.

Os procedimentos para iniciar o uso do método, relacionados abaixo, estão classificados em quatro categorias:

Categoria A: Essencial e obrigatório em todas as circunstâncias para o uso do método anticoncepcional.

Categoria B: Médica/epidemiologicamente racional em algumas circunstâncias para otimizar o uso seguro do método anticoncepcional, mas pode não ser apropriado para todas (os) clientes em todos os contextos.

Categoria C: Pode ser apropriado para uma boa atenção preventiva, mas não tem relação com o uso seguro do método anticoncepcional.

Categoria D: Não somente desnecessários, mas irrelevantes para o uso seguro do método anticoncepcional.

Procedimento	Categoria
Exame pélvico (especular e toque bimanual)	A
Medida de pressão arterial	C
Exame das Mamas	C
Triagem de DST através de exames laboratoriais (indivíduos assintomáticos)	C
Deteção precoce do câncer de colo uterino	C

Procedimento	Categoria
Testes laboratoriais rotineiros (colesterol, glicose, enzimas hepáticas)	D
Orientação geral:	A
<ul style="list-style-type: none"> • Eficácia • Efeitos colaterais comuns • Uso correto do método • Sinais e sintomas para os quais deve retornar ao Serviço de Saúde • Proteção contra DST 	
Itens específicos de orientação relacionados ao DIU:	
<ul style="list-style-type: none"> • Orientação sobre mudanças no padrão menstrual, incluindo aumento do sangramento com DIU que libera cobre • Comportamento de alto risco • Orientação sobre o uso de condom para mulheres que, sob algumas circunstâncias, podem se tornar de alto risco para DST. 	

Nota: Mulheres que atualmente estão em alto risco para DST não devem receber o DIU.

Estes critérios foram desenvolvidos por um grupo de agências colaborativas da USAID e são orientados fundamentalmente para salientar os requisitos **mínimos** para a oferta de métodos anticoncepcionais em **regiões com poucos recursos**. O fato de não serem absolutamente necessários não significa que não

devam ser utilizados em serviços que contam com recursos adequados; são procedimentos que significam boa prática médica. Deve-se salientar que, em muitas oportunidades, a falta de recursos para realizar alguns procedimentos francamente desnecessários (categoria D) é usada como justificativa para impedir o uso de alguns métodos anticoncepcionais.

Instruções Gerais:

Fornecendo o DIU

Importante: A mulher que escolhe o DIU se beneficiará de uma boa orientação. Um provedor gentil, que dá ouvidos às suas preocupações, responde às suas dúvidas e fornece informações claras e práticas sobre os efeitos colaterais, especialmente sobre as alterações no fluxo menstrual e a dor após a inserção, estará ajudando-a a usar o DIU com sucesso e satisfatoriamente.

Importante: Toda mulher que escolhe o DIU deve ter acesso fácil à remoção do mesmo. Todos os programas de atenção à saúde da mulher que oferecem o DIU devem ter pessoal qualificado para removê-lo, ou, pelo menos, montar um esquema prático de encaminhamento para remoção.

Instruções Específicas

Importante: As orientações apresentadas a seguir são apenas a descrição resumida de um procedimento, que sob nenhuma circunstância deverá substituir o treinamento apropriado.

a. Inserindo o DIU

É necessária prática e treinamento adequados, sob supervisão direta, para aprender como inserir um DIU. As instruções que se seguem constituem apenas um resumo e não uma descrição técnica detalhada do procedimento. Todos os provedores de planejamento familiar devem conhecer o procedimento de inserção de um DIU e estar preparados para conversar com as mulheres sobre o mesmo.



DIU inserido no útero

- O provedor deve **fazer um exame pélvico cuidadoso** (bi-manual e especular), verificando a posição do útero, para certificar-se de que a mulher pode usar o DIU com segurança e eficácia.
- A técnica de inserção consiste nas seguintes etapas:
 - Observar as medidas para prevenção de infecção: limpar cuidadosamente o colo uterino e a cavidade vaginal com uma solução anti-séptica antes da inserção do DIU;

– Pinçar o lábio anterior do colo uterino com uma pinça de Pozzi e inserir delicadamente o histerômetro através do canal cervical até atingir o fundo uterino. Deve-se tomar cuidado para não tocar as paredes vaginais ou as lâminas do espéculo com o histerômetro e deve-se passar o histerômetro somente uma vez pelo canal cervical;

– **Depois da histerometria**, carregar o dispositivo no tubo de inserção sem tirar o DIU do pacote estéril. A técnica “no-touch” é a mais indicada, porque garante condições assépticas de inserção. Deve-se usar sempre um DIU novo, pré-esterilizado e embalado individualmente.

– Inserir o dispositivo de inserção carregado através do canal cervical, **lenta e delicadamente**, seguindo as instruções do fabricante. Deve-se cuidar para não tocar as paredes vaginais ou as lâminas do espéculo, e evitar passar o dispositivo mais de uma vez pelo canal cervical;

– É recomendável padronizar o comprimento do fio entre **2 e 3 cm**.

– A mulher deve **informar o provedor se sentir desconforto ou dor** em qualquer momento durante o procedimento. Pode-se administrar analgésicos 30 minutos antes do procedimento para diminuir as cólicas e dor.

– Depois da inserção, o provedor pergunta à mulher como ela se sente. Se ela se sentir tonta ao se sentar, deve ficar deitada, repousando por cinco a dez minutos. A cólica não deve durar muito tempo.

Importante: Inserção pós-parto: somente provedores especialmente treinados devem inserir um DIU após o parto. É importante seguir a técnica correta de inserção para diminuir o risco de expulsão. Um DIU pode ser inserido logo após a expulsão da placenta ou até 48 h depois do parto. Isso vale tanto para as mulheres que tiveram partos normais como para as que se submeteram a cesarianas.

a. Removendo o DIU

Motivos para a remoção

- A mulher solicita a remoção;
- Efeitos colaterais, como por exemplo, dor.
- Razões médicas:
 - gravidéz,
 - doença inflamatória pélvica aguda (endometrite ou salpingite),
 - perfuração do útero,
 - DIU se deslocou (expulsão parcial),
 - sangramento vaginal anormal e volumoso que põe em risco a saúde da mulher.
- Quando expirou o prazo de validade de um DIU com cobre ou de um DIU que libera hormônios.
- Quando a mulher atingiu a menopausa (pelo menos um ano se passou após a última menstruação).

Importante: Não se deve recusar ou adiar desnecessariamente a remoção de um DIU quando a mulher a solicita, seja qual for a razão do pedido, pessoal ou médica.

b. Para a remoção de um DIU:

- A remoção do DIU é relativamente simples. Pode ser feita em qualquer momento do ciclo menstrual, embora possa ser um pouco mais fácil durante a menstruação, quando o canal cervical está dilatado.
- Devem ser observadas as medidas para prevenção de infecção.
- Alguns autores, na remoção do DIU devido a DIP, preferem dar cobertura antibiótica antes da remoção do DIU.
- Com cuidado, o provedor puxa delicadamente os fios do DIU com uma pinça.
- Se o DIU não sair facilmente, o provedor pode dilatar o colo usando uma pinça fina e longa, ou encaminhar a mulher a um profissional experiente, especialmente treinado.
- Remoção do DIU com fios extraviados: Se o exame ecográfico é disponível e o DIU com fios extraviados está bem posicionado, o DIU não deve ser removido. Se os fios estão extraviados e não há possibilidade de se fazer ecografia, ou a ecografia mostra expulsão parcial (parte do DIU no canal cervical), o DIU deve ser removido, certificando-se de que a mulher não esteja grávida. O DIU pode ser removido no consultório com pinça, agulha de crochê ou algum outro instrumento apropriado.

c. Explicando como usar**Observe os seguintes passos:**

- Agende uma consulta de retorno dentro de três a seis semanas, por exemplo, após a menstruação, para um exame pélvico e revisão. O objetivo dessa consulta é verificar, através do exame físico, se o DIU continua no lugar e se não há sinais de infecção.

O retorno deve ser marcado para quando for mais conveniente para a mulher, desde que ela não esteja menstruando. Depois dessa consulta, as consultas de rotina seguintes deverão ser anuais.

- Certifique-se de que a mulher sabe:
 - identificar o tipo de DIU que está usando e o seu formato;
 - quando retornar para remover ou trocar o DIU (para o TCU-380A, 10 anos após a inserção). Converse com a mulher sobre como se lembrar da data em que deve retornar. Um novo DIU pode ser inserido imediatamente após a remoção do antigo, se assim a mulher desejar;
 - que deve informar o seu médico ou profissional de saúde que ela usa um DIU.

Importante: Forneça à mulher uma ficha em que estejam escritos os dados sobre a inserção do DIU, incluindo mês e ano, e a data para remoção.

d. Forneça Instruções Específicas:

A mulher que opta pelo DIU deve saber como é o procedimento de inserção. Ela deve também entender o seguinte:

Ela poderá sentir:

- um pouco de cólica durante um ou dois dias após a inserção; caso sinta cólica, ela pode tomar analgésicos;
- um pouco de **secreção** vaginal durante algumas semanas após a inserção, que é normal;
- **menstruação volumosa:** ou sangramento nos intervalos entre as menstruações, especialmente durante os primeiros meses após a inserção do DIU.

Checando a posição do DIU:

Ela deve aprender a verificar se o DIU está no lugar. Ocasionalmente, o DIU desloca-se e é expelido. Isso geralmente acontece no primeiro mês após a inserção ou durante a menstruação. Um DIU pode deslocar-se sem que a mulher perceba.

A mulher deve verificar se o DIU está no lugar:

- uma vez por semana, durante o primeiro mês após a inserção;
- se tiver sintomas de um problema sério;
- periodicamente, após a menstruação. O DIU apresenta uma tendência maior a deslocar-se durante a menstruação.
- Para verificar se o DIU está no lugar, a mulher deve:
 - lavar as mãos;
 - ficar de cócoras;
 - inserir 1 ou 2 dedos na vagina até sentir os fios do DIU. Se achar que o DIU está fora do lugar, ela deve procurar o serviço de saúde.
 - lavar as mãos, novamente.

Importante: A mulher não deve puxar os fios para não deslocar o DIU.

Obs: às vezes, quando a inserção é feita pós-parto, os fios do DIU nem sempre passam através do colo uterino.

f. Oriente a mulher sobre os problemas mais comuns:

Descreva os sintomas de problemas sérios que requerem atenção médica imediata. Complicações sérias do uso do DIU são raras. Ainda assim, a mulher deve procurar o serviço de saúde se ela apresentar quaisquer destes sintomas. O DIU pode ou não ser a causa do problema.

SINAIS DE ALERTA

- **Ausência de menstruação**, ou a mulher acha que pode estar grávida, especialmente se ela também apresenta sintomas de gravidez ectópica, tais como, por exemplo, sangramento vaginal anormal, dor abdominal ou sensibilidade abdominal e desmaios. A presença desses sintomas requer cuidado médico imediato.
- **A mulher acha que foi exposta a uma doença sexualmente transmissível ou tem HIV/AIDS.**
- Ao verificar os fios do DIU, a mulher acha que o **DIU se deslocou**: ela não encontra os fios ou os fios parecem mais curtos ou longos; ela percebe um objeto de consistência dura na vagina ou no colo, que pode ser parte do DIU.
- **Dor intensa, ou que vem aumentando no baixo ventre**, especialmente se acompanhada de febre e/ou sangramento nos intervalos entre as menstruações, sinais e sintomas de doença inflamatória pélvica).

Outros problemas comuns são:

- Parceiro sexual sente os fios do DIU durante a relação sexual e isso o incomoda. Na clínica, os fios podem ser aparados.
- Sangramento volumoso ou prolongado que incomoda a mulher.
- Ela ou o seu parceiro não estão satisfeitos com o DIU.
- Expirou o prazo de validade de um DIU com cobre ou de um DIU que libera hormônios. A mulher retorna para remover ou trocar o DIU.
- A mulher deseja remover o DIU por qualquer razão, a qualquer momento.

- A mulher tem dúvidas.
- A mulher deseja um outro método de planejamento familiar.

4. Acompanhamento

Nas consultas de retorno:

- Faça um exame pélvico, principalmente se houver suspeita de:
- Doença sexualmente transmissível ou doença inflamatória pélvica;
- DIU mal posicionado.
 - A ecografia transvaginal rotineira não é necessária; deve ser realizada somente se há suspeita de que o DIU não esteja corretamente posicionado. Mesmo DIUs que não estejam exatamente no fundo uterino podem estar ajustados e exercendo sua eficácia anticonceptiva. Como rotina prática, alguns serviços com grande experiência no uso de DIUs têm recomendado a retirada apenas quando a ecografia transvaginal identifica a extremidade inferior do DIU no orifício interno ou abaixo dele. Os estudos demonstram que a distância do DIU em relação ao fundo uterino, e mesmo ao miométrio, podem variar bastante, dependendo inclusive da fase do ciclo menstrual. A realização rotineira da ecografia não é custo efetiva e, muitas vezes, pode trazer preocupações desnecessárias para a usuária e para o profissional de saúde.
 - Pergunte se a mulher tem dúvidas ou quer conversar sobre qualquer assunto.
 - Pergunte sobre a sua experiência com o DIU, se ela está satisfeita ou se tem problemas. Forneça-lhe as informações ou a ajuda de que ela necessitar. Convide-a para retornar sempre que tiver dúvidas ou problemas. Se ela tem problemas que não podem ser resolvidos, ajude-a a escolher outro método.

- Informe-a sobre as razões para retornar.
- Lembre-a do prazo de duração do DIU e da data para remoção.
- Indague se ela teve quaisquer problemas de saúde desde o último retorno:
 - Se ela apresenta uma condição que contra-indique o uso do DIU, remova-o. Ajude-a a escolher um outro método,
 - A mulher pode continuar a usar um DIU, ainda que ela apresente as seguintes condições: sangramento vaginal anormal e inexplicado, que sugira gravidez ou uma outra condição médica subjacente, ou câncer de ovário, do colo do útero ou do endométrio.

A. MANEJO DAS INTERCORRÊNCIAS OU COMPLICAÇÕES

1. Como Tratar os Problemas

Sangramento vaginal prolongado e volumoso:

Há evidência de infecção ou outra anormalidade?

- Faça um exame pélvico para afastar doença cervical, gravidez ectópica ou doença inflamatória pélvica. Encaminhe ou trate quando necessário.
- A mulher pode continuar a usar o DIU enquanto se submete à investigação.

Não há evidência de infecção ou outra anormalidade, faz menos de três meses desde a inserção do DIU, e o sangramento está dentro do esperado?

- Tranqüilize-a, explicando que as alterações menstruais são normais e provavelmente diminuirão com o tempo;
- Informe-a sobre os alimentos ricos em ferro e recomende sua ingestão. Se necessário, forneça suplementação de ferro.
- Pergunte se ela quer continuar a usar o DIU:

– Sim. Peça para ela retornar em três meses para outra avaliação. Se o sangramento continuar incomodando-a, recomende o uso de alguma droga antiinflamatória não esteróide (exceto aspirina) para ajudar a diminuir a perda sanguínea.

– Não. Remova o DIU e ajude-a a escolher um outro método.

Não há evidência de infecção ou outra anormalidade e mais de três meses se passaram desde a inserção do DIU?

- Se o sangramento ou a dor são intensos, ou se a mulher preferir, remova o DIU. Ajude-a a escolher um outro método.
- Se alguma condição anormal está causando o sangramento, trate ou encaminhe para tratamento.
- Se o sangramento é muito importante, examine a mulher para detectar sinais de anemia. Se sinais de anemia estiverem presentes:
 - recomende a remoção do DIU e ajude-a a escolher outro método;
 - forneça-lhe suplementação de ferro por três meses;
 - se ela quiser continuar a usar DIU, mas está usando um modelo inerte, troque-o, substituindo por um de cobre. Solicite que retorne entre três e seis semanas para revisão.

Sangramento vaginal inexplicado e anormal que sugira gravidez ou uma condição médica subjacente

- A mulher pode continuar usando o DIU durante a investigação do quadro; a decisão de remoção ou não do DIU deve ser tomada posteriormente, dependendo do diagnóstico obtido.

Dor no baixo ventre que sugira doença inflamatória pélvica (DIP)

Diagnóstico:

Investigue a história e faça os exames físico e pélvico. Se

os seguintes achados forem encontrados, encaminhe imediatamente para um profissional de saúde habilitado:

- ausência de menstruação, atraso menstrual ou gravidez;
- parto ou aborto recente;
- dor ou sensibilidade à palpação abdominal durante o exame;
- sangramento vaginal;
- massa pélvica.

Se a mulher não apresentar nenhuma das condições acima, diagnostique DIP caso apresente quaisquer dos seguintes achados:

- temperatura oral de 38,3 graus C ou mais;
- corrimento vaginal ou cervical anormal;
- dor à mobilização do colo uterino durante o exame pélvico;
- sensibilidade sobre a região pélvica;
- parceiro sexual com secreção uretral ou tratado para gonorréia.

Importante: O diagnóstico pode ser difícil. Os sinais e sintomas podem ser leves ou ausentes, ou podem se confundir com sinais e sintomas de outras condições como gravidez ectópica e apendicite.

Trate ou encaminhe para tratamento imediatamente.

Trate para gonorréia, clamídia e tricomoníase. Trate todas as três.

Normalmente, remova o DIU, se o exame físico ou os testes de laboratório indicam DIP.

Se o diagnóstico não for de certeza e o acompanhamento for possível, trate sem remover o DIU e observe o resultado do tratamento. Se o diagnóstico for incerto e o acompanhamento não for possível, remova o DIU e inicie o tratamento com antibióticos.

Acompanhamento:

Se a mulher não melhorar em dois ou três dias após iniciado o tratamento, ou se ela desenvolver abscesso tubo-ovariano, ela deve ser encaminhada para um hospital. Caso contrário, agende um retorno assim que ela tiver completado o tratamento.

Trate o parceiro.

Doença sexualmente transmissível (DST) em atividade ou nos últimos três meses, ou cervicite purulenta aguda

- Remova o DIU;
- Diagnostique e trate a DST ou encaminhe.

Câncer cervical, endometrial ou ovariano (aguardando tratamento)

O DIU deve ser removido para tratamento do câncer. Até começar o tratamento, a mulher pode ficar com o DIU se ela deseja, e segundo o julgamento de um médico experiente. Se existe risco de que o DIU possa lesar algum tecido, ele deve ser removido.

Gravidez

- Se os fios do DIU estão visíveis:
 - explique à mulher que a remoção é indicada devido ao risco de infecção grave. Explique também que ela corre um risco ligeiramente maior de ter um abortamento espontâneo.
 - Se ela aceitar, remova o DIU ou encaminhe para remoção. Explique que ela deve procurar um serviço de saúde se apresentar sangramento vaginal excessivo, cólicas, dor, corrimento vaginal anormal ou febre.
- Se os fios do DIU não estão visíveis:
 - Informe à mulher que ela apresenta risco aumentado para aborto espontâneo e infecção. A gravidez deve ser acompanhada cuidadosamente. Ela deve procurar o serviço de saú-

de imediatamente se apresentar sangramento vaginal, cólica, dor, corrimento vaginal anormal ou febre.

Importante: A taxa de gravidez entre as usuárias de DIU é baixa. Entretanto, quando a gravidez ocorre, uma em cada 30 será ectópica. O DIU, especialmente o TCU 380A oferece proteção contra gravidez ectópica, mas, ocasionalmente, isto pode ocorrer. A gravidez ectópica coloca em risco a vida da mulher e requer tratamento imediato.

O parceiro se queixa dos fios:

Explique à mulher (e ao seu parceiro, se possível) que o que está sentindo é normal. Outras alternativas são: aparar mais curto os fios ou remover o DIU.

Importante: Quando a mulher busca ajuda, certifique-se de que você entendeu bem o que ela quer. Depois da entrevista e orientação, pergunte a ela diretamente se quer continuar a usar o DIU ou prefere que seja removido. Ajude-a a decidir, sem pressioná-la.

2. Quando Interromper a Anticoncepção ou Trocar de Método

Com base no princípio de escolha livre e informada do método anticoncepcional, a mulher pode optar por outro método se e quando assim o desejar, ou se apresentar problemas ou condições com os quais o uso do DIU não é adequado.

Também é livre (e informada) a decisão da mulher optar por não usar qualquer método anticoncepcional, se assim o desejar por qualquer motivo.

SISTEMA INTRA-UTERINO LIBERADOR DE LEVONORGESTREL (SIU-LNG)

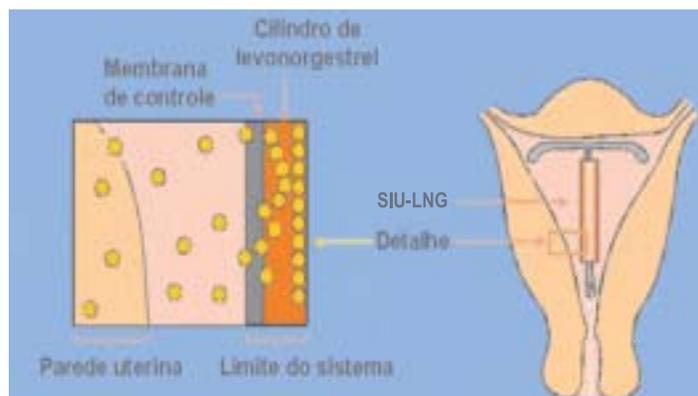
O SIU-LNG é um endoceptivo, ou seja, um sistema intra-uterino que libera hormônio (levonorgestrel) diretamente no útero. Pode ser utilizado como método anticoncepcional, no tratamento de distúrbios menstruais e na terapia de reposição hormonal. Este capítulo trata especificamente do uso de sistema intra-uterino como método anticoncepcional.

A. CARACTERÍSTICAS

Sistema endoceptivo em forma de “T” com 32 mm de comprimento, radiopaco, cuja haste vertical é revestida com um cilindro de polidimetilsiloxano de 19 mm de comprimento contendo 52 mg de Levonorgestrel.



Apresentação esquemática do SIU-LNG



2. Mecanismo de Ação

- **Muco cervical:** diminui a produção, aumenta a viscosidade (relação água/mucina), inibição da migração espermática.
- **Efeitos endometriais:** aproximadamente 1 mês após a inserção, ocorrem supressão do epitélio endometrial (luminal e glandular) e intensa reação decidual do estroma. Essas alterações desaparecem 1 mês após a remoção do endoceptivo. Devido aos níveis elevados de levonorgestrel na cavidade uterina, ocorre insensibilidade do endométrio ao estradiol circulante (inibição da síntese do receptor de estradiol e efeito antiproliferativo).
- **Inibição da ovulação:** aproximadamente 45% a 90% dos ciclos permanecem ovulatórios
- **Outros efeitos:** efeitos útero-vasculares, inibição da motilidade espermática, reação de corpo estranho, mecanismos moleculares.

3. Eficácia

A taxa de gravidez acumulada até 5 anos é de 0 - 0,2 por 100 mulheres. A taxa é similar à da esterilização cirúrgica e é muito baixa em todos os grupos etários.

Consulte a tabela que mostra a taxa de falha dos Métodos Anticoncepcionais.

4. Desempenho Clínico

Os estudos indicam que as taxas de continuação de uso do sistema intra-uterino em 5 anos variam entre 33 a 46,9 por 100 mulheres.

As causas mais frequentes de abandono de uso são amenorréia, dor e expulsão. A frequência de encerramentos por gravidez e infecção é muito baixa, em torno de 1% ou menos.

5. Efeitos Secundários

São efeitos colaterais do sistema intra-uterino:

- Spotting ou manchas: são freqüentes nos 2 -3 primeiros meses;
- Amenorréia: 20% em 1 ano e 50% em 5 anos;
- Efeitos hormonais: sensibilidade mamária, acne (14%);
- Outros efeitos: dor abdominal, dor nas costas, cefaléia, depressão, náuseas, edema.

Importante: Não previne contra doenças sexualmente transmissíveis (DST), inclusive HIV/AIDS. Não é um método indicado para mulheres com história recente de DST ou que têm múltiplos parceiros sexuais (ou que têm um parceiro com múltiplas parceiras ou parceiros sexuais).

6. Riscos e Benefícios

Riscos

- perfuração da parede do útero (muito raro quando a inserção foi bem feita);
- algumas mulheres, ocasionalmente, podem sentir uma sensação de fraqueza e, excepcionalmente, desmaiar durante o procedimento;
- pode deslocar-se e sair do útero, às vezes sem que a mulher se dê conta.

Benefícios

- método de longa duração. O sistema intra-uterino dura entre 5 e 7 anos;
- uma única decisão leva a anticoncepção eficaz e duradoura;
- muito eficaz;
- não interfere nas relações sexuais;
- não diminui o apetite sexual nem o prazer;
- previne gravidez ectópica;
- rapidamente reversível; o retorno da fertilidade no 1º ano é de 75,4% e no 2º ano, 81%. As taxas de recuperação da fertilidade são semelhantes às do DIU com cobre.



