

ANTICONCEPÇÃO

Manual de Orientação



Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia

ANTICONCEPÇÃO
Manual de Orientação



Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia

**Comissão Nacional Especializada de
Planejamento Familiar**

EDITORES

Nilson Roberto de Melo

Alberto Soares Pereira Filho

COORDENADOR DO PROJETO MANUAIS DA FEBRASGO

Alberto Soares Pereira Filho



Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia

DIRETORIA

Presidente

Hildoberto Carneiro de Oliveira

Secretário Executivo
Osmar Teixeira Costa

Vice-Presidente Região Nordeste
Arnaldo Afonso Alves de Carvalho

Vice-Secretário Executivo
Antonio Hélio Oliani

Vice-Presidente Região Centro-Oeste
Resalla Salum (*in memoriam*)

Vice-Presidente Região Norte
Manoel de Almeida Moreira

Vice-Presidente Região Sul
Heitor Hentschel

Comissão de Educação Continuada

Hildoberto Carneiro de Oliveira
Osmar Teixeira Costa
Ivan Lemgruber

Comissão Nacional Especializada
de Planejamento Familiar da FEBRASGO

Presidente

Nilson Roberto de Melo

Vice-Presidente

Marcelino Espírito Poli

Secretário

Alberto Soares Pereira Filho

Demais Membro

Adelino Amaral Silva

Amaury Andrade

Antonio Aleixo Neto

Antonio Hélio Oliani

Carlos Alberto Petta

Carlos Isaías Filho

César Eduardo Fernandes

Claudete Regiani Mello

Elsimar Metzker Coutinho

Francisco Manoelito L. de Almeida

Hilda Fava Schneitzer

João Sabino Pinho Neto

José Corrêa Barbosa

José Ferreira Nobre Formiga Filho

José Gomes Batista

José Mendes Aldrighi

José Weydson C. de Barros Leal

Juan Diaz

Laudelino de O. Ramos

Lourivaldo Rodrigues de Souza

Luciane Marta Oliveira Brito

Luis Bahamondes

Marco Aurélio Albernaz

Marcos Cavalcanti

Marta Curado C. Franco Finotti

Ney Francisco Pinto Costa

Prescilla Chow Lindsey

Roberto Messod Benzecry

Rosalina Bottino Garcia

Rosires Pereira de Andrade

Salim Wehba

ANTICONCEPÇÃO
MANUAL DE ORIENTAÇÃO

AUDITORIA

Adelino Amaral Silva
Alberto Soares Pereira Filho
Amaury Teixeira Leite Andrade
Antonio Aleixo Neto
Antonio Hélio Oliani
Carlos Aberto Petta
Carlos Isaia Filho
César Eduardo Fernandes
Claudete Reggiani de Mello
Elsimar Metzker Coutinho
Francisco Manoelito Lima de Almeida
Hilda Schnetzer Fava
Hildoberto Carneiro de Oliveira
Jacob Arkader
João Sabino Pinho Neto
José Corrêa Barbosa
José Ferreira Nobre Formiga Filho
José Gomes Batista
José Weydson de Barros Leal

Laudelino de Oliveira Ramos
Lourivaldo Rodrigues de Souza
Luciane Maria de Oliveira Brito
Luciano Melo Pompei
Marcelino Espírito Hofmeister Poli
Márcia Junqueira Sacilotto
Marco Antonio Tenório Cavalcanti
Marco Aurélio Albenaz
Marta Curado Carvalho Franco Finotti
Ney Francisco Pinto Costa
Nilson Roberto de Melo
Prescilla Chow Lindsey
Ricardo Nascimento
Roberto Messod Benzecry
Rogério Ciarcia Ramires
Rosalina Bottino Garcia
Rosires Pereira de Andrade
Waldir Muniz Oliva Filho
Walkíria Samuel Ávila
Wilson Maça Ariê

Apresentação

Chega ao final o mandato da atual Diretoria da FEBRASGO, presidida por Hildoberto Carneiro de Oliveira.

Foram cinco anos de muito trabalho, mas compensados pelos bons resultados obtidos, e também porque tivemos a satisfação de constatar o ótimo clima vivenciado em todas as reuniões em que nós da Diretoria tivemos ocasião de participar com vários presidentes de Federadas e com os representantes das Comissões Nacionais Especializadas, incluindo a do TEGO, aqui citada especificamente devido às características necessárias para a realização de suas reuniões.

Entre as realizações conseguidas, sem dúvida uma das mais importantes foi a concretização do **Projeto Manuais da FEBRASGO** elaborado pelas respectivas Comissões Nacionais Especializadas. Os já publicados e distribuídos aos sócios de nossa Federação, foram: o do Climatérico, o da Ginecologia Endócrina e o da Infertilidade Conjugal. Sai agora o da Anticoncepção, realizado, também, com a mesma competência e esmero que os outros três.

Estão já prontos, esperando, somente, serem publicados, os da Hipertensão na Gravidez e o de Oncologia Ginecológica.

Outros dois livros: Mamografia Atual, elaborado pela Comissão Nacional Especializada de Diagnóstico por Imagem e Medicina Fetal, pela Comissão Nacional Especializada de Medicina Fetal, estão no prelo.

Queremos assinalar com grande entusiasmo a demonstração de competência dos colegas que idealizaram e produziram os manuais e agradecer, em nome de todos os ginecologistas e obstetras de nossa Federação, esta grande contribuição que nos foi dada pelos autores dessas publicações.

A Diretoria

Prólogo

O planejamento familiar é paternidade responsável, portanto deve permitir aos casais tanto a assistência e orientação aos métodos contraceptivos, como aos que querem ter um ou mais filhos.

Os métodos anticoncepcionais têm características próprias de indicações, contra-indicações, riscos e efeitos colaterais assim como os usuários devem conhecer todos os métodos contraceptivos, podem ter suas preferências quanto ao método anticoncepcional, que devem ser respeitados pelo profissional de saúde, que no entanto deve estar preparado para orientação e aconselhamento, caso a escolha recaia sobre o método inadequado naquele momento para aquela usuária.

Visando esse objetivo a Comissão Nacional de Planejamento familiar da FEBRASGO, em conjunto com alguns médicos que não fazem parte da mesma, resolveu elaborar este manual, que faz parte do Projeto de Manuais da FEBRASGO.

O Manual de Anticoncepção tem o intuito de introduzir os principais aspectos e características dos métodos anticoncepcionais, de forma prática, objetiva, além de discutir a contracepção em algumas doenças clínicas, que trazem dúvidas ao médico no seu dia a dia de ambulatório e/ou consultório.

Com essa finalidade após a distribuição dos temas para um grupo de relatores, a Comissão reuniu-se durante um final de semana, discutindo os vários relatórios, propondo ou não modificações até se chegar a este manual.

Espero que o esforço não tenha sido em vão e que este manual atenda aos propósitos já mencionados, ou seja de veicular informação e orientações práticas, para que o médico possa consultá-lo, ajudando-o na prática clínica diária, permitindo a utilização de métodos anticoncepcionais adequados para o casal, de tal forma que o mesmo possa ter os filhos no momento mais adequado de suas vidas.

Nilson Roberto de Melo

*Presidente da Comissão Nacional Especializada
de Planejamento Familiar da FEBRASGO*

Índice

Capítulos	Página
I Métodos Comportamentais	14
II Métodos de Barreira	66
III Anticoncepcional Hormonal Combinado Oral	1313
IV Injetável Mensal.....	2020
V Injetável Trimestral	2323
VI Implantes	2727
VII Dispositivo Intra-Uterino	3333
VIII Anticoncepção Cirúrgica.....	4141
IX Anticoncepção de Emergência.....	4646
X Anticoncepção na Adolescência.....	4949
XI Anticoncepção na Lactação	5454
XII Anticoncepção no Climatério.....	5858
XIII Anticoncepção em Situações Especiais Doenças Endócrinas	6161
XIV Anticoncepção em Situações Especiais Cardiopatias	6666
XV Anticoncepção em Situações Especiais Doenças Auto-Imunes.....	7070
XVI Anticoncepção em Situações Especiais Doenças Hematológicas	7272
XVII Anticoncepção e Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST).....	7575
XVIII Anticoncepção e Ética.....	8080
Anexo I.....	8484
Anexo II.....	8585

CAPÍTULO 1

MÉTODOS COMPORTAMENTAIS

São aqueles que, ao serem utilizados, implicam em modificações do comportamento sexual do casal.

Baseadas em conhecimentos de reprodução humana, são admitidas duas formas de métodos comportamentais:

1. Abstinência sexual periódica
2. Ejaculação extra-vaginal

ABSTINÊNCIA SEXUAL PERIÓDICA

Os métodos de abstinência sexual periódica, também chamados de "métodos naturais", são definidos pela Organização Mundial da Saúde, como "métodos para planificar ou evitar gestações pela observação dos sinais e sintomas da fase fértil do ciclo menstrual. Neste período deve haver abstinência sexual".

O mecanismo de ação baseia-se na fisiologia reprodutiva e no conhecimento da anatomia, interpretando-se sinais e sintomas que naturalmente ocorrem durante o crescimento folicular, ovulação e formação do corpo lúteo. Tem-se como pressuposto que o tempo médio de vida dos espermatozóides no trato genital feminino é de 72 horas (variando entre 2 e 7 dias) e que o período de fertilidade do óvulo é de 24-48 horas. Portanto, o período fértil varia entre 3-4 dias antes e 3 dias depois da ovulação.

A eficácia do método baseia-se no entendimento do casal em como identificar corretamente o período fértil e como adaptar-se sexualmente aos períodos de abstinência e permissão para o ato sexual. A maioria das falhas que ocorrem tem estreita relação com a usuária.

Os índices de falha no primeiro ano de uso atingem até 20 por 100 mulheres/ano. Entre usuárias perfeitamente adaptadas ao método cai para 1 a 9 por 100 mulheres/ano.

VANTAGENS

- Não oneram financeiramente;
- a orientação pode ser feita por pessoal leigo treinado;

- levam o casal ao aprendizado da anatomia reprodutiva humana e de sua fisiologia;
- não apresentam possíveis efeitos iatrogênicos.

DESVANTAGENS

- Sua eficácia é considerada baixa;
- exigem orientação do casal e dependem da sua capacidade de aprendizagem e cooperação;
- alteram o comportamento sexual do casal;
- podem provocar repercussões negativas sobre a sexualidade;
- não conferem proteção contra as DST / AIDS.

MÉTODO RÍTMICO

O método de Ogino-Knaus, calendário, ritmo ou tabela como é mais conhecido, é talvez um dos mais utilizados. Busca encontrar, através de cálculos, o início e o fim do período fértil. Para utilizá-lo a mulher deve conhecer os seus últimos 6 a 12 ciclos menstruais espontâneos e sua duração.

PARA CALCULAR

- Início do período fértil - diminuir 18 do ciclo mais curto;
- final do período fértil - diminuir 11 do ciclo mais longo

MÉTODO DA TEMPERATURA BASAL

Este método, também conhecido como método térmico baseia-se no fato da mulher, após a ovulação, apresentar aumento da temperatura basal, entre 0,3 e 0,8°C, devido à ação da progesterona no centro termorregulador do hipotálamo.

A mulher deve registrar a temperatura diariamente, a partir do primeiro dia do ciclo, num gráfico apropriado. O termômetro deve ser colocado na cavidade oral, pela manhã, antes de qualquer atividade, durante pelo menos 5 minutos. De preferência, a temperatura deve ser tomada aproximadamente na mesma hora e após um período de sono de pelo menos 5 horas.

Apesar da orientação prévia, que deve ser bastante clara para a paciente leiga, algumas vezes a interpretação do gráfico é difícil.

Para não engravidar, a mulher deve evitar relações desde o primeiro dia da menstruação até que a temperatura se eleve de 0,3 a 0,80°C por três dias consecutivos.

Além de assegurar que a mulher já ovulou, essa precaução confirma que o óvulo não é mais fecundável.

Observa-se que, geralmente, ocorre uma queda da temperatura no dia da ovulação, seguida de elevação nos dias subseqüentes. Por isso, o método da temperatura serve para diagnóstico de gravidez, pois, nesse caso, a temperatura continua elevada depois do 28º dia do ciclo.

MÉTODO DO MUCO CERVICAL

Também conhecido como método de Billings baseia-se na ocorrência de modificações cíclicas no muco cervical, através das quais a mulheres podem observar se estão no período fértil. Como proceder:

- Pesquisar a presença do muco todos os dias, observando atenta mente a sensação ocasionada pelo mesmo, buscando perceber claramente as mudanças progressivas que ocorrem;
- interromper a atividade sexual ao menor sinal da presença do muco, após o período de secura vaginal que normalmente sucede a menstruação;
- observar o aumento progressivo do muco que atinge o pico durante a ovulação, passando a regredir a partir dela, por ação da progesterona;
- permanecer em abstinência por no mínimo 3 dias a partir pico, podendo reiniciar a atividade sexual no quarto dia.

MÉTODO SINTOTÉRMICO

O método sintotérmico significa a utilização de indicadores múltiplos aumentando a capacidade de identificar o início e o final do período de fertilidade, melhorando a eficácia do método e diminuindo tempo de abstinência.

Para identificar o início do período fértil:

- Detectar o aparecimento do muco;
- fazer o cálculo do calendário;

Para identificar o final do período fértil:

- Observar as modificações do muco;
- avaliar as variações da temperatura basal.

Outros sinais sistêmicos que sugerem a ovulação, podem ser acrescentados como a dor ovulatória e o sangramento intermenstrual.

EJACULAÇÃO EXTRA-VAGINAL

COITO INTERROMPIDO

O coito interrompido baseia-se na capacidade do homem em pressentir a iminência da ejaculação e neste momento retirar o pênis da vagina evitando assim a deposição do esperma. O método requer autocontrole por parte do homem, de forma que ele possa retirar o pênis pouco antes da ejaculação.

É importante ressaltar:

- Antes do ato sexual o homem deve urinar e retirar restos de esperma de uma eventual relação anterior;
- o líquido pré-ejaculatório pode conter espermatozóides vivos o que aumenta o índice de falha;
- antes da ejaculação, o pênis deve ser retirado da vagina e o sêmen ser depositado longe dos genitais femininos;
- não oferece proteção contra DST/ AIDS.

É comum a insatisfação sexual de um ou de ambos os parceiros, sendo que a mulher, muitas vezes fica extremamente insegura com o desenlace da relação.

Tal fato pode ser mais notado entre casais jovens e/ou que tenham relações sexuais esporádicas. Nesse caso, o homem pode não frear a ejaculação.

O uso constante do método, pode levar à repercussões mais sérias na esfera sexual, como a diminuição da libido por parte do casal, ejaculação precoce e, às vezes, impotência sexual masculina. A mulher, 1 sua vez, pode apresentar, ao longo do tempo disfunção sexual, além varizes e dor pélvica.

A eficácia deste método é difícil de se avaliar, acreditando-se (o índice de gravidez seja acima de 25 gravidezes por 100 mulheres/a

SEXO SEM PENETRAÇÃO VAGINAL

O sexo sem penetração vaginal consiste na busca do prazer, 5 risco de concepção, através de alternativas como sexo oral, sexo ai masturbação a dois, etc. É importante lembrar que o coito "interfemora" com deposição de sêmen na genitália feminina externa pode levar à gestação.

CONCLUSÕES

- Os métodos comportamentais requerem motivação por parte casal, aprendizado correto e persistência no uso, sem os quais as falhas atingem níveis inaceitáveis.
- Não devem ser recomendados na adolescência, no climatério e em todas as situações em que a gravidez indesejada possa trazer conseqüências tanto biológicas, quanto psicológicas ou sociais importantes.
- O coito interrompido é considerado método primitivo deve ser desestimulado devido às repercussões na esfera sexual e baixa eficácia na prevenção da gravidez.
- Apesar dos índices de falha, os métodos comportamentais vem ser ensinados pois podem ser empregados em situações de emergência e em situações em que o casal não aceita métodos condenados pela Igreja.

CAPITULO II

MÉTODOS DE BARREIRA

Os métodos de barreira são a forma mais antiga de controle da concepção, e se mantêm atuais sobrevivendo à era moderna.

São denominados métodos de barreira aqueles que evitam a gravidez através do impedimento da ascensão dos espermatozóides ao útero.

Podem ser classificados em femininos e masculinos.

Atualmente, com a crescente incidência das doenças sexualmente transmissíveis (DST), em particular a AIDS, houve uma revalorização do uso dos métodos de barreira. Eles são pouco difundidos em nosso meio, devido à influência de fatores sócio-culturais. O sucesso de seu emprego depende da motivação, da aceitação e da confiança para usá-lo.

Sua atuação se faz através de obstáculos mecânicos, químicos ou mistos.

CONDOM

Trata-se de um envoltório para o pênis, antigamente feito de membranas animais, a seguir feito de borracha vulcanizada (século XIX) e hoje de látex. Seu uso se difundiu rapidamente como método anticoncepcional em todo o mundo.

EFICÁCIA

A eficácia do método depende do seu uso correto, da motivação do casal em usá-la em cada intercurso, do tempo de experiência com o método, e também da qualidade do produto que pode ser afetada pelo armazenamento inadequado, principalmente por parte do usuário. falhas variam de 3% a 12%.

VANTAGENS

Os condons apresentam benefícios não contraceptivos importantes. Uma das grandes vantagens do preservativo é a proteção que oferece contra doenças sexualmente transmissíveis, inclusive virótica (HPV, HIV, Hepatite B, etc.). Seu uso protege a mulher contra as doenças viróticas e conseqüentemente diminui a

incidência de neoplasias cervicais.

Outras vantagens desse método são a sua praticidade fácil acesso e não depende de controle médico.

DESVANTAGENS

Pode-se citar o custo elevado, no caso de uso freqüente. O método requer alto grau de motivação, necessita de manipulação durante o sexual, podendo ocorrer também rotura e causar reação alérgica.

INDICAÇÕES

Quando há redução da freqüência coital em casais maduros, durante a lactação, em associação com qualquer método contraceptivo com o intuito de melhorar a eficácia.

CONTRA-INDICAÇÃO

Dificuldade na manutenção da ereção e processos alérgicos ao látex.

MODO DE USAR

É fundamental a orientação quanto ao uso adequado devendo alguns pontos serem realçados para a máxima proteção:

1. Ser de boa qualidade e estar sempre disponível;
2. Cuidado na abertura da embalagem e no manuseio;
3. A colocação deve ser sempre feita com pênis ereto antes da penetração, sendo que o ar da bolsa na extremidade deve ser retirado para que se destine à coleta do sêmen ejaculado;
4. Proceder a retirada do pênis logo após a ejaculação, pressionando as bordas do condom contra o mesmo;
5. Deve ser usado uma única vez e descartado.

EFEITOS COLATERAIS

Condoms têm poucos efeitos colaterais. Alguns indivíduos podem apresentar alergia ao látex, porém a ocorrência é rara.

CONDOM FEMININO

É um novo contraceptivo de barreira vaginal, geralmente de poliuretano. Adequadamente posicionado recobre a cérvix uterina, paredes vaginais e parte da vulva. Devido à maior área genital tanto feminina quanto masculina recobertas oferece proteção mais efetiva contra a transmissão de doenças sexualmente transmissíveis.

Sua eficácia aumenta principalmente quando usado associado a lubrificantes com capacidade espermaticida.

É mais resistente e durável que o preservativo masculino, com a vantagem de poder ser inserido fora do intercuro sexual, ficando seu uso sob o controle feminino.

DIAFRAGMA

É um pequeno dispositivo circular de borracha com borda firme flexível, que ao ser colocado na vagina forma uma barreira física sol o colo do útero.

MODO DE USAR

O tamanho e o tipo ideal são definidos durante o exame ginecológico que determina a posição do útero e do colo, a ocorrência de distopias vaginais e outras possíveis patologias, além de medir a distância da cada do púbis à parede posterior da vagina. A sua inserção e remo requer em treinamento específico.

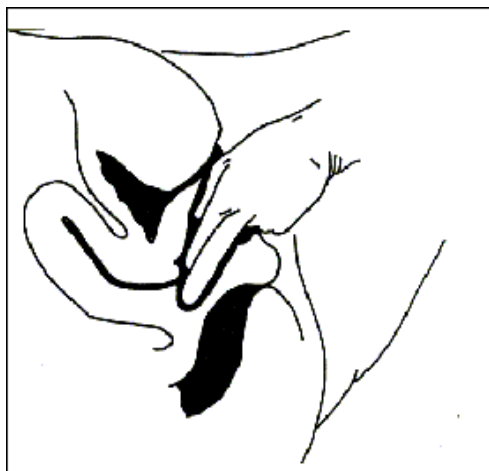


Figura 1 – Medição do diafragma: toque vaginal até o fórnice posterior

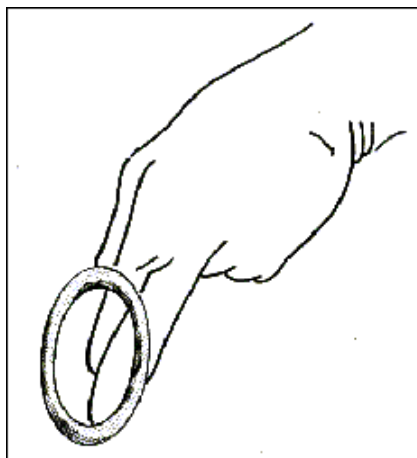


Figura –2 Medição do diafragma: escolha do tamanho do diafragma através do anel vaginal.

ALGUNS PONTOS BÁSICOS

Recomenda-se o uso de espermaticida com o diafragma, que deve ser colocado nas bordas e no lado côncavo.

- Inserido o diafragma a mulher deve aprender a verificar se ficou corretamente colocado, sentindo o colo através da cúpula do mesmo com o dedo indicador.
- O diafragma deve ser inserido de preferência um pouco antes da relação sexual, porém não mais que seis horas. Se este tempo for ultrapassado uma dose adicional de espermaticida deve ser aplicada. O mesmo procedimento deve ser feito no caso de relações subseqüentes.
- A remoção deve ser feita seis a oito horas depois da relação.
- O uso contínuo do diafragma é contra-indicado por haver riscos de infecção geniturinária e de choque tóxico.
- Cuidados com o diafragma evitam danos que possam prejudicar a durabilidade do mesmo. Após o seu uso deve ser lavado com sabão neutro e água fria e enxugado em toalha de pano ou papel. Depois de seco, deve-se espalhar amido de milho por toda a superfície. Deve ser sempre guardado em recipiente próprio, para proteção e transporte adequados.
- Observando estes cuidados, o diafragma pode ser utilizado até dois anos, devendo ser substituído após este período.