- pode ser inserido imediatamente após aborto até 12 semanas ou após 4 semanas do parto;
- pode ser usado no tratamento de metrorragia, dismenorréia e miomas;
- pode ser usado na terapia de reposição hormonal da mulher menopausada, associado ao estrogênio (oral, implantes ou transdérmico);
- pode prevenir infecções genitais. As taxas de infecções genitais são menores entre usuárias de sistema intra-uterino quando comparado com o DIU com cobre.

Comparação DIU com cobre e SIU-LNG

Taxa de descontinuação acumulada por infecções genitais há 5 anos

Infecção	DIU com cobre	SIU-LNG	p
DIP	2,2	0,8	<0,01
Endometrite	6,0	1,5	<0,007
Cervicite	1,1	0,8	<0,3
Colpite	1,8	0,7	<0,5

7. Duração

Prazo de Validade

O Sistema é acondicionado em embalagem estéril; o prazo de validade na embalagem é de **3 anos**, de acordo com o fabricante; não se pode re-esterilizar após este prazo. A data de fabricação e a data de validade estão impressas na embalagem.

Duração de Uso

O sistema intra-uterino está aprovado para 5 anos de uso (existem estudos clínicos mostrando que a eficácia se mantém até 7 anos). A efetividade do método se mantém durante todo o período de uso. Não há necessidade de períodos de “descanso” para inserir um novo sistema intra-uterino após a mulher ter usado o anterior por um longo período.

B. MODOS DE USO

1. Início de Uso

Em geral, as mulheres podem usar o sistema intra-uterino. Os endoceptivos podem ser usados em quaisquer circunstâncias por mulheres com as seguintes condições:

- 6 semanas ou mais após o parto, se há lactação;
- Pós-aborto (primeiro trimestre);
- Idade de 20 anos ou mais;
- Fumante (qualquer idade);
- Hipertensão: Hipertensão arterial leve ou moderada: PA 140-159/90-99 e PA 160-179/100-109;
- História de pré-eclâmpsia;
- História de diabetes gestacional;
- Trombose venosa profunda ou embolia pulmonar atual ou no passado;
- Cirurgias: Cirurgia de grande porte com ou sem imobilização prolongada;
- Cirurgia de pequeno porte sem imobilização;
- Varizes;

- Tromboflebite superficial;
- Doença cardíaca valvular não complicada;
- Cefaléia leve;
- Sangramentos: sangramento irregular não volumoso, sangramento irregular volumoso e prolongado;
- Doença mamária benigna;
- História familiar de câncer de mama;
- Ectopia cervical;
- Doença inflamatória pélvica no passado, sem fatores de risco para DST, com gravidez subsequente;
- Doença biliar sintomática ou assintomática;
- História de colestase relacionada à gravidez;
- Portadora assintomática de hepatite viral;
- Antecedente de gravidez ectópica;
- Obesidade;
- Tireoidopatias (bócio simples, hipertireoidismo, hipotireoidismo);
- Talassemia;
- Anemia falciforme;
- Anemia ferropriva;
- Epilepsia;
- Esquistossomose não complicada ou com fibrose hepática;
- Malária;
- Uso de rifampicina, griseofulvina e anticonvulsivantes (fenitoína, carbamazepina, barbituratos, primidona) ou outros antibióticos;

- Multiparidade;
- Dismenorréia grave;
- Endometriose;
- Tuberculose não pélvica;
- Tumores ovarianos benignos (inclusive cistos);
- Cirurgia pélvica no passado.

Importante: As características e condições listadas acima pertencem à categoria 1 dos critérios de elegibilidade da OMS. As mulheres com as condições e problemas da categoria 2 também podem usar este método, desde que com orientação adequada.

2. Critérios Médicos de Elegibilidade

Os critérios de elegibilidade médica para uso de métodos anticoncepcionais foram desenvolvidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996) com o objetivo de auxiliar os profissionais da saúde na orientação das (os) usuárias (os) de métodos anticoncepcionais. Não devem ser considerados uma norma estrita, mas sim uma recomendação, que pode ser adaptada às condições locais de cada país. Consiste em uma lista de condições das (os) usuárias (os), que poderiam significar limitações para o uso dos diferentes métodos, e as classifica em 4 categorias, de acordo com a definição a seguir:

OMS 1: o método **pode ser usado sem restrições.**

OMS 2: o método **pode ser usado. As vantagens geralmente superam riscos** possíveis ou comprovados. As condições da categoria 2 devem ser consideradas na escolha

de um método. Se a mulher escolhe este método, um acompanhamento mais rigoroso pode ser necessário.

OMS 3: o método **não deve ser usado**, a menos que o profissional de saúde julgue que a mulher pode usar o método com segurança. Os riscos possíveis e comprovados superam os benefícios do método. Deve ser o método de última escolha e, caso seja escolhido, um acompanhamento rigoroso se faz necessário.

OMS 4: o método **não deve ser usado**. O método apresenta um risco inaceitável.

Lista de Critérios de Elegibilidade Médica para Levonorgestrel

Faça à mulher as perguntas abaixo. Se ela responder **NÃO** a todas as perguntas, então ela pode usar o levonorgestrel, se assim o desejar. Se ela responder **SIM** a alguma pergunta, siga as instruções.

1. Você acha que pode estar grávida?

Não. Sim. Investigue a possibilidade de gravidez. Não insira o endoceptivo. Forneça espermicida e condons para a mulher usar até ter razoável certeza de que ela não está grávida.

2. Nos últimos três meses, você teve sangramento vaginal anormal, especialmente nos intervalos entre menstruações ou após as relações sexuais?

Não. Sim. Se a mulher teve sangramento vaginal inexplicado, que sugira uma condição médica subjacente, não insira o endoceptivo até diagnosticar o problema. Avalie a história e o exame pélvico. Identifique e trate o problema, se for apropriado, ou encaminhe.

3. Você teve um parto há mais de 48 horas e menos de quatro semanas?

Não. **Sim.** Adie a inserção do endoceptivo até quatro semanas ou mais depois do parto. Se necessário, forneça condons ou espermicida para a mulher usar até então.

4. Você teve uma infecção após o parto?

Não. **Sim.** Se a mulher tem infecção do trato genital durante os primeiros 42 dias após o parto, não insira o endoceptivo. Encaminhe para tratamento. Ajude-a a escolher um outro método eficaz.

5. Você teve uma doença sexualmente transmissível (DST) ou doença inflamatória pélvica (DIP) nos últimos três meses? Você tem uma DST ou DIP, ou outra infecção qualquer nos órgãos genitais, atualmente? (Os sinais e sintomas de DIP são: infecção pélvica grave com dor no baixo ventre e, muitas vezes, corrimento vaginal anormal, febre, polaciúria e disúria). Entretanto, se a mulher não tem dor ou desconforto abdominal com a mobilização do colo uterino, ela provavelmente não tem uma infecção pélvica.

Não. **Sim.** Não insira o endoceptivo agora. Recomende enfaticamente o uso de condons para proteção contra DST. Encaminhe ou trate a mulher e o(s) parceiro (s). O sistema intra-uterino pode ser inserido três meses após a cura da infecção, a menos que haja a probabilidade de reinfeção.

6. Você está infectada com o HIV? Você tem AIDS?

Não. **Sim.** Se a mulher tem AIDS, está infectada com HIV ou está sendo tratada com medicação que deprima o seu sistema imunológico, a decisão de se inserir um endoceptivo deve ser feita com muito cuidado. Em geral, não insira o sistema intra-uterino a menos que outros métodos não sejam aceitáveis ou não

estejam disponíveis. Seja qual for o método escolhido, recomende enfaticamente o uso de condons. Forneça-lhe condons.

7. Você acha que pode contrair uma DST no futuro? Você ou o seu parceiro têm mais de um parceiro sexual?

Não. **Sim.** Se a mulher corre risco de contrair uma DST, explique que as DST's podem levar à esterilidade. Encoraje-a a usar condons para proteção contra DST. Não insira o endoceptivo. Ajude-a a escolher um outro método.

8. Você tem câncer de mama, nos órgãos genitais ou tuberculose pélvica?

Não. **Sim.** Se a mulher tiver câncer cervical, de endométrio, de ovário, de mama, doença trofoblástica benigna ou maligna ou tuberculose pélvica, não insira o endoceptivo. Trate ou encaminhe para tratamento, conforme for apropriado. Ajude-a a escolher um outro método eficaz.

3. Momentos Apropriados para Iniciar o Uso

- Mulher menstruando regularmente
- Entre o 1º e o 7º dia do ciclo menstrual.
- Após o parto, durante a amamentação
- 6 a 8 semanas pós-parto.
- Após aborto (< 12 semanas)
 - Imediatamente, se não houver infecção.
 - Se houver infecção, trate e ajude a mulher a escolher um outro método eficaz. Depois de três meses, se não há mais infecção, a mulher não está em alto risco de re-infecção e não está grávida, o sistema intra-uterino pode ser inserido.
- Pós-menopausa

– 30 dias após terapia de reposição estrogênica, para o preparo do colo para inserção.

4. Procedimentos para Iniciar o Uso do Método

Antes de iniciar o uso de métodos anticoncepcionais, a mulher deve ser adequadamente orientada pelo profissional de saúde. Essa orientação deve abranger informações acuradas sobre todos os métodos anticoncepcionais disponíveis. Uma orientação adequada permite a tomada de decisão baseada em informações, traduzindo a “escolha livre e informada”.

Importante: a orientação adequada é fundamental para o sucesso do uso deste método. É muito importante que a mulher seja informada da elevada probabilidade de apresentar alterações menstruais, incluindo amenorréia, após a inserção de sistema intra-uterino.

Importante: Para orientação e aconselhamento em anticoncepção, consulte o capítulo Orientação.

Os procedimentos para iniciar o uso do método, relacionados abaixo, estão classificados em quatro categorias:

Categoria A: Essencial e obrigatório em todas as circunstâncias para o uso do método anticoncepcional.

Categoria B: Médica/epidemiologicamente racional em algumas circunstâncias para otimizar o uso seguro do método anticoncepcional, mas pode não

ser apropriado para todas (os) clientes em todos os contextos.

Categoria C: Pode ser apropriado para uma boa atenção preventiva, mas não tem relação com o uso seguro do método anticoncepcional.

Categoria D: Não somente desnecessários, mas irrelevantes para o uso seguro do método anticoncepcional.

Procedimento	Procedimento
Exame pélvico (especular e toque bimanual)	A
Medida de pressão arterial	C
Exame das Mamas	C
Triagem de DST através de exames laboratoriais (indivíduos assintomáticos)	C
Detecção precoce do câncer de colo uterino	C
Testes laboratoriais rotineiros (colesterol, glicose, enzimas hepáticas)	D

Orientação geral:

- Eficácia
- Efeitos colaterais comuns
- Uso correto do método
- Sinais e sintomas para os quais deve retornar ao Serviço de Saúde
- Proteção contra DST

Itens específicos de orientação

relacionados ao endoceptivo:

- Orientação sobre mudanças no padrão menstrual, incluindo a possibilidade de spotting ou manchas e/ou amenorréia. A
- Comportamento de alto risco
- Orientação sobre o uso de condom para mulheres que, sob algumas circunstâncias, podem se tornar de alto risco para DST.

Nota: Mulheres que atualmente estão em alto risco para DST não devem receber o sistema intra-uterino

Estes critérios foram desenvolvidos por um grupo de agências colaborativas da USAID e são orientados fundamentalmente para salientar os requisitos **mínimos** para a oferta de métodos anticoncepcionais em **regiões com poucos recursos**. O fato de não serem absolutamente necessários não significa que não devam ser utilizados em serviços que contam com recursos adequados; são procedimentos que significam boa prática médica. Deve-se salientar que, em muitas oportunidades, a falta de recursos para realizar alguns procedimentos francamente desnecessários (categoria D) é usada como justificativa para impedir o uso de alguns métodos anticoncepcionais.

I. Instruções Gerais

Fornecendo o Sistema Intra-Uterino

Importante: A mulher que escolhe o sistema intra-uterino se beneficiará de uma boa orientação. Um provedor gentil, que dá ouvidos às suas preocupações, responde às suas dúvidas e fornece informações claras e práticas sobre os efeitos colaterais, especialmente sobre as alterações no fluxo menstrual e a dor após a inserção, estará ajudando-a a usar o endoceptivo com sucesso e satisfatoriamente.

Importante: Toda mulher que escolhe o sistema intra-uterino deve ter **acesso fácil à remoção do mesmo**. Todos os programas de atenção à saúde da mulher que oferecem o sistema intra-uterino devem ter pessoal qualificado para removê-lo, ou, pelo menos, montar um esquema prático de encaminhamento para remoção.

Instruções Específicas

Importante: As orientações apresentadas a seguir são apenas a descrição resumida de um procedimento, que sob nenhuma circunstância deverão substituir o treinamento adequado.

a. Inserindo o sistema intra-uterino

É necessária prática e treinamento adequados, sob supervisão direta, para aprender como inserir um sistema intra-uterino. As instruções que se seguem constituem apenas um resumo e não uma descrição técnica detalhada do procedimento. Todos os provedores de planejamento familiar devem conhecer o procedimento de inserção de um endoceptivo e estar preparados para conversar com as mulheres sobre o mesmo.

O provedor deve **fazer um exame pélvico cuidadoso** (bimanual e especular), verificando a posição do útero, para certificar-se de que a mulher pode usar o sistema intra-uterino com segurança e eficácia.

A técnica de inserção consiste nas seguintes etapas:

- Observar as medidas para prevenção de infecção: limpar cuidadosamente o colo uterino e a cavidade vaginal com uma solução anti-séptica antes da inserção do sistema intra-uterino;
- Pinçar o lábio anterior do colo uterino com uma pinça de Pozzi e inserir delicadamente o histerômetro através do canal cervical até atingir o fundo uterino. Deve-se tomar cuidado para não tocar as paredes vaginais ou as lâminas do espéculo com o histerômetro e deve-se passar o histerômetro somente uma vez pelo canal cervical;

- **Depois da histerometria**, carregar o dispositivo no tubo de inserção de acordo com as instruções do fabricante. Deve-se usar sempre um endoceptivo novo, pré-esterilizado e embalado individualmente;

A mulher deve **informar o provedor se sentir desconforto ou dor** em qualquer momento durante o procedimento. Analgésicos podem ser administrados 30 minutos antes do procedimento para diminuir as cólicas e dor.

Depois da inserção, o provedor pergunta à mulher como ela se sente. Se ela sentir tontura ao se sentar, deve ficar deitada, repousando por cinco a dez minutos. A cólica não deve durar muito tempo.

b. Removendo o sistema intra-uterino

Motivos para a remoção

- A mulher solicita a remoção;
- Efeitos colaterais;
- Razões médicas:
 - gravidez,
 - doença inflamatória pélvica aguda (endometrite ou salpingite),
 - perfuração do útero,
 - sangramento vaginal anormal e volumoso que põe em risco a saúde da mulher.
- Quando expirou o prazo de validade;

Importante: Não se deve recusar ou adiar desnecessariamente a remoção de um endoceptivo quando a mulher a solicita, seja qual for a razão do pedido, pessoal ou médica.

Para a remoção de um sistema intra-uterino:

- A remoção do sistema intra-uterino é relativamente simples e pode ser feita em qualquer momento do ciclo menstrual.
- Devem ser observadas as medidas para prevenção de infecção.
- Com cuidado, o provedor puxa delicadamente os fios do endoceptivo com uma pinça.
- Se o sistema intra-uterino não sair facilmente, o provedor pode dilatar o colo usando uma pinça fina e longa, ou encaminhar a mulher a um profissional experiente, especialmente treinado.
- Remoção do sistema intra-uterino com fios extraviados: Se o exame ecográfico é disponível e o sistema intra-uterino com fios extraviados está bem posicionado, o endoceptivo não deve ser removido. Se os fios estão extraviados e não há possibilidade de se fazer ecografia, ou a ecografia mostra expulsão parcial (parte do endoceptivo no canal cervical), o sistema intra-uterino deve ser removido, certificando-se de que a mulher não esteja grávida. O sistema intra-uterino pode ser removido no consultório com pinça, agulha de crochê ou algum outro instrumento apropriado.

c. Explicando como usar**Observe os seguintes passos:**

- Agende uma consulta de retorno dentro de quatro a seis semanas para um exame pélvico e revisão. O objetivo dessa consulta é verificar, através do exame físico, se o sistema intra-uterino continua no lugar e se não há sinais de infecção. O retorno deve ser marcado para quando for mais conveniente para a mulher. Depois dessa consulta, as consultas de rotina seguintes deverão ser anuais.

- **Certifique-se de que a mulher sabe:**
 - identificar que está usando o endoceptivo sistema intra-uterino;
 - quando retornar para remover ou trocar o sistema intra-uterino (5 anos após a inserção). Converse com a mulher sobre como se lembrar da data em que deve retornar. Um novo sistema intra-uterino pode ser inserido imediatamente após a remoção do antigo, se assim a mulher desejar;
 - que deve informar o seu médico ou profissional de saúde que ela usa um sistema intra-uterino.

Importante: Forneça à mulher uma ficha em que estejam escritos os dados sobre a inserção do sistema intra-uterino, incluindo mês e ano, e a data para remoção.

d. Forneça Instruções Específicas:

A mulher que opta pelo sistema intra-uterino deve saber como é o procedimento de inserção. Ela deve também entender o seguinte:

Ela poderá sentir:

- um pouco de cólica durante um ou dois dias após a inserção; caso sinta cólica, ela pode tomar analgésicos;
- um pouco de secreção vaginal durante algumas semanas após a inserção, que é normal;
- manchas ou “spotting”, principalmente nos primeiros 2 - 3 meses.

Checando a posição do sistema intra-uterino:

Ela deve aprender a verificar se o sistema intra-uterino está no lugar. Ocasionalmente, o sistema intra-uterino desloca-se e é expelido. Isso geralmente acontece no primeiro mês após a inserção ou durante a menstruação. Um endoceptivo pode deslocar-se sem que a mulher perceba.

A mulher deve verificar se o sistema intra-uterino está no lugar:

- uma vez por semana, durante o primeiro mês após a inserção;
- se tiver sintomas de um problema sério;
- periodicamente, a cada 2-3 meses.

Para verificar se o sistema intra-uterino está no lugar, a mulher deve:

- lavar as mãos;
- ficar de cócoras;
- inserir 1 ou 2 dedos na vagina até sentir os fios do endoceptivo. Se achar que o sistema intra-uterino está fora do lugar, ela deve procurar o serviço de saúde.

Importante: A mulher não deve puxar os fios para não deslocar o sistema intra-uterino.

- lavar as mãos, novamente.

e. Oriente a mulher sobre os problemas mais comuns:

Descreva os sintomas de problemas sérios que requerem atenção médica imediata. Complicações sérias do uso

do sistema intra-uterino são raras. Ainda assim, a mulher deve procurar o serviço de saúde se ela apresentar quaisquer destes sintomas. O sistema intra-uterino pode ou não ser a causa do problema.

SINAIS DE ALERTA

- A mulher acha que pode estar grávida, especialmente se ela apresenta sintomas de gravidez ectópica, tais como, por exemplo, sangramento vaginal anormal, dor abdominal ou sensibilidade abdominal, desmaios. A presença desses sintomas requer cuidado médico imediato.
- A mulher acha que foi exposta a uma doença sexualmente transmissível ou tem HIV/AIDS.
- Ao verificar os fios do sistema intra-uterino, a mulher acha que o **Sistema intra-uterino se deslocou**: - ela não encontra os fios ou os fios parecem mais curtos ou longos;- ela percebe um objeto de consistência dura na vagina ou no colo, que pode ser parte do sistema intra-uterino.
- **Dor intensa, ou que vem aumentando no baixo ventre**, especialmente se acompanhada de febre e/ou sangramento nos intervalos entre as menstruações sinais e sintomas de doença inflamatória pélvica.

Outros problemas comuns são:

- Parceiro sexual sente os fios do sistema intra-uterino durante a relação sexual e isso o incomoda. Na clínica, os fios podem ser aparados.
- Efeitos secundários esteróides durante o primeiro ano de uso: sensibilidade mamária, acne, edema.

- Ela ou o seu parceiro não estão satisfeitos com o sistema intra-uterino.
- Expirou o prazo de validade; a mulher retorna para remover ou trocar o endoceptivo.
- A mulher deseja remover o sistema intra-uterino por qualquer razão, a qualquer momento.
- A mulher tem dúvidas.
- A mulher deseja um outro método de planejamento familiar.

5. Acompanhamento

Nas consultas de retorno: faça um exame pélvico, principalmente se houver suspeita de:

- doença sexualmente transmissível ou doença inflamatória pélvica;
- endoceptivo mal posicionado.
 - Pergunte se a mulher tem dúvidas ou quer conversar sobre qualquer assunto.
 - Pergunte sobre a sua experiência com o sistema intra-uterino, se ela está satisfeita ou se tem problemas. Forneça-lhe as informações ou a ajuda de que ela necessitar. Convide-a para retornar sempre que tiver dúvidas ou problemas. Se ela tem problemas que não podem ser resolvidos, ajude-a a escolher um outro método.
 - Informe-a sobre as razões para retornar.
 - Lembre-a do prazo de duração do sistema intra-uterino e da data para remoção.
 - Indague se ela teve quaisquer problemas de saúde desde o último retorno:

Se ela apresenta uma condição que contra-indique o uso

do sistema intra-uterino, remova-o. Ajude-a a escolher um outro método.

C. MANEJO DAS INTERCORRÊNCIAS OU COMPLICAÇÕES

1. Como Tratar os Problemas

Manchas ou spotting persistentes:

- Há evidência de infecção ou outra anormalidade? Faça um exame pélvico para afastar doença cervical, gravidez ectópica ou doença inflamatória pélvica. Encaminhe ou trate quando necessário. A mulher pode continuar a usar o sistema intra-uterino enquanto se submete à investigação.

Se não há evidência de infecção ou outra anormalidade, faz menos de 4 meses desde a inserção do sistema intra-uterino, e o sangramento está dentro do esperado:

- Tranqüilize-a, explicando que as manchas são comuns nos 4 primeiros meses. Se o sistema intra-uterino está localizado em posição fúndica correta, progressivamente ocorre redução da duração e da quantidade do sangramento. Esta redução pode ser tão intensa, que muitas mulheres desenvolvem amenorréia.
- Pergunte se ela quer continuar a usar o sistema intra-uterino:
Sim ⇒ Peça para ela retornar em três meses para outra avaliação. Se o sangramento continuar incomodando-a, recomende o uso de alguma droga antiinflamatória não esteróide (exceto aspirina) para ajudar a diminuir a perda sanguínea.

Não ⇒ Remova o sistema intra-uterino e ajude-a a escolher um outro método.

Se não há evidência de infecção ou outra anormalidade e mais de quatro meses se passaram desde a inserção do sistema intra-uterino:

- Se o sangramento ou a dor é intenso, ou se a mulher preferir, remova o sistema intra-uterino. Ajude-a a escolher um outro método.
- Se alguma condição anormal está causando o sangramento, trate ou encaminhe para tratamento.
- Se o sangramento é muito importante, examine a mulher para detectar sinais de anemia. Se sinais de anemia estiverem presentes, recomende a remoção do sistema intra-uterino e ajude-a a escolher outro método.

Sangramento vaginal inexplicado e anormal que sugira gravidez ou uma condição médica subjacente

- Ela pode continuar a usar o sistema intra-uterino enquanto se submete à investigação;
- Avalie e trate a condição médica subjacente ou encaminhe para cuidado médico.

Dor no baixo ventre que sugira doença inflamatória pélvica (DIP)

- A doença inflamatória pélvica é incomum entre usuárias de sistema intra-uterino; todavia, deve-se sempre estar atento aos sinais e sintomas sugestivos de DIP.

Doença sexualmente transmissível (DST) em atividade ou nos últimos três meses, ou cervicite purulenta aguda

- Remova o sistema intra-uterino;
- Diagnostique e trate a DST ou encaminhe.

Câncer cervical, endometrial ou ovariano (aguardando tratamento)

- O sistema intra-uterino deve ser removido para tratamento do câncer. Até começar o tratamento, a mulher pode ficar com o Sistema se ela deseja, e segundo o julgamento de um médico experiente. Se existe risco de que o endoceptivo possa lesar algum tecido, ele deve ser removido.

Gravidez

Se os fios do endoceptivo estão visíveis:

- Explique à mulher que a remoção é indicada devido ao risco de infecção grave. Explique também que ela corre um risco ligeiramente maior de ter um abortamento espontâneo.
- Se ela aceitar, remova o sistema intra-uterino ou encaminhe para remoção. Explique que ela deve procurar um serviço de saúde se apresentar sangramento vaginal excessivo, cólicas, dor, corrimento vaginal anormal ou febre.

Se os fios do endoceptivo não estão visíveis:

- Informe à mulher que ela apresenta risco aumentado para aborto espontâneo e infecção. A gravidez deve ser acompanhada cuidadosamente. Ela deve procurar o serviço de saúde imediatamente se apresentar sangramento vaginal, cólica, dor, corrimento vaginal anormal ou febre.

Importante: A taxa de gravidez ectópica entre as usuárias de sistema intra-uterino é muito baixa, de 0,02/1.000 mulheres, e é menor do que a do DIU com cobre (0,9/1.000 mulheres). O sistema intra-uterino oferece proteção contra gravidez ectópica, mas ocasionalmente, isto pode ocorrer. A gravidez ectópica coloca em risco a vida da mulher e requer tratamento imediato.

Fonte: Allonen, 1994

O parceiro se queixa dos fios

Explique à mulher (e ao seu parceiro, se possível) que o que está sentindo é normal. Outras alternativas são: aparar mais curto os fios ou remover o sistema intra-uterino.

Importante: Quando a mulher busca ajuda, certifique-se de que você entendeu bem o que ela quer. Depois da entrevista e orientação, pergunte a ela diretamente se quer continuar a usar o sistema intra-uterino ou prefere que seja removido. **Ajude-a a decidir, sem pressioná-la.**

2. Quando Interromper a Anticoncepção ou Trocar de Método

Com base no princípio de escolha livre e informada do método anticoncepcional, a mulher pode optar por outro método se e quando assim o desejar, ou se apresentar problemas ou condições com os quais o uso do sistema intra-uterino não é adequado.

Também é livre (e informada) a decisão da mulher optar por não usar qualquer método anticoncepcional, se assim o desejar por qualquer motivo.

CONDOM

O condom, ou preservativo, é um método anticoncepcional utilizado por aproximadamente 45 milhões de casais em idade reprodutiva em todo o mundo. Previne a gravidez e as doenças sexualmente transmissíveis (DST), inclusive HIV/AIDS. Pode ser usado junto com outros métodos anticoncepcionais para prevenção de DST/HIV e proteção anticoncepcional adicional.

A. CARACTERÍSTICAS

1. *Tipos*

Condom Masculino de Látex:

É uma capa ou luva feita para cobrir e se ajustar ao pênis ereto do homem e formar uma barreira física entre o pênis e vagina. Também conhecido como camisinha ou preservativo. É feito de uma lâmina fina de borracha de látex. Alguns são lubrificados com silicone ou lubrificantes à base de água, e alguns são revestidos com espermicidas além do lubrificante. Está disponível em uma grande variedade de tamanhos, formas, cores e texturas. Existem no mercado brasileiro numerosas marcas do produto.



Condom Masculino de Plástico:

É mais fino e mais forte do que o condom de látex. Geralmente é maior e o material é mais estável. É mais resistente à luz e ao calor do que o condom de látex. Permite maior sensibilidade durante o ato sexual. Pode ser usado com lubrificantes à base de óleo. O grau de proteção contra DST é semelhante ao condom de látex. Vários tipos de condom de plástico estão em estudo, e ainda não são disponíveis no Brasil.

**Condom Feminino:**

É uma bolsa de plástico leve, frouxa, que se adapta à vagina e protege o colo do útero, a vagina e a genitália externa. A bolsa possui um anel leve e flexível em cada extremidade. A extremidade fechada do preservativo feminino é inserida até o fundo da vagina. O anel aberto permanece do lado de fora da vagina após a inserção, protegendo os lábios e a base do pênis durante o ato sexual. O produto é pré-lubrificado e serve para ser utilizado



apenas uma vez. Assim como o condom masculino, forma uma barreira física entre o pênis e a vagina, impedindo a passagem de esperma através do trato genital feminino. Pode reduzir a transferência de agentes infecciosos entre os parceiros sexuais, particularmente os associados às úlceras genitais.

Importante: As informações descritas a seguir referem-se ao condom masculino de látex.

2. Mecanismo de Ação

Os condons ajudam a prevenir tanto a gravidez quanto as doenças sexualmente transmissíveis (DST). Usados corretamente, eles não permitem que os espermatozóides e os microorganismos contidos no sêmen entrem em contato com a vagina; também impedem que os microorganismos da vagina penetrem no pênis.

3. Eficácia

Importante: o condom deve ser usado corretamente, em todas as relações sexuais, para ser altamente eficaz. Muitos homens não usam condom corretamente ou não o usa em todas as relações sexuais. Nestes casos, eles correm o risco de engravidar a parceira, de contrair uma DST, ou de transmitir uma DST.

Quando usado da forma mais comum, tem uma eficácia média para prevenir a gravidez: taxa de gravidez de 14 para cada 100 mulheres no primeiro ano de uso (uma em cada oito).

Tem maior eficácia para prevenir a gravidez quando usado corretamente, em todas as relações sexuais: taxa de gravidez de três em cada 100 mulheres no primeiro ano de uso (uma em cada 33).

Ajudam a prevenir as doenças sexualmente transmissíveis: Os condons são a melhor proteção contra as DST. Eles impedem que o usuário adquira uma DST e que transmita DST para a parceira. Entre essas DST estão: HIV/AIDS, gonorréia, sífilis, clamídia, e tricomoníase. Os condons provavelmente oferecem proteção, mas não muita, contra herpes genital, vírus do condiloma genital e outras doenças que causam ulcerações na pele desprotegida.

Em geral, os estudos mostram que o risco de contrair gonorréia, tricomoníase ou infecção por clamídia é aproximadamente dois terços maior nos indivíduos que nunca usam condons do que nos indivíduos que usam. Estudos mostram que os usuários de condons têm menos da metade do risco de contrair o HIV, o vírus que causa AIDS; e esses estudos incluíram indivíduos que usaram os condons incorretamente ou inconsistentemente.

Os indivíduos que usam condons corretamente em todas as relações têm risco menor de contrair doenças.

Consulte a tabela que mostra a taxa de falha dos Métodos Anticoncepcionais.

4. Desempenho Clínico

Em geral, os estudos disponíveis fazem referência ao uso irregular do método. Além disso, a regularidade de uso parece ser diferente de acordo com o grupo a ser avaliado: adolescentes, casais, trabalhadoras do sexo, etc.

Causas de ruptura e deslocamento do condom: se o condom desloca ou se rompe, geralmente é devido a falha humana. As técnicas de produção e o rigoroso controle de qualidade tornaram extremamente raros os rompimentos por defeitos de fabricação. As taxas de ruptura, considerando todos os usuários, são inferiores a 5%. São comportamentos que aumentam a possibilidade de ruptura e deslocamento do condom: abrir o pacote com objetos pontiagudos, desenrolar o condom antes de usá-lo, relações sexuais prolongadas ou intensas e o armazenamento inadequado.

5. Efeitos Secundários

- Condons de látex causam prurido em algumas pessoas alérgicas a esse material. Além disso, alguns indivíduos podem ser alérgicos ao lubrificante de algumas marcas de condom.
- Para alguns casais, pode diminuir a sensação de prazer durante a relação sexual.

6. Riscos e Benefícios

Riscos

- Indivíduos alérgicos ao látex podem apresentar vermelhidão, prurido e edema após o uso do condom.

Benefícios

- Previnem DST, inclusive HIV/AIDS, assim como também a gravidez, quando usados corretamente, em cada relação sexual;
- Diminuem a incidência das complicações causadas pelas DST - doença inflamatória pélvica, dor pélvica crônica, possivelmente câncer de colo uterino e infertilidade nos homens e mulheres;

- Podem ser usados para prevenir DST durante a gravidez;
- Seguros, não apresentam efeitos colaterais hormonais;
- Ajudam a prevenir a gravidez ectópica;
- Seu uso pode ser interrompido a qualquer momento;
- Oferecem anticoncepção ocasional sem a necessidade de manutenção diária;
- Permitem que o homem assuma a responsabilidade de prevenir uma gravidez e algumas doenças;
- Frequentemente, ajudam a prevenir a ejaculação precoce (ajudam o homem a prolongar o período que antecede o orgasmo).

7. Duração

Prazo de Validade

O prazo de validade do condom varia entre 3 e 4 anos, de acordo com o fabricante. Em nenhuma hipótese, preservativos com o prazo de validade vencido devem ser utilizados ou distribuídos. A data de fabricação e a data de validade estão impressas no invólucro. O profissional de saúde, ao fornecer os condons, deve entregar primeiro aqueles mais próximos do prazo de vencimento. Deve, também, orientar a mulher ou o homem para verificar o prazo de validade ao adquirir o produto.

Duração de Uso

O condom, se usado corretamente, oferece proteção anticoncepcional já no primeiro ciclo de uso. A efetividade do método se mantém durante todo o período de uso. Pode ser usado desde a adolescência até a menopausa. Pode ser usado por casais de qualquer idade (critérios de elegibilidade).

B. MODO DE USO

1. Início de Uso

Importante: um (a) cliente que opta por usar condons se beneficiará de uma orientação adequada. Ao mesmo tempo, os condons devem estar amplamente disponíveis, mesmo onde não é possível obter orientação.

Um provedor receptivo, que está atento às preocupações de um (a) cliente, responde às suas perguntas e fornece informações práticas e claras, inclusive sobre como conversar sobre o uso do condom com o (a) parceiro (a), estará ajudando o (a) cliente a usar os condons com sucesso e satisfação.

São candidatos ao uso do método quaisquer indivíduos, em qualquer idade, sob quaisquer circunstâncias, exceto apenas nas raras situações de alergia a látex.

2. Critérios Médicos de Elegibilidade

Os critérios de elegibilidade médica para uso de métodos anticoncepcionais foram desenvolvidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996) com o objetivo de auxiliar os profissionais da saúde na orientação das (os) usuárias (os) de métodos anticoncepcionais. Não devem ser considerados uma norma estrita, mas sim uma recomendação, que pode ser adaptada às condições locais de cada país. Consiste em uma lista de condições das (os) usuárias (os), que poderiam significar limitações para o uso dos diferentes métodos, e as classifica em 4 categorias, de acordo com a definição a seguir:

- OMS 1:** o método **pode ser usado sem restrições**.
- OMS 2:** o método **pode ser usado**. As vantagens geralmente **superam riscos** possíveis ou comprovados. As condições da categoria 2 devem ser consideradas na escolha de um método. Se a mulher escolhe este método, um acompanhamento mais rigoroso pode ser necessário.
- OMS 3:** o método **não deve ser usado**, a menos que o profissional de saúde julgue que a mulher pode usar o método com segurança. Os riscos possíveis e comprovados superam os benefícios do método. Deve ser o método de última escolha e, caso seja escolhido, um acompanhamento rigoroso se faz necessário.
- OMS 4:** o método **não deve ser usado**. O método apresenta um risco inaceitável.

Somente uma condição médica restringe o uso de condons: alergia grave ao látex (vermelhidão, prurido, edema após o uso do condom). Você pode se informar sobre isso indagando o casal; não são necessários testes ou exames.

Se a (o) cliente apresenta risco para DST ou HIV/AIDS, ele ou ela pode querer continuar usando condons, mesmo com a alergia.

Em geral, qualquer pessoa PODE usar condons segura e eficazmente, se não tiver alergia ao látex.

3. Momentos Adequados para Iniciar o Uso

Não há restrições ao uso do condom em qualquer momento do ciclo menstrual; o uso pode ser iniciado a qualquer momento após o aborto ou parto, se estiver amamentando ou não.

Após parar de usar outro método, o condom pode ser iniciado imediatamente.

4. Procedimentos para Iniciar o Uso do Método

Antes de iniciar o uso de métodos anticoncepcionais, a mulher deve ser adequadamente orientada pelo profissional de saúde. Essa orientação deve abranger informações acuradas sobre todos os métodos anticoncepcionais disponíveis. Uma orientação adequada permite a tomada de decisão baseada em informações, traduzindo a “escolha livre e informada”.

Importante: Para orientação e aconselhamento em anticoncepção, consulte o capítulo Orientação.

Os procedimentos para iniciar o uso do método, relacionados abaixo, estão classificados em quatro categorias:

Categoria A: Essencial e obrigatório em todas as circunstâncias para o uso do método anticoncepcional.

Categoria B: Médica/epidemiologicamente racional em algumas circunstâncias para otimizar o uso seguro do método anticoncepcional, mas pode não ser apropriado para todas (os) clientes em todos os contextos.

Categoria C: Pode ser apropriado para uma boa atenção preventiva, mas não tem relação com o uso seguro do método anticoncepcional.

Categoria D: Não somente desnecessários, mas irrelevantes para o uso seguro do método anticoncepcional.

Procedimento	Categoria
Exame pélvico (especular e toque bimanual)	C
Medida de pressão arterial	C
Exame das Mamas	C
Triagem para DST por testes de laboratório (indivíduos assintomáticos)	C
Triagem para câncer de colo uterino	C
Testes laboratoriais rotineiros (colesterol, glicose, enzimas hepáticas)	D
Pontos específicos para orientação sobre condom:	
• Eficácia	A
• Uso correto do método	
• O que fazer se o condom romper ou se deslocar	
• Proteção contra DST	

*Embora seja um método usado muitas vezes sem acompanhamento, sua distribuição e seguimento nos serviços de saúde devem obedecer a critérios adequados de orientação, para otimização do uso.

Estes critérios foram desenvolvidos por um grupo de agências colaborativas da USAID e são orientados fundamentalmente para salientar os requisitos mínimos para a oferta de métodos anticoncepcionais em regiões com poucos recursos. O fato de não serem absolutamente necessários não significa que não devam ser utilizados em serviços que contam com recursos adequados; são procedimentos que significam boa prática médica.

Deve-se salientar que, em muitas oportunidades, a falta de recursos para realizar alguns procedimentos francamente desnecessários (categoria D) é usada como justificativa para impedir o uso de alguns métodos anticoncepcionais.

a. Instruções Gerais

- Forneça ao (à) cliente um estoque de condons para três meses ou mais, se possível. A frequência e o número de relações sexuais de um indivíduo variam, mas 40 condons, provavelmente, durarão, pelo menos, três meses. Pergunte ao (à) cliente de quantos ele (ela) vai precisar.
- Forneça também espermicida, se o (a) cliente deseja uma proteção adicional e os espermicidas estão disponíveis. Explique ao (a) cliente como usar o espermicida.

Explique por que o uso de condom em todas as relações sexuais é importante:

- Um único ato sexual sem proteção anticoncepcional pode resultar em gravidez ou em DST.
- Pela aparência não se pode identificar quem porta uma DST. Uma pessoa com DST, inclusive HIV/AIDS, pode parecer perfeitamente saudável.
- Uma pessoa muitas vezes não sabe dizer se tem ou não DST ou infecção por HIV.

Explicando como usar

Importante: sempre que possível, mostre ao cliente como colocar e retirar os condons. Use um modelo, um pedaço de pau, uma banana, ou dois dedos juntos, para demonstrar como colocar os condons. Sugira a um novo usuário que pratique algumas vezes sozinho antes de ter a sua próxima relação sexual.

b. Instruções Específicas

Coloque o condom no pênis ereto antes que ele toque a vagina.

- pegue o envelope e abra-o, rasgando-o no local demarcado;



- segure o condom de forma que a borda enrolada fique de face para cima, em oposição ao pênis;



- se o pênis não for circuncidado, puxe o prepúcio para trás;



- coloque o condom na ponta do pênis, evitando que o ar entre no extremo distal;
- desenrole todo o condom até a base do pênis. O condom deve desenrolar facilmente. Se isso não acontecer, é provável que esteja do lado contrário. Vire-o e tente de novo. Se você está usando um condom para prevenir alguma DST, descarte o condom que estava do lado contrário e use um outro.



Qualquer lubrificante à base de água pode ser usado.

São lubrificantes à base de água: KY gel, geléias ou cremes espermicidas, glicerina. Água e saliva também podem ser usadas. O lubrificante ajuda a manter o condom intacto durante a relação sexual. O conteúdo vaginal também age como lubrificante.

Não utilize lubrificante à base de óleo. A maioria danifica os condons. Não use óleo de cozinha, óleo de bebê, óleo de coco, óleo mineral, vaselina, loções para pele, filtro solar, cremes frios, manteiga, manteiga de cacau ou margarina.

- Depois da ejaculação, segure a borda do condom contra a base do pênis para que o condom não deslize; remova, então, o pênis da vagina da mulher antes de perder completamente a ereção.
- Remova o condom sem derramar sêmen no orifício vaginal.
- Jogue fora o condom em uma latrina ou toailete, queime-o ou enterre-o. Não o deixe onde crianças possam encontrá-lo e brincar com ele. Não use o condom mais de uma vez.



**O QUE FAZER EM CASO DE
RUPTURA DO CONDOM:**

Se houver espermicida à mão, coloque espermicida na vagina, imediatamente. Lavar o pênis e a vagina com água e sabão ajudará a reduzir o risco de DST e gravidez.

Alguns clientes podem querer usar anticoncepção de emergência para prevenir a gravidez.

Dicas sobre como cuidar, usar e manusear os condons:

- Armazene os condons em um lugar fresco e escuro, se possível. Calor, luz e umidade danificam os condons. Por exemplo: evite deixá-los em porta-luvas de automóveis, onde podem sofrer a ação de altas temperaturas. Evite também colocar condons em carteiras de dinheiro ou sentar em cima; o peso do corpo pode danificá-los.
- Se possível, use condons lubrificados que vêm embalados em pacotinhos quadrados à prova de luz. A lubrificação ajuda a prevenir ruptura do látex.
- Manuseie os condons com cuidado. Unhas e anéis podem rasgá-los.
- Não desenrole um condom antes de usá-lo. Isto pode tornar a borracha mais fraca. Além disso, um condom desenrolado é mais difícil de se colocar.

Use sempre um outro condom se o que você tem:

- veio em um pacote danificado ou rasgado;
- passou do prazo de validade - a data de fabricação é maior do que cinco anos;
- parece irregular e apresenta coloração alterada;
- parece quebradiço, seco ou pegajoso.

Descrever os sintomas dos problemas que requerem atenção médica: encoraje os clientes a retornarem para consulta, se ele (ela) ou o(a) seu(sua) parceiro(a):

- apresenta sintomas de DST, tais como ulcerações nos genitais, dor ao urinar ou secreção;
- tem uma reação alérgica aos condons (prurido, vermelhidão, pele irritada).

Outros motivos para o retorno são: obter mais condons, frustração com o uso dos condons, por quaisquer razões ou se o (a) cliente tem dúvidas ou problemas.

SINAIS DE ALERTA

Se ocorrer algum desses sintomas, o (a) cliente deverá ser orientado(a) para procurar imediatamente o Serviço de Saúde :

- Úlcera genital, dor ao urinar ou secreção uretral.
- Prurido, vermelhidão, pele irritada.

5. Acompanhamento

- Pergunte se o/a cliente tem dúvidas ou quer conversar sobre algum assunto;
- Pergunte ao (à) cliente sobre a sua experiência com condons, se ele/a está satisfeito (a) ou se tem problemas. O (a) cliente tem usado o condom corretamente todas às vezes? Verifique se a (o) cliente sabe como usar o condom. Peça para o/a cliente colocar um condom em um modelo ou em um pedaço de pau. Dê a ele/a informações ou ajuda de que ele/a necessita. Se ele/a tem problemas que não podem ser resolvidos, ajude-o/a escolher um outro método.

Importante: encoraje os (as) clientes com risco de contrair DST, inclusive HIV/AIDS, a continuarem usando os condons apesar de não estarem satisfeitos. Explique que o uso de condons protegerá contra DST durante a relação sexual.

C. MANEJO DAS INTERCORRÊNCIAS OU COMPLICAÇÕES

1. Como Tratar os Problemas

Não menospreze as queixas do (a) cliente. Se o (a) cliente não está satisfeito (a) após a orientação, ajude-o (a) a considerar as vantagens do condom perante o risco de DST. Se o (a) cliente apresenta ou corre o risco de adquirir DST, encoraje-o (a) a continuar usando condom. Caso contrário, ajude-o (a) a escolher outro método.

O condom ou lubrificante causa prurido ou vermelhidão nos órgãos genitais.

- Sugira usar água como lubrificante (se o problema for falta de lubrificante);
- Se o prurido persiste, o (a) cliente e o (a) parceiro (a) devem ser examinados para descartar uma infecção;
- Se não há infecção, e alergia ao látex parece ser a causa mais provável do problema, ajude-o (a) a escolher outro método, a menos que ele (ela) corra risco de adquirir DST.
- Se o (a) cliente está usando condons lubrificados com espermicida: recomende o uso de um condom seco ou sem espermicida (pode ser usado água como lubrificante). Se o problema persiste, ajude-o (a) a escolher outro método, a menos que haja risco para contrair DST.

Importante: Se o (a) cliente corre risco de contrair uma DST, inclusive HIV/AIDS, recomende o uso do condom, apesar do desconforto. Explique que as medidas razoavelmente eficazes de prevenção contra DST são:

- Usar condom em todas as relações sexuais, ou;
- Manter relações sexuais com uma (um) parceira (o) que não tenha DST e que não possui outros parceiros (as), ou;
- Praticar abstinência (não manter relações sexuais).

O parceiro não consegue manter a ereção ao colocar ou usar o condom

- É pouco freqüente; quando ocorre, em geral é devido a fatores psicológicos. Converse com o (a) cliente sobre alternativas mais prazerosas e que causam menos embaraço no uso do condom. Se a mulher coloca o condom no homem, a experiência pode ser mais agradável. Explique que, com o tempo, a maioria dos casais se sente mais à vontade.
- Sugira o uso de pouca quantidade de água ou lubrificante à base de água no pênis e por fora do condom. Isso pode aumentar a sensibilidade e ajudar a manter a ereção.

2. Quando Interromper a Anticoncepção ou Trocar de Método

Com base no princípio de livre escolha do método anticoncepcional, o casal pode optar por outro método anticoncepcional se e quando assim o desejar, ou se apresentar problemas com o uso do condom.

Também é livre (e informada) a decisão do casal de optar por não usar qualquer método anticoncepcional, se assim o desejar por qualquer motivo.

O CONDOM FEMININO

Trata-se de um método de proteção contra DST, inclusive HIV/AIDS, e de anticoncepção, sob o controle da mulher.

Importante: a eficácia do condom feminino na prevenção contra DST não é conclusiva, apesar de os resultados de estudos em laboratório e de uns poucos estudos epidemiológicos indicarem que o produto pode oferecer alguma proteção contra gravidez, DST e o HIV.

Consiste em uma bolsa cilíndrica feita de plástico fino, transparente e suave. Antes da relação sexual a mulher insere o condom na vagina. Durante a relação, o pênis do homem penetra no interior do condom feminino.

Eficácia: semelhante ao condom masculino e outros métodos vaginais. A taxa de gravidez em 100 mulheres após o primeiro ano de uso é de 21, usado da maneira mais comum, e de cinco, quando usado correta e consistentemente.

Algumas características que podem facilitar o uso do método:

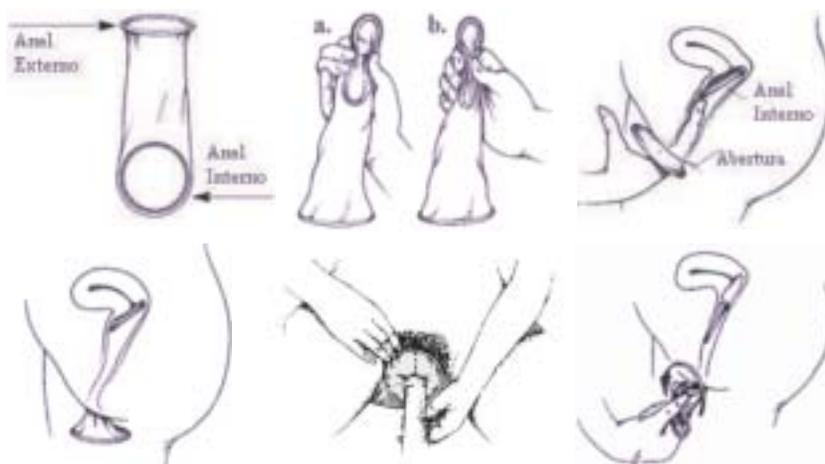
- é controlado pela mulher
- planejado para prevenir tanto a gravidez quanto as DST;
- parece não haver condições médicas que limitem o seu uso;

- é confortável, tanto para o homem quanto para a mulher;
- é inserido antes da relação sexual (provoca menos interrupções do ato sexual);
- não precisa ser retirado imediatamente após a ejaculação;
- é fácil de remover;
- menor perda de sensibilidade;
- é mais forte do que o látex;
- pode ser usado com lubrificantes à base de óleo
- não apresenta efeitos colaterais aparentes, nem reações alérgicas.