EFICÁCIA

Os índices de falha para o diafragma variam de 2 a 4 gestações por 100 mulheres/ano durante o primeiro ano de uso.

Os melhores resultados em termos de eficácia do método foram encontrados entre mulheres com mais de 35 anos e menos de quatro relações sexuais por semana. As mulheres nesta faixa etária mostram mais experiência e motivação além de apresentarem um declínio da fertilidade.

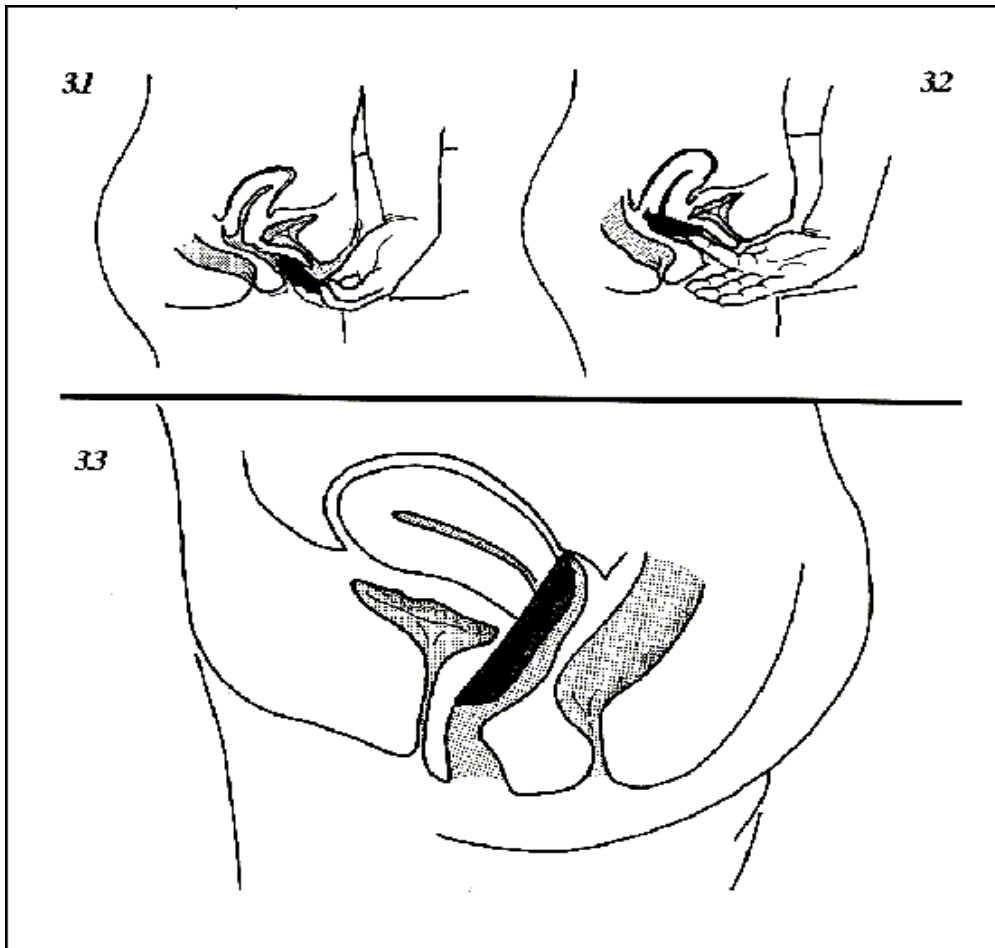


Figura 3.1 - Início da colocação do diafragma.

Figura 3.2 - Verificação do posicionamento do diafragma.

Figura 3.3 - Diafragma colocado na posição correta.

CONTRA-INDICAÇÕES

Prolapso uterino, cistocele ou retocele pronunciadas e retroversão ou anteflexão fixa ou acentuadas. Não sendo também recomendado na presença de: septos, fístulas, cistos vaginais, no pós parto até a 6ª semana, na alergia ao látex ou espermaticida e na incapacidade de aprendizagem do uso correto.

EFEITOS COLATERAIS E COMPLICAÇÕES

Mulheres usando diafragma têm aproximadamente o dobro do risco de desenvolver infecções genitourinárias.

Embora rara, a síndrome de choque tóxico é uma possível complicação entre usuárias do diafragma, tampões vaginais e esponjas contraceptivas, estando o risco associado ao uso prolongado principalmente acima de 24-36 horas, sendo que a síndrome é causada por algumas cepas do *Staphylococcus aureus*.

ESPONJAS

As esponjas contraceptivas foram criadas com o objetivo de proporcionar um método de barreira de uso mais fácil que o diafragma.

As esponjas modernas são feitas de poliuretano associados com o espermaticida nonoxinol-9.

Têm um formato ligeiramente côncavo, para adaptar-se melhor ao colo uterino, devendo ser umedecidas antes da sua colocação para ativar o espermaticida.

Possui uma alça para facilitar a remoção, que deve ser feita seis a oito horas após a última relação sexual.

Sua vantagem consiste na facilidade do uso, em poder ser colocada previamente ao intercurso sexual, ao fato de ser descartável e não requerer treinamento para sua aplicação.

Como os outros métodos de barreira as esponjas contraceptivas podem reduzir a transmissão de algumas doenças sexualmente transmissíveis.

Como desvantagens podemos citar o custo elevado e a dificuldade para sua aquisição por ser um produto importado.

As contra-indicações, efeitos colaterais e complicações são mesmas do diafragma.

EFICÁCIA

As taxas de gravidez variam de 9 a 27 por 100 mulheres/ano.

ESPERMATICIDA

São substâncias que colocadas no fundo da vagina têm ação de barreira por inativação dos espermatozoides, devido a lesão de sua membrana celular.

Os espermaticidas são usados desde a antiguidade, com relatos de fórmulas as mais exóticas possíveis.

Atualmente uma série de substâncias têm sido usadas tais como nonoxinol-9, octocinol e o menfegol. Espermaticidas que contenham tato de fenil-mercúrio não devem ser usados visto que o mercúrio pode ser absorvido e causar toxicidade, com possível efeito teratogênico.

Os espermaticidas existem em várias apresentações: cremes, geleias, supositórios, tabletes e espumas. Basicamente não existem grandes diferenças entre eles, apenas o fato de que cremes, geleias e espumas tem ação quase imediata ao passo que os tabletes e supositórios necessitam de cerca de 10-15 minutos para dissolverem-se.

EFICÁCIA

É muito difícil a avaliação da eficácia dos espermaticidas *in vivo*.

Dessa maneira, existem grandes diferenças entre os vários estudos a esse respeito. A *Food and Drug Administration* considera o índice de falha entre 2 e 29 gravidezes por 100 mulheres/ano entre as usuárias de espuma aerosol; e de 4 a 36 entre as usuárias de geleias ou cremes.

Desta forma podemos considerar os espermaticidas como um método que não oferece uma proteção

contraceptiva adequada, caso usados isoladamente. O mais recomendável é o uso do espermaticida associado ao diafragma, ao condom ou a outro método qualquer, a fim de aumentar a eficácia isolada de cada um deles.

EFEITOS COLATERAIS

É possível a ocorrência de reações alérgicas, bastando a interrupção do uso do espermaticida para a melhora dos sintomas.

Novos espermaticidas têm sido continuamente estudados com o objetivo de alcançar uma melhor eficácia e ação mais prolongada.

CONCLUSÕES

- A motivação é um fator decisivo para a eficácia de qualquer tipo de contraceptivo de barreira.
- Apesar da maioria dos métodos de barreira poderem ser obtidos sem prescrição, os profissionais de saúde têm um papel decisivo na indicação e na orientação quanto ao uso adequado do método e aderência ao mesmo por parte do casal.
- Condons masculinos oferecem, quando intactos, proteção conotar todos os agentes causadores de DST, incluindo os diversos tipos de vírus ligados à transmissão sexual a exemplo do HIV, HPV, citomegalovírus, o vírus da hepatite B, do herpes simples e outros. Atua como uma barreira segura também para a *C. Trachomatis*, *T. Vaginalis*, *N. Gonorrhoeae* e outros.
- A grande vantagem dos métodos de barreira é a possibilidade do seu uso em pacientes portadores de doenças endócrino-metabólicas.
- No que diz respeito ao diafragma e a esponja, que cobrem parcialmente o trato genital feminino, espera-se também uma proteção parcial.
- A eficácia dos diversos métodos de barreira aumenta com associação dos mesmos a exemplo do que ocorre com diafragma o espermaticida.

CAPÍTULO III

ANTICONCEPCIONAL HORMONAL COMBINADO ORAL

INTRODUÇÃO

Anticoncepcional Hormonal Combinado Oral (AHCO) é um dos métodos contraceptivos muito empregados em todo o mundo, sendo utilizado há mais de três décadas, tendo sofrido uma extraordinária evolução em termos de quantidade e qualidade dos esteróides utilizados.

Muitas das informações hoje existentes quanto aos contraceptivos orais, advém dos primeiros anticoncepcionais utilizados nos primórdios dos anos 60, onde a dose e a qualidade dos esteróides eram muito diferentes dos atuais. E o medicamento mais estudado no arsenal terapêutico médico. Nos últimos anos, novos hormônios e reduções significativas na quantidade dos esteróides deram uma feição nova às pílulas anticoncepcionais. Desta forma, muito do que se atribui a estes produtos não se enquadra para os preparados mais modernos, que são considerados altamente seguros.

CONCEITO

O AHCO consiste na utilização por via oral de estrogênio associado ao progestogênio com a finalidade de impedir a concepção.

Existem, na atualidade, três formas de combinação do estrogênio com o progestogênio. A primeira, mais usada, denominada monofásico é a associação contínua e na mesma dosagem em todas as pílulas produto. As outras, combinadas bifásica e trifásica, apresentam varrições na dosagem dos esteróides ao longo do ciclo, tentando assim mimetizar a esteroiogênese ovariana.

ASPECTOS FARMACOLÓGICOS PREPARADOS COMERCIAIS

O estrogênio usado é o etinilestradiol que é ativo por via oral. Em altas doses, aumenta o risco de tromboembolismo e por este motivo, na atualidade, deve-se usar preferencialmente preparados com menos de 35 mg., uma vez que nesta dosagem o risco é praticamente igual ao da população de mulheres não usuárias de contraceptivos orais.

Os progestogênios mais comumente utilizados são:

Levonorgestrel: é uma gonana, derivada da 19-nortestosterona sem ação estrogênica, mas que pode ter efeito androgênico.

Noretindrona: é uma gonana, derivada da 19-nortestosterona, com efeito androgênico e estrogênico.

Acetato de Ciproterona: é uma pregnana, derivada da 17-alfa hidroxiprogesterona, potente progestogênio anti-androgênico, não apresentando efeitos androgênicos nem estrogênicos.

Desogestrel: é uma gonana, derivada da 19-nortestosterona, necessita de transformar-se em 3-ceto desogestrel. Apresenta afinidade à receptores semelhante à progesterona natural, mínimo efeito androgênico e sem ação estrogênica.

Gestodeno: é uma gonana, derivada da 19-nortestosterona, efeito androgênico reduzido, anti-mineralocorticóide parcial, ação diurética e sem efeito estrogênico.

Uma vez que alguns progestogênios apresentam maior atividade androgênica e que este efeito oferece maior possibilidade de alteração no metabolismo lipídico, a escolha deve recair nos compostos com menor androgenicidade.

Desta forma, dos produtos disponíveis no mercado, merecem preferência os ditos de quarta e quinta gerações, que utilizam progestogênios modernos e mais seletivos, associados ao etinilestradiol em pequenas doses. As formulações disponíveis no mercado são:

- EE 35µg + acetato ciproterona 2µg
- EE 30µg + desogestrel 150µg
- EE 30µg + gestodene 75µg
- EE 20µg + desogestrel 150µg
- EE 20µg + gestodene 75µg
- EE 40µg + desogestrel 25µg - 7 dias
- EE 30µg + desogestrel 125µg -15 dias
- EE 30µg + levonorgestrel 50µg - 6 dias
- EE 40µg + levonorgestrel 75µg - 5 dias

- EE 30µg + levonorgestrel 125µg - 10 dias
- EE 35µg + noretindrona 500µg - 7 dias
- EE 35µg + noretindrona 750µg - 7 dias
- EE 35µg + noretindrona 1000µg - 7 dias

Os demais produtos disponíveis no mercado, por apresentarem progestogênios menos seletivos, mais androgênicos e, portanto, com maiores efeitos colaterais, e doses de etinilestradiol superiores a 35mg ficam reservados a situações especiais como: contracepção de emergência, controle de ciclo, tratamento do sangramento uterino disfuncional, etc.

MECANISMO DE AÇÃO

Os Anticoncepcionais Hormonais Combinados Orais inibem ovulação através do bloqueio da liberação de gonadotrofinas pela hipófise. Além disso, modificam o muco cervical tornando-o hostil à espermomigração, altera o endométrio, modifica a contratilidade das tubas interferindo no transporte ovular e altera a resposta ovariana às gonadotrofinas.

MODO DE USO

No primeiro mês, estes produtos devem ser iniciados no primeiro dia do sangramento menstrual, ingerindo as drágeas, sempre no mesmo horário, sem esquecimento, durante 21 dias. Nos ciclos seguintes, após sete dias de pausa, as pílulas devem ser reiniciadas no 8º dia. Não há indicação para método anticoncepcional adicional no primeiro ciclo.

Em caso de esquecimento, há redução da eficácia anticoncepcional e aumento da incidência de hemorragia intermédia. Quando uma única drágea for esquecida, esta deve ser ingerida assim que detectar o esquecimento e continuar o uso das demais. Em caso de esquecimento de duas ou mais drágeas, deve-se dar seqüência no uso, associando outro método contraceptivo.

A pausa dada durante o uso, muito comum entre as usuárias, não tem nenhuma indicação, sendo, inclusive, desaconselhada, pois significa sempre nova adaptação após a interrupção, além do elevado índice de gravidez observado nestes períodos de interrupção. A suspensão da pílula somente está indicada na presença de contra-indicações, desejo de gestar e na ausência de relações sexuais.

EFICÁCIA

Os AHCO, apresentam uma elevada eficácia teórica. Seguindo-se estritamente as instruções, há um índice de falha de 0,3 a 0,7 gestações/ 100 mulheres ano. As principais causas do insucesso contraceptivo se devem à não ingestão de uma ou mais pílulas, problemas gatrointestinais, uso de drogas interativas e uso incorreto, levando a um índice de falha de 5 a 8 gestação/100 mulheres ano (eficácia prática de 95%).

EFEITOS COLATERAIS

Muitas das manifestações descritas, se relacionam com produtos antigos, que apresentam altas doses de estrogênio e progestogênios menos seletivos, produzindo desta forma, diversos e inaceitáveis efeitos colaterais. Contudo, na atualidade, os novos produtos são praticamente destituídos de reações adversas de relevância.

Assim, queixas como náuseas, cefaléia, nervosismo, ganho de peso e sensibilidade mamaria são pouco freqüentes e pouco relevantes, e quando presentes, tendem a desaparecer após período de adaptação de cerca de três meses. Em caso de persistência, estaria indicada a mudança de produto ou de método.

A hemorragia intermédia pode ocorrer sobretudo com os produtos de baixa dosagem de etinilestradiol, em especial com os de menos de 30µg, devendo-se nestes casos optar por conduta expectante, ou o uso de duas pílulas ao dia ou o uso de estrogênios conjugados de 0,625mg por três a cinco dias.

EFEITOS METABÓLICOS

Os principais efeitos metabólicos estão relacionados com o sistema cardiovascular.

O risco de tromboembolismo com a utilização de preparados que contém 35µg ou menos de etinilestradiol é praticamente igual ao da população geral não usuária de pílulas. Não ocorre aumento da incidência de acidente vascular cerebral e doença coronária isquêmica em usuárias que não apresentem outros fatores de risco como: hábito de fumar, obesidade, hipertensão, hiperlipidemia e diabetes melito. Isto porque os progestogênios modernos são altamente seletivos, com pouca afinidade por receptores androgênicos e quase sem efeitos adversos sobre o metabolismo de carboidratos, proteínas transportadoras dos hormônios sexuais (SHBG) e perfil lipídico.

Os anticoncepcionais orais combinados podem produzir um aumento reversível da pressão arterial. As mulheres com maior risco para esta elevação são as mais idosas e aquelas com história familiar ou pessoal (ex.: antecedente de toxemia gravídica) de hipertensão arterial. Parece que este efeito seja resultado da atividade mineralocorticóide do progestogênio. Acredita-se que formulações que contenham progestogênios com atividade antimineralocorticóide como o gestodeno, tenham efeito relativamente menor.

A idade e o fumo são fatores de risco nas usuárias. A mortalidade é mínima entre todas as usuárias de menos de 35 anos de idade e entre as não fumantes de 35 a 44 anos de idade. Há interação importante entre o fumo e a pílula, criando risco muito mais alto. Portanto, a usuária de pílula, após 35 anos de idade não pode fumar e vice-versa. Na mulher hipertensa ou com outros fatores de risco para doença cardiovascular como obesidade, diabetes e hiperlipidemia, a combinação fumo-pílula aumentará muito o risco para a moléstia cardiovascular.

Os contraceptivos orais modernos apresentam pequena influência sobre o metabolismo de carboidratos com pouco ou nenhum significado clínico e este efeito é causado pelo progestogênio, que pode aumentar a resistência periférica à insulina.

As pílulas anticoncepcionais de última geração não afetam maneira adversa o metabolismo lipídico uma vez que os progestogênios hoje utilizados são de baixa androgenicidade e por isso apresentam pouca repercussão sobre as frações de LDL - colesterol e HDL - colesterol. Sabe-se que o estrogênio diminui o colesterol e a lipoproteína de baixa densidade, pode aumentar os triglicerídeos e elevar a lipoproteína de alta densidade, sendo benéfico em termos de proteção cardiovascular.

RELAÇÃO COM NEOPLASIAS

Com relação às neoplasias, as pílulas podem diminuir a incidência de câncer de ovário, uma vez que determinam a inibição da ovulação, assim como reduzem o risco de carcinoma de endométrio em até 60%, em virtude do efeito protetor do progestogênio no endométrio.

A maioria dos estudos, demonstra que os contraceptivos orais não guardam relação direta ou indireta com o aumento da incidência do carcinoma de mama.

A respeito do câncer do colo uterino, os contraceptivos orais por serem muito eficazes em evitar a gestação, permitem que as mulheres apresentem fatores de risco como o início precoce da atividade sexual, frequência elevada de coito em mulheres jovens e múltiplos parceiros.

INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

Usuárias de contraceptivos orais e que recebem outras drogas podem apresentar a ocorrência de interações medicamentosas que levam à diminuição do efeito anticoncepcional da pílula ou à redução da ação terapêutica do outro medicamento. Antibióticos (rifampicina, ampicilina, tetraciclina), anticonvulsivantes (carbamazepina, barbitúricos, hidantoína, etc) e anti-histamínicos diminuem a eficácia dos anticoncepcionais orais por reduzirem os níveis séricos dos componentes esteróides. Já a pílula diminui o efeito terapêutico de certos anti-hipertensivos como a metildopa e guanetidina.

CONTRA-INDICAÇÕES

As mulheres portadoras das seguintes patologias ou condições tem contra-indicação à utilização de AHCO;

- Neoplasia hormônio-dependente ou suspeita;
- câncer de mama declarado ou suspeito;
- tromboflebite ou doença tromboembólica;
- doença coronariana, cerebrovascular ou ocular;
- sangramento uterino anormal não diagnosticado;
- gravidez confirmada ou suspeita;

- hipertensão arterial grave;
- diabetes insulino-dependente grave;
- fumantes acima dos 35 anos;
- hepatopatia aguda ou crônica;
- lúpus eritematoso sistêmico;
- doenças cardiovasculares: prótese valvar, hipertensão pulmonar primária ou secundária, estenose mitral com fibrilação atrial ou aumento do átrio esquerdo, cardiomiopatia, doença cardiovascular hipertensiva, síndrome de Marfan e coarctação de a complicada.

Em outras situações as usuárias devem receber uma assistência supervisão médica mais cuidadosa:

- Fatores de risco para tromboembolismo: anemia falciforme, excesso de peso, varizes importantes, imobilização;
- Passado de icterícia gravídica e anomalias de excreção biliar
- doenças da vesícula biliar;
- cefaléia tipo hemicrania;
- epilepsia, psicose e neuroses graves;
- esclerose em placas;
- hipertensão arterial sistêmica leve ou moderada;
- insuficiência renal e cardíaca;
- otosclerose;
- hiperprolactinemia;
- diabetes melito moderado;
- uso de medicamentos que interagem com a pílula.

EFEITOS BENÉFICOS

Além de permitir a mulher desfrutar de toda a sua sexualidade sem ser penalizada com uma gravidez indesejada, as pílulas apresentam uma série de outros efeitos considerados benéficos e que, por isso, necessitam ser valorizados na tentativa de melhorar a aderência da usuária à utilização do método:

- Tornam as menstruações regulares;
- diminuem o fluxo menstrual;
- determinam alívio da dismenorréia e da tensão pré-menstrual;
- permitem programar as menstruações;
- diminuem o risco de doença inflamatória pélvica;
- diminuem o risco de gravidez ectópica e da moléstia trofoblástica gestacional;
- determinam regressão de cistos funcionais do ovário;
- diminuem doenças benignas das mamas;
- protegem contra câncer de ovário e de endométrio;
- melhoram a artrite reumatóide, a anemia, acne, seborréia e hirsutismo;
- diminuem a incidência de endometriose e de mioma do útero.

CONCLUSÃO

A última geração de AHCO disponível não é apenas altamente efetiva, mas também, segura para mulheres saudáveis com menos de 35 anos de idade bem como, para mulheres de mais idade sem doenças ou fatores de risco como: fumo; obesidade; diabetes; hiperlipidemia; hipertensão arterial e doenças tromboembólicas e cardiovasculares.

Nos dias atuais pode-se recomendar a pílula para mulheres saudáveis e não fumantes até os 50 anos

CAPÍTULO IV

INJETÁVEL MENSAL

INTRODUÇÃO

Desde o início da década de 60, os anticoncepcionais injetáveis combinados mensais vêm sendo estudados, com seu uso crescente na população feminina mundial.

No Brasil, dispomos de duas associações:

1. Acetato de dihidroxiprogesterona - 150 mg
Enantato de estradiol - 10 mg;
2. Enantato de noretisterona - 50 mg
Valerato de estradiol - 5 mg.