Algumas características que podem dificultar o uso do método:

- caro, pelo menos por enquanto;
- eficácia média ou baixa no uso rotineiro;
- exige a aprovação do parceiro;
- precisa estar à mão;
- a mulher precisa tocar nos seus genitais;
- pode ser barulhento e pouco prático para algumas mulheres;
- embora seu tamanho seja adequado à vagina, algumas mulheres podem achá-lo muito grande;
- pode provocar desconforto ou dor causado pelos anéis interno e externo;
- pode haver redução do prazer;
- pode ocorrer penetração inadequada do pênis;
- é inapropriado para algumas posições sexuais;
- a inserção correta pode ser difícil; usuárias inexperientes devem ser orientadas para praticar a inserção antes de usá-lo.

Como usar: um pouco antes da relação sexual, a mulher coloca a extremidade fechada do condom no interior da sua vagina. A extremidade fechada contém um anel flexível e removível que ajuda a inserção. Um outro anel, maior e flexível, na extremidade aberta do condom, fica fora da vagina. O preservativo feminino é pré-lubrificado, porém outros lubrificantes (à base de água ou óleo) podem ser usados, para melhorar o desconforto e o ruído.



Importante: pode ser usado somente uma vez (descartável); pode ser usado junto com outros métodos anticoncepcionais, para proteção contra DST.

Onde encontrar: O condom feminino pode ser obtido em alguns serviços de saúde e também é comercializado em algumas farmácias e drogarias.

Acompanhamento

- Pergunte se o/a cliente tem dúvidas ou quer conversar sobre algum assunto;
- Pergunte à cliente sobre a sua experiência com o condom feminino, se ela está satisfeita ou se tem problemas. A cliente tem usado o condom corretamente todas às vezes? Verifique se a cliente sabe como usar o condom feminino. Peça para a cliente colocar um condom em um modelo. Dê a ela informações ou ajuda de que ela necessita. Se ela tem problemas que não podem ser resolvidos, ajude-a a escolher um outro método.

Importante: encoraje os (as) clientes com risco de contrair DST, inclusive HIV/AIDS, a continuarem usando o condom feminino apesar de não estarem satisfeitos. Explique que o uso de condons protegerá contra DST durante a relação sexual.

Se a cliente está satisfeita:

- Forneça-lhe um estoque de condons.
- Lembre-a de retornar caso ela ou seu parceiro apresente sintomas de DST tais como ulcerações nos órgãos genitais, dor ao urinar, secreção, ou se não estiver satisfeito (a) com o uso dos condons.
- Ofereça sempre o espermicida como proteção adicional. Explique como usar o espermicida.
- Convide-a a retornar, a qualquer momento, quando tiver dúvidas ou problemas.

DIAFRAGMA

O diafragma é um método vaginal de anticoncepção, que consiste em um capuz macio de borracha côncavo com borda flexível, que cobre o colo uterino. É colocado na vagina antes da relação sexual. Deve ser utilizado com geléia ou creme espermicida.

A. CARACTERÍSTICAS

1. Tipos e Composição

O diafragma é um método vaginal de anticoncepção, que consiste em um capuz macio de borracha côncavo com borda flexível, que cobre o colo uterino. São disponíveis os modelos de fabricação nacionais e importados, em diferentes numerações.

Produto importado:

Os diafragmas importados variam quanto ao tamanho (os números correspondem ao diâmetro da borda em milímetros) e quanto ao modelo da borda, que pode ser de três tipos diferentes, de acordo com o círculo metálico:

- **Borda Plana (Flat Spring Rim):** borda fina e elástica. Mulheres com forte tônus da musculatura vaginal (nulíparas) e/ou com chanfradura rasa atrás do arco pubiano podem achar esse tipo mais confortável. Esse modelo é achatado para colocação. Produto disponível: tamanhos 55-95, de látex.
- **Borda Enrolada (Coil Spring Rim):** borda firme e pouco elástica. A maioria das mulheres com tônus médio da musculatura vaginal e chanfradura média do arco pubiana acham esse modelo mais confortável. É achatado para colocação e pode ser usado com um aplicador de plástico. Produtos disponíveis: tamanhos 50-105, de látex.

- **Borda em Arco (Arcing Spring Rim):** borda muito firme com pouca elasticidade. A maioria das mulheres pode usar esse modelo confortavelmente e pode achar que o seu formato arqueado, ao dobrar-se, facilita a colocação. Pode manter-se posicionado apesar de retocele e/ou cistocele ou do tônus fraco da musculatura vaginal. Produtos disponíveis: Diafragma tamanhos 55-95, de látex.



Produto de fabricação nacional:

Diafragma de silicone e aro em espiral de metal tratado. Antialérgico, inodoro. Pode ser fervido. Produto disponível: tamanhos 60 - 85.



2. Mecanismo de Ação

O diafragma bloqueia a penetração dos espermatozóides no útero e trompas, onde encontrariam o óvulo.

3. Eficácia

Importante: a eficácia depende do uso do diafragma de forma correta, todas as vezes que a mulher tenha uma relação sexual.

Em uso rotineiro: São pouco eficazes: a taxa de gravidez é de 20 para cada 100 mulheres no primeiro ano de uso (uma em cada cinco).

Usados correta e consistentemente: São eficazes: a taxa de gravidez é de 6 para cada 100 mulheres no primeiro ano de uso (uma em cada 17).

O diafragma pode contribuir para prevenir algumas doenças sexualmente transmissíveis (DST) e, possivelmente, HIV/AIDS, embora os estudos até agora realizados não tenham demonstrado isso. Não está claro se o diafragma previne DST como os condons o fazem. Mesmo assim, seu uso é melhor do que não usar o condom ou nenhum método vaginal. Além disso, um método controlado pela mulher pode ser usado mais consistentemente do que o condom.

Consulte a tabela que mostra a taxa de falha dos Métodos Anticoncepcionais.

4. Desempenho Clínico

Não há muitos estudos avaliando o desempenho clínico do diafragma. Os estudos de população indicam que, em ge-

ral, a taxa de continuação com o método, usando-o consistentemente, é baixa. Entretanto, em um estudo desenvolvido com 2.175 mulheres seguidas durante dois anos, a maioria com idade inferior a 30 anos (80%) e solteiras (70%), a taxa de continuação do método ao final de um ano foi superior a 80%. Em outro estudo, que incluiu 183 mulheres altamente motivadas para o uso do método, a taxa de continuação ao final de um ano foi 94,1% e ao final de dois anos, 87,1%. As razões mais comuns para descontinuação do método foram as causas médicas (reação alérgica e irritação vaginal) e as pessoais.

5. Efeitos Secundários

- As infecções do trato urinário podem ser mais freqüentes, mas a mulher pode evitá-las urinando sempre após a relação sexual.
- Pode provocar dor pélvica, cólica ou retenção urinária.
- O espermicida pode causar irritação na mulher e seu parceiro, especialmente se usado várias vezes ao dia.
- O espermicida pode causar reação alérgica local (raramente) na mulher ou no parceiro.

Alguns problemas com o seu uso que poderiam limitar a sua aceitabilidade:

- Para garantir a eficácia, é necessário ter o método sempre à mão e executar as instruções corretamente antes de cada relação sexual.
- Necessita que a mulher ou o parceiro coloque os dedos ou o dispositivo de inserção na vagina.
- Pode causar interrupção do coito, se não for inserido antes do início da relação sexual.

- Requer medição e instruções claras do profissional de saúde, inclusive com exame pélvico.
- Pode ser difícil removê-lo; raramente pode rasgar durante a remoção.
- A mulher pode precisar de um diafragma de tamanho diferente após o parto.
- Precisa ser lavado com água e sabão neutro após cada uso.
- Precisa ser cuidadosamente guardado para evitar o aparecimento de furos.

6. Riscos e Benefícios

Riscos

- Algumas mulheres podem desenvolver alergia ao látex (muito raro).
- Pode ocorrer corrimento vaginal intenso e de odor fétido, caso o diafragma seja deixado por muito tempo no local.
- Pode aumentar o risco para infecção urinária.
- Excepcionalmente pode causar síndrome do choque tóxico.

Benefícios

- Seguro, é método controlado pela mulher, sendo que quase todas as mulheres podem usar.
- Contribui para prevenir algumas DST e complicações por ela causadas - doença inflamatória pélvica (DIP), infertilidade, gravidez ectópica e, possivelmente, câncer de colo uterino. É possível que ofereça alguma proteção contra o HIV/AIDS, mas isso ainda não foi demonstrado.

- Previne efetivamente a gravidez se utilizado corretamente em todas as relações sexuais.
- Sem efeitos hormonais.
- Sem efeitos no leite materno.
- Pode ser interrompido a qualquer momento.
- Fácil de usar, em mulheres corretamente orientadas e motivadas.
- Pode ser inserido até seis horas antes da relação sexual, para evitar a interrupção do coito.

7. Duração

Prazo de Validade

O prazo de validade do diafragma é de 5 anos. A data de fabricação e a data de validade estão impressas na embalagem. O profissional de saúde, ao fornecer o diafragma, deve entregar primeiro aquele mais próximo do prazo de vencimento. Deve, também, orientar a mulher para verificar o prazo de validade ao adquirir o produto.

Duração de Uso

O diafragma, se usado corretamente, oferece proteção anticoncepcional imediata. A efetividade do método se mantém durante todo o período de uso. Pode ser usado em qualquer idade (critérios de elegibilidade).

Com o tempo de uso, pode ocorrer modificação de cor do látex e o diafragma pode ficar com uma coloração escurecida, mas dura por muitos anos se for bem conservado.

Onde encontrar: em serviços de saúde e clínicas de planejamento familiar. Podem também ser adquiridos em alguns

estabelecimentos de venda de produtos médico-hospitalares, geralmente sob encomenda.

A. MODO DE USO

1. *Início de Uso*

Importante: a mulher que escolhe usar diafragma se beneficiará de uma orientação adequada.

Um provedor receptivo, que está atento às preocupações da mulher, responde às suas perguntas e fornece informações práticas e claras, estará ajudando-a a usar o diafragma com sucesso e satisfação.

2. Critérios Médicos de Elegibilidade

Os critérios de elegibilidade médica para uso de métodos anticoncepcionais foram desenvolvidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996) com o objetivo de auxiliar os profissionais da saúde na orientação das (os) usuárias (os) de métodos anticoncepcionais. Não devem ser considerados uma norma estrita, mas sim uma recomendação, que pode ser adaptada às condições locais de cada país. Consiste em uma lista de condições das (os) usuárias (os), que poderiam significar limitações para o uso dos diferentes métodos, e as classifica em 4 categorias, de acordo com a definição a seguir:

OMS 1: o método pode ser usado sem restrições.

OMS 2: o método pode ser usado. As vantagens geralmente superam riscos possíveis ou comprovados. As condições da categoria 2 devem ser consideradas na escolha de

um método. Se a mulher escolhe este método, um acompanhamento mais rigoroso pode ser necessário.

OMS 3: o método não deve ser usado, a menos que o profissional de saúde julgue que a mulher pode usar o método com segurança. Os riscos possíveis e comprovados superam os benefícios do método. Deve ser o método de última escolha e, caso seja escolhido, um acompanhamento rigoroso se faz necessário.

OMS 4: o método **não deve ser usado**. O método apresenta um risco inaceitável.

Lista de critérios de elegibilidade médica para o diafragma:

Faça à mulher as perguntas abaixo. Se ela responder não a todas as perguntas, então ela pode usar o diafragma, se assim desejar. Se ela responder sim a quaisquer das perguntas, siga as instruções.

1. Você teve, recentemente, um parto a termo ou um aborto espontâneo ou induzido no segundo trimestre? Se esse for o caso, quando?

Não. **Sim.** Em geral, o diafragma não pode ser ajustado antes de seis a 12 semanas após o parto ou um aborto no segundo trimestre, dependendo de quando o útero e o colo retornarem ao normal. A mulher pode usar espermicida.

2. Você tem alergia ao látex?

Não. **Sim.** Não deve usar diafragma de látex. O diafragma de silicone pode ser usado.

3. Alguma vez foi lhe dito que sua vagina, colo ou útero têm uma forma ou posição incomum?

Não. **Sim.** O uso de diafragma pode ser dificultado ou tornar-se ineficaz. É necessário realizar um exame ginecológico para determinar se o diafragma pode ser colocado corretamente e se ficará no lugar.

4. Você sofre de alguma condição que possa ser agravada pela gravidez?

Não. **Sim.** A mulher pode preferir usar um método mais eficaz. Entretanto, ela pode usar o diafragma se estiver fazendo uma escolha consciente e receber instruções apropriadas quanto ao seu uso eficaz.

5. Você já teve a síndrome do choque tóxico?

Não. **Sim.** A mulher não deve usar o diafragma. Pode usar espermicidas ou outro método. orientação adequada permite a tomada de decisão baseada em informações, traduzindo a “escolha livre e informada”.

Importante: Para orientação e aconselhamento em anticoncepção, consulte o capítulo Orientação.

Os procedimentos para iniciar o uso do método, relacionados abaixo, estão classificados em quatro categorias:

Categoria A: Essencial e obrigatório em todas as circunstâncias para o uso do método anticoncepcional.

Categoria B: Médica/epidemiologicamente racional em algumas circunstâncias para otimizar o uso seguro do método anticoncepcional, mas pode não ser apropriado para todas (os) clientes em todos os contextos.

Categoria C: Pode ser apropriado para uma boa atenção preventiva, mas não tem relação com o uso seguro do método anticoncepcional.

Categoria D: Não somente desnecessários, mas irrelevantes para o uso seguro do método anticoncepcional.

Procedimento	Categoria
Exame pélvico (especular e toque bimanual)*	A
Medida de pressão arterial	C
Exame das Mamas	C
Triagem para DST por testes de laboratório (indivíduos assintomáticos)	C
Triagem para câncer de colo uterino	C
Testes laboratoriais rotineiros (colesterol, glicose, enzimas hepáticas)	D

Pontos específicos para orientação sobre diafragma:

- Eficácia
- Uso correto do método
- O que fazer se apresentar desconforto com o uso do diafragma
- Proteção contra DST

A

* Para usar o diafragma, a mulher deve submeter-se a um exame pélvico para medir o tamanho adequado.

Estes critérios foram desenvolvidos por um grupo de agências colaborativas da USAID e são orientados fundamentalmente para salientar os requisitos **mínimos** para a oferta de métodos anticoncepcionais em **regiões com poucos recursos**. O fato de

não serem absolutamente necessários não significa que não devam ser utilizados em serviços que contam com recursos adequados; são procedimentos que significam boa prática médica.

Deve-se salientar que, em muitas oportunidades, a falta de recursos para realizar alguns procedimentos francamente desnecessários (categoria D) é usada como justificativa para impedir o uso de alguns métodos anticoncepcionais.

Instruções Gerais

- Forneça à mulher um suprimento de espermicida;
- Explique como inserir e como remover o diafragma;
- Agende uma consulta com um profissional de saúde treinado para ajustar o diafragma, ou encaminhe se necessário.
- Agende uma consulta de retorno e convide-a a retornar a qualquer momento, caso apresente dúvidas, problemas, ou se desejar usar outro método.

Instruções Específicas

Inserindo o diafragma: a mulher insere o diafragma na vagina junto com o espermicida, na posição adequada, antes da relação sexual.



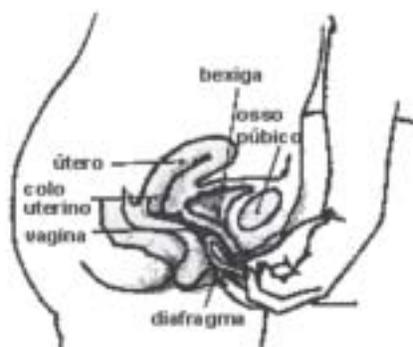
- a. A mulher segura o diafragma com a face convexa para baixo (como uma xícara);



- b.** Coloca-se aproximadamente uma colher de sopa de geléia ou creme espermicida na face côncava do diafragma e nas bordas;



- c.** Mantendo a face convexa voltada para a palma da mão, aproxima as bordas opostas do diafragma e o coloca na vagina, o mais fundo possível;



- d. Com um dedo, ela deve verificar se o diafragma cobre o colo uterino. Através da face convexa do diafragma, a mulher sente o colo, que se assemelha à ponta do nariz;

- e. Para cada ato sexual subsequente, ela deve usar um aplicador para inserir mais espermicida, mas não deve remover o diafragma



Removendo o diafragma:

- a. A mulher deve deixar o diafragma no lugar por, no mínimo, seis horas, após a última ejaculação. O diafragma NÃO deve ficar na vagina por mais de 24 horas, face ao risco de infecção;
- b. A mulher coloca um dedo no interior da vagina até sentir a borda do diafragma;

- c. Delicadamente, ela procura colocar o dedo por baixo da borda e deslocar o diafragma para baixo e para fora; deve tomar cuidado para não rasgá-lo com as unhas;
- d. O diafragma deve ser lavado com água limpa e sabão depois de cada uso. A mulher deve verificar se o diafragma não apresenta orifícios, enchendo-o com água ou examinando-o contra a luz;
- e. A mulher deve secar o diafragma, e armazená-lo em local limpo, seco e escuro, se possível. Não deve usar talco ou pós-perfumados, que podem danificá-lo e serem prejudiciais à vagina ou colo.

Recomende à mulher que retorne por alguma das seguintes razões:

- a. Para obter mais espermicidas;
- b. Quando o diafragma estiver gasto, fino, apresentar orifícios, ou ficar rígido; nessas situações, ele precisa ser trocado;
- c. Após parto ou aborto, para verificar o ajuste do diafragma;
- d. Se a mulher ou o parceiro desenvolverem reação alérgica;
- e. Se ela parou de usar o método;
- f. Se ela tem dúvidas ou problemas, ou deseja trocar de método;

Descrever os sintomas dos problemas que requerem atenção médica:

SINAIS DE ALERTA

Se ocorrer algum desses sintomas, a mulher deverá ser orientada para procurar imediatamente o Serviço de Saúde

- Prurido;
- Vermelhidão;
- Pele irritada.

5. Acompanhamento

Pergunte se a mulher tem dúvidas ou quer conversar sobre algum assunto;

Pergunte à mulher sobre a sua experiência com o método, se está satisfeita ou se tem problemas. Dê todas as informações ou ajuda de que ela necessita. Se ela tem problemas que não podem ser resolvidos, ajude-a a escolher outro método;

Pergunte se ela apresentou problemas de saúde desde a sua última visita: alergia ao látex, alguma condição médica que possa ser agravada pela gravidez, síndrome do choque tóxico, ou teve, recentemente, parto a termo ou aborto de segundo trimestre. Nesses casos, se for apropriado, ajude-a a escolher outro método.

A. MANEJO DAS INTERCORRÊNCIAS OU COMPLICAÇÕES

1. Como Tratar os Problemas

Não menospreze as queixas da mulher. Se ela quer continuar a usar o método, encoraje-a a usá-lo em todas as relações

sexuais. Se ela não está satisfeita depois da orientação e aconselhamento, ajude-a a escolher um outro método, se ela desejar.

Reação alérgica ou sensibilidade ao espermicida

- Verifique se há sinais de infecção (corrimento vaginal, eritema ou edema de vagina, prurido vulvar). Trate ou encaminhe, como for apropriado.
- Se não há infecção, sugira uma outra marca de espermicida.

Infecção do trato urinário

- Trate com antibióticos;
- Sugira que a mulher urine logo após o ato sexual, para prevenir infecções futuras. Sugira também que ela beba bastante líquido e que urine com frequência.
- Se a infecção é frequente e recorrente, verifique se o diafragma não está muito apertado (um diafragma ajustado deixa passar um dedo por baixo da sua borda. Teste com um dedo coberto com luva); considere a possibilidade de uma DST;
- O uso continuado do diafragma não é recomendado para mulheres que apresentam infecção urinária de repetição ou crônica, que não respondem ao tratamento.

Dor devido à pressão na bexiga ou reto com o uso do diafragma

- Verifique o ajuste do diafragma e examine se há laceração na mucosa vaginal. Se o diafragma está muito grande, troque por um menor.

Dificuldade de inserir o diafragma

- Oriente a mulher quanto à inserção. Peça a ela para praticar a inserção na clínica e verifique a posição do diafragma. O parceiro sexual pode, às vezes, ajudar na inserção.

Aparecimento súbito de febre alta, vermelhidão da pele, vômitos, diarreia, tontura e mialgia (muito raro)

- A mulher deve ser imediatamente levada ao serviço de saúde mais próximo. Ela pode ter síndrome do choque tóxico. O tratamento com antibióticos e hidratação parenteral é eficaz e deve ser instituído imediatamente.

Vaginite com o uso do diafragma

- Sugira que ela lave bem o diafragma após cada uso e que se certifique de que o diafragma está seco antes de usar novamente.

Corrimento vaginal anormal com o uso do diafragma

- Sugira que ela remova o diafragma prontamente (mas não antes de seis horas após a última relação sexual) e que o lave bem, após cada uso.

Lesão vaginal com o uso do diafragma

- Sugira que ela use outro método temporariamente, e forneça-lhe suprimentos;
- Verifique o ajuste do diafragma e a maneira como a mulher o remove.

2. Quando Interromper a Anticoncepção ou Trocar de Método

Com base no princípio de livre escolha do método anticoncepcional, a mulher pode optar por outro método anticoncepcional se e quando assim o desejar, ou se apresentar problemas com os quais o uso do diafragma não é adequado.

Também é livre (e informada) a decisão da mulher optar por não usar qualquer método anticoncepcional, se assim o desejar por qualquer motivo.

ESPERMATICIDA

São métodos químicos de barreira, que consistem em dois componentes: o espermicida químico e uma base inerte, que é o meio usado para manter o agente espermaticida aderido ao colo uterino.

A. CARACTERÍSTICAS

1. Tipos e Composição

Espermicidas químicos: nonoxinol-9, menfegol e cloreto de benzalcônio.

Base inerte: creme, geléia, espuma, supositório, comprimido ou filme.

Importante: Os dados comparativos sobre a efetividade dos diferentes espermaticidas em diferentes meios são escassos. A maioria dos estudos utiliza o nonoxinol-9, que é o espermicida mais amplamente utilizado em todo o mundo.

2. Mecanismo de Ação

Os espermaticidas matam os espermatozóides ou impedem seu movimento até o óvulo.

3. Eficácia

Importante: A eficácia depende do uso do espermaticida de forma correta, todas as vezes que a mulher tenha uma relação sexual.

Em uso rotineiro: São *pouco eficazes*: a taxa de gravidez é de 26 para cada 100 mulheres no primeiro ano de uso (uma em cada quatro mulheres).

Usados correta e consistentemente: São *eficazes*: a taxa de gravidez é de 6 para cada 100 mulheres no primeiro ano de uso (uma em cada 17).

O espermaticida pode contribuir para prevenir algumas doenças sexualmente transmissíveis (DST): os resultados “in vitro” mostram que o nonoxinol-9, o menfegol e o cloreto de benzalcônio inativam de modo efetivo treponemas, gonococos, clamídias, o vírus do herpes e organismos causadores da vaginose bacteriana. Também vem demonstrando, em testes laboratoriais, capacidade de desativar o HIV-4.

Estudos epidemiológicos têm demonstrado, de forma consistente, que os espermaticidas, usados isoladamente ou combinados com outros métodos de barreira, reduzem a incidência de gonorréia, infecção por clamídia, tricomoníase e vaginose bacteriana. Todavia, a relação entre o uso do nonoxinol-9 e a incidência do HIV permanece obscura e, até o momento, inconclusiva.

Outros estudos têm relatado a ocorrência de irritação genital e de erosões no epitélio vaginal e do colo uterino, que seriam mais elevados com o uso mais freqüente (várias vezes ao dias) e em dose mais elevada. Essas alterações do

epitélio poderiam aumentar o risco para transmissão do HIV.

Consulte a tabela que mostra a taxa de falha dos Métodos Anticoncepcionais.

4. Desempenho Clínico

Não há dados que permitam definir qual é a taxa de continuação destes métodos usados isoladamente.

5. Efeitos Secundários

- O espermaticida pode causar desconforto pelo aumento da ocorrência de úlceras e erosões genitais, prurido e queimaduras, especialmente se usado várias vezes ao dia.
- O espermaticida pode causar reação alérgica local (raramente) na mulher ou no parceiro.
- Podem ser desagradáveis pela lubrificação excessiva.
- Comprimidos efervescentes podem causar uma sensação térmica morna.

Outras Características:

- Para garantir a eficácia, é necessário ter o método sempre à mão e executar as instruções corretamente antes de cada relação sexual.
- Pode causar interrupção do coito, se não for inserido antes do início da relação sexual.
- Deve ser inserido na vagina pelo menos 10 minutos antes da ejaculação, mas não mais do que uma hora antes.

- Requer que a mulher ou o parceiro coloque os dedos ou o dispositivo de inserção na vagina.
- Alguns tipos podem derreter em ambiente quente.

6. Riscos e Benefícios

Riscos

- Teoricamente, a irritação causada pelo uso do espermaticida várias vezes ao dia pode aumentar o risco de HIV/AIDS.
- Podem aumentar o risco para candidíase genital, vaginose bacteriana e infecções do trato urinário na mulher.

Benefícios

- Seguro, é método controlado pela mulher, sendo que quase todas as mulheres podem usar.
- Contribui para prevenir algumas DST e complicações por ela causadas - doença inflamatória pélvica (DIP), infertilidade, gravidez ectópica e, possivelmente, câncer de colo uterino. É possível que ofereça alguma proteção contra o HIV/AIDS, mas isso ainda não foi demonstrado.
- Previne efetivamente a gravidez se utilizado corretamente em todas as relações sexuais.
- Sem efeitos hormonais.
- Sem efeitos no leite materno.
- Pode ser interrompido a qualquer momento.
- Fácil de usar, em mulheres corretamente orientadas e motivadas.

- Pode ser inserido até uma hora antes da relação sexual para evitar interrupções no coito.
- Pode aumentar a lubrificação vaginal.
- Pode ser usado imediatamente após o parto.

7. Duração

Prazo de Validade

O espermaticida pode ser estocado por até 5 anos, sem perda da efetividade. A data de fabricação e a data de validade estão impressas na embalagem. O profissional de saúde, ao fornecer o espermaticida, deve entregar primeiro aquele mais próximo do prazo de vencimento. Deve, também, orientar a mulher para verificar o prazo de validade ao adquirir o produto. O espermaticida pode ser danificado se estocado em ambiente excessivamente quente.

Duração de Uso

O espermaticida, se usado correta e consistentemente, oferece proteção anticoncepcional já no primeiro ciclo de uso. A efetividade do método se mantém durante todo o período de uso. Para o máximo de efetividade, deve ser usado com outro método de barreira, como o condom ou o diafragma. Pode ser usado desde a adolescência até a menopausa. Para critérios de elegibilidade de uso do método, consulte critérios de elegibilidade.

Onde encontrar: em serviços de saúde e clínicas de planejamento familiar. Podem também ser adquiridos em farmácias de manipulação.

B. MODO DE USO

1. Início de Uso

Importante: a mulher que escolhe usar espermaticida se beneficiará de uma orientação adequada.

Um provedor receptivo, que está atento às preocupações da mulher, responde às suas perguntas e fornece informações práticas e claras, estará ajudando-a a usar o espermaticida com sucesso e satisfação.

Critérios Médicos de Elegibilidade

Os critérios de elegibilidade médica para uso de métodos anticoncepcionais foram desenvolvidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996) com o objetivo de auxiliar os profissionais da saúde na orientação das (os) usuárias (os) de métodos anticoncepcionais. Não devem ser considerados uma norma estrita, mas sim uma recomendação, que pode ser adaptada às condições locais de cada país. Consiste em uma lista de condições das (os) usuárias (os), que poderiam significar limitações para o uso dos diferentes métodos, e as classifica em 4 categorias, de acordo com a definição a seguir:

OMS 1: o método pode ser usado sem restrições.

OMS 2: o método pode ser usado. As vantagens geralmente superam riscos possíveis ou comprovados. As condições da categoria 2 devem ser consideradas na escolha de um método. Se a mulher escolhe este método, um acompanhamento mais rigoroso pode ser necessário.

OMS 3: o método não deve ser usado, a menos que o profissional de saúde julgue que a mulher pode usar o método com segurança. Os riscos possíveis e comprovados superam os benefícios do método. Deve ser o método de última escolha e, caso seja escolhido, um acompanhamento rigoroso se faz necessário.

OMS 4: o método **não deve ser usado**. O método apresenta um risco inaceitável.

Lista de critérios de elegibilidade médica para o espermaticida

Faça à mulher as perguntas abaixo. Se ela responder **NÃO** a todas as perguntas, então ela pode usar o diafragma, se assim desejar. Se ela responder **SIM** a quaisquer das perguntas, siga as instruções.

1. Você teve, recentemente, um parto a termo ou um aborto espontâneo ou induzido no segundo trimestre? Se esse for o caso, quando?

Não. **Sim.** A mulher pode usar espermaticidas.

2. Você sofre de alguma condição que possa ser agravada pela gravidez?

Não. **Sim.** A mulher pode preferir usar um método mais eficaz. Entretanto, ela pode usar o espermaticida se estiver fazendo uma escolha consciente e receber instruções apropriadas quanto ao seu uso eficaz.

3. Momentos Apropriados para Iniciar o Uso

A mulher pode começar a usar o espermaticida a qualquer momento durante o ciclo menstrual, e logo após o parto ou aborto.

4. Procedimentos para Iniciar o Uso do Método

Antes de iniciar o uso de métodos anticoncepcionais, a mulher deve ser adequadamente orientada pelo profissional de saúde. Essa orientação deve abranger informações acuradas sobre todos os métodos anticoncepcionais disponíveis. Uma orientação adequada permite a tomada de decisão baseada em informações, traduzindo a “escolha livre e informada”.

Importante: Para orientação e aconselhamento em anticoncepção, consulte o capítulo **Orientação**.

Os procedimentos para iniciar o uso do método, relacionados abaixo, estão classificados em quatro categorias:

Categoria A: Essencial e obrigatório em todas as circunstâncias para o uso do método anticoncepcional.

Categoria B: Médica/epidemiologicamente racional em algumas circunstâncias para otimizar o uso seguro do método anticoncepcional, mas pode não ser apropriado para todas (os) clientes em todos os contextos.

Categoria C: Pode ser apropriado para uma boa atenção preventiva, mas não tem relação com o uso seguro do método anticoncepcional.

Categoria D: Não somente desnecessários, mas irrelevantes para o uso seguro do método anticoncepcional.

Procedimento	Categoria
Exame pélvico (especular e toque bimanual)	C
Medida de pressão arterial	C
Exame das Mamas	C
Triagem para DST por testes de laboratório (indivíduos assintomáticos)	C
Triagem para câncer de colo uterino	C
Testes laboratoriais rotineiros (colesterol, glicose, enzimas hepáticas)	D
Pontos específicos para orientação sobre espermicida:	
• Eficácia	A
• Uso correto do método	
• O que fazer se apresentar desconforto com o uso do espermicida	
• Proteção contra DST	

Estes critérios foram desenvolvidos por um grupo de agências colaborativas da USAID e são orientados fundamentalmente para salientar os requisitos **mínimos** para a oferta de métodos anticoncepcionais em **regiões com poucos recursos**. O fato de não serem absolutamente necessários não significa que não devam ser utilizados em serviços que contam com recursos adequados; são procedimentos que significam boa prática médica. Deve-se salientar que, em muitas oportunidades, a falta de recursos para realizar alguns procedimentos franca-

mente desnecessários (categoria D) é usada como justificativa para impedir o uso de alguns métodos anticoncepcionais.

a. Instruções Gerais

- Forneça à mulher um suprimento generoso do espermaticida;
- Explique como inserir o espermaticida;
- Agende uma consulta de retorno para quando a mulher necessitar de mais espermaticidas e convide-a a retornar a qualquer momento, caso apresente dúvidas, problemas, ou se desejar usar outro método.

b. Instruções Específicas

– Aplicando o espermaticida:

- A mulher aplica o espermaticida na vagina antes de cada relação sexual;
- A mulher não deve usar ducha por, no mínimo, **seis horas** após a relação sexual.

Espuma ou creme:

- A qualquer momento no período de uma hora antes do ato sexual, a mulher carrega o aplicador com a espuma ou o creme contidos no tubo ou lata de espermaticida. Ela então coloca o aplicador na vagina, o mais fundo possível, e empurra o êmbolo do aplicador. No caso da espuma, ela tem que agitar vigorosamente a lata imediatamente antes de carregar o aplicador.

Comprimido, supositório ou filme:

- A mulher deve aplicar esse tipo de espermaticida no máximo uma hora antes do ato sexual, mas pelo menos 10 minutos antes. A mulher coloca o comprimido, supositório ou filme no interior da vagina, o mais fundo possível, com um aplicador ou com os dedos. O filme deve ser dobrado ao meio e colocado, com os dedos secos, próximo ao colo uterino. Do contrário, o filme ficará preso aos dedos e não ao colo.

Armazenando o espermaticida:

- A maioria dos espermaticidas, especialmente os supositórios, deve ser estocada em um local frio e seco. Do contrário, eles podem derreter. Desde que mantidos em local seco, os comprimidos efervescentes são menos propensos a derreterem em climas quentes.

Recomende à mulher que retorne por alguma das seguintes razões:

- Para obter mais espermaticidas;
- Se a mulher ou o parceiro desenvolverem reação alérgica;
- Se a mulher ou o parceiro apresentarem sinais de irritação genital;
- Se ela parou de usar o método;
- Se ela tem dúvidas ou problemas, ou deseja trocar de método;
- Descrever os sintomas dos problemas que requerem atenção médica:

SINAIS DE ALERTA

Se ocorrer algum desses sintomas, a mulher deverá ser orientada para procurar imediatamente o Serviço de Saúde:

- Prurido,
- Ardor,
- Vermelhidão,
- Pele irritada.

5. Acompanhamento

- Pergunte se a mulher tem dúvidas ou quer conversar sobre algum assunto;
- Pergunte à mulher sobre a sua experiência com o método, se está satisfeita ou se tem problemas. Dê todas as informações ou ajuda de que ela necessita. Se ela tem problemas que não podem ser resolvidos, ajude-a escolher um outro método;
- Pergunte se ela apresentou problemas de saúde desde a sua última visita: reação alérgica ao espermaticida, alguma condição médica que possa ser agravada pela gravidez. Nesses casos, se for apropriado, ajude-a a escolher outro método.

C. MANEJO DAS INTERCORRÊNCIAS OU COMPLICAÇÕES

1. Como Tratar os Problemas

Não menospreze as queixas da mulher. Se ela quer continuar a usar o método, encoraje-a a usá-lo em todas as relações sexuais. Se ela não está satisfeita depois da orientação e aconselhamento, ajude-a a escolher um outro método, se ela desejar.

Reação alérgica ou sensibilidade ao espermaticida

- Verifique se há sinais de infecção (corrimento vaginal, eritema ou edema de vagina, prurido vulvar). Trate ou encaminhe, como for apropriado.
- Se não há infecção, sugira uma outra marca de espermaticida.

Infecção do trato urinário

- Trate com antibióticos;
- Sugira que a mulher urine logo após o ato sexual, para prevenir infecções futuras. Sugira também que ela beba bastante líquido, que urine com frequência, e que aumente a ingestão de alimentos contendo vitamina C.

2. Quando Interromper a Anticoncepção ou Trocar de Método

Com base no princípio de livre escolha do método anticoncepcional, a mulher pode optar por outro método anticoncepcional se e quando assim o desejar, ou se apresentar problemas com os quais o uso do espermaticida não é adequado.

Também é livre (e informada) a decisão da mulher optar por não usar qualquer método anticoncepcional, se assim o desejar por qualquer motivo.

MÉTODOS COMPORTAMENTAIS

Os métodos comportamentais, ou de abstinência periódica, são métodos que requerem que a mulher aprenda quando o período fértil do seu ciclo menstrual começa e termina. Sabendo como identificar o período fértil do ciclo da mulher, o casal pode aprender a evitar a gravidez. São métodos que requerem a cooperação de ambos os parceiros.

A. CARACTERÍSTICAS

1. Tipos

Existem vários métodos para se determinar quando o período fértil da mulher começa e termina:

- **Calendário (tabelinha):** a mulher marca em um calendário os dias do mês que correspondem ao início e ao término do período fértil. O número de dias depende da duração dos ciclos menstruais anteriores.
- **Muco cervical (Billings):** quando a mulher nota ou sente o muco cervical, ela pode estar no período fértil. Ela pode ter a sensação de que a vagina está mais úmida.
- **Temperatura corporal basal:** a temperatura do corpo da mulher em repouso sobe levemente no período após a ovulação (liberação de um óvulo), que é o momento no qual ela pode engravidar.
- **Sintotérmicos:** consiste no uso dos três métodos descritos acima de forma combinada, além de outros sinais que podem contribuir para detectar a ovulação de maneira mais precisa. Também chamado de múltiplos indicadores.

Importante: Existem alguns dispositivos eletrônicos que, pelo registro da temperatura ou testes bioquímicos, podem prever o período fértil. Não estão disponíveis no Brasil.

2. Mecanismo de Ação

Impedem o encontro do espermatozóide com o óvulo, quando o casal evita as relações sexuais durante o período fértil da mulher. O casal deve:

- **Abster-se de relações vaginais:** abstinência completa de relações sexuais vaginais durante o período fértil.

3. Eficácia

Importante: A eficácia dos métodos de abstinência periódica varia muito mais do que a dos outros métodos anticoncepcionais. Para maior eficácia, o casal deve abster-se de relações com penetração durante todo o período fértil. O uso de métodos de barreira fora do período fértil pode também ajudar a diminuir a taxa de gravidez.

Pouco eficazes quando usado comumente: taxa de gravidez de 20 em 100 mulheres no primeiro ano de uso (uma gravidez em cada cinco usuárias). Esses dados foram originados de pesquisas com usuários e não se sabe como as mulheres que participaram determinaram o seu período fértil.

Eficazes ou muito eficazes quando usados correta e consistentemente:

- **Calendário:** nove em 100 mulheres no primeiro ano de uso (uma em cada 11).
- **Muco Cervical:** três em 100 mulheres no primeiro ano de uso (uma em cada 33).
- **Temperatura corporal basal:** uma em 100 mulheres no primeiro ano de uso (quando as relações sexuais acontecem apenas depois da ovulação e antes da próxima menstruação).
- **Sintotérmicos:** duas em 100 mulheres no primeiro ano de uso (uma em cada 50 mulheres).

Importante: São escassas as informações sobre a eficácia do uso dos métodos comportamentais junto com métodos de barreira ou coito interrompido. Alguns casais preferem usar métodos de barreira a praticar abstinência sexual durante o período fértil, mas essa conduta aumenta o risco de gravidez com este método.

Casais que habitualmente usam métodos de barreira também podem usar os métodos comportamentais e evitar manter relações sexuais durante o período fértil. Essa combinação é mais eficaz do que o uso isolado de métodos de barreira. Porém, quando se usa abstinência periódica como método principal, a eficácia é maior evitando relações sexuais ao invés de usar métodos de barreira durante o período fértil.

Eficácia do uso de métodos comportamentais associado aos métodos de barreira

Dias inférteis	Dias férteis	Dias inférteis	Eficácia
Relação sexual sem barreira	Relação sexual com barreira	Relação sexual sem barreira	●
Relação sexual sem barreira	Abstinência sexual	Relação sexual sem barreira	● ●
Relação sexual com barreira	Abstinência sexual	Relação sexual com barreira	● ● ●

Consulte a tabela que mostra a taxa de eficácia dos Métodos Anticoncepcionais.

4. Desempenho Clínico

Até o momento, são poucos os estudos que avaliaram as taxas de descontinuação entre usuárias de métodos comportamentais. Um estudo que incluiu 64 usuárias do método descreveu taxas de continuação de uso de 90,6% no período de um ano, e de 79,7% no período de dois anos.

Nesse estudo, as principais causas de descontinuação de uso do método foram as causas pessoais.

5. Outras características:

- Uma vez aprendidos, podem ser usados tanto para evitar a gravidez como para aumentar as possibilidades de engravidar, de acordo com a vontade do casal;
- Não apresentam efeitos colaterais orgânicos;

- Custo baixo ou ausente;
- Podem ser usados pela maioria dos casais, desde que se comprometam a fazê-lo;
- Pouco eficazes em uso rotineiro, melhoram sua eficácia quando usados correta e consistentemente;
- O aprendizado pode ser demorado, mas uma vez aprendidos, não há necessidade de intervenção por parte dos provedores;
- Podem ser ensinados por voluntários treinados. O contato com pessoal médico não é necessário;
- São imediatamente reversíveis;
- São aceitáveis para alguns grupos religiosos que rejeitam ou desencorajam o uso de outros métodos;
- Não têm efeito sobre a lactação ou composição do leite materno, mas não é fácil a sua utilização durante os primeiros meses da lactação;
- Requerem a participação do parceiro;
- Educam as pessoas sobre o ciclo reprodutivo da mulher.
- A prática de abstinência requer um período longo sem relações sexuais vaginais, o que pode ser difícil para alguns casais;
- Podem tornar-se pouco confiáveis ou difíceis de usar quando a mulher tem febre, infecção vaginal, se está amamentando ou se tem alguma outra condição que altera a sua temperatura corporal, o muco cervical ou a duração do ciclo menstrual (consulte critérios de elegibilidade médica);
- O método do calendário pode não ser eficaz para mulheres com ciclos menstruais irregulares;
- Pode ser difícil utilizá-los, se a mulher tem mais de um parceiro sexual;
- Os métodos mais eficazes requerem que a mulher ou o casal mantenha um registro diário das alterações do corpo da mulher.

Importante: Estes métodos **não** protegem contra doenças sexualmente transmissíveis.

B. MODO DE USO

1. Início de Uso

A maioria das mulheres pode usar os métodos comportamentais com segurança e eficácia. São candidatas ao uso do método em qualquer circunstância mulheres que têm filhos ou não, magras ou obesas, fumantes ou não.

Além disso, mulheres com as condições abaixo podem usar os métodos comportamentais em quaisquer circunstâncias:

- Hipertensão leve;
- Trombose venosa profunda ou embolia pulmonar;
- Varizes;
- Cefaléia leve ou grave;
- Dismenorréia;
- Mioma uterino;
- Endometriose;
- Cistos ovarianos;
- Anemia ferropriva;
- Hepatite viral;
- Malária

2. Critérios Médicos de Elegibilidade

Os critérios de elegibilidade médica para uso de métodos anticoncepcionais foram desenvolvidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996) com o objetivo de auxiliar os profissionais da saúde na orientação das (os) usuárias (os) de métodos anticoncepcionais. Não devem ser considerados uma norma estrita, mas sim uma recomendação, que pode ser adaptada às condições locais de cada país. Consiste em uma lista de condições das (os) usuárias (os), que poderiam significar limitações para o uso dos diferentes métodos, e as classifica em 4 categorias, de acordo com a definição a seguir:

OMS 1: o método pode ser usado sem restrições.

OMS 2: o método pode ser usado. As vantagens geralmente superam riscos possíveis ou comprovados. As condições da categoria 2 devem ser consideradas na escolha de um método. Se a mulher escolhe este método, um acompanhamento mais rigoroso pode ser necessário.

OMS 3: o método não deve ser usado, a menos que o profissional de saúde julgue que a mulher pode usar o método com segurança. Os riscos possíveis e comprovados superam os benefícios do método. Deve ser o método de última escolha e, caso seja escolhido, um acompanhamento rigoroso se faz necessário.

OMS 4: o método **não deve ser usado**. O método apresenta um risco inaceitável.

Faça à mulher as perguntas abaixo. Se ela responder não a todas as perguntas, então ela pode usar os métodos compor-

tamentais, se assim desejar. Se ela responder sim a alguma pergunta, siga as instruções. Não há nenhuma restrição médica ao uso desses métodos, mas certas condições podem dificultar o uso e diminuir a sua eficácia.

1. Você sofre de algum problema de saúde que ofereça risco a uma gravidez?

Não. **Sim.** A mulher deve ser muito bem orientada sobre os riscos decorrentes da gravidez na presença dessa doença ou condição clínica. Se ela opta por um método comportamental, enfatize a necessidade de uso rigoroso para evitar a gravidez.

2. Você tem ciclos menstruais irregulares? Sangramento vaginal no intervalo entre as menstruações? Menstruação volumosa e prolongada? Para mulheres jovens: a menstruação começou há pouco tempo? Para mulheres mais velhas: a menstruação tornou-se irregular ou cessou?

Não. **Sim.** Nessas circunstâncias pode ser difícil ou impossível determinar o período fértil somente com o calendário. A mulher pode usar a temperatura corporal basal e/ou testar o muco cervical ou ela pode preferir escolher outro método.

3. Você teve um parto ou aborto recentemente? Você está amamentando? Você sofre de alguma condição que afete seus ovários ou a menstruação, como acidente vascular cerebral, doença hepática grave, hiper ou hipotireoidismo, ou câncer de colo uterino?

Não. **Sim.** Essas condições não restringem o uso dos métodos comportamentais, mas podem afetar os sinais de fertilidade, dificultando a sua identificação. Por essa razão, a mulher

ou o casal pode preferir um método diferente. Se a mulher ou o casal, ainda assim, opta pelo uso dos métodos comportamentais, tanto ela como seu parceiro irão necessitar de orientação mais aprofundada e acompanhamento mais rigoroso para usarem esses métodos de forma eficaz.

4. Você sofre de alguma doença ou infecção que possa alterar o muco cervical, a temperatura corporal basal ou a menstruação como, por exemplo, doença sexualmente transmissível (DST), infecção vaginal ou doença inflamatória pélvica (DIP) nos últimos três meses?

Não. **Sim.** Essas condições podem interferir nos sinais de fertilidade, dificultando o uso dos métodos comportamentais. Uma vez tratada a infecção e tomadas as medidas apropriadas para prevenir a reinfecção, a mulher pode usar melhor os métodos comportamentais.

5. Você toma alguma medicação que tenha efeito sobre o muco cervical como, por exemplo, drogas que alteram o humor, lítio, antidepressivos tricíclicos ou ansiolíticos?

Não. **Sim.** Nesse caso, fica difícil ou impossível o uso do muco cervical como marcador do período fértil. A mulher pode usar a temperatura corporal basal e/ou o método do calendário, ou pode preferir escolher outro método.

3. Momentos Apropriados para Iniciar o Uso

• Na mulher que está com ciclos espontâneos

Uma vez adequadamente treinados, a mulher ou o casal podem começar usar as técnicas comportamentais em qualquer momento. Antes de começar a usar o método do calendário, a mulher deve registrar a duração de seu ciclo menstrual por, pelo menos, seis meses.

- **No período pós-parto ou pós-aborto**

Uma vez que o sangramento cesse após o parto, o muco cervical pode ser usado, mas geralmente com dificuldade. O método do calendário e a temperatura corporal basal não são confiáveis após o parto até o estabelecimento de ciclos menstruais regulares.

Importante: Alguns provedores encorajam as mulheres a começarem a registrar o seu ciclo menstrual antes do casamento, de tornarem-se sexualmente ativas. Dessa forma, as mulheres podem aprender a reconhecer o seu período fértil antes de correrem o risco de engravidar.

4. Procedimentos para Iniciar o Uso do Método

Antes de iniciar o uso de métodos anticoncepcionais, a mulher deve ser adequadamente orientada pelo profissional de saúde. Essa orientação deve abranger informações acuradas sobre todos os métodos anticoncepcionais disponíveis. Uma orientação adequada permite a tomada de decisão baseada em informações, traduzindo a “escolha livre e informada”.

Importante: Para orientação e aconselhamento em anticoncepção, consulte o capítulo **Orientação**.

Os procedimentos para iniciar o uso do método, relacionados abaixo, estão classificados em quatro categorias:

Categoria A: Essencial e obrigatório em todas as circunstâncias para o uso do método anticoncepcional.

Categoria B: Médica/epidemiologicamente racional em algumas circunstâncias para otimizar o uso seguro do método anticoncepcional, mas pode não ser apropriado para todas (os) clientes em todos os contextos.

Categoria C: Pode ser apropriado para uma boa atenção preventiva, mas não tem relação com o uso seguro do método anticoncepcional.

Categoria D: Não somente desnecessários, mas irrelevantes para o uso seguro do método anticoncepcional.

Procedimento	Categoria
Exame pélvico (especular e toque bimanual)	C
Medida de pressão arterial	C
Exame das Mamas	C
Triagem para DST por testes de laboratório (indivíduos assintomáticos)	C
Triagem para câncer de colo uterino	C
Pontos específicos para orientação sobre métodos comportamentais:	
• Instruções de uso de cada método	
• Sinais e sintomas de fertilidade	A
• Eficácia	
• Importância da cooperação do parceiro	
• Proteção contra DST	

Estes critérios foram desenvolvidos por um grupo de agências colaborativas da USAID e são orientados fundamentalmente para salientar os requisitos **mínimos** para a oferta de métodos anticoncepcionais em **regiões com poucos recursos**. O fato de não serem absolutamente necessários não significa que não devam ser utilizados em serviços que contam com recursos adequados; são procedimentos que significam boa prática médica. Deve-se salientar que, em muitas oportunidades, a falta de recursos para realizar alguns procedimentos francamente desnecessários (categoria D) é usada como justificativa para impedir o uso de alguns métodos anticoncepcionais.