Está para ser lançada no mercado farmacêutico nacional a terceira associação - aliás, desenvolvida no Brasil em 1968, contendo:

Acetato de medroxiprogesterona - 25 mg

Cipionato de estradiol - 5 mg.

Estudo multicêntrico nacional, comparou a primeira combinação citada (Acetato de dihidroxiprogesterona com enantato de estradiol), nas doses comercializadas, com doses de 90 mg e 6 mg, respectivamente. Os resultados mostraram que o principal motivo para descontinuação em ambos os grupos foi pessoal. O motivo médico maior foram as alterações menstruais. A eficácia anticonceptiva, foi excelente em ambos os grupos.

Os injetáveis mensais são aplicados por via intramuscular, sendo que propostos em posologias diferentes; entre o 7º e 10º dia do ciclo iniciado entre o 1º e o 5º dia, com aplicações ulteriores a cada trinta dias. A segunda opção oferece uma maior regularidade do ciclo, mantendo a eficácia. Não se deve massagear, nem colocar bolsa de água quente no local da aplicação.

Os estrogênios foram associados ao progestogênio com a finalidade de minimizar as alterações do padrão menstrual. Os estrogênios naturais, são de ação curta, porém com níveis séricos diferentes, cuja meia vida varia de 9 a 14 dias. Por este motivo, não determinam hiperplasia endometrial. Paradoxalmente, com a

queda dos seus níveis, descama a camada superficial do endométrio, surgindo o fluxo sangüíneo

A orientação profissional, já na primeira consulta, é fundamental. Uma correta anamnese seguida do exame físico e do ginecológico, com a devida atenção para as condições que contra-indiquem o uso do método. Deve o médico explicar de maneira objetiva os cuidados com a aplicação do injetável, dando ênfase a possibilidade do aparecimento de efeitos colaterais e orientar a futura usuária sobre a necessidade de procurar o Serviço de Planejamento Familiar quando do aparecimento de sintomas atípicos. A usuária deve retornar em trinta dias com retornos subsequentes que devem variar a cada seis meses.

A ação anticonceptiva reside, fundamentalmente, no efeito do progestogênio sobre o eixo neuroendócrino inibindo a ovulação, pelo bloqueio do pico do LH, que permanece em seus níveis basais. Secundariamente são observadas também, atividades sobre o muco cervical, o endométrico e a peristalse tubária, ampliando seu potencial anticonceptivo.

Com esse elenco de ações, o injetável mensal combinado oferece quase 100% de eficácia na inibição da ovulação e do risco de gravidez, como registram inúmeros trabalhos da literatura.

VANTAGENS

As vantagens da anticoncepção mensal combinada são:

- Elevada aceitabilidade da via injetável no Brasil, por razões culturais;
- oferece uma via, com a mesma eficácia da cirúrgica e superior a oral, que permite liberação lenta e homogênea.
- preservação de sangramento, semelhante ao do fluxo menstrual, ao fim do efeito contraceptivo, o que é exigido por uma significativa parcela da nossa população feminina.
- comodidade de aplicação; uma única injeção mensal.
- o emprego de estrogênios naturais, o que ainda não é oferecido nas pílulas, com diminuição nas repercussões metabólicas.
- evita a inativação hepática e, conseqüentemente, oferece doses reais de esteróides.
- é de aplicação simples e não interfere com o ato sexual, como alguns métodos de barreira.

DESVANTAGENS

Como desvantagens poderíamos alinhar:

- a não aceitação por parte de algumas mulheres da via intramuscular (injeções mensais);
- alterações na periodicidade do sangramento, observadas em uma parcela de usuárias. Essas alterações são responsáveis, freqüentemente, pela descontinuação do método;
- a ocorrência de alguns efeitos colaterais associados aos outros métodos hormonais, como por

exemplo, o aumento do peso e a mastalgia.

CONTRA-INDICAÇÕES

As principais contra-indicações dos injetáveis mensais são:

- Lactação;
- suspeita da gravidez;
- câncer genital e mamário;
- hepatopatia grave;
- enxaqueca grave recidivante;
- sangramento genital não diagnosticado;
- patologias estrogênio-dependentes, tais como a endometriose e o mioma uterino.

Os efeitos dos vários injetáveis mensais nas funções metabólicas podem variar dependendo:

- a) do tipo de estrogênio e do progestogênio empregados;
- b) da dose e interação dos hormônios utilizados;
- c) da duração do seu emprego;
- d) dos níveis endógenos metabólicos;
- e) da etnia.

Os aspectos metabólicos que podem ser afetados pelos injetáveis mensais combinados incluem os lipídios e as lipoproteínas, os carboidratos, a hemostasia, as proteínas e as vitaminas.

Pelas contra-indicações apontadas, podemos deduzir que os efeitos metabólicos do método são de reduzido impacto, principalmente, por ser natural o estrogênio empregado nessas associações anticonceptivas.

Em relação ao câncer, não existem trabalhos publicados na literatura médica demonstrando seus efeitos sobre a oncogênese.

CAPÍTULO V

INJETÁVEL TRIMESTRAL

INTRODUÇÃO

A anticoncepção injetável trimestral é realizada com o uso do acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMP-D). Estima-se que mais de 15 milhões de mulheres a utilizem no mundo, contra mais de 100 milhões de mulheres que utilizam anticoncepcionais orais. Seu uso foi aprovado em mais de 90 países, incluindo os Estados Unidos que finalmente liberou seu uso como anticonceptivo em 1992. O AMP-D apresenta vantagens que o fazem apropriado para algumas mulheres e conveniente para os programas de planejamento familiar. Uma só injeção oferece anticoncepção altamente eficaz durante 3 meses. Seu uso é simples e independente do coito. Por conter apenas o componente progestogênico, o método não tem várias das contra-indicações atribuídas ao estrogênio sintético.

FARMACOLOGIA

O AMP-D é um derivado da 17α -hidroxiprogesterona. É preparado em suspensão microcristalina de baixa solubilidade que se administra em doses de 150 mg via intramuscular a cada 90 dias. Seu nível sérico máximo é alcançado por volta de 10 dias após a injeção e declina posteriormente. Níveis sanguíneos ainda são detectados até 200 dias após a injeção. Este padrão possibilita uma proteção quase completa por cerca de duas semanas além da data em que se deveria aplicar a nova injeção. Não existe efeito cumulativo após várias injeções.

MECANISMO DE AÇÃO

EFEITO SOBRE A OVULAÇÃO

É o principal mecanismo de ação, já que o AMP-D é um potente anovulatório, suprimindo o pico de LH.

EFEITO SOBRE O MUCO CERVICAL

Torna-o espesso, dificultando a ascensão dos espermatozóides.

EFEITO SOBRE O ENDOMÉTRIO

Torna-o hipotrófico pela redução da vascularização.

MODO DE USO

Injeção intramuscular profunda no deltóide ou, preferentemente, na região glútea.

Não massagear ou colocar bolsa de água quente no local, pois acelera a liberação do progestogênio, reduzindo a eficácia. A primeira dose deve ser administrada até o sétimo dia do ciclo menstrual. Se feita a partir do oitavo dia do ciclo, um método complementar deve ser usado durante sete dias após a injeção até que o AMP-D exerça seu efeito anticonceptivo. No pós-parto, o uso pode ser imediato para mulheres que não estejam amamentando. No caso de mulheres amamentando, o uso deve ser postergado até seis semanas após o parto. Devem ser utilizadas seringas e agulhas descartáveis. As agulhas devem ser de calibre 21 a 23.

EFICÁCIA E CONTINUIDADE

Sua eficácia prática (uso típico) é igual à teórica, com taxas de falha muito baixas, de 0,3 gravidezes por 100 mulheres/ano, no primeiro ano de uso. As taxas de continuidade ficam ao redor de 50-60% no fim do primeiro ano de uso, 40% no segundo e 30% no terceiro. Os distúrbios menstruais são os principais responsáveis pela descontinuidade do método.

INDICAÇÕES

O AMP-D pode ser usado **sem restrições** nas seguintes condições

- nuliparidade; acima de 16 anos de idade; tabagismo; menstruação irregular, sem fluxo abundante; hipertensão leve; cefaléias leves; amamentação (a partir da sexta semana pós-parto); doença benigna da mama; doenças do trato biliar; diabetes gestacional; história de colestase relacionada à gravidez; varizes ou tromboflebite superficial; malária esquistossomose, DST/ AIDS; tireoidopatia, epilepsia, obesidade, miomatose uterina, anemia falciforme; história familiar de câncer de mama; cirurgias de grande porte com ou sem imobilização prolongada; história de pré-eclâmpsia.

O AMP-D geralmente é usado, **após avaliação clínica:**

- antes dos 16 anos de idade; hipertensão moderada ou severa com vasculopatia; irregularidade menstrual com fluxo abundante; diabetes sem vasculopatia; neoplasia intraepitelial cervical, endometrial ou ovariana; nódulo de mama sem diagnóstico esclarecido; colestase relacionada ao uso de pílulas progestogênios; história de acidente vascular cerebral; amamentação antes da sexta semana pós-parto; cefaléia ou enxaqueca severa (com ou sem sintomas focais).

O AMP-D somente deve ser usado, não havendo outro método disponível:

Câncer de mama (passado ou atual); doença cardíaca isquêmica (passada ou atual); acidente vascular

cerebral; neoplasia hepática; diabetes (severo com vasculopatia); hepatite (ativa sintomática); desejo de rápido retorno a fertilidade e cirrose hepática.

O AMP-D **não pode ser usado** nas seguintes condições:

Gravidez; sangramento vaginal sem diagnóstico etiológico; presença de doença trofoblástica.

VANTAGENS

Muito eficaz; seguro; fácil de usar; não requer rotina diária; de ação prolongada; reversível (com demora); independente do coito; oferece privacidade; pode ser usado durante a lactação; amenorréia; não requer pessoal médico para administração; não possui interação medicamentosa.

Benefícios Não-Contraceptivos

Demonstrados

proteção contra câncer de endométrio

redução no risco de gestação

ectópica

melhora da anemia falciforme

redução da ocorrência de nódulos de mama

diminuição do fluxo menstrual

melhora do desconforto e dor menstrual

supressão da dor ovulatória.

redução do risco de DIP

Presumidos

melhora da endometriose

diminuição de cistos Ovarianos

diminuição de miomas

proteção contra câncer de ovário

diminuição da frequência de

convulsões

DESVANTAGENS

Irregularidade menstrual; amenorréia; não proporciona proteção contra DST/ AIDS; demora no retorno da fertilidade; em caso de efeitos colaterais, não pode ser retirado.

EFEITOS COLATERAIS

COMUNS

Irregularidade menstrual; amenorréia; pequeno aumento de peso; cefaléia; alterações do humor; demora no retorno da fertilidade.

MENOS FREQUENTES

Desconforto mamário; diminuição da libido; depressão e nervosismo; náuseas; acne; distensão abdominal.

ASPECTOS RELEVANTES DO USO DO AMP-D

RELAÇÃO COM CÂNCER

Vários estudos epidemiológicos, realizados principalmente pela OMS, não encontraram relação entre o uso do AMP-D e maior frequência de câncer ginecológico, mamário ou hepático. Ao contrário, provou-se uma redução dos casos de neoplasia do endométrio e tendência à diminuição dos casos de neoplasia epitelial do ovário.

METABOLISMO ÓSSEO

Estudos preliminares mostraram redução da densidade óssea em usuárias de AMP-D. Este efeito é reversível após interrupção do medicamento.

A maior preocupação neste sentido é com relação ao uso os dois primeiros anos após a menarca.

EFEITO SOBRE O FETO

O AMP-D não deve ser usado durante a gravidez, porém em casos de exposição acidental, não se observou risco aumentado de abortamento, prematuridade, óbito ou malformações. Também não se observaram efeitos adversos sobre a conduta sexual, desenvolvimento intelectual ou início da puberdade em crianças expostas ao AMP-D.

ORIENTAÇÃO À USUÁRIA

- Informação sobre todos os métodos disponíveis.
- Orientação sobre o AMP-D: eficácia, efeitos colaterais, reversibilidade, condições de prevenção de infecções (seringas e agulhas descartáveis, procedimentos de assepsia).
- Seguimento: primeiro retorno aos três meses e depois anualmente.
- Acesso ao serviço para esclarecimento de dúvidas e/ou ocorrência de efeitos colaterais.

CAPÍTULO VI

IMPLANTES

INTRODUÇÃO

É importante que se disponha em nosso meio de métodos contraceptivos que possam "substituir" a ligadura tubária em mulheres de maior risco de arrependimento. Alguns métodos modernos apresentam a mesma eficácia que a própria ligadura (como os modernos DIUs com cobre, os injetáveis mensais e os trimestrais). No entanto, nem todas as mulheres desejarão usar estes métodos ou, se os usam, poderão querer trocá-los em determinado período de suas vidas. Por isso, mais métodos de alta eficácia, longa duração, fáceis de usar e reversíveis devem estar disponíveis, permitindo a contracepção, bem como a possibilidade de gravidez quando o uso for interrompido.

Entre estes métodos estão os implantes contraceptivos, usados em dezenas de países de todos os continentes, que mostraram-se seguros e eficazes.

Os implantes ainda não estão disponíveis comercialmente em nosso país.

DEFINIÇÃO E DESCRIÇÃO

Os implantes contraceptivos são constituídos de silicone polimerizado com um hormônio no seu interior, que é liberado continuamente para a corrente sangüínea, proporcionando o efeito contraceptivo. O mais popular de todos contém o progestogênio levonorgestrel e a elcometrina.

Outros implantes contêm o desogestrel, o nomegestrol e a elcometrina.

IMPLANTES QUE CONTÉM O LEVONORGESTREL

Existem dois tipos de implantes contraceptivos que contêm o hormônio levonorgestrel. São eles:

NORPLANT®

Constituído de seis cápsulas flexíveis de silicone, cada uma delas contendo 36 mg de levonorgestrel no seu interior, o que totaliza 216 mg de hormônio. Cada cápsula mede 3,4 cm de comprimento e 2,4 mm de diâmetro. O Norplant é comercializado em 53 países, inclusive nos Estados Unidos, pela Wyeth, desde 1990, quando foi aprovado pelo FDA (Food and Drug Administration).

NORPLANT-2

Neste caso, ao invés de cápsulas são dois bastões, onde o silicone está misturado com o levonorgestrel. O seu desenvolvimento foi posterior ao Norplant®. Cada bastão contém 70 mg de uma mistura homogênea do

levonorgestrel com o silicone, coberta por uma fina camada de silicone, medindo 4,4 mm de comprimento por 2,4 mm de diâmetro. A liberação do levonorgestrel é idêntica à do Norplant®. Este implante ainda não está comercializado em nenhum país. Como são apenas dois, é mais fácil de inserir e extrair. Deve ser trocado a cada três anos.

Este método apresenta alta eficácia durante seu uso. A principal causa para remoção foi o sangramento aumentado, mas observa-se que após os dois anos de uso as remoções por esta causa já não são mais importantes, evidenciando uma tendência para a regularização do ciclo.

IMPLANTES QUE CONTÊM

O ACETATO DE NOMEGESTROL

UNIPLANT

É a designação de um novo anticoncepcional que consiste de cápsula de silicone de 39 mm de comprimento e diâmetro externo 2,4 mm. Internamente há um diâmetro de 1,6 mm onde estão contidos 55mg do nomegestrol, que é um derivado da 19 norprogesterona.

Há uma liberação gradual de 70 a 100µg diários do progestínico, por até 14 meses, atingindo níveis séricos suficientes para suprimir a ovulação, alterar o muco cervical e o endométrio. Esta ação do Uniplant permite o uso do método anticoncepcional por um ano, quando deverá ser trocado, quando existe o desejo de continuar usando o método.

Apresenta índice de falha de 1,1 gestação por 100 mulheres/ano. Trata-se de método de boa aceitabilidade, com taxa de descontinuidade aos 12 meses de 15,72%. A principal razão de descontinuidade está relacionada a irregularidades do padrão menstrual.

IMPLANTES QUE CONTÊM

A NESTORONE OU ELCOMETRINA

ELMETRIN

Consiste de uma cápsula de 40mm de comprimento e 2,4mm diâmetro, de silicone, contendo no seu interior 50 mg de elcometrina implante subcutâneo libera 40µg/cm/dia, o que determina o seu uso por seis meses e nos Estados Unidos o hormônio está patenteado (nome de Nestorone).

A elcometrina é um novo progestogênio, derivado da 19-norprogesterona, também conhecido pela denominação de pesquisa ST1435, que não apresenta ação estrogênica ou androgênica.

Foi demonstrado que o implante inibe a ovulação por, pelo menos, seis meses e que seu uso poderia ser estendido às mulheres que estão amamentando, já que, mesmo passando a substância para o leite materno, a sua absorção seria praticamente desprezível para o lactente.

A taxa de continuidade de uso do método chegou a 81,4% ao final dos seis meses, o que evidencia a sua aceitabilidade. A grande maioria das mulheres (83%) teve amenorréia nos primeiros seis meses de uso.

IMPLANTES QUE CONTÉM O 3-KETO-DESOGESTREL

IMPLANON

Trata-se de um bastão que deve ser inserido sob a pele, com 40mm de comprimento por 2 mm de diâmetro. O bastão consiste de um co-polímero (28% VA) de vinilacetato de etileno (EVA) contendo 68 mg de etonogestrel (3-keto-desogestrel), coberto por uma camada de 60 micrômetros de EVA (14% vinilacetato).

Trata-se de implante de alta eficácia com um índice de Pearl 0, isto é, não ocorreu nenhuma gravidez durante o desenvolvimento clínico. A ação contraceptiva é devida principalmente à inibição da ovulação. Com o Implanon, a ovulação começa a ocorrer após, mais ou menos, dois anos e meio em menos de 5% das usuárias. A viscosidade do muco cervical aumenta, o que inibe a penetração espermática.

Comparando-o com o Norplant®, o sangramento com Implanon é menor, porém é mais variado. Em termos de aceitabilidade, a primeira característica é percebida como favorável e a segunda como desfavorável. As taxas de descontinuação são comparáveis. Como todos os outros implantes já citados, não ocasiona anemia.

INSERÇÃO DOS IMPLANTES

Somente devem inserir implantes os médicos devidamente treinados. Embora a inserção seja simples, existem alguns critérios básicos que exigem o treinamento adequado, antes da prática em consultório.

A inserção dos implantes é feita no subcutâneo da face interna do braço esquerdo das mulheres destros e vice-versa, a cerca de quatro dedos transversos acima da prega do cotovelo. Ela deve ser feita entre o primeiro e o sétimo dias do ciclo, para garantir a eficácia contraceptiva desde o primeiro mês de uso. É realizada ambulatorialmente, observando-se a assepsia recomendada para todos os procedimentos cirúrgicos que é feita na face interna do braço. Faz-se anestesia local com xilocaína a 2% sem adrenalina, no sítio da introdução do trocarte, estendendo a anestesia para cima, em forma de leque, onde serão introduzidos os implantes. A técnica de inserção é similar à do recolhimento do dispositivo intra-uterino T de cobre. Pode ser feita uma pequena incisão para a entrada do trocarte, com bisturi de lâmina número 11, ou então a perfuração é feita com o próprio trocarte. O conjunto trocarte e êmbolo é metálico, não descartável e mede 9 cm de comprimento e 3 mm de metro. Após a inserção, não é necessário suturar, apenas aproximar as bordas da incisão/perfuração com fita adesiva.

REMOÇÃO DOS IMPLANTES

Para remover os implantes, deve ser feita anestesia local da mesma maneira como se fez para a inserção. Após uma incisão de mais ou menos o mesmo tamanho da cicatriz existente, retiram-se os implantes com duas pinças de Kelly. Uma delas deve ser inserida por baixo implante, fixá-lo, tracioná-lo até se ver uma pequena fibrose que se ma ao redor. Com o bisturi se secciona a fibrose e a outra pinça de K puxa o implante, retirando-o. A remoção dos implantes é um pouco mais trabalhosa e demanda treinamento adequado para fazê-la de mar correta.

MECANISMO DE AÇÃO

O levonorgestrel é liberado continuamente através das cápsulas. Inicialmente, as seis cápsulas liberam, 84µg por dia do hormônio clinando para cerca de 50µg, diário, após nove meses de uso, 35µg por dia após dezoito meses e se mantém em 30µg por dia após 24 meses até completar o seu período total, que são cinco anos. A anticoncepção é conseguida graças à associação de anovulação com o efeito progestogênico inibindo a produção de muco cervical e alterando o endométrio.

SELEÇÃO DAS PACIENTES E ORIENTAÇÃO

Como em qualquer orientação sobre métodos contraceptivos, a mulher deve ser informada, com minúcia, das vantagens e desvantagens do seu uso.

As contra-indicações para uso dos implantes são as mesmas que aquelas para o uso dos contraceptivos hormonais orais contendo apenas progestogênio.

As vantagens desse tipo de anticoncepção são as seguintes:

1. Não contém estrogênio. Assim, não determinamos riscos associados ao estrogênio dos contraceptivos hormonais combinados. São, portanto, uma opção muito apropriada para aquelas pacientes que apresentam contra-indicações ao uso de estrogênio.
2. Benefícios não contraceptivos:
 - menstruações escassas ou, mais freqüentemente, ausentes;
 - menos anemia;
 - abolição das cólicas menstruais;
 - supressão da dor da ovulação;
 - diminuição do risco de desenvolver câncer de endométrio, de ovário, e de doença inflamatória pélvica;
 - manejo da dor associada à endometriose pélvica.

3. Reversibilidade. O efeito contraceptivo provocado pelos implantes é suspenso tão logo sejam removidos, sendo imediato o retorno à fertilidade.
4. Contracepção eficaz por tempo prolongado.
5. Diminuição do risco de gravidez ectópica.
6. Amenorréia. É uma grande vantagem para as pacientes que psicologicamente aceitam bem esse estado.
7. Alta taxa de continuidade de uso.
8. Independente da atividade sexual.

As desvantagens que estão associadas ao uso de implantes contraceptivos são:

Alterações do Ciclo Menstrual - Muitas mulheres experimentam um aumento do número de dias de sangramento leve. Algumas se tornam amenorréicas, especialmente durante o primeiro ano de uso, e algumas apresentam um aumento do número de dias de sangramento mais forte. No manejo dessas situações, é fundamental o trabalho do médico no esclarecimento e no apoio psicológico, já que são fenômenos auto-limitados.

Ganho de Peso - A média de aumento de peso durante os 5 anos de uso de Norplant® é de 2 a 3 kg. Deve-se, provavelmente, ao aumento do apetite.

Sensibilidade Mamária - Algumas pacientes em uso de implantes apresentam aumentam da sensibilidade das mamas, poucas vezes acompanhada de dor intensa. Deve-se, sempre, descartar a gravidez como causa.