I. Instruções Gerais

Importante: a mulher que escolhe os métodos comportamentais se beneficiará de uma boa orientação. Um provedor gentil, que dá ouvidos às preocupações da mulher ou do casal, responde às suas dúvidas e fornece tanto informações claras e práticas como orientação, estará ajudando a mulher a usar os métodos comportamentais com sucesso e satisfatoriamente.

Os provedores de saúde, voluntários, conselheiros e casais com experiência no uso desses métodos podem aconselhar e treinar os novos usuários.

Os instrutores devem ser capazes de:

- Ensinar a mulher e seu parceiro a reconhecerem os sinais de fertilidade;

- Encorajarem os casais a evitarem as relações sexuais ou usar métodos de barreira durante o período fértil. Além disso, eles devem estar habilitados a orientarem casais com dificuldade de praticar abstinência;
- Fornecerem os materiais necessários para o casal monitorar e registrar as modificações no corpo da mulher, como termômetros, calendários, papel ou caderneta, se possível;
- Conversarem com o casal sobre outros métodos ou encaminhá-los para serviços onde possam obter informações e suprimentos de outros métodos de anticoncepção, se assim o casal desejar.

II. Instruções Específicas

Importante: os casais que optam pelos métodos comportamentais frequentemente precisam da orientação pessoal de um conselheiro experiente durante vários meses.

Para todos os métodos comportamentais: o casal deve se abster das relações sexuais vaginais durante o período fértil.

a. Método do Calendário

- Antes de usar esse método com segurança, a mulher deve registrar o número de dias de cada ciclo menstrual durante, pelo menos, 6 meses. O primeiro dia da menstruação é sempre o dia número 1. **O ciclo menstrual começa no primeiro dia da menstruação e termina no último dia antes da menstruação seguinte.**

- A partir desse registro, a mulher subtrai 18 do número de dias do seu ciclo menstrual *mais curto*. Isso dará uma estimativa do primeiro dia do seu período fértil. A seguir, ela subtrai 11 dias do número de dias do seu ciclo menstrual *mais longo*. O resultado é o último dia do seu período fértil. **O casal deve evitar relações sexuais com penetração vaginal durante o período fértil.**

Exemplo:

Se o ciclo menstrual variou entre 26 e 32 dias durante o registro:
 $26 - 18 = 8$. A mulher deve evitar relações sexuais sem proteção a partir do dia número 8 de cada ciclo.

$32 - 11 = 21$. Ela pode ter relações sexuais sem proteção a partir do dia número 21 de cada ciclo.

- O método do calendário pode requerer, em um ciclo, 16 ou mais dias de abstinência sexual ou o uso de métodos de barreira, especialmente se a mulher tem ciclos irregulares. Para alguns casais, praticar abstinência periódica pode ser um pouco restritivo. Por esta razão, recomenda-se o uso da temperatura corporal basal concomitantemente, com o qual se pode reduzir o período de abstinência pós-ovulatória.

b. Muco Cervical

- A mulher examina diariamente o seu muco cervical. Se ela perceber que a vagina está úmida ou observar secreções nos dedos, na roupa íntima ou no papel higiênico, o casal deve evitar manter relações sexuais ou usar método de barreira.

- A secreção de muco cervical atinge um pico, quando o muco está mais fino, fluido e elástico. **O casal deve continuar a evitar as relações sexuais com penetração vaginal por até quatro dias após o pico do muco.**
- Dentro de alguns dias, as secreções tornam-se espessas, perdem a consistência ou estão ausentes. O casal pode ter relações sexuais sem proteção anticoncepcional até a próxima menstruação.
- Alguns instrutores recomendam que os casais evitem relações sexuais sem proteção anticoncepcional durante a menstruação, porque fica difícil verificar as secreções cervicais. Entretanto, as chances de gravidez nos primeiros cinco ou seis dias do ciclo são muito pequenas.
- Cessada a menstruação, por vários dias o muco cervical estará ausente. As relações sexuais são usualmente consideradas seguras durante esse período. Entretanto, espermicidas, infecções vaginais e algumas drogas podem afetar o padrão normal de secreções da mulher. **O casal não deve ter relações sexuais com penetração vaginal se não há certeza quanto à presença de muco cervical.**

c. Temperatura Corporal Basal

- A mulher deve verificar a sua temperatura corporal da mesma maneira (oral, vaginal, retal), no mesmo horário, todas as manhãs, antes de se levantar. Ela deve aprender a ler o termômetro e registrar a sua leitura em um gráfico especial.
- A temperatura da mulher sobe 0,2° a 0,5°C no período após a ovulação (aproximadamente no meio do ciclo menstrual, para muitas mulheres).

- **O casal deve evitar relações sexuais com penetração vaginal desde o primeiro dia da menstruação até depois de três dias que a temperatura basal tenha subido.**
- Depois disso, o casal pode ter relações sexuais (durante os próximos 10 a 12 dias) até o início da próxima menstruação.

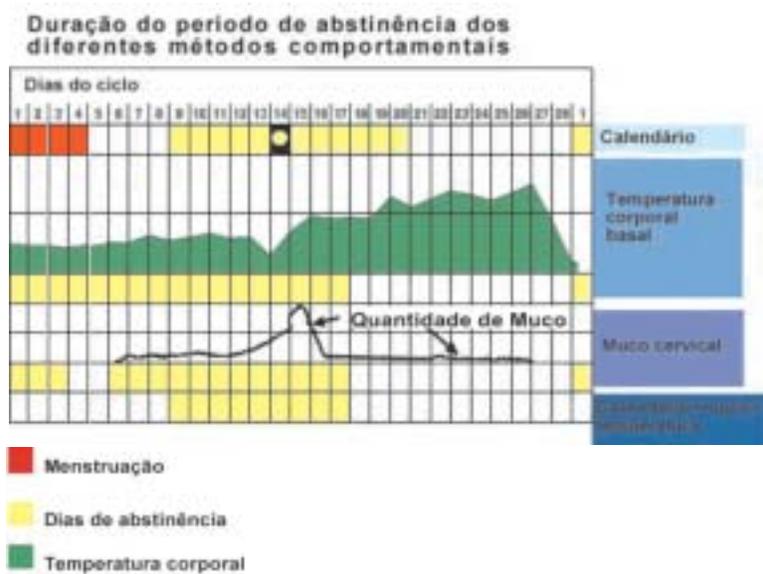
d. Método sintotérmico

O casal identifica os dias férteis e inférteis através de uma combinação dos três métodos: calendário, monitorização da temperatura corporal basal e exame do muco cervical e, frequentemente, outros sinais e sintomas que podem indicar a ocorrência da ovulação, tais como a consistência do colo do útero, ingurgitamento mamário, dor pélvica, mudanças de humor, etc.

- A mulher deve **manter o registro diário das secreções vaginais, da temperatura basal, e de outros sintomas, além das datas das menstruações.** Isso permitirá a ela adquirir experiência na detecção dos sinais da ovulação, tornando o método mais confiável.
- **O casal interrompe as relações sexuais com penetração vaginal quando a mulher perceber as secreções cervicais.** Para maior proteção, o casal pode começar a se abster de relações sexuais desde o primeiro dia da menstruação.
- **O casal continua evitando as relações sexuais vaginais até que tenha passado o quarto dia após o pico do muco cervical e o terceiro dia completo após o aumento da temperatura basal da mulher.** Se um desses sinais apareceu antes do outro, o casal continua evitando relações sexuais até que o segundo apareça e se cumpra o período de abstinência correspondente. Somente então poderá ter relações sexuais com penetração vaginal.

- Outros sinais e sintomas de ovulação incluem: dor pélvica, modificações cervicais, sensibilidade mamária. Além disso, o método do calendário pode ajudar a identificar o início do período fértil.

O uso combinado de todos os sinais pode aumentar a precisão da detecção da ovulação, permitindo períodos mais curtos de abstinência. O período em que as possibilidades de engravidar são praticamente nulas é de três dias depois da ovulação até a menstruação seguinte.



5. Acompanhamento

Os instrutores devem encorajar a mulher ou o casal a procurá-los com frequência, durante os primeiros ciclos, para que o casal possa ser estimulado e orientado e para que se discuta a sua experiência com o método. Além disso, a mulher ou o casal deve retornar:

- Quando tiver dúvidas ou problemas com o método;
- Se a situação da mulher mudou de tal maneira que possa afetar os sinais de fertilidade, como por exemplo, após o parto, durante a amamentação ou próximo à menopausa;
- Se interromper o uso do método;
- Se desejar usar outro método.

Nas visitas de retorno:

- Pergunte à mulher ou ao casal se tem dúvidas ou deseja discutir algum assunto;
- Pergunte à mulher ou ao casal sobre a sua experiência com o método, se eles estão satisfeitos ou se têm problemas. Verifique se estão usando o método corretamente. Dê a eles as informações ou a ajuda de que necessitam. Se há problemas com o método que não podem ser resolvidos, ajude o casal a escolher outro método;
- Pergunte se a mulher teve algum problema de saúde desde a sua última visita. Se ela apresenta alguma condição que dificulte o uso dos métodos comportamentais ou prejudique a sua verificação, auxilie a mulher ou o casal a escolher outro método. Se a gravidez representa um risco à saúde da mulher, em função de alguma condição nova, ajude-a a escolher um método mais eficaz, se ela desejar.

Se o casal está contente com o método, encoraje a ambos a continuarem usando os métodos comportamentais e, durante o período fértil, a praticarem abstinência.

C. MANEJO DAS INTERCORRÊNCIAS OU COMPLICAÇÕES

1. Como Tratar os Problemas

Se o casal não consegue abster-se de relações sexuais durante o período fértil: é o problema mais comum no uso dos métodos comportamentais. Discuta o problema abertamente com o casal, deixando-os à vontade, sem embaraços.

- Aconselhe a respeito de práticas sexuais sem penetração vaginal, durante o período fértil;
- Se o problema não pode ser resolvido e leva a conflitos na relação do casal ou ao um risco aumentado de gravidez não desejada, sugira a escolha de outro método.

2. Quando Interromper a Anticoncepção ou Trocar de Método

Com base no princípio de livre escolha do método anticoncepcional, a mulher pode optar por outro método anticoncepcional se e quando assim o desejar, ou se apresentar problemas com os quais o uso de métodos comportamentais não é adequado.

Também é livre (e informada) a decisão da mulher optar por não usar qualquer método anticoncepcional, se assim o desejar por qualquer motivo.

MÉTODO DA LACTAÇÃO E AMENORRÉIA (LAM)

O método da lactação e amenorréia (LAM) consiste no uso da amamentação como um método temporário de anticoncepção. A LAM oferece proteção natural contra a gravidez e permite que a mulher planeje o uso de outro método na ocasião adequada. Tem a vantagem de garantir ao bebê os nutrientes necessários para o seu desenvolvimento e proteção contra doenças, através do leite materno. A amamentação é a maneira mais saudável de se alimentar um bebê durante os primeiros seis meses de vida.

A. CARACTERÍSTICAS

1. Mecanismo de Ação

Inibe a ovulação, porque a amamentação altera as taxas de secreção dos hormônios naturais. Os gráficos apresentados abaixo representam as taxas de concentração de estrogênio nas semanas seguintes ao parto, segundo o tipo de aleitamento: exclusivo ou parcial.





2. Eficácia

Eficaz em uso típico ou rotineiro: 2 gravidezes em 100 mulheres no primeiros seis meses após o parto (1 em cada 50). Muito eficaz quando usada correta e consistentemente: taxa de gravidez de 0,5 em 100 mulheres nos primeiros seis meses após o parto (1 em cada 200).

Importante: O uso correto e consistente significa:

- A dieta do bebê consiste de pelo menos 85% de leite materno, a mãe amamenta o bebê freqüentemente durante o dia e à noite, **E**
- A menstruação não retornou, **E**
- O bebê tem menos de seis meses de vida.

Se qualquer uma dessas condições não está presente, a mulher deve:

- Usar outro método eficaz, que não interfira na amamentação;

- Amamentar o bebê, se possível, mesmo quando já tenha começado a dar outros alimentos para o bebê.

Consulte a tabela que mostra a taxa de eficácia dos Métodos Anticoncepcionais.

3. Desempenho Clínico

Existem poucos dados nacionais disponíveis sobre a prevalência da LAM. Estudo realizado no IMIP (Instituto Materno Infantil de Pernambuco) em Recife, que avaliou o efeito da introdução da LAM após um programa de intervenção que incluiu 348 mulheres, obteve continuação de uso do método de 13,4% aos 3 meses e 5,6% aos 6 meses pós-parto.

4. Efeitos Secundários

Não há efeitos colaterais com o uso da LAM.

5. Benefícios

- Eficaz para prevenir a gravidez durante pelo menos seis meses e, talvez mais, se a mulher continuar a amamentar frequentemente, durante o dia e à noite;
- Estimula a mulher a manter um esquema ideal de amamentação;
- Pode ser usado imediatamente após o parto;
- Não tem custo;
- Não há necessidade de se ter suprimentos ou de se realizar procedimentos para evitar a gravidez;
- Não há efeitos colaterais do uso de hormônios;

- A orientação para o uso da LAM facilita a transição para outro método anticoncepcional, no momento apropriado;
 - As práticas de amamentação requeridas pela LAM têm outros efeitos benéficos para o bebê e para a mãe, incluindo:
 - supre o bebê com o melhor tipo de alimento;
 - protege o bebê contra diarreia, que pode colocar sua vida em risco;
 - a passagem da imunidade materna para o bebê ajuda a protegê-lo de outras doenças que podem colocar sua vida em risco;
 - ajuda-a aproximar o bebê e a mãe.
- Alguns problemas potenciais que devem ser considerados:
- A eficácia após seis meses é incerta;
 - A amamentação freqüente pode ser inconveniente ou difícil para algumas mulheres, especialmente aquelas que trabalham fora de casa;
 - Não oferece proteção contra doenças sexualmente transmissíveis (DST), inclusive HIV/AIDS;
 - Se a mãe tem HIV, há risco de passagem do vírus para o bebê através do leite materno.

6. Duração

Duração de Uso

A LAM, em uso correto e consistente, oferece proteção anticoncepcional durante os primeiros seis meses após o parto. Sua eficácia é incerta após esse tempo.

Em geral, a maioria das mulheres pode usar a LAM com segurança e eficácia.

B. MODO DE USO

1. Início de Uso

Todas as mulheres são candidatas ao uso do método em qualquer circunstância, sejam magras ou obesas, de qualquer idade, fumantes ou não. Além disso, mulheres com as condições abaixo podem usar a LAM em quaisquer circunstâncias:

- Doenças mamárias benigna;
- Câncer de mama;
- Cefaléia;
- Hipertensão;
- Varizes;
- Doença cardíaca valvular;
- Diabetes;
- Anemia ferropriva;
- Malária;
- Anemia falciforme;
- Doença biliar;
- Tireoidopatias;
- Miomas uterinos.

2. Critérios Médicos de Elegibilidade

Os critérios de elegibilidade médica para uso de métodos anticoncepcionais foram desenvolvidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996) com o objetivo de auxiliar os profissionais da saúde na orientação das (os) usuárias (os) de métodos anticoncepcionais. Não devem ser considerados uma norma estrita, mas sim uma recomendação, que pode ser adap-

tada às condições locais de cada país. Consiste em uma lista de condições das (os) usuárias (os), que poderiam significar limitações para o uso dos diferentes métodos, e as classifica em 4 categorias, de acordo com a definição a seguir:

OMS 1: o método **pode ser usado sem restrições**.

OMS 2: o método **pode ser usado**. As **vantagens geralmente superam riscos** possíveis ou comprovados. As condições da categoria 2 devem ser consideradas na escolha de um método. Se a mulher escolhe este método, um acompanhamento mais rigoroso pode ser necessário.

OMS 3: o método **não deve ser usado**, a menos que o profissional de saúde julgue que a mulher pode usar o método com segurança. Os riscos possíveis e comprovados superam os benefícios do método. Deve ser o método de última escolha e, caso seja escolhido, um acompanhamento rigoroso se faz necessário.

OMS 4: o método **não deve ser usado**. O método apresenta um risco inaceitável.

As características e as condições apresentadas na lista acima se referem a problemas médicos já conhecidos. Nenhuma condição médica descarta o uso da LAM, e a LAM não tem efeitos negativos sobre a saúde da mulher. Entretanto, algumas condições médicas que impedem ou limitam a amamentação podem restringir o uso da LAM. Faça à mulher as perguntas abaixo. Se ela responder NÃO a todas as perguntas, então ela pode usar a LAM, se assim desejar. Se ela responder SIM a alguma pergunta, siga as instruções.

1. O seu bebê tem seis meses de vida ou mais?

Não. **Sim.** A mulher não pode usar a LAM. Ajude-a a escolher outro método. Se ela está amamentando, um método não hormonal é o mais indicado.

2. A sua menstruação retornou? (não considerar sangramento nas primeiras oito semanas após o parto)

Não. **Sim.** Após oito semanas do parto, se a mulher tem sangramento por dois dias inteiros, ou se a sua menstruação retornou, ela não pode usar a LAM. Ajude-a a escolher outro método. Se ela está amamentando, um método não hormonal é o mais indicado.

3. Você está amamentando menos, com menor frequência? Você oferece regularmente ao seu bebê outros alimentos e líquidos?

Não. **Sim.** Se a dieta do bebê mudou recentemente, explique à mulher que ela deve amamentar em tempo integral ou quase para evitar a gravidez - amamentar frequentemente, durante o dia e a noite. Quase toda a alimentação do bebê (pelo menos 85%) deve ser leite materno. Se ela não está amamentando em tempo integral ou quase, ela não pode usar a LAM eficazmente. Ajude-a a escolher outro método não hormonal.

4. Alguma vez, recomendaram-lhe que não amamentasse o seu bebê?

Não. **Sim.** Se ela não está amamentando, ela não pode usar a LAM. Ajude-a a escolher outro método. A amamentação não é indicada se a mulher estiver tomando drogas que afetam o humor, reserpina, ergotamina, anti-metabólitos, ciclosporina, cortisona, bromocriptina, drogas radioativas, lítio,

ou alguns anticoagulantes. Ela também não deve amamentar se o bebê tem alguma desordem metabólica específica ou se ela tem hepatite viral ativa. Todas as outras mulheres podem e devem amamentar.

5. Você tem AIDS ou está infectada com o HIV?

Não. **Sim.** Se ela está infectada pelo HIV, deve ser aconselhada sobre o risco de transmissão do vírus da AIDS durante a amamentação, e deve ser orientada quanto à supressão da lactação e ao uso de substitutos do leite materno. Ajude-a a escolher outro método eficaz de anticoncepção.

3. Momento Apropriado para Iniciar o Uso

Assim que possível depois que o bebê nascer.

Importante: A precocidade da instalação da lactação não é importante do ponto de vista da sua eficácia anticoncepcional porque, depois de um parto com feto vivo, a possibilidade de ovular antes de 21 dias é praticamente zero.

- Nos primeiros dias após o parto, o leite materno contém substâncias muito importantes para a saúde do bebê.
- A amamentação precoce e freqüente ajuda a mãe a produzir leite suficiente para manter o seu bebê bem alimentado e saudável. A amamentação também assegura proteção contra a gravidez.

Importante: A mulher pode começar a LAM em qualquer momento se ela preencher os requisitos necessários para o uso do método. Faça-lhe, ou sugira que ela faça a si mesma, as seguintes questões:

1. A sua menstruação retornou?
2. Você está alimentando o seu bebê com outros tipos de alimentos além do leite materno, ou permitindo que longos intervalos se passem sem amamentar, durante o dia ou à noite?
3. O seu bebê tem mais de seis meses de vida?

Se a resposta a todas essas questões for **NÃO** = **Ela pode usar LAM**. Somente 1 a 2% de chances de gravidez, enquanto essas condições persistirem.*

Mas quando a resposta a **UMA** destas questões for **SIM** = A chance de engravidar é grande. Para proteção continuada, recomende que ela use um método anticoncepcional complementar, e que continue a amamentar para beneficiar a saúde da criança.

*Todavia, a mãe pode optar por usar um método complementar a qualquer momento.

4. Procedimentos para Iniciar o Uso do Método

Antes de iniciar o uso de métodos anticoncepcionais, a mulher deve ser adequadamente orientada pelo profissional de saúde. Essa orientação deve abranger informações acuradas sobre todos os métodos anticoncepcionais disponíveis. Uma orientação adequada permite a tomada de decisão baseada em informações, traduzindo a “escolha livre e informada”.

Importante: Para orientação e aconselhamento em anticoncepção, consulte o capítulo **Orientação**.

Os procedimentos para iniciar o uso do método, relacionados abaixo, estão classificados em quatro categorias:

Categoria A: Essencial e obrigatório em todas as circunstâncias para o uso do método anticoncepcional.

Categoria B: Médica/epidemiologicamente racional em algumas circunstâncias para otimizar o uso seguro do método anticoncepcional, mas pode não ser apropriado para todas (os) clientes em todos os contextos.

Categoria C: Pode ser apropriado para uma boa atenção preventiva, mas não tem relação com o uso seguro do método anticoncepcional.

Categoria D: Não somente desnecessários, mas irrelevantes para o uso seguro do método anticoncepcional.

Procedimento	Categoria
Exame pélvico (especular e toque bimanual)	C
Medida de pressão arterial	C
Exame das Mamas	C
Triagem para DST por testes de laboratório (indivíduos assintomáticos)	C
Triagem para HIV	B
Triagem para câncer de colo uterino	C

Pontos específicos para orientação sobre LAM:

- Critérios para LAM

- Eficácia
- Comportamentos adequados para garantir amamentação eficaz
- Quando e onde obter seguimento do método
- Sinais e sintomas para os quais deve procurar o serviço de saúde
- Proteção contra DST

A

Estes critérios foram desenvolvidos por um grupo de agências colaborativas da USAID e são orientados fundamentalmente para salientar os requisitos **mínimos** para a oferta de métodos anticoncepcionais em **regiões com poucos recursos**. O fato de não serem absolutamente necessários não significa que não devam ser utilizados em serviços que contam com recursos adequados; são procedimentos que significam boa prática médica. Deve-se salientar que, em muitas oportunidades, a falta de recursos para realizar alguns procedimentos francamente desnecessários (categoria D) é usada como justificativa para impedir o uso de alguns métodos anticoncepcionais.

Importante: A mulher que escolhe a LAM se beneficiará de uma boa orientação. Um provedor gentil, que dá ouvidos às preocupações da mulher ou do casal, responde às suas dúvidas e fornece informações claras e práticas sobre a LAM, especialmente sobre como amamentar corretamente e quando começar um outro método anticoncepcional estará ajudando a mulher a usar a LAM com sucesso e satisfatoriamente.

I. Instruções Específicas

A mulher que usa a LAM deve ser encorajada a:

- **Amamentar freqüentemente (a livre demanda): importante lembrar que o bebê deve mamar pelo menos uma vez durante a noite.** Durante o dia, as mamadas devem ocorrer em intervalos menores do que quatro horas e, à noite, menores que seis horas.

Importante: alguns bebês podem não querer mamar oito a dez vezes por dia e podem querer dormir durante a noite. Esses bebês precisam de um pouco de estímulo para mamar o suficiente.

- **Amamentar adequadamente:** oriente a mulher sobre as técnicas de amamentação e dieta.
- **Introduzir outros alimentos** quando o bebê completar seis meses. Amamentar antes de dar outros alimentos, se possível. Se o bebê se sacia primeiro com o leite materno, isso lhe proporcionará uma boa nutrição e estimulará a produção de leite materno.

Importante: O bebê pode mamar menos após começar a comer outros tipos de alimentos, o que pode reduzir a eficácia da LAM. Um método complementar de anticoncepção deve ser indicado.

Começar a usar outro método anticoncepcional quando:

- a menstruação retornar (sangramento nos primeiros 56 dias, ou até oito semanas após o parto não é considerado sangramento menstrual), OU

- a mulher parar de amamentar em tempo integral ou quase integral, OU
- o bebê completou seis meses, OU
- a mulher não quer mais usar somente a LAM como método anticoncepcional.

5. Acompanhamento

A mulher deve ser orientada para retornar quando quiser; o retorno não precisa ser necessariamente agendado. Em cada retorno:

- Pergunte à mulher se tem dúvidas ou se deseja discutir algum assunto;
- Pergunte sobre sua experiência com a LAM, se está satisfeita ou se tem problemas. Dê a ela as informações ou a ajuda de que necessita e convide-a a retornar sempre que tiver dúvidas ou problemas. Se ela tem problemas que não podem ser resolvidos, ajude-a a escolher outro método.
- Pergunte se:
 - a menstruação retornou, OU
 - o bebê não está mais mamando em tempo integral ou quase integral, OU
 - o bebê completou seis meses.