Interação com Medicamentos - Os anticonvulsivantes, com exceção do ácido valpróico, diminuem significativamente a ação contraceptiva dos implantes. Outros medicamentos que interagem com os implantes, diminuindo sua eficácia, são: rifampicina, carbamazepina, fenitoina, fenobarbital, primidona, fenilbutazona. Esses medicamentos induzem a síntese hepática de enzimas que inativam o levonorgestrel.

Diminuição da Densidade Mineral Óssea - O uso de progestagênios de ação prolongada pode correlacionar-se à diminuição da densidade óssea, tanto em mulheres magras quanto nas mais gordas, de caráter reversível.

Dificuldade de Remoção - O procedimento de retirada dos implantes é uma cirurgia mínima, porém que requer todos os cuidados inerentes a qualquer procedimento cirúrgico.

Custo Inicial Alto - O preço dos implantes é caro. No Brasil não os temos disponíveis para

uso, por não ter sido registrado no Ministério da Saúde como medicamento autorizado.

Inflamação ou Infecção no Local dos Implantes - É uma complicação que, embora muito rara, com sua frequência abaixo de 5%, pode levar à expulsão ou à necessidade de remoção dos implantes.

Cistos Ovarianos - Como a inibição do eixo neuroendócrino que controla o sistema reprodutivo é menos pronunciada do que a causada pelos contraceptivos combinados, especialmente quanto à supressão da secreção do FSH, a ocorrência de cistos ovarianos deve ser considerada. A maioria tem regressão espontânea, não requerendo controle sonográfico ou laparoscópico, salvo quando atingem volumes grandes, provocam dor ou não regredem.

Os efeitos colaterais produzidos pelos implantes são muito pouco frequentes. O mais comum é a cefaléia, que acomete, segundo alguns trabalhos, em torno de 16% a 18% das usuárias. Seguem-se, em ordem de frequência, nervosismo, sensibilidade mamária, vertigens, náuseas, dermatite, acne, alteração do apetite com aumento de peso, galactorréia e crescimento de pelos ou perda de cabelo.

CAPÍTULO VII

DISPOSITIVO INTRA-UTERINO

INTRODUÇÃO

Apresenta grande eficácia prática, ausência de efeitos metabólicos sistêmicos e elevada taxa de continuidade.

Na atualidade cem milhões de mulheres usam o DIU, convertendo-se no método anticoncepcional reversível mais utilizado no mundo 60 milhões na China, 14 milhões em nações desenvolvidas.

MECANISMO DE AÇÃO

De acordo com o Relatório Técnico da Organização Mundial de Saúde, (1987) o DIU exerce seu efeito anti-fertilidade de forma variada e pode interferir no processo reprodutivo antes mesmo do ovo atingir a cavidade uterina.

O DIU atua sobre os óvulos e os espermatozoides de várias maneiras:

1. Estimula reação inflamatória pronunciada no útero, por ser um corpo estranho. A concentração de diversos tipos de leucócitos, prostaglandinas e enzimas nos fluidos uterino e tubáricos aumentam consideravelmente, especialmente nos DIUs com cobre.
2. As alterações bioquímicas interferem no transporte dos espermatozoides no aparelho genital, bem como alteram os espermatozoides e óvulos, impedindo a fecundação.

Por esses mecanismos, há acúmulo de evidências que permitem afirmar que um complexo e variado conjunto de alterações espermáticas, ovulares, cervicais, endometriais e tubáricas causam a inibição da fertilização.

TIPOS DE DIU E EFICÁCIA

Os primeiros DIUs modernos (alça de Lippes e espiral de Margulies) surgiram no princípio dos anos sessenta, sendo que no final dessa década se agregou cobre ao plástico do DIU, aumentando sua eficácia e diminuindo os efeitos colaterais, surgindo os DIUs TCU 200, Cu 7 e Multiload Cu 250.

Esses dispositivos causavam menos efeitos colaterais e eram mais eficazes, o que permitiu uma segunda geração de cobre, o TCU 380A e Multiload Cu 375, sendo mais eficazes e de maior duração.

O TCU 380A já foi liberado para uso durante 10 anos e a previsão é que tenha maior durabilidade. Seu índice de falha é menor que 1 por 100 mulheres/ano.

Outro DIU existente no mercado internacional é o DIU liberador de progesterona (65 mg/dia) - Progestasert - mas é de alto custo, e tem durabilidade de apenas um ano. Sua eficácia é de 95 por 100 mulheres/ ano, sendo o único DIU que reduz a perda sangüínea menstrual. Para substituí-lo, surgiu o DIU de levonorgestrel (LNG-20), que libera 20 mg por dia desse hormônio, com duração prevista de 5 anos e de elevada eficácia (índice de Pearl de 0,2 por 100 mulheres/ano).

Um dispositivo em pesquisa bastante adiantada é o GyneFix , um modelo todo especial, que consiste em fio cirúrgico de prolene com um nó na sua extremidade superior no qual se introduzem 6 cilindros de cobre dando uma superfície de cobre de 330 mm². Os resultados iniciais são bastante animadores com eficácia semelhante ao TCU 380A, porém a técnica de inserção requer treinamento especial, diferente dos demais DIUs, porque ele é transfixado no miométrio.

Em geral, os DIUs de cobre de segunda geração são mais eficazes e produzem menos efeitos colaterais que os de 1ª geração e os não medicados. As taxas de gravidez oscilam entre 0,5 - 0,7 por 100 mulheres/ ano, são mais baixas que taxas obtidas com os anticoncepcionais hormonais combinados orais, e comparáveis aos implantes e injetáveis.

QUEM PODE USAR O DIU - CRITÉRIOS DA OMS

A Organização Mundial da Saúde considerou, como critérios médicos de elegibilidade para uso do DIU, as seguintes categorias:

Categoria 4 - Contra-indicações absolutas. As condições marcadas com um asterisco são transitórias.

- Gravidez confirmada ou suspeita
- Infecção pós-parto ou pós-aborto*
- DIP atual ou nos últimos 3 meses*
- Cervicite purulenta*
- Sangramento vaginal sem diagnóstico etiológico*
- Tuberculose pélvica
- Antecedente pessoal de DIP por duas ou mais vezes
- Câncer cérvico-uterino, do endométrio, do ovário e coriocarcinoma

- Alterações anatômicas do útero que impeçam uma correta posição do DIU

Categoria 3 - O uso do método pode apresentar alguns riscos, que habitualmente superam os benefícios.

- Sangramento menstrual aumentado (aumento da quantidade ou do número de dias).
- Pós-parto entre 3 e 28 dias*
- Risco aumentado de DST (parceiros múltiplos ou parceiro com múltiplas parceiras).
- Alto risco de contrair HIV
- AIDS
- Doença trofoblástica benigna.

Categoria 2 - O uso do método pode apresentar alguns riscos, sendo no geral menores que os benefícios.

- Idade menor que 20 anos
- Nuliparidade
- Anemia ferropriva, talassemia, anemia falciforme
- Pós-parto e pós-aborto de segundo trimestre (inserção antes de completar 48 horas)
- Mioma ou outros problemas anatômicos que não alteram a cavidade uterina
- História de DIP sem gravidez anterior
- Vaginite sem cervicite
- Endometriose
- Dismenorréia severa
- Doença cardíaca valvular complicada (fibrilação auricular, risco de tromboembolismo)

Categoria 1 - Uso sem restrições. Condições que não aparecer nas demais categorias. Ressaltadas algumas condições:

- Mais de quatro semanas pós-parto sem infecção

- Após aborto de primeiro trimestre sem infecção
- Idade acima de 35 anos
- Hipertensão arterial, diabetes melito, doenças tromboembólica, doença cardiovascular isquêmica, cardiopatia valvular doenças hepáticas, obesidade e hiperlipidemias
- Antecedente de gravidez ectópica e DIP com gravidez posterior
- Cefaléia
- Doenças da mama
- Epilepsia
- Antecedentes de cirurgia abdominal ou pélvica, incluindo cesariana.

As associações de duas ou mais condições podem fazer elevar a categoria. Assim, quando existem duas ou mais condições classificadas' como 2, constituem um fator de categoria 3, e assim por diante.

Todas estas situações difíceis devem ser resolvidas com a paciente, dando todas as informações de maneira clara e imparcial. Em todos os casos duvidosos é recomendável orientar sobre o uso de outro método e optar pelo DIU somente se não houver outra opção válida disponível.

INSERÇÃO

PERÍODO DA INSERÇÃO

Cuidados

- Informar a paciente em detalhes, todas as características do método, eficácia e duração;
-
- exame ginecológico normal, teste de Schiller negativo;
-
- colpocitologia Oncótica no período ideal;
-
- cervicite aguda - tratar antes de inserção.

A inserção pode ser conduzida em qualquer período do ciclo menstrual, preferivelmente durante a menstruação. Facilitada pelo amolecimento cervical, o sangramento é mais tolerável e a possibilidade de gravidez é muito menor.

Na amenorréia por lactação ou por uso de outros métodos hormonais, o DIU pode ser inserido, após afastar-se a possibilidade de gravidez.

Puerpério

Imediatamente após a dequitação ou após 35 dias.

No puerpério imediato (pós-parto, pós-cesariana ou pós-aborto), a inserção imediata deverá ser evitada quando se encontrar atonia uterina, hemorragia genital, bolsa rota há mais de 12 horas e nos casos de suspeita de infecção.

TÉCNICA DE INSERÇÃO

A técnica de inserção varia segundo o modelo a ser inserido. No entanto, existem alguns procedimentos prévios à inserção que são comuns a qualquer modelo.

- Toque vaginal (para verificar a posição do útero)
-
- Colocação de espéculo estéril
-
- Assepsia e anti-sepsia da vagina e colo uterino
-
- Pinçamento do lábio anterior do colo
-
- Histerometria

Após completar estas etapas, colocar o DIU no aplicador e realizar a inserção de acordo com as recomendações do fabricante de cada modelo.

É de crucial importância manter a esterilidade durante todo o procedimento.

COMPLICAÇÕES DA INSERÇÃO

Dor

Em geral nenhum tipo de analgésico ou anestésico precisa ser usado.

A dor é provocada pela histerometria ou pela passagem do DIU.

Raramente é necessária a sedação leve. No caso de dor intensa após a inserção, afastar a possibilidade de perfuração uterina e na persistência de dor, retirar o DIU.

Reação Vagal

Com os DIUs menores é fenômeno raro, podendo ser prevenida com técnica apropriada e evitando

manobras bruscas, especialmente tração uterina. Caso venha a ocorrer, a paciente deve ser colocada em decúbito dorsal e deve ser mantida com a cabeça baixa, visando aliviar os sintomas.

Sangramento

Geralmente proveniente do colo, onde se fixa a pinça de Pozzi, cessa com compressão. Em caso de sangramento excessivo e persistente deve-se afastar a possibilidade de perfuração com lesão de vasos sangüíneos.

Laceração do Colo

Rara. Fazer sutura.

Perfuração

Não é ocorrência comum. A perfuração pode ser total ou parcial. As perfurações parciais podem-se tornar completas pela migração devido a contratilidade uterina. As perfurações podem ocorrer no colo, ou no corpo e lesar diferentes órgãos. Caso haja perfuração, o DIU deve ser retirado o mais breve possível, de preferência através de laparoscopia.

Bacteremia Transitória

Pode ocorrer poucos minutos após a inserção do DIU, e este fato pode relacionar-se com a endocardite bacteriana.

INTERCORRÊNCIAS DURANTE O USO DO DIU

EXPULSÃO

A taxa de expulsão depende do DIU, da técnica e experiência da pessoa que o está inserindo, do tempo de permanência, da época da inserção e da própria paciente. A expulsão é mais alta nos três primeiros meses de uso.

Mais freqüentemente o dispositivo é expelido durante a menstruação, e ocorre mais em mulheres abaixo dos 20 anos de idade. As expulsões podem ser parciais, e o achado clínico é a visualização da extremidade inferior do DIU no orifício externo do colo uterino, ou quando os fios estão mais longos que antes.

No puerpério, a expulsão do DIU está diretamente relacionada ao período de inserção no pós-parto: quanto menor o tempo, menor a taxa de expulsão.

Os fios do DIU deveriam ser cortados do mesmo tamanho, para o controle futuro de possível expulsão parcial.

DOR PÉLVICA E DISMENORRÉIA

Deve ser descartada a possibilidade de uma expulsão parcial ou mau posicionamento do DIU, que se ocorrer deve ser retirado. Outra possibilidade é de infecção, que se for leve pode ser tratada, e se grave, o

DIU deve ser retirado.

Quando não se observa causa orgânica que justifique a dor, analgésicos e antiinflamatórios são de grande ajuda, ou deve-se retirar o DIU.

SANGRAMENTO ANORMAL

A maioria das extrações por razões médicas são por sangramento menstrual exagerado ou prolongado. A quantidade de sangue perdido na menstruação da mulher brasileira é de 25 ml em condições normais, enquanto que com o DIU de cobre há um aumento de cerca de 40% (35ml).

Os DIUs medicados com progestogênio reduzem o sangramento.

INFECÇÃO

A doença inflamatória pélvica (DIP) manifesta-se sob a forma de salpingite aguda e é menos freqüente do que se supõe. Numa análise *do Nurse's Health Study*, o risco relativo de DIP associado ao DIU é de 1,02 em relação àquelas mulheres que não praticam anticoncepção.

A salpingite pode ocorrer logo após aplicação do DIU, sendo mais freqüente durante os 20 primeiros dias. Em geral, relaciona-se com a técnica de inserção, enquanto seu aparecimento tardio estaria mais relacionado com doença sexualmente transmissível.

Considera-se que o risco relativo de esterilidade por causa tubária associada com o DIU inclui vários fatores, tais como: idade da paciente, educação, tabagismo e número de parceiros sexuais.

A DIP está diretamente relacionada ao número de parceiros sexuais, não ocorrendo aumento de DIP nas mulheres que usam DIU com parceiro sexual único.

Critérios para Redução da DIP

- condições de assepsia na inserção;
-
- seguimento médico em intervalos curtos de tempo;
-
- tratamento das infecções vaginais oportunistas.

Quanto ao tratamento da DIP em pacientes com DIU, o consenso atual é que se utilizem antibióticos de largo espectro contra anaeróbios. O DIU deve ser removido se não ocorrer melhora do quadro agudo dentro de 48 horas.

O DIU não é método de escolha para a mulher que tem risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis. Não se sabe se o DIU aumenta o risco de HIV. Em trabalho recente, o risco relativo foi de

3.1, mas são necessários muitos estudos para confirmar estes achados.

GRAVIDEZ

Pode ser intra-uterina ou ectópica.

A gravidez é ocorrência rara com os DIUs de última geração. As pacientes devem ser orientadas a procurar serviço médico sempre que houver atraso menstrual. Teste de gravidez e ecografia se fazem necessários.

Na gravidez o DIU aumenta a possibilidade de abortamento de primeiro e segundo trimestres.

Na literatura, o percentual varia de 20 a 50%, terminando em abortamento espontâneo ou parto prematuro.

A incidência de gravidez ectópica em não usuária é de 0,4% das gestações. Gestantes em uso de DIU têm risco relativo de prenhez ectópica aumentado, porém o índice absoluto está diminuindo.

RETORNO À FERTILIDADE

A duração do uso, o tipo do DIU, o tempo de inserção não influenciam o retorno à fertilidade. A idade da paciente na retirada do DIU, é o único fator que influencia o retorno à fertilidade, devido ao declínio da fertilidade com o aumento da idade.

Em resumo, os pesquisadores concluem que os benefícios do DIU, excedem por larga margem os riscos associados, principalmente quando a seleção e o acompanhamento das usuárias forem feitos criteriosamente.

CAPÍTULO VIII

ANTICONCEPÇÃO CIRÚRGICA

LIGADURA TUBÁRIA

No Brasil, este método apresenta a maior prevalência, segundo dados do Ministério da Saúde, embora sua prática tenha sido regulamentada recentemente.

Interessante é salientar que nosso país vem apresentando, ao longo dos anos, uma fantástica queda de taxas de fertilidade e natalidade tendendo a manter-se em queda devido ao fato de grande parte das mulheres em idade reprodutiva estarem com suas tubas ligadas.

A falta de critérios, de aconselhamento, de treinamento profissional e metodologia, na área da saúde pública e considerando que a maioria destas mulheres que realizaram a ligadura tubária o fizeram através da rede pública, é fato preocupante. Em muitos casos, a decisão tomada durante a gestação e realizada durante a operação cesariana é, erroneamente, a forma de viabilizar este procedimento contraceptivo irreversível.

Legalizada esta forma de contracepção, cresce a necessidade das entidades médicas ginecológicas e do próprio Ministério da Saúde, de normatizar sua prática, procurando, através da informação e da educação médica continuada melhor instrumentar os profissionais de saúde, frente a este método.

DEFINIÇÃO

Ligadura tubária constitui método permanente de contracepção, operacionalizado através da obstrução do lumen tubário, impedindo assim o transporte e a união dos gametas.

ACONSELHAMENTO

Os serviços que oferecem este método, têm que ter a consciência de que o procedimento envolve conseqüências a curto, médio e longo prazo. O cirurgião tem responsabilidades médico-legais, e deve assegurar-se que sua paciente foi suficientemente esclarecida da natureza, dos riscos e benefícios, e das implicações da cirurgia e da esterilização, bem como que ainda existe uma pequena possibilidade de falha contraceptiva.

PROCEDIMENTOS

Independente da técnica ser utilizada recomenda-se o terço proximal da tuba (região ístmica) como o local ideal para ligadura.

VIAS DE ACESSO

Minilaparotomia

É considerada por vários autores como a via mais adequada para os programas de esterilização voluntária, não necessitando de grande treinamento, instrumental ou equipamento de grande complexidade.

Utilizando incisão supra-púbica de 3 a 5cm, e manipulador uterino, permite a realização da maioria dos métodos de ligadura tubária.

Realizada com anestesia local, regional ou geral, permite um procedimento em ambiente cirúrgico, com alta programada após recuperação anestésica.

Sua maior limitação está relacionada à dificuldade de identificação dos órgãos pélvicos nos casos de obesidade, aderências peritoniais e miomas uterinos, quando pode-se necessitar de alongamento da incisão.

Laparoscopia

É realizada, preferencialmente, sob anestesia geral, em ambiente cirúrgico, com alta programada após recuperação anestésica. Consiste de uma, duas ou três pequenas incisões de 0,5 a 1 cm na região umbilical e supra-púbica, distensão abdominal por pneumoperitônio para inserção do laparoscópio e pinças ou dispositivos. Em casos de dificuldade técnica recomenda-se a laparoscopia aberta, que consiste em uma pequena incisão com até 2 cm, para inserção do instrumental, com ou sem distensão da cavidade.

Colpotomia Posterior

Mais comumente, este método é utilizado quando o ginecologista vai realizar uma colpoperineorrafia e coexiste indicação para ligadura ou contra-indicação para qualquer técnica abdominal.

TÉCNICAS DE LIGADURA TUBÁRIA

Uchida

Consiste em: abertura da serosa tubária com secção e ligadura isoladas da mesma, sem sepultamento dos cotos. (índice de falha contraceptiva em torno de 0,1:100 mulheres / ano).

Pomerov

Consiste em: apreender o segmento ístmico da tuba, em forma de alça, proceder a ligadura, cerca de 1cm para baixo, de preferência com fio absorvível simples e ressecar a alça tubária (índice de falha contraceptiva em torno de 0,3:100 mulheres/ano).

Madlener

Consiste em: apreender o segmento ístmico da tuba, em forma de alça, esmagar com pinça Kelly, cerca de 1cm para baixo e promover a ligadura de preferência com fio absorvível simples sem ressecar a alça (índice de falha contraceptiva em torno de 0,3:100 mulheres/ano).

Eletrocoagulação Bipolar

Consiste em: apreender o segmento ístmico da tuba, fulguração com ou sem secção. Algumas variantes podem ser utilizadas como a fulguração em vários pontos, que permite uma menor lesão da tuba e do mesossalpinge adjacente (índice de falha contraceptiva em torno de 0,2:100 mulheres/ano). Não recomenda-se a utilização da eletrocoagulação monopolar por risco de complicações térmicas à distância.

Anéis de Silástico (Yoon)

Consiste em: apreender o segmento ístmico da tuba e introduzir um ou dois anéis, restando um acotovelamento tubário com aproximadamente 1,2 cm (índice de falha contraceptiva em torno de 0,6:100 mulheres/ano).

Clipes Tubários

Consiste em: colocar de um ou dois cliques no segmento ístmico da tuba. Podem ser utilizados os cliques de Hulka-Clements (índice de falha contraceptiva em torno de 0,5 :100 mulheres / ano) ou os cliques de Filshie (índice de falha contraceptiva entre 0,09 e 0,49:100 mulheres/ano)

FALHA CONTRACEPTIVA

Embora sua eficácia teórica seja de 100%, na prática é observado em média falha de 0,3 gestações para cada 100 mulheres/ ano.

As falhas podem ser classificadas em 5 categorias:

A) Paciente grávida no momento da esterilização.

Prevenção: Realizar a cirurgia em fase proliferativa.

B) Erro Cirúrgico (30-50% das falhas). Ligadura dos ligamentos redondos, próprios do ovário ou outra estrutura confundida com as trompas.

Prevenção: Treinamento;

Instrumental apropriado;

Boa identificação tubária, principalmente das fímbrias.

C) Falha no Equipamento (Laparoscopia)

Prevenção: Equipamento e instrumental adequado.

D) Fistulização (eletrocoagulação laparoscópica)

Prevenção : Promover a secção e afastamento dos cotos tubários após a cauterização.

E) Reanastomose espontânea

Prevenção : Afastamento dos cotos tubários.

Síndrome Pós-Ligadura

Os dados mais atuais da literatura não apontam para a existência desta síndrome.

As eventuais alterações menstruais ou de dor que possam ocorrer após a ligadura parecem ser devidas muito mais à suspensão do método previamente utilizado (DIU ou Anticoncepcional Hormonal Combinado Oral) que, de alguma forma, regularizava os ciclos anteriormente irregulares.

Outro fato importante a ser considerado é que a época em que a anticoncepção cirúrgica é mais praticada pode corresponder ao período em que as irregularidades próprias da pré-menopausa estariam ocorrendo.

REVERSIBILIDADE

A demanda de reversibilidade da ligadura tubária, estará inversamente relacionada ao bom aconselhamento pré-operatório. Embora a garantia da reversibilidade nunca deve ser oferecida a paciente, cada serviço deve ter uma referência, para encaminhamento das pacientes que desejarem reverter a ligadura tubária, nas mesmas condições que foi realizada a esterilização.

VASECTOMIA

DEFINIÇÃO

Consiste em: secção e/ou oclusão do canal deferente, sendo um método seguro, eficaz e de fácil execução.

Indicação - Contracepção cirúrgica masculina.

Contra-indicações - Infecção local, distúrbio da coagulação (hemofilia)

Precauções - Hérnia inguinal , orquidopexia, hidrocele, varicocele, neuroses e desajuste sexual.

ACONSELHAMENTO

É um método contraceptivo, que deve ser encarado como de caráter permanente. O paciente e/ou o casal, deve ser suficientemente esclarecido de suas vantagens e desvantagens, bem como ter conhecimento de todos os demais métodos contraceptivos que obrigatoriamente necessitam estar disponíveis no serviço que realizará a vasectomia.

Uma vez solicitado o procedimento o homem e/ou o casal devem assinar o consentimento informado.

Após a decisão da realização da vasectomia, deverá ser solicitado espermograma de controle, bem como aguardar o prazo de dois meses entre a decisão e a realização do procedimento. Neste período deverá ser

fornecido um método contraceptivo seguro e o homem e/ou o casal deverá ser trabalhado com equipe multidisciplinar para avaliar a segurança da decisão.

TÉCNICAS

Diversos tipos de técnicas podem ser utilizados, que diferem entre si quanto ao coto proximal, o qual poderá ser fechado ou aberto.

A incisão poderá ser única ou dupla, sendo a preferencial a realizada na região escrotal.

A técnica atualmente considerada mais simples e segura é a técnica chinesa, pelo fato do procedimento ser realizado com anestesia local, em consultório e sem uso de bisturi.

Após o procedimento, o casal deverá continuar utilizando um método contraceptivo até que seja realizado um espermograma que deverá demonstrar azoospermia.

EFICÁCIA

Uma vez estabelecida azoospermia, a vasectomia oferece uma grande segurança contraceptiva, com falha de apenas 0,1 a 0,15 por 100 homens/ano.

A recanalização espontânea é rara.

REPERCUSSÕES SISTÊMICAS

Pacientes que realizaram a vasectomia não demonstraram aumento na incidência das seguintes doenças:

- Câncer de Próstata
-
- Câncer de Testículo
-
- Urolitíase
-
- Arteriosclerose

Anticorpos anti-espermatozóides elevados após a vasectomia não têm repercussão clínica.

Também não foram demonstradas diferenças nas taxas de mortalidade entre indivíduos vasectomizados e não vasectomizados.

CAPÍTULO IX

ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

INTRODUÇÃO

No curso das atividades sociais, econômicas e sexuais da população brasileira, constata-se um crescente número de relações sexuais sem que a mulher ou o homem estejam protegidos para a prevenção de uma gravidez. Resultam disso, conseqüências que repercutem profundamente no estado emocional do casal, de tal monta que a mulher, em desespero, se direciona para a prática de um abortamento criminoso.

Estima-se que mais de 10 milhões de brasileiras estejam expostas à gravidez indesejada, seja por uso inadequado dos métodos anticoncepcionais, ou por falta de conhecimento e acesso aos mesmos. A alta prevalência de uso de anticonceptivos no Brasil, compara-se aos países desenvolvidos, embora em uma análise qualitativa equipara-se aos países subdesenvolvidos, nos quais estes indicadores causam profundas preocupações. Alguns trabalhos demonstram que até 40% das mulheres usam métodos anticonceptivos, para os quais apresentam inadequações e, embora não sendo regra geral, não apresentariam diferenças significativas se os obtivessem através de prescrição médica ou não.

É razoável pensar, que grande número das gestações indesejadas, decorre do uso inadequado do método anticoncepcional, ou da ausência de acessibilidade aos mesmos.

Nos extremos da vida reprodutiva (adolescência e pré-menopausa) associam-se as demais causas, barreiras culturais, comunitárias e médicas, aumentando ainda mais a exposição desses grupos à uma gravidez indesejada.

Portanto, dentro deste contexto, acredita-se que a anticoncepção de emergência é uma metodologia apropriada para situações especiais de assistência à anticoncepção.

INDICAÇÕES

As indicações principais da anticoncepção de emergência são:

- Relação sexual não planejada e desprotegida (comuns em adolescentes)
- Uso inadequado de métodos anticoncepcionais
- Falha anticonceptiva presumida
- Violência sexual (estupro).

MECANISMO DE AÇÃO

A anticoncepção de emergência envolve uma ou mais fases do processo reprodutivo, interferindo na ovulação, na espermomigração, no transporte e nutrição do ovo, na fertilização, na função lútea e na implantação.

A ocorrência de uma gravidez depende de uma seqüência de eventos, que envolvem todos os complexos mecanismos da endocrinologia reprodutiva, masculina e feminina, dos quais salienta-se: ascensão dos espermatozoides pelo sistema canalicular feminino; a fertilização do ovócito; o ovo-transporte e a nidação endometrial. Em condições normais, a fertilização ocorre na ampola tubária até aproximadamente 72 horas após o intercurso sexual. Ocorrendo condições favoráveis à implantação do blastocisto (em média após 3 dias de ovo-transporte), esta ocorrerá em torno do 6º dia do período pós-ovulatório.

PROCEDIMENTOS

Os anticoncepcionais hormonais orais, usados em doses mais elevadas, constituem a melhor opção na ausência de contra-indicação ao seu uso. O "Regime de Yuzpe", que consiste na tomada de 100µg de etinilestradiol (EE) + 500µg de levonorgestrel (LNG), em duas doses com intervalo de 12 horas, é o mais adequado e com alta eficácia.

Apesar das contra-indicações comuns dos anticoncepcionais orais combinados, o regime de Yuzpe é indicado, levando-se em consideração que pior seria uma gravidez indesejada.

- Deve ser administrado até 72 horas, após o coito desprotegido
-
- Deve ser procedimento de exceção, pois a habitualidade pode estabelecer severos agravos às usuárias.
-
- Deve ter ampla divulgação e acesso garantido.
- A eficácia é tanto maior quanto mais precoce for o uso do esquema.

EFICÁCIA

O risco de gravidez para cada relação sexual não protegida varia de 0 a 30%. Este risco é maior nos três dias que antecedem a ovulação, no dia da ovulação e no 1º dia subsequente à ovulação.

A análise de vários estudos sobre anticoncepção de emergência, com uso de anticoncepcionais hormonais em dose aguda, aponta para uma redução de incidência de gravidez em torno de 75% sobre o risco calculado. Portanto, as taxas de falha variam de 0.03 a 0.3%.

EFEITOS COLATERAIS

As náuseas e os vômitos são os efeitos mais comuns do regime de Yuzpe, que podem ser minimizados com o uso prévio de antieméticos.

É necessário orientar quanto à possibilidade de uso de dose adicional em caso de vômitos com a eliminação dos comprimidos ingeridos.

A anticoncepção de emergência com hormônios pode provocar antecipação do fluxo menstrual, sendo comuns as alterações no padrão de sangramento. Em caso de atraso menstrual, ou persistência de sangramento anormal, deve ser afastada a possibilidade de gravidez.

CONCLUSÕES

1. A anticoncepção de emergência constitui uma alternativa de caráter excepcional.
2. Este procedimento deve ser ampla e adequadamente divulgado junto aos profissionais de saúde, bem como no material educativo e/ou instrucional para anticoncepção.
3. O anticonceptivo hormonal oral combinado monofásico na dose de 200µg de etinilestradiol e 1000µg de levonorgestrel, divididos em duas doses iguais, com intervalo de 12 horas, iniciadas até 72 horas após a relação sexual desprotegida, é o recomendado (regime de Yuzpe).

CAPÍTULO X

ANTICONCEPÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Anticoncepção na Adolescência, tema ainda controverso, multidisciplinar — e assim teria que ser, pelos múltiplos fatores que o cercam: médico, ético, psicológico e social — vem sendo bastante estudado e discutido em todo o mundo.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a adolescência como um período que vai dos 10 aos 19 anos de idade. Esta fase é caracterizada por profundas transformações somáticas e psíquicas, tornando a adolescente apta à procriação.

É um período de transição para a maturidade, com o desenvolvimento físico sempre precedendo o psíquico, com a menarca ocorrendo em torno dos 12 anos de idade.

Nas três últimas décadas, a prática do sexo tem-se difundido em todas as camadas sociais e, cada vez mais, está sendo estimulada a liberalidade sexual. Daí, a grande importância do Planejamento Familiar, que deve ser iniciado o mais precocemente possível, inclusive, introduzindo a educação sexual nas escolas de Primeiro Grau.

No Brasil, isto ainda não ocorre, sendo que, de um modo geral, a adolescente só procura os serviços médicos quando já mantém vida sexual.

O não uso dos métodos anticoncepcionais decorre do baixo nível sócio-econômico-cultural e também da ausência de informações corretas sobre os métodos disponíveis. Ainda outros fatores contribuem para isto: a dificuldade de acesso a serviços especializados, o custo de alguns métodos que os tornam inacessíveis e a não participação do parceiro, bem como, não há uma conscientização que uma gravidez poderá ocorrer, com as suas complicações.

A atividade sexual na adolescente, geralmente exercida sem a devida responsabilidade, aumenta a frequência de alguns problemas, tal como: a gravidez não planejada, os abortamentos induzidos, as doenças sexualmente transmissíveis, AIDS e o câncer do colo uterino.

É um fato inconteste que, entre as adolescentes sexualmente ativas, a grande maioria não deseja a gravidez.

No Brasil, segundo dados estimados pelo Ministério da Saúde em 1996, ocorreram quase um milhão de

gestações em adolescente⁵ sendo que mais de 20% destas, abortaram.

Para indicarmos um método anticonceptivo temos que analisar cada caso individualmente sem nunca generalizá-los. Devemos procurar ouvir a adolescente, suas queixas, analisando-as convenientemente e orientando-a nas suas incertezas, que, quase sempre, são muitas. Há uma necessidade de se discorrer sobre todos os métodos anticoncepcional adaptando — após uma boa anamnese e exames clínico e ginecológico e, se necessário, alguns exames complementares —, o mais efetivo método para a adolescente, e, se possível, a cada casal.

Enfocar-se-á cada método, destacando suas vantagens e desvantagens, seus efeitos colaterais, como também a sua eficácia.

Métodos Anticoncepcionais

Comportamentais	Rítmico Coito interrompido
Barreira	Preservativo ou Condom Diafragma Vaginal Espermaticidas
DIU	
Hormonais	Pílula Combinada - Monofásica Bifásica Trifásica Minipílulas (Progestogênio de uso contínuo) Pílula Pós-coital
Cirúrgico	Ligadura Tubária

MÉTODOS COMPORTAMENTAIS

MÉTODO RÍTMICO

Consiste em evitar o contato sexual na época fértil do ciclo. É de conhecimento geral a significativa variação que as mulheres nesta faixa etária têm em seus ciclos menstruais, tornando difícil prever, com exatidão, o período fértil.

Não se justifica, portanto, com as disponibilidades anticonceptivas atuais, orientar-se uma adolescente para usar o método rítmico. Isto também se aplica aos métodos relacionados às transformações sofridas pelo muco cervical, bem como às variações da curva térmica-basal e o sintotérmico.

COITO INTERROMPIDO

Consiste na deposição do sêmen fora da cavidade vaginal. Tem a desvantagem de exigir do casal um auto-controle suficiente, não muito comum, principalmente, entre adolescentes.

O método é ineficaz, pela sua pouca aplicabilidade prática, não devendo a adolescente ser orientada para este tipo de anticoncepção.

MÉTODOS DE BARREIRA

PRESERVATIVO OU CONDOM

Impede a deposição do sêmen na vagina. A orientação pelo profissional é muito importante para o êxito do método.

As suas vantagens como método anticoncepcional são inúmeras:

proporcionam proteção contra as doenças sexualmente transmissíveis em ambos os sexos, têm um baixo custo, são facilmente adquiridos, não necessitam de receituário médico, são isentos de complicações e, quando bem usados, têm boa eficácia.

Entre as suas desvantagens, pode-se mencionar a redução da sensibilidade em grande número de usuários, além da interferência direta com o ato sexual. É um dos métodos de escolha para as adolescentes, principalmente, nas que não têm contatos sexuais freqüentes.

Aconselha-se o seu uso, independente do método a ser utilizado, com finalidade preventiva das DST e AIDS.

DIAFRAGMA VAGINAL

O diafragma vaginal se constitui em uma barreira mecânica entre a vagina e o canal cervical.

Para sua aplicação, faz-se necessário, inicialmente, a presença do médico ou pessoa treinada, para escolha do diafragma apropriado e seu uso deve estar sempre associado a espermaticidas.

As suas desvantagens estão em exigir uma grande participação e colaboração por parte da usuária, requisitos não freqüentes entre as adolescentes, além de interferir intimamente com o ato sexual e requerer um mínimo de cultura por parte da usuária.

Em casos selecionados, poderá ter indicação, porém não aconselha-se como método de escolha para as adolescentes.

ESPERMATICIDAS

Consiste em impedir a entrada dos espermatozóides no canal cervical além do efeito letal sobre estes gamêtas.

Como desvantagens, além de interferir no contato sexual, quando utilizado isoladamente, é pouco eficaz. Não se deve encorajar as adolescentes para este método anticoncepcional.

DIU

Só deve ser indicado para as adolescentes com gestação anterior ou com um único parceiro, quando o risco para doenças sexualmente transmissíveis, for mínimo.

Os efeitos colaterais (cólicas, hipermenorragias) e as complicações (infecção, expulsão, reação vagal) diminuem com a paridade e a idade. Por estes motivos a adolescente, em geral nulípara, tem maior risco de rejeitar o método.

MÉTODOS HORMONAIS

ORAL COMBINADO

A adolescência é um período de transição da mulher, no qual uma gravidez não planejada, representa um problema que pode implicar alguma gravidade. Daí, a importância de uma anticoncepção eficaz.

A pílula combinada tem um relevante papel nesta faixa etária, por ser o método mais utilizado.

Mesmo as adolescentes com ciclo menstrual irregular podem fazer uso desse tipo de anticoncepção.

É consensual o fato de que o seu uso, nas doses habituais, não interfere com o processo fisiológico da soldadura das epífises ósseas.

MINIPÍLULA

Por promover, com maior frequência, alterações menstruais e apresentar uma menor eficácia, só deve ser utilizada quando houver contra-indicação para a pílula que contém estrogênio/progestogênio.

PÍLULA PÓS-COITAL

Em qualquer período o método não deve ser estimulado, porém, em situações emergenciais deve ser indicado até 72 horas após um possível coito fecundante.

INJETÁVEL COMBINADO MENSAL

Os anticonceptivos injetáveis combinados mensais continuam sendo estudados objetivando diminuir as doses atuais dos esteróides.

Indica-se este método para as adolescentes.

INJETÁVEL TRIMESTRAL (AC. DE MEDROXIPROGESTERONA)

Este método não deve ser indicado nesta faixa etária, principalmente, por sua baixa reversibilidade.

MÉTODO CIRÚRGICO

LIGADURA TUBÁRIA

Só deve ser indicada para adolescentes em condições muito especiais, de razão médica, com o devido suporte legal.

CONCLUSÕES

- A vida sexual da adolescente é um fato irreversível.
- Não existe um método ideal para qualquer grupo específico.
- Os métodos comportamentais têm uso limitado na adolescência.
- O preservativo tem especial prevalência de uso neste grupo; o diafragma é pouco utilizado; e os espermaticidas têm sua indicação restrita.
- dispositivos intra-uterinos têm seu uso limitado nesta faixa etária.
- A anticoncepção hormonal constitui a melhor opção para a grande maioria dos adolescentes.
- A ligadura tubária só deve ser indicada para adolescentes, em condições muito especiais, de razão médica, com o devido suporte legal.
- Independentemente do método a ser utilizado, aconselha-se o uso do preservativo com finalidade preventiva das DST e AIDS.

CAPÍTULO XI

ANTICONCEPÇÃO NA LACTAÇÃO

INTRODUÇÃO

A cada ano que passa com as campanhas em favor do aleitamento materno, o que virá naturalmente trazer benefícios na aproximação mãe-filho, poderá prejudicar esta relação, se esta mãe engravidar novamente, não fazendo uso de um método anticoncepcional que a proteja de uma nova gravidez não desejada.

Quando a mulher amamentar com exclusividade, sendo adequada a sucção do recém nascido, sabe-se que o retorno da menstruação é deferido por tempo imprevisível podendo chegar a dois anos. Não significa entretanto, que o fato de tornar-se amenorréica, durante período tão longo, a ovulação não retorne antes disso.

Pensar, portanto, que a amamentação exclusiva servirá como método contraceptivo permanente, é um contra-senso. Nas lactantes, pressupostamente, a ovulação não ocorrerá antes dos cinquenta dias de pós-parto, não se justificando iniciar a anticoncepção antes deste prazo.

A grande maioria das mulheres que necessitam ou fazem uso de anticoncepcionais, são jovens e saudáveis; por isto, é de extrema importância o cálculo prévio à prescrição de qualquer método, dos riscos a longo prazo do uso dos mesmos.

A lactação deve sempre ter prioridade e o método anticoncepcional deve interferir negativamente neste processo. Além disso, deve-se considerar todas as necessidades e preocupações das mulheres durante a lactação, que vão muito além da anticoncepção. Estas incluem a recuperação fisiológica após o parto, a saúde do recém-nascido, e possíveis efeitos do método anticoncepcional sobre a própria saúde, sobre a qualidade e quantidade do leite e possíveis efeitos sobre a saúde seu recém-nascido.

OPORTUNIDADES PARA ORIENTAÇÃO

A discussão dos métodos de planejamento familiar deve ser feita, modo geral, desde o início da gestação e durante o pré-natal que é a primeira e mais importante oportunidade. O segundo momento para aconselhamento e fornecimento dos métodos anticoncepcionais poderá ser durante o período de internação para o parto. A terceira oportunidade seria na ocasião da visita para revisão puerperal; a mulher deverá receber serviços integrados — planejamento familiar, orientação sobre amamentação e puericultura — o que seria ideal pois facilitaria sua vida.

MÉTODOS APROPRIADOS DURANTE A LACTAÇÃO

MÉTODOS DE PRIMEIRA ESCOLHA

Método da Amenorréia da Lactação (LAM)

O LAM se baseia em três critérios: amamentação exclusiva ou quase exclusiva, amenorréia e período de até seis meses após o parto. A sucção freqüente por parte do bebê envia impulsos nervosos ao hipotálamo materno, que responde alterando a produção dos hormônios hipotalâmicos, o que leva à anovulação e amenorréia.

Quando usado corretamente, o LAM tem eficácia de 98% para prevenir gravidezes, nos seis primeiros meses de pós-parto.

A suplementação alimentar com alimentos sólidos e sucos podem reduzir a freqüência das mamadas, diminuindo assim a eficácia do método. A amamentação com complementação de no máximo 10% da quantidade de alimento até os seis meses de vida; freqüente, ou seja, à demanda espontânea da criança; e sem longos intervalos noturnos (>que 6 horas).

O LAM não tem contra-indicações e não sofre discriminações religiosas ou culturais. Entretanto, se algum dos três critérios do LAM não for cumprido, este perderá sua eficácia. Assim, as usuárias do LAM devem estar bem orientadas quanto à necessidade de uso de outro método anticoncepcional caso planejem deixar de amamentar o filho, se este se aproxima dos seis meses de idade ou se ela voltou a menstruar.

Métodos de Barreira

Os métodos de barreira, especialmente o condom masculino, além de oferecer uma alta proteção anticoncepcional, também podem proteger contra as doenças sexualmente transmissíveis.

A eficácia dos métodos de barreira dependem de seu uso correto e consistente, portanto é importante que a (o) usuário(a) esteja consciente da necessidade de utilizá-los em todas as relações sexuais, respeitando as instruções sobre seu uso.

Apesar de vários tipos de condons masculinos estarem à disposição no mercado, nesta fase as mulheres devem dar preferência para os lubrificados, já que a amamentação pode provocar falta de lubrificação vaginal no período pós-parto mais precoce. A camisinha e os espermaticidas podem ser usados em qualquer período do pós-parto e amamentação.

O uso do diafragma só pode ser iniciado seis semanas de pós-parto já que sua eficácia depende de uma correta localização anatômica na vagina, que geralmente só é possível após este período, quando a anatomia genital da mulher retorna ao seu estado não gravídico.

Dispositivos Intra-uterinos (DIU)

O DIU, um método anticoncepcional de longa duração e reversível, pode ser seguro, efetivo e conveniente

quando usado no pós-parto. Estudo analisando a performance do DIU em mulheres amamentando mostram uma menor frequência de queixas de dor à inserção do que em mulheres que não estão amamentando. Além disso, as mulheres que lamentam referem menor frequência de efeitos colaterais como dor e sangramento.

O DIU pode ser inserido via vaginal imediatamente após a dequitação placentária ou durante uma operação cesariana através da terotomia, imediatamente antes que se proceda a histerorrafia. As taxas de expulsão após inserção do DIU no período pós-parto são menores se a mesma for realizada nos primeiros dez minutos após a dequitação. Ainda assim, as taxas de expulsão são em torno de 7 a 10%. Se for inserido nos primeiros 10 minutos pós-dequitação, a inserção pode ser realizada até 48 horas após o parto, antes da alta hospitalar. Após este período é recomendável que se espere até seis semanas de pós-parto, quando então os procedimentos serão iguais aos DIUs inseridos fora do período puerperal.

Esterilização Feminina

A esterilização feminina é uma alternativa segura e eficaz para ser realizada no período pós-parto nos casos previstos pela lei (§2º é vedada esterilização cirúrgica em mulheres durante os períodos de parto aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade por cesarianas sucessivas anteriores). A técnica recomendável é a minilaparotomia riumbilical e deve ser feita preferencialmente até 72 horas, pois o tamanho do útero permite uma melhor visualização e acesso às tubas. Aadura pode também ser feita durante a cesariana, neste caso porém, o ripo para avaliação do estado de saúde do recém nascido é pequeno.

A grande preocupação no que diz respeito à esterilização pós-parto é o maior risco de arrependimento. A orientação a respeito da ligadura, e suas características como método definitivo, devem ser trabalhadas durante o pré-natal.

Vasectomia

Os critérios de aconselhamento e orientação devem ser os mesmos dos indicados para a esterilização feminina, pois o arrependimento masculino também pode ocorrer. A vasectomia é um procedimento relativamente simples, seguro e eficaz, realizado a nível ambulatorial enquanto a parceira está internada recuperando-se do parto.