Se quaisquer dessas condições estão presentes, a LAM não atua mais como método anticoncepcional. Ajude a mulher a escolher outro método. Se o novo método não pode ser iniciado naquele dia, forneça um estoque de condons ou espermicidas para durar até que a mulher possa iniciar o novo método.

- Pergunte se ela tem tido problemas de saúde desde a última visita: se ela começou a tomar medicamentos como reserpina, ergotamina, anti-metabólitos, drogas que alteram o humor, ciclosporina, cortisona, bromocriptina, drogas radioativas, lítio, anticoagulantes, se tem hepatite viral aguda ou foi infectada pelo HIV: consulte a lista de critérios de elegibilidade médica para uso da LAM.
- Planeje uma nova visita para ela quando for preciso que ela escolha um novo método.
- Recomende à mulher que retorne imediatamente se ela apresentar sinais de infecção:

SINAIS DE ALERTA

Se ocorrer algum desses sintomas, a mulher deverá ser orientada para procurar imediatamente o Serviço de Saúde:

- Febre
- Fadiga
- Seios avermelhados e sensíveis

C. MANEJO DAS INTERCORRÊNCIAS OU COMPLICAÇÕES

Se a mulher relata problemas com o uso da LAM:

- Não menospreze suas queixas;
- Oriente sobre a técnica correta de amamentação, se for apropriado, e encoraje-a a continuar amamentando para o benefício da saúde do bebê e para proteção contra gravidez;
- Se ela não está satisfeita com a LAM após orientação e diálogo, ajude-a a escolher um novo método, se ela assim desejar. Encora-

je-a a continuar amamentando, mesmo se ela escolher outro método anticoncepcional. Recomende um método de barreira, DIU ou método de progestogênio, como a mini-pílula ou o injetável trimestral. Esses métodos não parecem afetar a lactação.

1. Como Tratar os Problemas

Pouco leite

A mulher vem amamentando o suficiente? A amamentação aumenta a produção de leite. Logo após o parto, ela deve amamentar o bebê pelo menos a cada uma a três horas.

A mulher está dormindo e repousando adequadamente? Se não estiver repousando adequadamente, a produção de leite pode diminuir. Sugira que ela peça auxílio a familiares para o trabalho doméstico.

Ela vem se alimentando e ingerindo líquidos o suficiente? A mulher deve beber bastante líquido todos os dias e comer alimentos saudáveis.

Mamilos doloridos

Há fissuras nos mamilos? Tranqüilize-a, explicando que as fissuras irão fechar; ela pode continuar amamentando. Para acelerar a cura, ela deve:

- amamentar mais vezes, começando sempre no mamilo menos afetado;
- deixar os mamilos secarem ao ar depois de amamentar.
- a mulher pode não estar segurando o bebê na posição correta para amamentar; oriente-a quanto à posição.
- examine o local procurando sinais de monilíase.

Mamas doloridas

A mulher tem febre ou sente cansaço? As mamas estão vermelhas e sensíveis? Ela pode estar apresentando mastite. Trate com antibióticos e aconselhe a mulher a continuar a amamentar e repousar mais.

Se não há sinais de infecção, as mamas estão sensíveis em alguns locais? Detectam-se nódulos? As mamas estão cheias, duras e doloridas? Esses achados sugerem obstrução dos ductos mamários ou ingurgitamento mamário. Aconselhe a mulher a variar de posição quando estiver amamentando e a repousar mais.

A mulher pode não estar segurando o bebê na posição correta; oriente-a.

Ensine-a a reconhecer os sinais de infecção e recomende que retorne imediatamente se apresentar: febre, fadiga, seios avermelhados e sensíveis.

2. Quando Interromper a Anticoncepção ou Trocar de Método

Com base no princípio de livre escolha do método anticoncepcional, a mulher pode optar por outro método anticoncepcional se e quando assim o desejar, ou se apresentar problemas com os quais o uso de LAM não é adequado. De todas maneiras, inclusive as mulheres que decidem não continuar usando o LAM como método, devem ser estimuladas a continuar o aleitamento, usando um método complementar.

Também é livre (e informada) a decisão da mulher optar por não usar qualquer método anticoncepcional, se assim o desejar por qualquer motivo.

ESTERILIZAÇÃO FEMININA

A esterilização feminina é um método anticoncepcional permanente para mulheres que não desejam ter mais filhos. O método requer um procedimento cirúrgico, simples e seguro. A esterilização feminina é também conhecida como laqueadura tubária, ligadura tubária, ligadura de trompas e anticoncepção cirúrgica voluntária.

A. CARACTERÍSTICAS

1. Tipos

Quanto aos tipos de oclusão tubária:

- **Salpingectomia parcial:** é o tipo mais comum de esterilização feminina e inclui diferentes técnicas; a mais amplamente utilizada é a de Pomeroy.
- **Anéis:** são colocados em volta de uma pequena alça de trompa com um aplicador especial. O mais utilizado é o anel de silicone, também chamado anel de Yoon.
- **Eletrocoagulação (fulguração):** utiliza corrente elétrica para queimar uma pequena porção das trompas. A eletrocoagulação bipolar é a mais utilizada; a unipolar é raramente usada devido ao elevado risco de lesão de órgãos pélvicos ou abdominais não devendo, portanto, ser estimulada.
- **Grampos:** essa técnica causa menor lesão nas trompas. Os tipos mais utilizados são os grampos de Filshie e de Hulka-Clemens.

Quanto às diferentes vias de acesso:

- **Minilaparotomia:** procedimento realizado através de uma pequena incisão cirúrgica abdominal.
- **Laparoscopia:** procedimento realizado através de pequena incisão cirúrgica no abdômen, através da qual se insere o laparoscópio, que é um instrumento fino e longo, contendo lentes, que permite a visualização dos órgãos abdominais e localização das trompas.
- **Vaginal:** procedimento realizado através de incisão no fundo de saco posterior da vagina (colpoceliotomia posterior).

Quanto ao momento da realização:

- **Pós-parto** (pode ser feita no pós-parto imediato)*
- Pós-aborto *
- **Esterilização durante a cesariana:** * realizada no final de uma cesariana
- Fora do ciclo grávido-puerperal

* Consulte: **Legislação Federal para Esterilização Voluntária**

2. Mecanismo de Ação

A obstrução mecânica das trompas impede que os espermatozóides migrem ao encontro do óvulo, impedindo a fertilização do mesmo. Não tem nenhum efeito sobre a função hormonal da mulher e não altera o seu ciclo menstrual.

3. Eficácia

Muito eficaz e permanente: No primeiro ano após o procedimento, a taxa de gravidez é de 0,5 para 100 mulheres (1 em cada 200 mulheres).

A taxa acumulada de gravidez em dez anos, segundo um estudo recente da OMS, é de 1,8 para 100 mulheres (1 em cada 55 mulheres).

A eficácia depende, em parte, de como as trompas foram bloqueadas, mas a taxa de gravidez é sempre baixa.

4. Desempenho Clínico

Embora a maioria das mulheres fique satisfeita com a decisão de esterilização, algumas mudam de opinião posteriormente e se arrependem. As taxas de arrependimento variam bastante, de 2 a 13%, dependendo da idade e das circunstâncias nas quais o procedimento foi realizado. Estudo realizado no Serviço de Esterilidade Conjugal da UNICAMP durante o período de janeiro de 1988 a junho de 1990, durante o qual foram matriculadas 1.262 mulheres, descreveu porcentagem de 12,4% de pedidos de reversão de laqueadura.

As taxas de arrependimento são maiores entre mulheres cujas trompas foram ligadas antes dos 30 anos de idade, solteiras ou em união conjugal recente, sem filhos do sexo masculino (para algumas culturas), quando o parceiro não apóia a decisão, com história de morte de um filho após o procedimento, com acesso limitado a outros métodos anticoncepcionais ou quando o procedimento é realizado durante ou logo após o parto.

5. Efeitos Secundários

- Frequentemente causa dor nos primeiros dias, mas esta desaparece depois do primeiro ou segundo dia;
- O procedimento para reverter a ligadura é difícil, caro e não é realizado em muitos lugares. Menos de 30% das mulheres que desejam reversão da ligadura são elegíveis. Além disso, em cerca de metade dos casos nas quais a reversão é realizada, o procedimento é bem sucedido. Finalmente, o risco de gravidez ectópica após a reversão é 10 vezes maior do que entre mulheres que nunca foram esterilizadas. **As mulheres que ainda pensam em ter filhos devem escolher outro método.**

Importante: Não protege contra as doenças sexualmente transmissíveis (DST), incluindo HIV/AIDS.

6. Riscos e Benefícios

Riscos

- São complicações raras da cirurgia: infecção e sangramento no local da incisão, infecção ou sangramento intra-abdominal, lesão de órgãos pélvicos ou abdominais;
- Riscos anestésicos: reação alérgica, recuperação demorada, efeitos colaterais;
- Muito raramente, risco de morte devido a uma dose excessiva de anestésico ou outra complicação;
- A gravidez ocorre raramente, mas quando ocorre, a chance de ser uma gravidez ectópica varia entre um quinto a três quartos, dependendo da técnica utilizada e da idade da mulher. Entretanto, a taxa de gravidez ectópica é menor do que em uma mulher sexualmente ativa que não usa métodos anticoncepcionais.

Risco de gravidez ectópica: O risco varia de acordo com a idade e o tipo de oclusão, mas é menor do que em mulheres que não usam métodos anticoncepcionais.

Taxa anual de gravidez ectópica (por 100 mulheres)

	Esterilizadas		
	Todas as técnicas	Salpingectomia pós-parto	Sem método
Todas mulheres	0,7	0,15	7,5
Mulheres < 34 anos	1,2	0,1	7,5 - 12
Mulheres > 34 anos	0,45	0,2	3,16 - 6,3

Fonte: Peterson 1997; Sivin 1991; MMWR

Benefícios

- É muito eficaz;
- É permanente;
- Não interfere nas relações sexuais;
- Não interfere no prazer sexual;
- Não tem efeitos sobre o leite materno;
- Não apresenta efeitos colaterais a longo prazo ou riscos à saúde;
- Protege a mulher contra o câncer de ovário;
- Pode reduzir o risco de doença inflamatória pélvica;
- Não protege contra doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS;
- É necessário o aconselhamento adequado para diminuir o risco de arrependimento.

Mulheres laqueadas têm risco 30% menor de desenvolverem câncer de ovário:



Fonte: Miracle-McMahill et al. 1997.

B. MODO DE USO

Não existem condições médicas que restringem o uso da laqueadura e o procedimento pode ser realizado com segurança em serviços de baixa complexidade. Porém, existem algumas condições que recomendam que a cirurgia seja adiada ou que a mulher seja encaminhada a um centro de maior complexidade.

1. Critérios Médicos de Elegibilidade

Os critérios de elegibilidade médica para uso de métodos anticoncepcionais foram desenvolvidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996) com o objetivo de auxiliar os profissionais da saúde na orientação das (os) usuárias (os) de métodos anticoncepcionais. Não devem ser considerados uma

norma estrita, mas sim uma recomendação, que pode ser adaptada às condições locais de cada país. Consiste em uma lista de condições das (os) usuárias (os), que poderiam significar limitações para o uso dos diferentes métodos, e as classifica em 3 categorias, de acordo com a definição a seguir:

ADIE: significa adiar a esterilização feminina. Essas condições devem ser tratadas e resolvidas antes que o procedimento de esterilização feminina seja feito. O provedor deve oferecer métodos anticoncepcionais temporários à mulher.

ENCAMINHE: significa que a mulher deve ser encaminhada a um centro médico onde um cirurgião experiente e sua equipe possam realizar o procedimento em um ambiente equipado para anestesia geral e outros cuidados médicos avançados. O provedor deve oferecer métodos anticoncepcionais temporários à mulher.

CUIDADO: significa que o procedimento pode ser realizado em uma clínica não especializada, mas com preparação e precaução adequadas, dependendo da condição apresentada pela mulher.

Faça à mulher as perguntas abaixo. Se ela responder **NÃO** a todas as perguntas, então ela pode submeter-se à esterilização feminina, se assim desejar. Se ela responder **SIM** a alguma pergunta, siga as instruções.

1. Você tem alguma condição ou problema ginecológico ou obstétrico? Que problemas são esses?

Não. **Sim.** Se a mulher apresenta os seguintes problemas ou condições, **ADIE** a esterilização feminina e trate, conforme seja necessário, ou encaminhe:

- Gravidez;
- Puerpério;
- Complicações puerperais como infecções ou hemorragias;
- Sangramento vaginal inexplicado que sugira uma condição séria;
- Doença inflamatória pélvica nos últimos três meses;
- Doença sexualmente transmissível atualmente;
- Câncer pélvico;
- Doença trofoblástica maligna.

Se a mulher apresenta os seguintes problemas, **ENCAMINHE-A** a um centro com pessoal médico capacitado e equipamento especializado, onde possam tratar-se complicações eventuais:

- Útero fixo, devido a cirurgia prévia ou infecção;
- Endometriose;
- Hérnia umbilical ou de parede abdominal.

Se a mulher apresenta os seguintes problemas, tenha **CUIDADO**:

- Doença inflamatória pélvica depois da última gravidez;
- Doença Inflamatória pélvica depois da última gravidez;
- Câncer de mama em atividade;
- Miomatose uterina.

2. Você sofre de alguma condição cardiovascular, como doença cardíaca, derrame (AVC), pressão alta, ou as complicações cardiovasculares do diabetes? Quais?

Não. **Sim.** Se ela apresenta quaisquer das condições abaixo, **ADIE** o procedimento:

- Doença coronariana aguda;
- Trombose venosa profunda ou embolia pulmonar.

Se a mulher apresenta qualquer um dos seguintes problemas, **ENCAMINHE-A** a um centro com pessoal médico capacitado e equipamento especializado, onde possam ser tratadas as eventuais complicações:

- Hipertensão moderada ou grave (PA 160/100 mmHg ou mais elevada);
- Doença vascular, incluindo complicações relacionadas ao diabetes;
- Doença cardíaca valvular complicada.

Se a mulher apresenta os seguintes problemas, tome **CUIDADO**:

- Hipertensão leve (PA 140/90 mmHg - 159/99 mmHg);
- AVC ou cardiopatia coronariana no passado;
- Doença cardíaca valvular sem complicações.

3. Você sofre de qualquer doença crônica ou recorrente ou de qualquer outro problema?Quais?

Não. **Sim.** Se ela apresenta quaisquer das condições abaixo, **ADIE** o procedimento:

- Doença biliar sintomática;
- Hepatite viral aguda;
- Anemia ferropriva grave (Hb abaixo de 7g/dl);
- Doença pulmonar aguda (bronquite ou pneumonia);
- Infecção sistêmica ou gastroenterite grave;

- Infecções na pele da parede abdominal;
- Se no momento em que deseja fazer a esterilização a mulher necessita submeter-se a uma cirurgia abdominal de emergência ou para tratar uma infecção, ou a uma cirurgia maior, que implique imobilização prolongada;
- Doença aguda relacionada à AIDS.

Se a mulher apresenta os seguintes problemas, **ENCAMINHE-A** a um centro com pessoal médico capacitado e equipamento especializado, onde possam tratar-se complicações eventuais:

- Cirrose hepática grave;
- Diabetes há mais de 20 anos;
- Hipertireoidismo;
- Coagulopatias;
- Doença pulmonar crônica;
- Tuberculose pélvica;
- Esquistossomose com cirrose hepática avançada.

Se a mulher apresenta os seguintes problemas, tome **CUIDADO**:

- Epilepsia, ou toma anticonvulsivantes (fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona);
- Toma antibióticos como rifampicina ou griseofulvina;
- Diabetes sem doença vascular;
- Hipotireoidismo;
- Cirrose hepática leve, tumores hepáticos ou esquistossomose com fibrose hepática;
- Anemia ferropriva moderada (Hb 7-10 g/dl);
- Anemia falciforme;

- Anemia de causa genética;
- Doença renal;
- Hérnia diafragmática;
- Desnutrição grave;
- Obesidade;
- Cirurgia abdominal eletiva no momento em que deseja fazer a esterilização.

Crêterios de Elegibilidade no Brasil

Em 12 de janeiro de 1996, foi promulgada a lei número 9.263, que dispõe sobre o Planejamento Familiar.

Artigo 10:

Somente   permitida a esteriliza o voluntária nas seguintes situa es:

I. Em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifesta o da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado   pessoa interessada acesso a serviço de regula o da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esteriliza o precoce;

II. Risco   vida ou   saúde da mulher ou do futuro conceito, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

  1  -   condi o para que se realize a esteriliza o o registro de expressa manifesta o da vontade em documento

escrito e firmado, após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

§ 2º - É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores.

§ 3º - Não será considerada a manifestação da vontade, na forma do § 1º, expressa durante ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente.

§ 4º - A esterilização cirúrgica como método contraceptivo somente será executada através da laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, sendo vedada através de histerectomia e ooforectomia.

§ 5º - Na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges.

§ 6º - A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da lei.

Fonte: Diário Oficial, nº 10, seção 1, 15 de janeiro de 1996.

O Ministério da Saúde está elaborando a normatização do procedimento.

2. Momentos Apropriados para Iniciar o Uso

Segundo critérios médicos, uma mulher pode submeter-se à esterilização feminina em qualquer momento em que ela decida que não quer ter mais filhos, incluindo o período após o parto ou aborto, e que esteja afastada a possibilidade de gravidez. A legislação federal não permite a esterilização cirúrgica feminina durante os períodos de parto ou aborto (ou até o 42º dia do pós-parto ou aborto), exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores.

3. Procedimentos para Iniciar o Uso do Método

Antes de iniciar o uso de métodos anticoncepcionais, a mulher deve ser adequadamente orientada pelo profissional de saúde. Essa orientação deve abranger informações acuradas sobre todos os métodos anticoncepcionais disponíveis. Uma orientação adequada permite a tomada de decisão baseada em informações, traduzindo a “escolha livre e informada”.

Importante: Para orientação e aconselhamento em anticoncepção, consulte o capítulo **Orientação**.

Os procedimentos para esterilização feminina, relacionados abaixo, estão classificados em quatro categorias:

Categoria A: Essencial e obrigatório em todas as circunstâncias para o uso do método anticoncepcional.

Categoria B: Médica/epidemiologicamente racional em algumas circunstâncias para otimizar o uso seguro do método anticoncepcional, mas pode não ser apropriado para todas (os) clientes em todos os contextos.

Categoria C: Pode ser apropriado para uma boa atenção preventiva, mas não tem relação com o uso seguro do método anticoncepcional.

Categoria D: Não somente desnecessários, mas irrelevantes para o uso seguro do método anticoncepcional.

Procedimento	Categoria	Categoria
	Anestesia Geral	Anestesia Local
Exame pélvico (especular e toque bimanual)	A	A B
Medida de pressão arterial	A	
Exame das Mamas	C	C
Triagem para DST por testes de laboratório (indivíduos assintomáticos)	C	C
Triagem para câncer de colo uterino	C	C
Exames laboratoriais rotineiros (colesterol, glicemia, enzimas hepáticas)	C	C
Dosagem de Hemoglobina	B	B
Avaliação de Glicosúria	B	B
Procedimentos apropriados para prevenção de infecções	A	A
Pontos específicos para orientação sobre esterilização feminina:		
• Irreversibilidade do método		
• Eficácia		
• Efeitos colaterais comuns	A	A
• Sinais e sintomas para os quais deve procurar o Serviço de Saúde		
• Instruções pré-operatórias e pós-operatórias		

Estes critérios foram desenvolvidos por um grupo de agências colaborativas da USAID e são orientados fundamentalmente para salientar os requisitos **mínimos** para a oferta de métodos anticoncepcionais em **regiões com poucos recursos**. O fato de não serem absolutamente necessários não significa que não devam ser utilizados em serviços que contam com recursos adequados; são procedimentos que significam boa prática médica. Deve-se salientar que, em muitas oportunidades, a falta de recursos para realizar alguns procedimentos francamente desnecessários (categoria D) é usada como justificativa para impedir o uso de alguns métodos anticoncepcionais.

I. Instruções Gerais

Importante: a mulher que solicita a esterilização feminina precisa de uma boa orientação e aconselhamento.

Um provedor gentil, que ouça as preocupações da mulher, responda as suas dúvidas e forneça informações claras e práticas sobre o procedimento, especialmente o caráter permanente do método, estará ajudando-a a fazer uma escolha bem informada e a sentir-se satisfeita e segura com o método. Uma orientação adequada contribuirá para que ela não se arrependa mais tarde.

A legislação no Brasil impõe, como condição para realização do procedimento, o registro da expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversível existentes.

A decisão sobre a esterilização feminina pertence somente à mulher. No Brasil, a legislação federal estabelece que, em vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges.

Consulte o documento “**Consentimento pós-informado para realização de laqueadura tubária**” proposto pela Febrasgo.

Todavia, a decisão de submeter-se à esterilização não pode ser feita pelo marido, pelo profissional de saúde, por um membro da família ou por qualquer outra pessoa. Os provedores de planejamento familiar têm o dever de se certificarem de que a decisão não foi feita sob pressão ou coerção. Os provedores também podem e devem ajudar a mulher a refletir sobre a sua decisão. Se ela optar por não se submeter ao procedimento, os provedores devem aceitar e respeitar sua decisão.

II. Instruções Específicas

Importante: As instruções descritas a seguir são a descrição resumida de um procedimento, que sob nenhuma circunstância deverá substituir o treinamento apropriado. Para realizar o procedimento de esterilização feminina é preciso treinamento e prática sob supervisão direta de profissional experiente.

a. Minilaparotomia:

- O médico deve observar os procedimentos de prevenção de infecção.
- O médico deve realizar anamnese, exame físico geral e exame ginecológico, para assegurar que o procedimento cirúrgico seja seguro.

- A mulher é anestesiada.
- A mulher fica em posição de litotomia, com os membros inferiores afastados apenas o suficiente para colocar um espéculo vaginal e uma cânula intra-uterina. Retirar o espéculo.
- Uma pequena incisão é feita no abdômen, acima dos pelos pubianos.
- O útero é então desviado com a cânula, delicadamente, para um lado e depois para o outro, de forma a expor as trompas de Falópio na abertura da incisão.
- Cada trompa é ligada e seccionada, ou bloqueada com um grampo ou anel.
- A incisão é suturada e coberta com curativo.
- A mulher recebe instruções de como proceder após receber alta hospitalar.

A minilaparotomia para esterilização feminina requer uma pequena incisão acima da linha dos pelos pubianos.

b. Laparoscopia:

- O médico deve observar os procedimentos de prevenção de infecção.
- O médico deve realizar anamnese, exame físico geral e exame ginecológico, para assegurar que o procedimento cirúrgico seja seguro.
- A mulher é anestesiada.
- Uma agulha especial é inserida dentro da cavidade abdominal da mulher e, através da agulha, o abdômen é inflado com gás carbônico. Isso tem a finalidade de separar a parede abdominal dos órgãos internos.

- Uma pequena incisão, de cerca de 3mm a 1 cm, é feita logo abaixo da cicatriz umbilical e o médico insere o laparoscópio. O laparoscópio é um tubo especial, fino e longo, contendo lentes, através das quais o médico pode ver dentro do corpo e localizar as trompas de Falópio.
- O médico insere um instrumento através do laparoscópio (ou através de uma segunda incisão) para bloquear as trompas. Cada trompa é bloqueada com um grampo, um anel ou por eletrocoagulação.
- Depois de ligadas as trompas, o instrumento e o laparoscópio são removidos. Faz-se o esvaziamento do gás contido na cavidade abdominal. A incisão é suturada e coberta com curativo.
- A mulher recebe instruções de como proceder após receber alta hospitalar.

c. Cuidados que a mulher deve tomar antes e após a cirurgia

Antes do procedimento, a mulher deve:

- Ficar em jejum, sem beber ou comer por oito horas antes da cirurgia.
- Não tomar nenhuma medicação por 24 horas antes da cirurgia (a menos que o médico que realizará o procedimento aconselhe-a a fazê-lo).
- Tomar banho antes do procedimento.
- Se possível, usar roupas limpas e confortáveis até chegar ao hospital.
- Não usar esmalte ou jóias ao chegar ao hospital.
- Se possível, trazer um acompanhante para ajudá-la a retornar à casa após o procedimento.

Após o procedimento, a mulher deve:

- Ficar em repouso por dois ou três dias e evitar levantar peso por uma semana.
- Manter a incisão limpa e seca.
- Tomar cuidado para não irritar ou esfregar a incisão até sua cicatrização.
- Tomar algum analgésico que seja seguro e esteja disponível, se for necessário.
- Evitar relações sexuais por, pelo menos, uma semana. Se a dor durar mais do que uma semana, ela não deve ter relações sexuais até a dor desaparecer.

d. Retornos**A mulher deve retornar nos seguintes casos:**

- Para uma visita de acompanhamento de rotina, se possível dentro de sete dias. Se necessário, nessa visita, os pontos devem ser removidos. O acompanhamento também pode ser feito em casa ou em outro centro de saúde.
- Se ela tiver dúvidas ou qualquer tipo de problema.

e. Problemas que requerem atenção médica.