MÉTODOS DE SEGUNDA ESCOLHA

Métodos Hormonais Somente com Progestogênio

O uso dos anticoncepcionais somente com progestogênio (ASP) não parece afetar a amamentação, o leite materno nem o crescimento e desenvolvimento do recém-nascido. Existe, entretanto, uma preocupação com o uso destes anticoncepcionais, antes que a criança complete seis semanas de vida, principalmente no caso de crianças prematuras, pela imaturidade do sistema hepático do recém-nascido. Isto porque independentemente do tipo do método usado, uma pequena porcentagem do esteróide passa através do leite para o recém-nascido.

O anticoncepcional oral somente com progestogênio, por ter uma dosagem bastante baixa, deve ser ingerido diariamente e preferencialmente na mesma hora. Sua eficácia aumenta quando combinado com a amamentação. Os injetáveis e implantes, por outro lado, são métodos de alta eficácia independentemente da amamentação e podem ser continuados após o término da mesma. Os anticoncepcionais injetáveis bimestrais (AMP-D) pela sua administração não foram observados e feitos adversos durante o uso do AMP-D em mulheres que amamentam sobre o crescimento e desenvolvimento dos recém-nascidos.

Entretanto, uma pequena quantidade de hormônio pode ser encontrado no leite, passando através, destes para a criança. Por este motivo recomenda-se que o seu uso seja postergado até a sexta semana pós parto, aguardando assim que o sistema hepático fetal esteja mais desenvolvido; esta preocupação deva ser maior, caso os recém-nascidos sejam prematuros.

Métodos Comportamentais

Os métodos comportamentais são de difícil uso durante o período da amamentação, pois se baseiam nas mudanças fisiológicas da mulher durante o ciclo menstrual para detectar os períodos férteis, quando a abstinência é praticada. A amamentação, por induzir a anovulação e a amenorréia em grande parte das vezes fazem com que estes sinais, como o muco cervical, temperatura basal, dor do meio, estejam ausentes ou pouco perceptíveis.

MÉTODOS DE TERCEIRA ESCOLHA

Hormonal Combinado

Nesta classe incluímos o anticoncepcional combinado oral e os injetáveis mensais. São encarados como métodos de última escolha porque o componente estrogênico tem um efeito negativo sobre a produção materno. Por este motivo não são recomendados para mulheres que estejam amamentando. Mesmo após seis meses pós-parto estes não devem ser a primeira opção anticoncepcional. Mulheres que desejam usar estes métodos devem ser encorajadas a usarem os de progestogênio em seu lugar.

Anticoncepção de Emergência e Lactação

Na lactação, as recomendações de restrição ao uso do anticoncepcional hormonal combinado oral (AHCO) devem ser consideradas com maior rigor por se tratar do uso de doses elevadas, em regime agudo especialmente pela interferência na qualidade e quantidade láctea. Em casos excepcionais do uso deste esquema recomenda-se a suspensão da lactação direta por 48hs., como prevenção de sangramento de supressão, que podem ocorrer em lactentes do sexo feminino.

CONCLUSÕES

Os serviços devem priorizar a programação do aleitamento materno, principalmente em mulheres que não aceitam o LAM como método anticoncepcional, para que elas nunca se utilizem dos que possam interferir negativamente na amamentação.

Seria ideal que os serviços prestados às mulheres puérperas fossem integrados, incluindo puericultura e anticoncepção, redundando em maiores benefícios a saúde, com melhor custo-benefício e comodidade.

CAPÍTULO XII

ANTICONCEPÇÃO NO CLIMATÉRIO

INTRODUÇÃO

O climatério compreende um período da vida biológica feminina que marca a transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo. A fase inicial ou precoce do climatério não tem limites bem definidos, admitindo-se no entanto iniciar-se aos 35 anos.

Observa-se neste período uma diminuição da fertilidade do casal. Existe um aumento de ciclos anovulatórios, uma diminuição da fertilidade masculina e uma diminuição da frequência das relações sexuais, que é inversamente proporcional à idade do casal. Estes motivos explicam a maior eficácia de todos os métodos anticoncepcionais nesta faixa etária.

A anticoncepção na perimenopausa reveste-se de importância fundamental, pois uma gravidez pode aumentar o risco de mortalidade materna e de anomalias fetais. Existe de outra parte a preocupação com eventuais riscos que os métodos anticoncepcionais possam acarretar ao organismo feminino neste período da vida.

As razões mencionadas, muitas vezes associadas a problemas sociais e econômicos, aumentam a importância de ser utilizado nestes casais um método anticoncepcional eficaz e que ofereça um mínimo de risco para as pacientes.

A anticoncepção deve ser mantida no climatério enquanto existe função folicular e possibilidade de ovulação. A presença de sintomas de hipostrogenismo e/ou principalmente níveis plasmáticos elevados de FSH podem atestar a falência ovárica, devendo-se interromper a anticoncepção quando ocorrer amenorréia de pelo menos 12 meses.

MÉTODOS COMPORTAMENTAIS

Nesta faixa etária, a irregularidade menstrual é freqüente. Por esse motivo, os métodos comportamentais não devem ser estimulados na fase do climatério.

MÉTODOS DE BARREIRA

Têm a vantagem de não apresentar efeitos sistêmicos e poucos efeitos colaterais.

Apesar de terem eficácia menor que os métodos hormonais e o DIU, como neste período etário a fertilidade está diminuída, principalmente em mulheres com ciclos menstruais irregulares, isto resulta em índice de falha menor do que em mulheres na menacme.

O espermaticida, apesar de ter menor eficácia, deve ser usado conjuntamente com outro método de barreira (diafragma e preservativo masculino), tendo a vantagem de aumentar a lubrificação vaginal em mulheres que apresentam secreção vaginal.

O condom pode causar aumento de impotência, por diminuir a sensibilidade peniana.

O diafragma pode ser utilizado, desde que a mulher não tenha problemas de estática pélvica, decorrentes de partos anteriores.

DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU)

Trata-se de boa escolha contraceptiva reversível para mulheres acima dos 35 anos de idade. Apresenta elevada eficácia neste grupo etário com menores possibilidades de perfuração, expulsão, remoção, cólica menstrual, gravidez ectópica e moléstia inflamatória pélvica.

Os DIUs de cobre podem permanecer *in situ* por um longo período sem alterar a sua eficácia. O DIU com progestogênio têm sua melhor indicação na mulher climatérica. A desvantagem do método está em aumentar a frequência de menorragia em uma fase da vida da mulher, na qual as alterações menstruais são uma constante.

ANTICONCEPÇÃO CIRÚRGICA

A laqueadura tubária e a vasectomia são métodos em geral adequados para casais que estão seguros e desejosos da contracepção permanente. Na realização da laqueadura tubária, tem-se, de outra parte, a possibilidade do diagnóstico e do eventual tratamento de ginecopatias presentes.

ANTICONCEPÇÃO HORMONAL

INJETÁVEL MENSAL

Os injetáveis mensais atualmente comercializados oferecem doses aceitáveis de esteróides sexuais e, por conterem estrogênios naturais, podem ser usados com segurança na mulher climatérica, desde que observadas as suas contra-indicações.

INJETÁVEL TRIMESTRAL

É considerado excelente para mulheres nesta faixa etária pela sua grande eficácia, observando-se as contra-indicações. Além disso, oferece proteção endometrial. Após a injeção inicial, o endométrio se torna atrófico, podendo ser este efeito benéfico, particularmente em mulheres anovuladoras com endométrios sob efeito estrogênico não antagonizado, ocorrência extremamente comum durante o climatério.

A principal desvantagem refere-se às modificações do padrão menstrual, entre elas, a amenorréia (55-60%)

e as irregularidades menstruais (20-25%). Tais irregularidades podem, nesta faixa etária, limitar a aceitação e a continuidade do método e trazer preocupação pela presença de eventuais anormalidades endometriais.

MINIPÍLULA

Tendo em vista a redução da fertilidade, que se observa nesta faixa etária, o emprego isolado de progestogênios tem elevada eficácia no climatério, apesar da mesma ser inferior a dos anticoncepcionais hormonais combinados orais.

Seu uso é restrito aos casos de intolerância e/ou contra-indicações aos estrogênios. Tem como inconveniente a alta frequência de irregularidades menstruais, que já é comum nessa faixa etária e a supressão da lipoproteína protetora da arteriosclerose.

ANTICONCEPCIONAL HORMONAL COMBINADO ORAL (AHCO)

Os anticoncepcionais orais combinados podem ser utilizados em mulheres acima dos 35 anos, devendo ser empregados os que contêm desogestrel ou gestodene, com 20 ou 30 mg de etinilestradiol(EE). Essas associações, além de garantir a excelente eficácia, têm melhor tolerabilidade, reduzindo os fatores de risco.

O mínimo risco de trombose associado com os AHCO não justifica o uso rotineiro de exames para rastreamento de deficiências no sistema de coagulação.

Não existe exame específico para a seleção de pacientes candidatas a contracepção hormonal no período do climatério. Os exames devem ser recomendados com base exclusiva nos programas de atenção primária à saúde da mulher.

O tabagismo em mulheres acima dos 35 anos constitui contra-indicação para os AHCO. A interrupção do hábito de fumar deve ter ocorrido há pelo menos 12 meses para se considerar uma mulher como ex-tabagista e permitir o uso destes fármacos.

Além dos benefícios não contraceptivos já referidos genericamente para usuárias de AHCO, seu emprego em mulheres perimenopáusicas adiciona os seguintes benefícios que são específicos neste período da vida:

- Ciclos menstruais regulares
 - redução do fluxo menstrual e da dismenorréia
 - redução da anemia
- Manutenção da densidade mineral óssea
- Proteção contra arteriosclerose

Atualmente não existe qualquer razão que impeça, em mulheres saudáveis não tabagistas, o uso dos AHCO de baixa dosagem até a menopausa, obedecendo o limite etário máximo de 50 anos.

CAPÍTULO XIII

ANTICONCEPÇÃO EM SITUAÇÕES ESPECIAIS DOENÇAS ENDÓCRINAS

DIABETE MELITO

O diabetes melito (DM) se caracteriza por elevação crônica das glicemias de jejum e/ou pós-prandiais, devido a defeito absoluto ou relativo na produção de insulina ou como consequência da diminuição do efeito da insulina.

O diabetes tipo 1 (antigamente chamado de diabetes juvenil) incide em menos de 10% da população de diabéticos. A incidência é maior entre os 5 e os 15 anos. Mais de 90% dos diabéticos têm diabetes melito não insulino-dependente ou tipo II. Frequentemente se manifesta em pessoas com mais de 40 anos de idade. O diabetes gestacional tem a sua incidência aumentada à medida que aumenta a idade da mulher grávida. Até cerca de 70% destas mulheres podem desenvolver diabetes melito no futuro. As pacientes com tolerância diminuída à glicose são aquelas que têm níveis plasmáticos entre os valores considerados normais e os atribuídos ao diabetes melito.

Na vigência de complicações, deve ser muito bem estudado o risco de uma gravidez. Por exemplo, hipertensão arterial e neuropatia diabética podem afetar negativamente a gravidez e a gestação pode piorar uma retinopatia pré-proliferativa ou proliferativa.

Um ponto a ser discutido com a mulher diabética e a sua família é a incidência aumentada de problemas fetais. Incluem-se aqui: abortamentos espontâneos, prematuridade, óbito intra-uterino, morbidade neonatal e malformações. Do mesmo modo, há maior incidência de hipertensão na gestação, infecção urinária, cesariana e infecção pós-parto/ pós-cesariana.

Existe uma relação entre a falta de controle metabólico da mulher diabética e a ocorrência de malformações fetais. A mulher diabética não deve engravidar até ter sua glicemia controlada. Vários estudos evidenciaram que níveis elevados da glicemia e/ou da hemoglobina glicosilada (H_gA_{1c}) durante o período da organogênese (2 a 8 semanas no ser humano) resultam em anomalias fetais específicas. Desde que seja estabelecido um adequado controle metabólico antes da gravidez, o risco de malformações fetais torna-se similar ao dos filhos das mulheres não diabéticas.

ANTICONCEPÇÃO

A eficácia é um aspecto importante, em especial nos casos de gravidade do diabetes, com complicações vasculares e que contra-indiquem uma gravidez.

Métodos Comportamentais

Tanto em diabéticas controladas, quanto em não controladas, existem dificuldades de avaliação correta da ovulação devido a alteração do ciclo menstrual por causa da doença. A necessidade de controle da fertilidade na mulher diabética, faz com que a abstinência periódica por sua baixa eficácia, não esteja entre os métodos contraceptivos recomendados.

Métodos de Barreira

O diafragma e o condom, não estão vinculados a condições especiais de uso devido ao diabetes, porém têm a mesma indicação de prevenção de DST / AIDS, independente do uso ou não de outro método contraceptivo.

Em se tratando de mulheres com doença grave como o diabetes, freqüentemente a opção será para os métodos que apresentam maior eficácia teórica.

Anticoncepcionais Hormonais

A utilização de um contraceptivo hormonal por uma mulher diabética não deve alterar o metabolismo dos carboidratos porque as anormalidades crônicas podem levar a um aumento da morbidade e da mortalidade.

Anticoncepcionais Hormonais Injetáveis e Implantes - Os contraceptivos hormonais injetáveis mensais e trimestrais e implantes, não têm sido usados em pesquisas clínicas com mulheres diabéticas. Como têm um efeito de longa duração e não reversível após a injeção, teme-se alguma intercorrência no caso de uma possível alteração do controle metabólico.

Anticoncepcional Hormonal Combinado Oral (AHCO) - O uso do método não aumenta o risco de diabete melito, mas é recomendável a monitorização adequada das usuárias cujas histórias familiares e médicas indicam uma probabilidade aumentada de desenvolver a doença.

Em mulheres que haviam apresentado diabete gestacional, a utilização dos contraceptivos hormonais orais de baixa dose, não acarretou alterações duradouras no metabolismo dos carboidratos.

Os estudos publicados mostram que o contraceptivo hormonal oral combinado de baixa dose pode ser utilizado por mulheres diabéticas insulino-dependentes. Para tanto, faz-se necessário uma adequada monitorização metabólica e eventualmente ajustar a dose de insulina.

O diabete melito deve ser considerado como contra-indicação relativa para o uso do contraceptivo hormonal, na dependência de cada paciente. Diabéticas bem controladas, não tabagistas e menores de 35 anos de

idade podem ser candidatas ao uso do mesmo, enquanto que as mulheres com doença mais avançada, com complicações vasculares, devem usar outro tipo de anticoncepcional. Recomenda-se monitorização diária da glicemia de jejum pelo menos nas primeiras semanas de uso da pílula, e, após seis meses dosar a hemoglobina glicosilada, a lipidemia e semestralmente a glicemia de jejum e o GTT. Em recente estudo, mulheres diabéticas insulino-dependentes usuárias de pílulas contendo progestogênios de última geração, durante um ano, não apresentaram alteração nem do controle glicometabólico nem nos níveis sanguíneos das lipoproteínas conhecidas que são associadas à arteriosclerose.

Dispositivo Intra-uterino

Comparando o uso do DIU de cobre por mulheres diabéticas insulino-dependentes com mulheres não diabéticas, pesquisas mostraram não haver nenhuma diferença nas taxas de continuação e de remoção devido a infecção.

A utilização dos modernos DIUs de cobre por mulheres diabéticas insulino-dependentes, não evidenciou nenhuma diferença nas taxas de continuação e nas taxas de remoção devido a gravidez.

De acordo com o Comitê de Avaliação de Métodos Anticoncepcionais da OMS, o uso do DIU em mulheres diabéticas, enquadra-se na categoria 1 - uso sem restrições.

Contracepção Cirúrgica Voluntária

Especificamente, no caso das mulheres diabéticas, quando elas já tiveram o número de filhos desejados ou quando a gravidez é contra-indicada, a ligadura pode ser uma excelente opção.

Recomenda-se realizar todo procedimento cirúrgico em diabéticas insulino-dependentes o mais cedo possível no período da manhã. Antes da cirurgia recomenda-se administrar a metade da dose de insulina usual da manhã. Não sendo possível, quando realizado à tarde, as mulheres devem ser mantidas bem hidratadas e com monitorização glicêmica.

A vasectomia, em casais com prole definida, tem a sua indicação idêntica àquela de casais sem doença. Em se tratando de cônjuges jovens, onde existe contra-indicação à nova gravidez devido ao diabetes na mulher, a opção melhor será a ligadura tubária ao invés da Vasectomia.

INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

Através do mecanismo de ação de inibição enzimática, é possível que o metabolismo das drogas hipoglicemiantes orais seja prejudicado nas usuárias de contraceptivos orais, mas não se observou qualquer evidência de efeitos clinicamente significativos que exigissem ajustes da posologia ou o uso de medicação alternativa. Existem dúvidas com relação à possibilidade de inibição da biotransformação dos contraceptivos orais em mulheres que usam hipoglicemiantes (insulina ou orais, como a tolbutamida).

Os progestogênios de uso contínuo (minipílula) são alternativas para mulheres diabéticas com contra-indicação ao uso dos estrogênio.

ANTICONCEPÇÃO E TIREÓIDE

As doenças da tireóide são as mais comuns na idade reprodutiva. A disfunção tireoidiana não tratada está associada com aumento da morbimortalidade fetal.

O hipotireoidismo está freqüentemente associado à anovulação. Quando ocorre gravidez, a taxa de abortamento espontâneo no primeiro trimestre é alta. É aconselhável iniciar a anticoncepção enquanto se trata a disfunção tireoidiana.

Pelo risco potencial ao feto durante o uso de medicamentos, recomenda-se o emprego de contraceptivo de alta eficácia.

ANTICONCEPÇÃO

Não há restrição na escolha de métodos contraceptivos na mulher com doença da tireóide. Estudos não encontraram associação negativa entre o uso de anticoncepcionais orais e doença da tireóide. O único efeito consistente do contraceptivo oral na fisiologia da tireóide é o aumento da globulina fixadora de hormônios. No passado, o aumento da tiroxina ligada a esta globulina foi a fonte de confusão para interpretar resultados dos testes de função tireoidiana.

A situação foi resolvida com o advento da dosagem de tiroxina livre plasmática e dos hormônios tireoestimulantes (TSH).

HIPERPROLACTINEMIA

O aumento da concentração plasmática de prolactina causa duas principais manifestações: galactorréia e amenorréia. Diante de níveis muito elevados de prolactina é necessário pesquisar a presença de tumor hipofisário.

ANTICONCEPÇÃO

O estrogênio é conhecido por estimular a secreção de prolactina. Estudos não têm revelado aumento na incidência de adenomas pituitários em pacientes em uso de anticoncepcionais orais. Evidências a respeito do efeito do anticoncepcional oral nos prolactinomas pré-existentes é insuficiente, mas sugere-se que o estrogênio pode induzir a um aumento no tamanho deste tumor.

Em pacientes com tumores secretores de prolactina deve-se optar por outros métodos contraceptivos não hormonais.

SÍNDROME DOS OVÁRIOS POLICÍSTICOS (SOP)

Os sintomas da mulher com SOP como hirsutismo, acne e oligomenorréia, estão associados com hiperandrogenismo. A produção androgênica ovariana, é gonadotrófica-dependente. Os anticoncepcionais orais suprimem a secreção de gonadotrofina após 2 a 3 semanas de uso, portanto, o emprego de anticoncepcionais orais é benéfico para pacientes com SOP

ANTICONCEPÇÃO

Os anticoncepcionais orais contendo progestagênio anti-androgênico (Acetato de ciproterona), ou fraca ação androgênica (Gestodene, Desogestrel, Norgestimate), são mais indicados para mulheres com SOP, pois além de bloquear a produção de gonadotrofinas, inibem o efeito periférico dos androgênios.

Pode-se empregar os dispositivos intra-uterinos neste grupo de pacientes, observando-se as contra-indicações do método.

CAPÍTULO XIV

ANTICONCEPÇÃO EM SITUAÇÕES ESPECIAIS CARDIOPATIAS

INTRODUÇÃO

O seguimento de mulheres portadoras de cardiopatias na idade fértil exige orientação quanto ao planejamento de gravidez e aplicação de métodos de contracepção com objetivo de reduzir a morbiletalidade materno-fetal no ciclo gravídico-puerperal. Deve-se sempre lembrar que o risco de uma gestação numa portadora de cardiopatia é frequentemente maior que o uso de método contraceptivo.

De modo geral, a iniciativa da anticoncepção é do casal, contudo em mulher portadora de doença cardíaca, esta proposta passa a ser do médico, pois tanto a gravidez como o uso de contraceptivo representam situações de risco cardiovascular.

O planejamento familiar da mulher cardiopata deve ser baseado na avaliação dos fatores intrínsecos do casal, fatores relacionados a cardiopatia e os referentes aos contraceptivos.

FATORES INTRÍNSECOS DO CASAL

Os fatores intrínsecos do casal incluem idade, paridade, número de filhos vivos, modo de vida, tolerância a métodos anticoncepcionais prévios e estado psíquico. Além disso, devem ser lembrados os fatores de risco de doenças cardiovasculares: fumo, hipertensão, hiperlipidemia, diabetes e história familiar. De modo geral, tem-se tendência a reduzir a prole de pacientes cardiopatas, abreviar o período de uso de métodos reversíveis, em função da pior qualidade de vida e menor sobrevida destas mulheres.

FATORES RELACIONADOS À CARDIOPATIA

No estudo destas, deve ser considerado o diagnóstico anátomo-funcional da cardiopatia, a fase clínica da história natural da cardiopatia e a terapêutica necessária para cada caso específico, incluindo uso de anticoagulantes e procedimentos diversos. Esta análise permitiu selecionar alguns grupos de acordo com a morbiletalidade materna no ciclo gravídico-puerperal, que varia desde situações clínicas onde a gestação representa pequeno risco e recebe orientação similar à da mulher normal até situações de risco, proibitivo de gravidez.

Cardiopatia de alto risco - associada a morbiletalidade materno-fetal que atinge 50% a 70%, incluindo síndrome de Eisenmenger, cardiopatias congênitas cianóticas não corrigidas cirurgicamente, aneurisma de

aorta, síndrome de Marfan, cardiomiopatias com disfunção miocárdica incluindo infarto do miocárdio prévio, cardiomiopatia hipertrófica obstrutiva importante, hipertensão arterial pulmonar (idiopática ou esquistossomótica).

Cardiopatia de risco intermediário - associada a morbiletalidade materno-fetal não acima de 30%, tais como prótese valvar metálica, cardiopatias congênitas com repercussão hemodinâmica, valvopatia reumática do tipo estenótica (estenose mitral e estenose aórtica), cardiomiopatia dilatada, cardiomiopatia hipertrófica, doença arteroesclerótica.

Cardiopatia de risco aceitável - prolapso da valva mitral com insuficiência mitral ou arritmia cardíaca, cardiopatias congênitas sem repercussão hemodinâmica, valvopatia reumática do tipo insuficiência (insuficiência mitral e aórtica), arritmia cardíaca em coração anatomicamente normal.

Deve-se acrescentar a estes três grupos algumas situações clínicas que independem do tipo de lesão cardíaca e limitam a concepção ou desenvolvimento adequado da gestação, tais como: fibrilação atrial crônica, classe funcional CF (NYHA) 111/1V, biopróteses com alteração estrutural, lesões cardíacas com necessidade do uso de fármacos com ação teratogênica. Ademais, certas cardiopatias podem representar possibilidade de transmissão de cardiopatia congênita, doença de Chagas e síndrome de Marfan.

FATORES REFERENTES AO MÉTODO CONTRACEPTIVO

A escolha do contraceptivo exige a integração de eficácia, tolerância, aceitação e inocuidade do método com o tipo de cardiopatia. Neste aspecto, em pacientes portadoras de cardiopatias de alto risco a recomendação é a contracepção irreversível, esterilização definitiva, através da laqueadura tubária. As portadoras de cardiopatias de risco intermediário ou aceitável são beneficiadas pelo uso de contraceptivos reversíveis. Ao se optar pelo método, deve-se considerar a motivação da mulher, sua capacidade de escolha e de uso correto do contraceptivo.

Os efeitos cardiovasculares de contraceptivos reversíveis como hipercoagulabilidade, hiperlipidemia, retenção hídrica, hipertensão arterial e infecção têm sido motivo de restrição, nem sempre justificada, à prescrição para portadoras de cardiopatias. Complicações trombóticas e relacionadas a arteriosclerose têm sido atribuídas aos componentes estrogênico e progestagênico dos anticoncepcionais hormonais.

ANTICONCEPCIONAL HORMONAL COMBINADO ORAL (AHCO)

Na última década, a redução da concentração de estrogênios de 150µg para 20µg bem como do progestogênio, além de modificações estruturais na composição, resultaram nas pílulas de quarta geração com risco cardiovascular muito reduzido, próximo ao da não usuária de anticoncepcional. Assim, os anticoncepcionais orais com 20-30µg de etinil estradiol associado a 75µg de gestodene ou 150µg de desogestrel apresentam baixo índice de falha (0,3 a 0,4 por 100 mulheres/ano), com percentual de aceitação cerca de 2,5 vezes superior ao dos contraceptivos hormonais prévios, sendo portanto método admissível para certo número de portadoras de cardiopatias.

Contudo, o uso de AHCO em mulheres cardiopatas tem sido associado a 11,5% de elevação de pressão arterial, taxa quase três vezes superior à faixa de 0-4,5% registrada em mulheres normais, com subsequente normalização dos níveis tensionais após a suspensão do método. O AHCO pode ser utilizado na maioria das mulheres cardiopatas, excetuando-se as que apresentam risco de tromboembolismo, tais como:

- cardiopatia congênita cianótica;
- hipertensão arterial pulmonar;
- doença coronária arterioesclerótica ou antecedentes tromboembólicos;
- valvopatias com fibrilação atrial;
- hipertensão arterial sistêmica grave e cardiopatias que necessitam uso de anticoagulante.

CONTRACEPÇÃO INJETÁVEL

Outro anticoncepcional hormonal a ser considerado é o acetato de medroxiprogesterona (150 mg) na forma *depot* a cada 90 dias, que apresenta efeito inibitório na proliferação endométrio, tornando o endométrio atrofico: inibindo a ovulação e tornando o muco cervical hostil. De modo geral, os progestogênios injetáveis têm alta eficácia (índice médio de falha de 0,3-0,4 por 100 mulheres/ano) e não apresentam efeitos cardiovasculares na coagulação e no metabolismo lipídico. No entanto, seu uso pode levar a efeitos colaterais menores, manifestados por ganho de peso, amenorréia, cefaléia, motivando percentual não desprezível de abandono do método. De modo geral, o uso do injetável trimestral tem sido recomendado para a quase totalidade das cardiopatias.

O injetável mensal, além do derivado progestogênico, apresenta em sua composição estrogênio natural que não interfere no perfil lipídico e de hidratos de carbono, além de aumentar a fibrinólise, diminuindo o risco trombogênico. Ausência de hipertensão arterial e ganho de peso, acrescido à sua alta eficácia e ótima tolerabilidade, motivam seu uso cada vez maior em cardiopatas.

DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU)

O DIU é método de contracepção permanente, reversível, de baixo custo e eficaz (índice de falha de 0,5-1,0/100 mulheres/ano). É essencial ter em mente que as modificações estruturais do DIU e cuidados na inserção contribuíram para minimizar a incidência de complicações. Seu uso não está associado a alterações metabólicas e de coagulação. Contudo, sua utilização deve ser limitada perante situações cardiológicas que se associam a sangramento ou endocardite infecciosa, tais como:

- cardiopatias congênitas não operadas;
- doença valvar reumática;

- próteses valvares;
- prolapso de valva mitral com insuficiência;
- doenças cardiovasculares que necessitem do uso de anticoagulante;
- antecedentes de endocardite infecciosa.

A antibioticoprofilaxia no momento da inserção do DIU é controversa e os dados sócio-econômicos e promiscuidade sexual são os principais fatores de risco para a infecção associada ao DIU. Na portadora de cardiopatia, níveis, mesmo reduzidos de infecção, inspiram preocupação perante o risco de endocardite infecciosa. Por este motivo, recomenda-se a antibioticoprofilaxia, com Ampicilina-2,0g EV associada a Gentamicina 1,5mg/kg/peso - 1 hora antes da inserção.

OUTROS MÉTODOS

Os métodos de barreira e comportamentais não têm contra-indicação intrínseca, mas deve-se considerar a menor eficácia e o risco de uma gravidez conseqüente. A ligadura tubária deve obedecer parâmetros criteriosos de avaliação de risco cardiológico e dos métodos reversíveis e deve ser analisada com o casal, por se tratar de método contraceptivo definitivo. Para as portadoras de cardiopatias de alto risco, deve ser motivada a ligadura tubária, independente da prole. A possibilidade de vasectomia deve ser considerada, desde que seja decisão do casal, após esclarecimentos da evolução natural da cardiopatia da mulher.

CONCLUSÕES

O advento dos novos anticoncepcionais hormonais e dos atuais dispositivos intra-uterinos tem permitido a segurança da anticoncepção através dos métodos reversíveis, em portadoras de cardiopatias. Portanto, a proibição da contracepção reversível não mais se justifica em nosso dias.

CAPÍTULO XV

ANTICONCEPÇÃO EM SITUAÇÕES ESPECIAIS DOENÇAS AUTO-IMUNES

LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

Lupus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma doença crônica, de causa desconhecida, que incide nove vezes mais na mulher do que no homem. Pode afetar a pele, articulações, rins, membranas serosas, sistema nervoso central e outros órgãos, levando a um comprometimento da qualidade de vida e até ao óbito.

O fato de incidir mais em mulheres na menacme e de, às vezes, se exacerbar na gravidez, sugere que os hormônios femininos poderiam ser fatores predisponentes para a doença.

A paciente lúpica apresenta riscos de complicações vasculares e metabólicas, tais como flebite, insuficiência coronariana (pelo acometimento inflamatório das artérias), menorragia e metrorragia pela trombocitopenia, hipercolesterolemia decorrente de síndrome nefrótica e hipergucemia pela corticoterapia, freqüentemente utilizada nestas pacientes.

A principal causa de óbito é o acometimento renal que tem como conseqüência a hipertensão grave e insuficiência renal, além de hemorragias por trombocitopenia, acometimento neurológico e infecção.

ANTICONCEPCIONAIS HORMONAIS

Os estrogênios e os progestogênios utilizados na pílula combinada, embora não desencadeiem a doença, podem exacerbar as alterações metabólicas e vasculares das mulheres lúpicas, principalmente aumentando o risco de tromboembolismo. Por esta razão, a pílula combinada, mesmo a de baixa dose hormonal, está formalmente contra-indicada em pacientes com LES.

Os anticoncepcionais apenas com progestogênios, tanto orais quanto injetáveis, teriam um efeito teoricamente menor sobre o LES por não possuírem o componente estrogênico. Entretanto, não se dispõe de dados suficientes na literatura que atestem a segurança do uso desses métodos na mulher lúpica, motivo pelo qual não são métodos de primeira escolha.

Em relação aos injetáveis combinados mensais, não existem dados disponíveis na literatura a respeito do comportamento do LES durante a sua utilização.

DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU)

As pacientes com LES muitas vezes fazem uso de terapia imunossupressora, situação em que o DIU não deveria ser usado pelo risco aumentado de infecções graves, a não ser nos casos em que outros métodos não estão disponíveis, desde que exista controle médico rigoroso.

Nas pacientes com formas menos graves da doença, ou de doença mais restrita à pele, por exemplo, e que não façam uso de terapia imunossupressora, o DIU pode ser usado.

ANTICONCEPÇÃO CIRÚRGICA

Em casos graves, de difícil controle clínico, quando uma gravidez acarreta um risco inaceitável de complicações para a portadora de LES, a ligadura tubária é o método de eleição.

ARTRITE REUMATÓIDE

A artrite reumatóide é uma doença auto-imune sistêmica de origem desconhecida, caracterizando-se pelo comprometimento das membranas sinoviais, principalmente das pequenas articulações. Ocorre entre 1 a 3% da população e é três vezes mais freqüente nas mulheres, sendo mais comum a partir da quarta década de vida. As manifestações extra-articulares da artrite reumatóide são de pequena expressão clínica e a vasculite leve que ocorre manifesta-se por neuropatia periférica e ulcerações crônicas na pele das extremidades inferiores.

A artrite reumatóide não apresenta repercussões sistêmicas que contra-indiquem o uso de qualquer método anticoncepcional, inclusive dos contraceptivos hormonais. Existem relatos de um certo grau de melhora dos sintomas em mulheres usuárias do anticoncepcional hormonal combinado oral.

ESCLERODERMIA

É uma enfermidade que envolve os vasos sangüíneos e o tecido conjuntivo. É muito rara, com apenas cerca de cinco casos por milhão, com maior incidência entre os 35 e 55 anos de idade. Ocorre vasoconstricção arterial extensa, fenômeno de Raynaud, esclerose e comprometimento sistêmico variado. Por esta razão, deve-se evitar o uso de anticoncepcionais de ação sistêmica (hormonais), não havendo contra-indicação especial para os outros métodos.

CAPÍTULO XVI

ANTICONCEPÇÃO EM SITUAÇÕES ESPECIAIS DOENÇAS HEMATOLÓGICAS

Orientação contraceptiva adequada em hematopatias é importante, mesmo não sendo um grupo de intercorrências com alta incidência, devendo-se destacar o fato da anemia ser condição clínica freqüente em nossa população.

ANEMIAS

A anemia ferropriva é a forma mais comumente encontrada na mulher. Decorre principalmente de perdas uterinas devido a doenças ginecológicas, tais como a miomatose uterina, ou resultante de deficiência nutricional crônica. Apresenta-se como anemia microcítica e hipocrômica, com baixos níveis de ferro sérico, de saturação de transferrina e de ferritina, e com elevação da capacidade de ligação de ferro.

As hemoglobinopatias congênitas, tais como talassemia e anemia falciforme, são situações em que normalmente existe uma hiperestimulação medular que tende à manutenção de um equilíbrio hematológico que pode ser quebrado, por exemplo, por uma deficiência de ferro superajuntada.

O anticoncepcional hormonal combinado oral (AHCO) pode ser indicado nas anemias, pois apresenta o benefício de promover regularização do ciclo menstrual, com redução do volume e duração do sangramento. Na anemia falciforme que apresenta as crises de falcização, é contra-indicado o uso de AHCO, devido ao risco de trombose. Com o uso do AHCO, pode haver redução discreta de níveis séricos da vitamina B12, embora insuficiente para acarretar anemia, esta redução pode induzir a pequeno aumento do volume eritrocitário. Não é observada diferença em níveis séricos de folato entre usuárias e não usuárias de AHCO.

Entre os contraceptivos contendo em sua composição apenas progestogênio, encontram-se no mercado brasileiro a forma injetável em aplicação trimestral (DepoProvera) e as minipílulas. Nas anemias, incluindo a falciforme, contraceptivos deste grupo podem ser utilizados por promoverem redução do sangramento menstrual, resultado de sua ação no endométrio.

Deve-se evitar o uso de dispositivos intra-uterinos com cobre (DIU) em mulheres com anemia, em vista do aumento de sangramento menstrual, pois a hipermenorragia agravaria a condição clínica pré-existente, principalmente em regiões nas quais há baixa disponibilidade de ferro na dieta. Pode-se utilizar o DIU medicado com progestogênio (Levonorgestrel) pois o mesmo não acarreta aumento no fluxo menstrual, podendo até diminuí-lo. No caso de opção pelo DIU, as reservas de ferro do organismo devem ser avaliadas pelo nível sérico de ferritina, teste mais sensível do que o hematócrito ou concentração de hemoglobina.

Nas hemoglobinopatias auto-imunes, tratadas por corticoterapia e às vezes por drogas citotóxicas, o DIU também é contra-indicado devido ao risco de infecção frente à imunossupressão decorrente da terapêutica. Eventuais infecções causadas pelo uso do DIU em pacientes com anemia falciforme podem desencadear crises de falcização

Os métodos de barreira, comportamentais e a ligadura tubária apresentam indicações e contra-indicações semelhantes a mulheres que não apresentam essas doenças.

HEMOPATIAS MALIGNAS

Em situações de hemopatias malignas (leucemias, linfomas), é de maior importância a anticoncepção eficaz, visando evitar a exposição fetal a medicamentos potencialmente teratogênicos, como os quimioterápicos. Portanto, os contraceptivos hormonais orais combinados e os injetáveis mensais/trimestrais são de escolha, pois são de grande eficácia, reduzem a perda sangüínea menstrual e não aumentam risco de infecção. Este último aspecto é relevante diante do acometimento imunológico causado pela doença ou pelo tratamento.

A quimioterapia e a radioterapia freqüentemente administradas às pacientes podem induzir insuficiência ovariana funcional temporária ou definitiva, amenorréia e menopausa precoce. O risco teratogênico associado aos tratamentos das hemopatias malignas requer contracepção eficaz e prolongada, mesmo em presença de amenorréia. A anticoncepção deve ser mantida por 6 a 12 meses após o término do tratamento radioterápico e por 2 anos após a quimioterapia.

Pacientes submetidas a quimioterapia apresentam amiúde aplasia medular, aumento de perda sangüínea e risco de infecção. Nestas circunstâncias indica-se método contraceptivo eficaz que reduza sangramento genital, como AUCCO, injetável mensal e trimestral. O DIU é contra-indicado nos casos de hemopatias malignas principalmente em pacientes submetidos à terapêutica química e/ou radioterápica, por aumentar sangramento e risco de infecção.

Os métodos comportamentais não devem ser indicados em pacientes que estão submetidos a quimioterapia que alterem o ciclo menstrual. Os métodos de barreira para esses pacientes têm a vantagem de diminuir a possibilidade da doença inflamatória pélvica e tem a desvantagem da eficácia não ser tão boa. A ligadura tubária tem as mesmas indicações e deve ser mais permissiva mediante a gravidade dessas doenças.

OUTRAS DOENÇAS HEMATOLÓGICAS

Nas moléstias hemorrágicas, sejam de etiologia vascular, plaquetária ou por alteração dos mecanismos de coagulação, o contraceptivo injetável mensal e trimestral está contra-indicado devido ao risco de hematoma e consumo dos fatores de coagulação no local da injeção. O DIU também não deve ser utilizado, pois aumenta a quantidade e duração do sangramento menstrual. A metodologia contraceptiva de eleição é o AHCO.

Em situações de aumento de risco tromboembólico, como trombocitemia essencial e poliglobulia, não deve ser prescrito o AHCO, pois este aumenta o risco de tromboembolismo. É indicado o uso de contraceptivos contendo somente progestogênio (injetável trimestral e minipílula) ou o DIU.

Quando há trombocitopenia ou leucopenia o DIU é contra-indicado pelo aumento de sangramento uterino e risco de infecção. Os contraceptivos hormonais constituem opção adequada. O uso de AHCO resulta em ciclos regulares com menor perda de sangue. O contraceptivo com progestogênio exclusivo dificulta a ocorrência de doença inflamatória pélvica aguda, por tornar o muco cervical mais espesso, além de evitar hiperplasia e outras alterações endometriais, reduzindo assim o sangramento menstrual.

Os métodos comportamentais não são os mais apropriados para os pacientes que apresentam essas doenças, pois o índice de falha é maior.

Os métodos de barreira e a esterilização tem indicações semelhantes às das mulheres frígidas.

CAPÍTULO XVII

ANTICONCEPÇÃO E DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (DST)

INTRODUÇÃO

Atualmente, além da eficácia, um dos aspectos mais importantes a ser avaliado na escolha de um método contraceptivo é sua ação nas DST, devido à sua crescente incidência em todos os países.

A estimativa da incidência e da prevalência destas doenças varia de acordo com a fonte adotada. Os dados geralmente são obtidos pela notificação compulsória, pesquisas nacionais de populações representativas, consultas em ambulatórios oficiais e tratamento em clínicas especializadas. Infelizmente, todas estas fontes são susceptíveis de tendências causadas tanto pelos pesquisadores como pelas populações pesquisadas.

Estes dados devem ser avaliados como um todo e analisados com cautela. Os dados do Brasil e demais países em desenvolvimento são escassos e provavelmente não refletem a extensão real do problema.

Paradoxalmente, os métodos mais eficazes fornecem pouca proteção contra as DST, enquanto os métodos de barreira, com taxas relativamente mais altas de gravidez, podem reduzir o seu risco. As DST interessam não só devido a sua própria patogênese como também pelas suas demais conseqüências: a doença inflamatória pélvica (DIP), infertilidade, gravidez ectópica e dor pélvica crônica.

Finalmente, a gravidade e a prevalência da AIDS, a mais grave das DST, podem fazer com que a escolha de um método tenha sua base principal na prevenção das DST do que da própria gravidez.

DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

As doenças sexualmente transmissíveis (DST) compõem um grupo de doenças que têm em comum a transmissão sistemática através da relação sexual. Citaremos as principais doenças causadas por agentes infecciosos, transmitidas sexualmente com significativas implicações na reprodução humana.

AIDS

Causado pelo HIV 1 e II é a mais grave das DST, pela sua letalidade. No Brasil, a relação homens/mulheres infectados atualmente é de 4:1. Estima-se que, atualmente, três mil mulheres são infectadas a cada dia, em todo o mundo.

CANCRÓIDE

Causado pelo *Hemophilus ducreyi*, bacilo gram-negativo. Provoca uma ulceração dolorosa erosiva, acompanhada com frequência de linfadenopatia.

CANDIDÍASE

Causada pela *Cândida* sp, fungo presente na flora normal da vagina e que por razões diversas se multiplica anormalmente. Eventualmente pode ser transmitida através de relações sexuais.

CLAMÍDIA

Causada pela *Chlamydia trachomatis*, é a DST bacteriana mais comum nos EUA e possivelmente no Brasil. Parasita intracelular, tem na mulher uma sintomatologia discreta e é de difícil diagnóstico. É uma das principais causas de DIP e infertilidade por obstrução tubária.

GONORRÉIA

Causada pela *Neisseria gonorrhoeae*, um diplococo gram-negativo intracelular. Na mulher pode apresentar cervicite, corrimento purulento, disúria ou pode ser assintomática. O diagnóstico é fácil pelo simples gram. Também um dos maiores causadores da DIP.

GRANULOMA INGUINAL

Causado pelo *Calymnatobacterium granulomatis*, uma bactéria gram-negativa. Infecção rara, aparece como um ou vários nódulos que se rompem em ulcerações, geralmente indolores. O diagnóstico é efetuado pela presença do corpúsculo de Donovan ao exame microscópico.

HEPATITE B

Causada por vírus que vem apresentando incidência crescente. Pode causar adenoma hepato-celular. Eventualmente, pode ser transmitida pelo contato sexual.

HERPES GENITAL

Causado pelo vírus herpes simplex tipos 1 e II (HSV), é uma infecção relativamente comum. Nos EUA estima-se que 30 milhões de pessoas são portadoras. Surge como pequenas vesículas, as quais rompem-se em pequenas ulcerações, muitas vezes dolorosas. É recorrente. O diagnóstico presuntivo é feito pelo exame clínico.

MYCOPLASMA HOMINIS E UREAPLASMA UREALYTICUM

Dois dos principais causadores da uretrite não gonocócica no homem, podendo contaminar a mulher causando cervicite muco-purulenta e podendo potencialmente iniciar um episódio de DIP.

PAPILOMA VÍRUS (HPV)

Causador do condiloma acuminado e também das lesões condilomatosas planas. Com mais de 70 tipos conhecidos, é facilmente transmissível, podendo chegar a contaminar quase a metade das mulheres jovens com atividade sexual. Vários tipos deste vírus estão associados com aparecimento do câncer do colo do útero. O diagnóstico pode ser presumido ou efetuado pela citologia, colposcopia, exame anatomo-patológico, hibridização *in situ* ou PCR.

SÍFILIS

Causada pelo *Treponema pallidum*, bactéria espiroqueta, é uma doença que, nos últimos anos, tem apresentado um aumento de incidência. Apresenta-se na fase inicial como a ulceração indolor, endurecida. O diagnóstico pode ser feito pela presença de *Treponema* na microscopia em campo escuro ou por testes sorológicos.

TRICOMONÍASE

Causada pela *Trichomonas vaginalis*, um protozoário. Pode apresentar, na mulher, uma vaginite com corrimento amarelo bolhoso, com odor, dispaurenia e prurido. É uma das mais comuns DST e o diagnóstico pode ser feito pelo exame clínico e microscópico direto. A tricomoníase pode ser um marcador para outras DST.

VAGINOSE BACTERIANA

Causada por várias espécies de bactérias (*Gardnerella vaginalis*, *Mobiluncus*, anaeróbios), as quais substituem a flora vaginal lactobacilar sob determinadas condições. A mulher geralmente apresenta um corrimento acinzentado, malcheiroso, homogêneo, sem sinais de vaginite. O diagnóstico pode ser feito pela somatória do exame clínico com alguns dos seguintes exames complementares: pH vaginal, Teste de KOH, colpocitologia oncótica, exame a fresco; Prolina amino-oxidase e PCR.