Descrever os sintomas dos problemas que requerem atenção médica:

SINAIS DE ALERTA

Se a mulher apresentar algum desses sintomas, deverá ser orientada para procurar imediatamente o Serviço de Saúde:

- Febre alta ($>38^{\circ}\text{C}$) nas primeiras quatro semanas e especialmente na primeira semana;
- Pus ou sangramento no local da incisão;
- Dor, calor, edema ou eritema no local da incisão, que vêm piorando ou não melhoram;
- Dor abdominal, cólica ou aumento progressivo da sensibilidade local;
- Diarréia, desmaios ou tonturas.
- Se ela acha que pode estar grávida: ausência de menstruação, náuseas, mastalgia.
- Se ela apresenta sinais de uma provável gravidez ectópica: dor em baixo ventre ou em um lado do abdômen, sangramento vaginal anormal e incomum, desmaios.

4. Acompanhamento

Uma visita de retorno é recomendável dentro de sete dias, ou pelo menos dentro de duas semanas após o procedimento. O profissional de saúde examina o local da incisão, verifica se há sinais de complicação e remove os pontos. Isso pode ser feito inclusive na casa da mulher ou em um centro de saúde.

Pergunte se a mulher tem dúvidas ou quer conversar sobre algum assunto. Pergunte se ela está satisfeita. Forneça-lhe as informações e ajuda de que ela necessita e convide-a a retornar sempre que tiver dúvidas ou problemas.

C. MANEJO DAS INTERCORRÊNCIAS OU COMPLICAÇÕES

1. Como Tratar os Problemas

Infecção

- Limpe o local com água e sabão ou um anti-séptico;
- Administre antibióticos por via oral durante sete a dez dias.

Abscesso

- Limpe o local com água e sabão ou um anti-séptico;
- Drene o abscesso;
- Mantenha os cuidados com a ferida;
- Se o comprometimento da pele na infecção for grave, administre antibióticos por via oral durante sete a dez dias.

**DOCUMENTO DE “CONSENTIMENTO
PÓS-INFORMADO” PARA REALIZAÇÃO
DE PROCEDIMENTO MÉDICO**

*PROCEDIMENTO INFORMADO
INTERVENÇÃO DE LAQUEADURA TUBÁRIA*

DECLARANTE		
Nome:		
Idade:		
Endereço:		
Tel.: () :		
Identidade n.º:		Órgão Expedidor:
Data de emissão:		
Paciente <input type="checkbox"/>	Representante legal <input type="checkbox"/>	Representante familiar <input type="checkbox"/>
Responsável <input type="checkbox"/>		
OBS.: No caso do declarante não ser o paciente, preencher os dados do paciente.		

PACIENTE		
Nome:		
Idade:		
Endereço:		
Tel.: () :		
Identidade n.º:		Órgão Expedidor:
Data de emissão:		

DECLARO
Que o Doutor:
Nome:
CRM n.º:
Instituição:

Informou-me que tendo em vista o diagnóstico de:

é conveniente e indicado proceder a INTERVENÇÃO DE LAQUEADURA TUBÁRIA.

(em minha pessoa ou no paciente supra mencionado)

Esclareceu-me que:

1. A intervenção de laqueadura tubária consiste basicamente na **INTERRUPÇÃO DA CONTINUIDADE DAS TROMPAS DE FALÓPIO**, como objetivo de impedir uma nova gravidez. Para realização da técnica existem várias formas de abordagem cirúrgica:
 - a) Laparoscópica;
 - b) Microlaparotomia;
 - c) Vaginal;
 - d) Pós-cesárea (laqueadura tubária no momento da prática de uma cesárea)
2. Esta técnica necessita anestesia, que será avaliada pelo Serviço de Anestesia.
3. Embora, o método de laqueadura tubária é o mais efetivo dos métodos de planejamento familiar, sua efetividade não é de 100%. Existe uma porcentagem de falha de 0,41%.
4. Como em toda intervenção cirúrgica, existe um risco excepcional de mortalidade derivado do ato cirúrgico e da situação vital de cada paciente.
5. As complicações que poderão surgir são:
 - a) Intra-operatória (hemorragias, lesões de órgãos), queimaduras por bistori elétrico.
 - b) Pós-operatórias:
 - Leves e mais freqüentes (seromas, hemorragias, cistites, irritação erênica, anemia...);
 - Graves e excepcionais (eventração, apnéia, trombozes, hematomas, pelviperitonites, hemorragia...) perfurações de órgãos,
6. Se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada.
7. Existem outros métodos de contracepção que não são irreversíveis:
 - Métodos de barreira;
 - Anticoncepção hormonal;
 - Contracepção intra-uterina;
 - Métodos naturais.

Entendi as explicações que me foram prestadas em linguagem clara e simples, esclarecendo-me todas as dúvidas que me ocorreram.

Também entendi que, a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar o consentimento que agora presto.

Assim, declaro agora que estou satisfeito(a) com a informação recebida e que compreendo o alcance e riscos do tratamento.

Por tal razão e nestas condições

CONSINTO

Que se realize a INTERVENÇÃO DE LAQUEADURA TUBÁRIA proposta.
Reservo-me expressamente o direito de revogar a qualquer momento meu consentimento antes que o procedimento objeto deste documento se realize.
Local e data:

Médico

Paciente ou Representante ou Responsável

TESTEMUNHAS:

.....

.....

REVOGAÇÃO

Revogo o consentimento prestado na data de: / / e não desejo prosseguir o tratamento, que dou com esta por finalizado.

Local e data:

Médico

Paciente ou Representante ou Responsável

VASECTOMIA

A vasectomia oferece anticoncepção permanente para homens que não desejam ter mais filhos. É um procedimento cirúrgico simples, seguro e rápido. Pode ser feito em uma clínica ou consultório, desde que se observem os procedimentos adequados para prevenção de infecções. Não afeta o desempenho sexual. É também conhecida como esterilização masculina e anticoncepção cirúrgica masculina.

A. CARACTERÍSTICAS

1. Tipos

A vasectomia é procedimento cirúrgico de pequeno porte que interrompe a continuidade dos ductos deferentes, impedindo a presença de espermatozóides no ejaculado. São duas as abordagens cirúrgicas:

- **Técnica convencional:** são realizadas uma ou duas incisões na pele do escroto, sob anestesia local, através das quais são abordados os ductos deferentes.
- **Técnica sem bisturi:** através de um orifício de cerca de 2mm na pele do escroto, realizado sob anestesia local com um instrumento apropriado, são alcançados os ductos deferentes.

A técnica básica usada para oclusão do ducto deferente consiste em cortá-lo e fechar as extremidades através de ligadura, eletrocoagulação ou colocação de grampos. Esta última não é de utilização comum.

2. Mecanismo de Ação

A ligadura de ambos os ductos deferentes impede que os espermatozoides sejam depositados na vagina junto com o sêmen. A vasectomia não altera o aspecto do sêmen nem o desempenho sexual do homem.

3. Eficácia

Muito eficaz e permanente em uso rotineiro: taxa de gravidez de 0,15 para cada 100 homens após o primeiro ano do procedimento (aproximadamente 1 em cada 700).

Mais eficaz ainda quando usado corretamente: “Usado corretamente” significa usar condons ou outro método anticoncepcional eficaz durante as primeiras 20 ejaculações ou por três meses após o procedimento.

Recomenda-se fazer um espermograma para ter certeza de que a vasectomia foi eficaz. Ele pode ser feito em qualquer momento após três meses do procedimento ou após 20 ejaculações. Se nenhum espermatozóide for encontrado, significa que a vasectomia funcionou.

Consulte a tabela que mostra a taxa de eficácia dos Métodos Anticoncepcionais.

4. Desempenho Clínico

Embora a maioria dos homens fique satisfeita com a decisão de esterilização, uma pequena porcentagem, mesmo com orientação apropriada, muda de opinião posteriormente e solicita reversão. O homem que escolhe a vasectomia deve entender que a reversão cirúrgica é complexa, cara e não está amplamente disponível.

Uma pequena porcentagem de homens interessados em reversão é elegível para o procedimento. Mesmo quando a reversão é possível, o sucesso do procedimento é bastante limitado devido a fatores como habilidade cirúrgica e experiência do serviço, tempo desde a vasectomia e extensão da lesão do ducto deferente.

As taxas de sucesso com crianças nascidas vivas ocorrem em 30 a 75% das mulheres cujos parceiros submeteram-se à reversão, dependendo dos fatores enumerados acima.

5. Efeitos Secundários

- Pode ocorrer um leve mal estar durante 2 a 3 dias após o procedimento;
- Dor, edema ou hematoma no escroto;
- Sensação passageira de desmaio depois da intervenção;
- O procedimento para reverter a vasectomia é difícil, caro e não é realizado em muitos lugares. **Os homens que ainda pensam em ter filhos devem escolher outro método.**

<p>Importante: Não protege contra as doenças sexualmente transmissíveis (DST), incluindo HIV/AIDS.</p>

6. Riscos e Benefícios

Riscos

São complicações raras da cirurgia: infecção e sangramento no local ou dentro da incisão e a formação de coágulos no escroto;

Benefícios

- É muito eficaz;
- É permanente;
- Não interfere nas relações sexuais;
- Não afeta o desempenho sexual do homem;
- Não apresenta efeitos colaterais a longo prazo ou riscos à saúde;
- Comparada à esterilização feminina, a vasectomia:
 - é provavelmente um pouco mais eficaz;
 - é um pouco mais segura;
 - é mais fácil de se fazer;
 - é de menor custo;
 - sua eficácia pode ser verificada a qualquer momento através de espermograma;
 - se ocorrer gravidez da parceira, a probabilidade de ser ectópica é menor do que naquelas mulheres que foram esterilizadas.

B. MODO DE USO

Não existem condições médicas que restringem o uso da vasectomia de maneira permanente e o procedimento pode ser realizado com segurança em serviços de baixa complexidade. Porém, existem algumas condições que recomendam que a cirurgia seja adiada ou que o homem seja encaminhado a um centro de maior complexidade.

1. Critérios Médicos de Elegibilidade

Os critérios de elegibilidade médica para uso de métodos anticoncepcionais foram desenvolvidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996) com o objetivo de auxiliar os profissionais da saúde na orientação das (os) usuárias (os) de métodos anticoncepcionais. Não devem ser considerados uma norma estrita, mas sim uma recomendação, que pode ser adaptada às condições locais de cada país. Consiste em uma lista de condições das (os) usuárias (os), que poderiam significar limitações para o uso dos diferentes métodos, e as classifica em 3 categorias, de acordo com a definição a seguir:

ADIE: significa adiar a vasectomia. Essas condições devem ser tratadas e resolvidas antes que o procedimento seja feito. O provedor deve oferecer métodos anticoncepcionais temporários ao homem.

ENCAMINHE: significa que o homem deve ser encaminhado a um centro médico onde um cirurgião experiente e sua equipe possam realizar o procedimento em um ambiente equipado para anestesia geral e outros cuidados médicos avançados. O provedor deve oferecer métodos anticoncepcionais temporários ao homem.

CUIDADO: significa que o procedimento pode ser realizado em uma clínica não especializada, mas com preparação e precaução adequadas, dependendo da condição apresentada pelo homem.

Faça ao homem as perguntas abaixo. Se ele responder **NÃO** a todas as perguntas, então ele pode submeter-se à vasectomia, se assim desejar. Se ele responder **SIM** a alguma pergunta, siga as instruções.

1. Você tem algum problema com seus órgãos genitais, tais como infecções, edema, lesões ou nódulos no seu pênis ou escroto? Que problemas?

Não. Sim. Se o homem apresenta os seguintes problemas ou condições, **ADIE** a vasectomia e trate, conforme seja necessário, ou encaminhe:

- Doença sexualmente transmissível em atividade (DST);
- Os ductos espermáticos, os testículos e a ponta do pênis estão inflamados;
- Infecção da pele do escroto ou massa no escroto.

Se o homem apresenta os seguintes problemas, **ENCA-MINHE-O** a um centro com pessoal médico capacitado e equipamento especializado, onde possam ser tratadas as eventuais complicações:

- Hérnia inguinal (o médico, se capaz, pode fazer a vasectomia e reparar a hérnia. Se isso não for possível, a hérnia deve ser reparada primeiro, por outro médico);
- Testículos altos que não migram para a bolsa escrotal, em ambos os lados.

Se o homem apresenta os seguintes problemas, tenha **CUIDADO**:

- Lesão escrotal prévia ou cirurgia;
- Varicocele ou hidrocele volumosas;
- Testículo alto que não migrou para a bolsa escrotal em apenas um lado (a vasectomia deve ser realizada somente no lado normal. Caso se detecte a presença de espermatozóides no sêmen depois de três meses, a vasectomia deve ser feita também do outro lado).

2. Você sofre de outras condições ou infecções? Quais?

Não. **Sim.** Se ele tem qualquer um dos seguintes problemas, **ADIE** o procedimento e encaminhe-o para tratamento:

- Infecção generalizada ou gastroenterite grave;
- Filariose ou elefantíase.

Se o homem apresenta as seguintes condições, **ENCAMINHE-O** a um centro com pessoal médico capacitado e equipamento especializado, onde possam ser tratadas as eventuais complicações:

- Doença relacionada à AIDS;
- Coagulopatias.

Se o homem apresenta o seguinte problema, tome **CUIDADO**:

- Diabetes.

Crêterios de Elegibilidade no Brasil

Em 12 de janeiro de 1996, foi promulgada a lei número 9.263, que dispõe sobre o Planejamento Familiar.

Artigo 10:

Somente   permitida a esteriliza o voluntária nas seguintes situa es:

I. Em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifesta o da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado   pessoa interessada acesso a serviço de regula o da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esteriliza o precoce;

II. Risco   vida ou   saúde da mulher ou do futuro conceito, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

  1  -   condi o para que se realize a esteriliza o o registro de expressa manifesta o da vontade em documento escrito e firmado, após a informa o a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e op es de contracep o reversíveis existentes.

  2  -   vedada a esteriliza o cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores.

  3  - Não será considerada a manifesta o da vontade, na forma do   1 , expressa durante ocorrência de altera es

na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente.

§ 4º - A esterilização cirúrgica como método contraceptivo somente será executada através da laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, sendo vedada através de histerectomia e ooforectomia.

§ 5º - Na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges.

§ 6º - A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da lei.

Fonte: Diário Oficial, nº 10, seção 1, 15 de janeiro de 1996.

O Ministério da Saúde está elaborando a normatização do procedimento.

2. Momentos Adequados para Iniciar o Uso

Segundo critérios médicos, um homem pode submeter-se à vasectomia em qualquer momento em que ele decida que não quer ter mais filhos.

3. Procedimentos para Iniciar o Uso do Método

Antes de iniciar o uso de métodos anticoncepcionais, o homem deve ser adequadamente orientado pelo profissional de saúde. Essa orientação deve abranger informações acuradas sobre todos os métodos anticoncepcionais disponíveis. Uma orientação adequada permite a tomada de decisão baseada em informações, traduzindo a “escolha livre e informada”.

Importante: Para orientação e aconselhamento em anticoncepção, consulte o capítulo **Orientação**.

Os procedimentos para o procedimento de vasectomia, relacionados abaixo, estão classificados em quatro categorias:

Categoria A: Essencial e obrigatório em todas as circunstâncias para o uso do método anticoncepcional.

Categoria B: Médica/epidemiologicamente racional em algumas circunstâncias para otimizar o uso seguro do método anticoncepcional, mas pode não ser apropriado para todas (os) clientes em todos os contextos.

Categoria C: Pode ser apropriado para uma boa atenção preventiva, mas não tem relação com o uso seguro do método anticoncepcional.

Categoria D: Não somente desnecessários, mas irrelevantes para o uso seguro do método anticoncepcional.

Procedimento	Categoria
Exame dos órgãos genitais	A
Medida de pressão arterial	C
Triagem para DST por testes de laboratório (indivíduos assintomáticos)	C
Exames laboratoriais rotineiros (colesterol, glicemia, enzimas hepáticas)	D
Procedimentos apropriados para prevenção de infecções	A

Pontos específicos para orientação
sobre vasectomia:

- Irreversibilidade do método
 - Eficácia
 - Uso de método complementar após o procedimento A
 - Efeitos colaterais comuns
 - Sinais e sintomas para os quais deve procurar o Serviço de Saúde
 - Instruções pré-operatórias e pós-operatórias
 - Proteção contra DST (quando apropriado)
-

Estes critérios foram desenvolvidos por um grupo de agências colaborativas da USAID e são orientados fundamentalmente para salientar os requisitos **mínimos** para a oferta de métodos anticoncepcionais em **regiões com poucos recursos**. O fato de não serem absolutamente necessários não significa que não devam ser utilizados em serviços que contam com recursos adequados; são procedimentos que significam boa prática médica. Deve-se salientar que, em muitas oportunidades, a falta de recursos para realizar alguns procedimentos francamente desnecessários (categoria D) é usada como justificativa para impedir o uso de alguns métodos anticoncepcionais.

I. Instruções Gerais

<p>Importante: o homem que solicita a vasectomia precisa de uma boa orientação e aconselhamento.</p>

Um provedor gentil, que ouve as preocupações do homem, responde as suas dúvidas e fornece informações claras e práticas sobre o procedimento, especialmente o caráter permanente do método, estará ajudando-o a fazer uma escolha bem informada e a sentir-se satisfeito e seguro com o método. Uma orientação adequada contribuirá para que ele não se arrependa mais tarde.

A legislação no Brasil impõe, como condição para realização do procedimento, o registro da expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversível existentes. Além disso, a legislação estabelece que, em vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges.

II. Instruções Específicas

Importante: As instruções descritas a seguir são a descrição resumida de um procedimento, que sob nenhuma circunstância deverá substituir o treinamento apropriado. Para realizar o procedimento de vasectomia é preciso treinamento e prática sob supervisão direta de profissional experiente.

- O médico deve observar os procedimentos de prevenção de infecção.
- O homem recebe uma injeção de anestésico local em seu escroto para prevenir a dor. Ele permanece acordado durante todo o procedimento.

- Palpa-se a pele do escroto para identificar cada ducto deferente no seu interior. O médico faz uma pequena incisão na pele com um bisturi ou usa um instrumento cirúrgico afiado para fazer uma punção (na técnica de vasectomia sem bisturi).
- O médico destaca cada ducto sob a incisão. A maioria dos médicos corta cada ducto e liga com fio as extremidades seccionadas. Alguns preferem fechar os ductos com grampo ou eletrocoagulação. A incisão pode ser suturada ou simplesmente protegida com curativo. O procedimento está concluído.
- O homem pode sentir tontura por algum tempo após; se possível, ele deve repousar por 15 a 30 minutos.
- O homem recebe instruções de como cuidar da ferida. Se sua parceira não estiver usando um anticoncepcional eficaz, ele deve receber condons para usar até que seu sêmen não contenha espermatozóides. Ele pode deixar a clínica em poucas horas, geralmente em menos de uma hora.

Importante: A vasectomia sem bisturi é um novo procedimento, cujas diferenças em relação à técnica convencional são:

- utiliza uma pequena punção ao invés de uma ou duas incisões no escroto.

- uma técnica de anestesia especial requer somente uma picada, ao invés de duas ou mais.

Vantagens:

- menos dor e hematomas;
- recuperação mais rápida;
- menor tempo cirúrgico.
- Os dois tipos de procedimento são rápidos, seguros e eficazes.

Técnica de vasectomia sem bisturi



Cuidados que o homem deve tomar antes e após a cirurgia

Antes do procedimento, o homem deve:

- Não tomar nenhuma medicação por 24 horas antes da cirurgia (a menos que o médico que realizará o procedimento aconselhe-o a fazê-lo).
- Tomar banho antes do procedimento, especialmente lavando bem a região genital e a parte superior interna das coxas.
- Usar roupas limpas, folgadas e confortáveis até chegar ao hospital.

Após o procedimento, o homem deve:

- Se possível, colocar compressas frias no escroto por quatro horas, para reduzir o edema. Ele terá desconforto, edema e hematoma, que diminuem dentro de 2 a 3 dias.
- Ficar em repouso por dois dias e evitar levantar peso por alguns dias.
- Manter a incisão limpa e seca.
- Usar cuecas ou calças justas para ajudar a dar suporte ao escroto. Isso diminuirá o edema, o sangramento e a dor.

- Tomar algum analgésico que seja seguro e esteja disponível, se for necessário.
- **Usar condons ou outro método anticoncepcional eficaz durante as próximas 20 ejaculações ou por três meses após o procedimento. Recomenda-se a realização de espermograma, que deverá ter contagem negativa de espermatozóides, antes de liberar a atividade sexual sem outra proteção anticoncepcional.**

Ele pode ter relações sexuais dentro de dois a três dias após o procedimento, se não tiver desconforto. O desempenho sexual não terá sido afetado.

Retornos

- O homem deve retornar nos seguintes casos:
- Para uma visita de acompanhamento de rotina, se possível dentro de sete dias. Se necessário, nessa visita, os pontos devem ser removidos. O acompanhamento também pode ser feito em casa ou em centro de saúde.
- Se ele tiver dúvidas ou qualquer tipo de problema.
- Se sua parceira parou de menstruar ou achar que pode estar grávida.

Problemas que requerem atenção médica

Descrever os sintomas dos problemas que requerem atenção médica:

SINAIS DE ALERTA

Se o homem apresentar algum desses sintomas, deverá ser orientado para procurar imediatamente o Serviço de Saúde:

- Febre alta (>38°C) nas primeiras quatro semanas e especialmente na primeira semana;
- Pus ou sangramento no local da incisão;
- Dor, calor, edema ou eritema no local da incisão, que vêm piorando ou não melhoram.

4. Acompanhamento

Uma visita de retorno é altamente recomendável dentro de sete dias, ou pelo menos dentro de duas semanas após o procedimento. O profissional de saúde examina o local da incisão, verifica se há sinais de complicação e remove os pontos. Isso pode ser feito inclusive na casa do cliente ou em um centro de saúde.

Recomenda-se fazer um espermograma três meses após a vasectomia. O exame microscópico do sêmen pode assegurar que não há espermatozóides e que o efeito anticoncepcional está garantido.

Pergunte ao homem se tem dúvidas ou quer conversar sobre algum assunto. Pergunte se ele está satisfeito. Forneça-lhe as informações e ajuda de que ele necessita e convide-o a retornar sempre que tiver dúvidas ou problemas.

C. MANEJO DAS INTERCORRÊNCIAS OU COMPLICAÇÕES

1. Como Tratar os Problemas

Dor

- Verifique se há coágulos na bolsa escrotal:
- Coágulos pequenos, não infectados, requerem repouso e analgésicos como paracetamol.
- Coágulos maiores podem necessitar drenagem cirúrgica.
- Coágulos infectados requerem antibióticos e hospitalização.

Infecção

- Limpe o local com água e sabão ou um anti-séptico;
- Administre antibióticos por via oral durante sete a dez dias.

Abscesso

- Limpe o local com água e sabão ou um anti-séptico;
- Drene o abscesso;
- Mantenha os cuidados com a ferida;
- Se o comprometimento da pele na infecção for grave, administre antibióticos por via oral durante sete a dez dias.

Medo de impotência

- Durante a orientação, antes do procedimento, o médico deve assegurar ao homem que a vasectomia não altera fisicamente o desejo, o desempenho ou o prazer sexual. Esta informação deve ser enfatizada nas visitas de retorno.

TAXA DE FALHA DOS MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS

Eficácia por Grupo	Método	Uso Rotineiro	Uso Correto e Consistente
Sempre alta eficácia	Vasectomia	0,1	0,1
	Injetáveis Trimestrais	0,3	0,3
	Injetáveis Mensais*	0,3	0,1
	Ligadura	0,5	0,5
	DIU TCU-380A	0,8	0,6
	Mini-pílula na lactação	1	0,5
	Norplant	0,1	0,1
	Mirena	0,2	0,2
Eficácia média em uso rotineiro. Alta eficácia quando usado corretamente e consistentemente	LAM (só 6 meses)	2	0,5
	Pílula combinada	6-8	0,1
Eficácia baixa em uso rotineiro. Eficácia média quando usado corretamente e consistentemente	Condom	14	3
	Diafragma/espermicida	20	6
	Abstinência periódica	20	1-9
	Condom feminino	21	5
	Espermicidas	26	6

(Número de gravidez por cada 100 mulheres que usam os métodos durante um ano)

Adaptado do livro "The Essentials of Contraceptive Technology", Johns Hopkins Population Information Program, 1998

* Newton, J.R. J. Obstet. Gynaecol, 1994.