ANTICONCEPÇÃO

ANTICONCEPÇÃO HORMONAL

Quase todos os estudos mostram que o uso do anticoncepcional hormonal combinado oral (AHCO) está associado com um aumento da frequência de infecção por clamídia no trato genital inferior. Em contrapartida, o uso de AHCO tem sido associado com a diminuição da incidência e da severidade da DIP causada tanto pela clamídia quanto pelo gonococo. Estes achados aparentemente discordantes podem ser

devido a um viés de detecção pela maior incidência de ectopias em usuárias de AHCO e também por ser método eficiente contra a gestação. Assim, talvez permitam que a mulher tenha maior atividade sexual. Ao mesmo tempo, o AHCO diminui o fluxo menstrual e promove o espessamento do muco cervical, protegendo o trato genital superior da infecção. O risco de hospitalização por DIP chega a ser reduzido em 50%.

O papel da contracepção hormonal na potencialização ou proteção da transmissão do HIV permanece controverso. Uma explicação biológica para uma ação negativa seria a associação com a maior incidência de ectopias, uma possível porta de entrada para o HIV.

De qualquer forma, com os conhecimentos atuais não existem justificativas para suspender o uso de AHCO nas mulheres soropositivas, ainda mais levando-se em conta a diminuição do risco das DIP.

O comportamento epidemiológico do câncer do colo uterino é similar a uma DST, sendo unânime a aceitação de um importante papel do HPV na sua gênese. Embora vários estudos sejam questionáveis, existem vários trabalhos mostrando um aumento discreto do seu risco em usuárias de AHCO, principalmente por mais de cinco anos. Isto também se explicaria pelo papel da ectopia como porta de entrada do vírus e uma subsequente metaplasia atípica induzida pelo mesmo.

DISPOSITIVO INTRA-UTERINO

O DIU não oferece proteção contra nenhuma das DST e pode, em determinados casos, favorecer o aparecimento da DIP. Esse aumento ocorre principalmente nos primeiros meses após a inserção. Isso é causado provavelmente devido à introdução de microorganismos de origem vaginal ou cervical dentro da cavidade uterina durante a colocação do dispositivo. Esse risco pode diminuir através de uma adequada técnica asséptica na inserção e pela seleção cuidadosa das pacientes, afastando aquelas com alto risco de infecção (mulheres promíscuas, parceiros promíscuos, etc.). As infecções que ocorrem depois dos primeiros meses da inserção são resultado de DST adquiridas e não da presença do DIU. Em relação às pacientes HIV positivas, os dispositivos intra-uterinos devem ser evitados, pois essas mulheres já têm maior tendência para desenvolver a DIP.

MÉTODOS DE BARREIRA

Condom

Já está estabelecida a eficácia protetora do condom de látex sobre a transmissão das DST, incluindo-se o vírus da AIDS, desde que usado de maneira correta. É de se lembrar que, no caso da AIDS, a proteção atinge os dois parceiros, embora a mulher seja vinte vezes mais sujeita a ser contaminada do que o homem, através de relações sexuais. Hoje em dia, em determinadas condições, tem sido preconizado o uso de dois métodos - um para prevenir a gravidez e outro (condom) para prevenir as DST. O "método duplo" reforça a prevenção de ambos efeitos adversos.

O rompimento do condom pode chegar a 5% dos casos e é uma constante preocupação. A inexperiência de uso, a duração e a intensidade do ato sexual e uma armazenagem inadequada podem facilitar o rompimento.

Condom Feminino

Esse método de barreira é uma bolsa de poliuretano com dois anéis de plástico em cada ponta. É de uso mais recente e não existe, no momento, o mesmo volume de pesquisa para saber da real proteção do mesmo nas DST e contra a gravidez. A grande vantagem é ser um método manipulado pela mulher, não dependendo da boa vontade de um parceiro em usar o condom masculino.

Diafragma

Esse método pode oferecer uma proteção parcial contra a incidência de várias DST, tais como a cervicite por gonorréia e clamídia, o condiloma plano do colo do útero e a DIP. Esta proteção pode ser em parte pelo uso concomitante de um espermaticida. Em relação à AIDS é ineficaz, pois cobre apenas parte da genitália interna, permitindo a transmissão viral pela grande área da mucosa vaginal exposta.

Espermaticidas

Embora o Nonoxynol-9, um dos espermaticidas mais comuns, seja letal para vários germes - inclusive o HIV in vitro, não se pode confiar numa proteção suficiente contra a transmissão humana das DST. O melhor efeito protetor é contra a gonorréia e a cervicite por clamídia.

Ducha Vaginal

A ducha vaginal tem sido citada como um fator de risco para infecções por clamídia e para a ascensão de microorganismos para o trato vaginal superior, aumentando o risco da DIR

CONTRACEPÇÃO CIRÚRGICA FEMININA

Não há qualquer efeito protetor ou desencadeador das DSI.

CONTRACEPÇÃO CIRÚRGICA MASCULINA

Reduz os níveis de HIV no sêmen, mas não impede o contágio.

CAPÍTULO XVIII

ANTICONCEPÇÃO E ÉTICA

"A verdadeira questão é a sobrevivência das crianças e não sua geração, ou seja, pratica-se a anticoncepção, não para que as crianças não nasçam, mas para que as crianças que nascerem possam viver, uma vez nascidas."

Michel Foucault

CONCEITOS FUNDAMENTAIS

ÉTICA

É o ramo do conhecimento humano que se encarrega das normas e dos princípios morais que regem o comportamento dos indivíduos pertencentes a uma comunidade. Distingue-se da moral porque esta é individual e se refere ao fato de que o ser humano age segundo valores que lhes são próprios. Mais do que objeto da Ética, a moral reconhece que cada pessoa, individualmente, se comporta segundo uma hierarquia de valores estruturados em sua consciência. A Ética, por assim dizer, é a moral de uma sociedade. É inerente a qualquer grupamento social. Como o ser humano é um ser social, tem-se como corolário que todo ato praticado por uma pessoa decorre de uma norma ética, adequada ou não. A Ética distingue comportamentos bons e maus, certos ou errados. Reconhece que o ser humano, por seus atos, busca praticar o bem ou o bom. É importante salientar que a Ética é relativa ao tempo e à sociedade ou ao grupo social, não sendo uma só para todos os povos. Emana das tradições que se consolidam em cada sociedade.

BIOÉTICA

É um ramo da Ética que se ocupa dos princípios e valores que buscam a promoção da vida.

DIREITO

É o ramo do conhecimento que se ocupa das normas jurídicas ou leis que regem o comportamento humano. Delimita a liberdade com que as pessoas podem se conduzir para ser possível o convívio social. Fundamenta-se na norma escrita (lei) e no princípio de que tudo o que não está definido em lei como proibido (crime) é permitido.

DEONTOLOGIA MÉDICA

É o conjunto das regras de conduta do médico no exercício da profissão. Compreende os deveres do médico (Deontologia propriamente dita) e os direitos (Diceologia).

CONSIDERAÇÕES GERAIS

A anticoncepção teve seu reconhecimento mundial como Direito Humano Básico a partir da I Conferência Internacional sobre Direitos Humanos, realizada em Teerã. Foi caracterizada como ação básica de saúde pública na Declaração de Alma Alta em 1979, fruto das mudanças comportamentais da população frente ao exercício da sexualidade. Práticas e atitudes frente a este exercício da sexualidade, colocam a disposição dos indivíduos e/ou casais a oportunidade de decisão sobre o número e espaçamento dos filhos, legitimando a realização de seus desejos sexuais.

Emanam das Conferências Mundiais sobre População de Budapeste, em 1974, do México em 1984 e do Cairo em 1994, os princípios básicos do Planejamento Familiar, que, de forma resumida, seguem-se:

- 1 A política demográfica é de soberania de cada país.
2. A decisão sobre o número e espaçamento dos filhos é direito inalienável do indivíduo e/ou casal.
3. A função do Estado restringe-se à garantia do exercício deste direito (informação e acesso), bem como à vigilância sanitária ao uso de metodologia conceptiva e anticonceptiva.
4. O Planejamento Familiar deve ser implementado em um conjunto de ações que visam à assistência integral à saúde.
5. Nenhum procedimento na área de Planejamento Familiar é totalmente inócuo, exigindo, como responsabilidade coletiva, contínua avaliação dos usuários por pessoal capacitado, com qualidade e resolução.

Das recomendações, todas importantes, destacam-se as ações educativas como forma de modificar as relações de poder concernentes ao gênero, com garantia da participação efetiva da mulher no desenvolvimento das atividades e no controle social, bem como na solução dos inúmeros problemas da sua execução na comunidade.

CONSIDERAÇÕES ESPECÍFICAS

A anticoncepção, do ponto de vista ético, tem várias dimensões, sendo as mais importantes a individual, a familiar e a ecológica.

Do ponto de vista individual, reconhece-se o princípio bioético da Autonomia que valoriza o sujeito e sua livre vontade. Cada pessoa, individualmente tem o predicado de optar, em se tratando de prole, pelo que

julga ser mais conveniente para si, quanto ao número de filhos, quando tê-los, se tê-los ou não. É uma prerrogativa de cada pessoa, reconhecida pela Bioética, que busca proporcionar, a cada um, meios para construir a sua dignidade e uma "boa vida". Por mais enigmático que seja o conceito de "boa vida", é um dos grandes fins da Bioética. A "boa vida" refere-se concomitantemente ao hedonismo, doutrina fundada no prazer como fonte da felicidade, presente em todas as épocas e em todas as latitudes, e à beatitude, que norteava as antigas éticas, de Platão a São Tomás de Aquino. A beatitude pode ser entendida não apenas como uma condição de santidade, conceito exclusivamente religioso, mas, acima de tudo, como a realização plena da condição humana e seus predicados. Atualmente reconhece-se de forma muito clara a dissociação que o ser humano faz de sexo e reprodução. Diferentemente dos outros animais de reprodução sexuada, o sexo para o ser humano é uma função que tem fins maiores do que ser, simplesmente, meio de reprodução, ou de manutenção da espécie. Quanto mais evoluída a sociedade, mais aparece essa dissociação. Assim sendo, é imperioso o desenvolvimento de atitudes que comandem a fertilidade pelo ser humano, individualmente, para poder desenvolver do modo mais pleno possível essas duas funções, a sexual e a reprodutiva.

Um corolário do princípio da Autonomia, aplicado à anticoncepção, é a necessidade da informação. Quanto maior o grau de conhecimento que o indivíduo (paciente) tem acerca da sua natureza, dos seus objetivos de vida e dos recursos disponíveis (por exemplo os métodos anticoncepcionais), tanto mais livre e coerente será a decisão que tomar. No desenvolvimento do trabalho em anticoncepção é, pois, uma questão de boa ética a promoção de informações minuciosas pelo médico ao paciente sobre os recursos disponíveis. Mais do que isso, é eticamente fundamental que o paciente faça a opção pelo meio ou recurso a ser usado, auxiliado pelo médico. Este terá como obrigação, além dessa tarefa de informar, exercer sua ciência e arte, examinando o paciente de modo correto e completo a fim de descartar eventuais diagnósticos de condições que imponham limites clínicos ao uso de certos meios.

A programação da prole permite que a mulher deixe de ser apenas esposa e mãe e possa ter profissão e exercitá-la. Isso a propicia uma condição mais emparelhada à do homem, reduzindo significativamente a relação de subordinação que prevaleceu por muito tempo.

Do ponto de vista da família, o planejamento familiar repercute na estruturação da célula mãe da sociedade. A mulher se torna mais autônoma, divide com o homem os encargos financeiros de sustento, alterando profundamente a relação de dominação. Os filhos deixam de ser produto da vontade divina e passam a ser fruto da vontade dos pais, reformulando as relações de responsabilidade. A paternidade se torna muito mais responsável. Só tem filhos quem os quer e quando os quer.

CONSIDERAÇÕES JURÍDICAS (LEGAIS)

A Constituição Brasileira em vigor reza que é direito de todo brasileiro desenvolver livremente o planejamento familiar, sem coerções, e é dever do Estado proporcionar os meios para isso.

O Código de Ética Médica em vigor contempla um conjunto de artigos que repercutem diretamente na anticoncepção:

Art. 1º: A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e deve ser exercida

sem discriminação de qualquer natureza.

Art. 21: É direito do médico indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas e respeitando as normas legais vigentes no País.

Art.43: É vedado ao médico descumprir legislação específica nos casos de transplantes de órgãos ou tecidos, Esterilização, fecundação artificial e abortamento.

Art.46: É vedado ao médico efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévios do paciente ou seu responsável legal, salvo em iminente perigo de vida.

Art. 48: É vedado ao médico exercer sua autoridade de maneira a limitar o direito do paciente de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar.

Art. 67: É vedado ao médico desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre método contraceptivo, devendo o médico sempre esclarecer sobre a indicação, a segurança, a reversibilidade e o risco de cada método.

Esses artigos alertam que a anticoncepção, recurso de planejamento familiar, é um ato médico que só pode ser praticado segundo princípios técnicos e éticos rigorosos. Entre as normas técnicas, está a indicação adequada, que, em sendo médica, deve considerar não apenas as condições orgânicas de saúde ou de doença física, mas todo os aspectos inerentes ao ser humano, ou seja, mentais, culturais, econômicos, sociais, políticos e religiosos. Em 1994, na Conferência sobre População e Desenvolvimento da ONU, no Cairo, ficou consolidado que a "saúde reprodutiva consiste no estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doenças ou enfermidades em todos os aspectos relacionados ao sistema reprodutivo, suas funções e processos. Saúde reprodutiva implica que as pessoas possam ter uma vida sexual segura e satisfatória, que tenham capacidade de reproduzir e decidir livremente se e quando ter filhos e o espaçamento entre eles... Em nenhum caso o aborto deve ser promovido como método de planejamento familiar".

Qualquer regulamentação institucional ou individual na prática da anticoncepção, está sujeita à estrita observância da lei 9.263/96, especialmente no previsto nos artigos 16,17,18,19,20,e 21, que resumidamente exigem a notificação compulsória, proíbem a indução dolosa, responsabilizam os gestores institucionais quanto a esterilização, entendendo-se, por interpretação, que esta prática está restrita a critérios médicos com enfoque de risco reprodutivo.

O Planejamento Familiar, embasado em atitudes Éticas, conforma uma das mais importantes ações na reversão dos indicadores de saúde e estatísticas vitais, mormente na morbidade e na mortalidade materno-infantil. Ainda a parceria e a responsabilidade coletiva devem ser o objetivo, que em última instância visam à melhoria da qualidade de vida e da organização social.

ANEXO 1

**RECOMENDAÇÕES PARA O CONSENTIMENTO
INFORMADO**

1. Referir-se à expressa manifestação de vontade da paciente em documento escrito e firmado, na vigência de casamento civil ou união estável (mais de 5 anos). A esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges.
2. Dar maior atenção, através de avaliação com equipe multidisciplinar, à paciente ou casal com idade inferior a 30 anos e com pelo menos dois filhos vivos.
3. Informação à respeito dos riscos, possíveis efeitos colaterais, dificuldade de reversão e existência de outras opções de contracepção reversível
4. Deve haver um prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico.
5. Notificar todos os procedimentos de esterilização cirúrgica à direção do Sistema Único de Saúde.

ANEXO II

LEI Nº 9.263 DE 12 DE JANEIRO DE 1996.

Regula o 7º do artigo 226 da Constituição Federal , que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências

CAPÍTULO 1**Do Planejamento Familiar**

Art. 1º - O planejamento familiar é direito de todo cidadão, observado o disposto nesta lei.

Art. 20 - Para fins desta lei, entende-se planejamento familiar com conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais da constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

Parágrafo único - As instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde, em todos os seus níveis, na prestação das ações previstas no caput, *obrigam-se a garantir, em toda a sua rede de serviços, 110 que respeita a atenção à mulher, ao homem 01£ [10 casal, programa de atenção integral à saúde, em todos os seus ciclos vitais, que inclua, como atividades básicas, entre outras:*

I - a assistência à concepção e contracepção;

II - o atendimento pré-natal;

III - a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato;

IV - o controle das doenças sexualmente transmissíveis;

V - o controle e prevenção do câncer cérvico-uterino, do câncer de mama e do câncer de pênis.

Art. 4 - O planejamento familiar orienta-se por ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade.

Parágrafo único - O Sistema Único de Saúde promoverá o treinamento de recursos humanos, com ênfase na capacitação do pessoal técnico, visando a promoção de ações de atendimento À saúde reprodutiva.

Art. 5 - E dever do Estado, através do Sistema Único de Saúde, em associação, no que couber, às

instâncias componentes do sistema educacional, promover condições e recursos informativos, educacionais, técnicos e científicos que assegurem o livre exercício do planejamento familiar.

Art. 6 - As ações de planejamento familiar serão exercidas pelas instituições públicas e privadas; filantrópicas ou não, nos termos desta lei e das normas de funcionamento e mecanismo de fiscalização estabelecidos pelas instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde.

Parágrafo único - Compete à direção nacional do Sistema Único de Saúde definir as normas gerais de planejamento familiar.

Art. 7 - É permitida a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros nas ações e pesquisas de planejamento familiar, desde que autorizada, fiscalizada e controlada pelo órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde.

Art. 8 - A realização de experiências com seres humanos no campo da regulação da fecundidade somente será permitida se previamente autorizada, fiscalizada e controlada pela direção nacional do Sistema Único de Saúde e atendidos os critérios estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde.

Art. 9 - Para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção.

Parágrafo único - A prescrição a que se refere o caput só poderá ocorrer mediante avaliação e acompanhamento clínico e com informação sobre os seus riscos, vantagens, desvantagens e eficácia.

Art. 10 - Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações:

I - em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de 25 anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada, acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce;

II - risco à vida ou à saúde da mulher ou no futuro conceito, testemunhado em cartório escrito e assinado por dois médicos.

Parágrafo primeiro - E condição para que se realize a esterilização, o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação a respeito dos riscos de cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

Parágrafo segundo - É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade por cesarianas sucessivas anteriores.

Parágrafo terceiro - Não será considerada a manifestação de vontade, na forma do parágrafo primeiro, expressa durante ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente.

Parágrafo quarto - A esterilização cirúrgica com método contraceptivo somente será executada através da laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, sendo vedada através da histerectomia e ooforectomia.

Parágrafo quinto - Na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os conjugues.

Parágrafo sexto - A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei.

"Art. II - Toda esterilização cirúrgica será objeto de notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde."

Art. 12 - É vedada a indução ou instigamento individual ou coletivo à prática de esterilização cirúrgica.

Art. 13 - É vedada a exigência de atestado de esterilização ou de teste de gravidez para quaisquer fins.

"Art. 14 - Cabe à instância gestora do Sistema Único de Saúde, guardado o seu nível de competência e atribuições; cadastrar, fiscalizar e controlar as instituições e serviços que realizam ações e pesquisas na área do planejamento familiar.

Parágrafo único - Só podem ser autorizadas a realizar esterilização cirúrgica as instituições que ofereçam todas as opções de meios e métodos de contracepção reversíveis."

Art. 15 - Realizar esterilização cirúrgica em desacordo com o estabelecido no art. 10 desta lei.

Pena - reclusão, de dois a oito anos, e multa, se a prática não constitui crime mais grave.

Parágrafo único - A pena é aumentada de um terço se a esterilização for praticada:

I - durante os períodos de parto ou aborto, salvo o disposto no inciso II do art. 10 desta Lei;

II - com manifestação da vontade do esterilizado expressa durante a ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente;

III - através de histerectomia e ooforectomia;

IV - em pessoas absolutamente incapaz, sem autorização judicial;

V - através de cesária indicada para fim exclusivo de esterilização."

Art. 16 - Deixar o médico de notificar à autoridade sanitária as esterilizações cirúrgicas que realizar.

Pena: detenção, de seis meses a dois anos, e multa.

Art. 17 - Induzir ou instigar dolosamente a prática de esterilização cirúrgica.

Pena: reclusão, de um a dois anos.

Parágrafo único - Se o crime for cometido contra a coletividade, caracteriza-se como genocídio, aplicando-se o disposto na Lei nº 2.889, de 1º de outubro de 1956.

Art. 18 - Exigir atestado de esterilização para qualquer fim.

Pena: reclusão, de um a dois anos, e multa.

Art. 19 - Aplica-se aos gestores e responsáveis por instituições que permitam a prática de qualquer dos atos ilícitos previstos nesta lei o disposto no caput e nos parágrafos 1º e 2º do art. 29 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal.

Art. 20 - As instituições a que se refere o artigo anterior sofrerão as seguintes sanções, sem prejuízo das aplicáveis aos agente do ilícito, aos co-autores ou aos partícipes:

I - se particular a instituição;

a) de duzentos a trezentos e sessenta dias-multa e, se reincidente, suspensão das atividades ou descredenciamento, sem direito a qualquer indenização ou cobertura de gastos ou investimentos efetuados;

b) proibição de estabelecer contratados ou convênios com entidades públicas e de se beneficiar de créditos oriundos de instituições governamentais ou daqueles em que o Estado é acionista;

II - se pública a instituição, afastamento temporário ou definitivo dos agentes do ilícito, dos gestores e responsáveis dos cargos ou funções ocupados, sem prejuízo de outras penalidades.

Art. 21 - Os agentes do ilícito e, se for o caso, as instituições a que pertençam ficam obrigados a reparar os danos morais e materiais decorrentes de esterilização não autorizada na forma desta lei, observados, neste caso, o dispostos nos artigos 159, 1.518 e 1.521 e seu parágrafo único do Código Civil, combinados como art. 63 do Código de Processo Penal.

CAPÍTULO III

Das Disposições Finais

Art. 22 - *Aplica-se subsidiariamente a esta lei o disposto no Decreto-Lei , nº 2.848, de 7 de setembro de 1940 - Código Penal, e, em especial, nos seus artigos, 29, caput, e parágrafos 1º, 2º e 43, caput e incisos I, II e III; 44, caput e incisos I, II e III e parágrafo único; 45, caput e incisos I e II; 46, caput e parágrafo único; 47, caput e incisos I, II e III; 48 caput e parágrafo único; 49 caput e parágrafos 1º e 2º; 52; 56; 129, caput e parágrafo 1º, incisos I, III e III, parágrafo 2º incisos I, III e IV e parágrafo 3º.*

Art. 23 - O Poder Executivo regulamentará esta lei no prazo de noventa dias, a contar da data de sua publicação.

Art. 24 - Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 25 - Revogam-se as disposições em contrário.