

Os anticoncepcionais hormonais orais, também chamados de pílulas anticoncepcionais são esteróides utilizados isoladamente ou em associação com a finalidade básica de impedir a concepção.

TIPOS DE PÍLULA

Classificam-se em combinadas e apenas com progestogênio ou minipílulas; as primeiras compõem-se de um estrogênio associado a um progestogênio, enquanto a minipílula é constituída por progestogênio isolado.

As combinadas dividem-se ainda em monofásicas, bifásicas e trifásicas. Nas monofásicas, a dose dos esteróides é constante nos 21 ou 22 comprimidos da cartela. As bifásicas contêm dois contêm três tipos de comprimidos com os mesmos hormônios em proporções diferentes.

PRINCIPAIS COMPONENTES E DOSES

A seguir listam-se os componentes, doses, nomes comerciais e apresentação das principais pílulas em uso no Brasil.



Minipílula

Nome comercial	Componente	Dose	Apresentação
Exluton	Linestrenol	0,5 mg	28 comprimidos
Micronor	Noretisterona	0,35 mg	35 comprimidos
Nortrel	Levonorgestrel	0,03 mg	35 comprimidos

Combinadas monofásicas

Nome Comercial	Componente	Dose	Apresentação
Anacyclin	Linestrenol Etinilestradiol	1,0 mg 0,05 mg	21 comprimidos + 7 placebos Total: 28 comprimidos
Anfertil Primovlar	Norgestrel Etinilestradiol	0,5 mg 0,05 mg	21 comprimidos
Biofim Megestran	Mestranol Noretindrona	0,1 mg 0,5 mg	21 comprimidos + 7 placebos Total: 28 comprimidos
Diane 35 Selene	Etinilestradiol Acetato de ciproterona	0,035 mg 2 mg	21 comprimidos
Evanor Neovlar Normamor	Levonorgestrel Etinilestradiol	0,25 mg 0,05 mg	21 comprimidos
Femiane Harmonet Diminut	Gestodene Etinilestradiol	0,075 mg 0,02 mg	21 comprimidos
Mercilon Femina Primera 20	Desogestrel Etinilestradiol	0,15 mg 0,02 mg	21 comprimidos
Microdiol Primera 30	Desogestrel Etinilestradiol	0,15 mg 0,03 mg	21 comprimidos



Nome comercial	Componente	Dose	Apresentação
Minulet	Gestodene	0,075 mg	21 comprimidos
Gynera	Etinilestradiol	0,03 mg	
Nordette	Levonorgestrel	0,15 mg	21 comprimidos
Microvlar	Etinilestradiol	0,03 mg	
Levordiol			
Ciclo 21			
Ciclon			
Gestrelan			
Ovovesta	Linestrenol	0,75 mg	22 comprimidos
	Etinilestradiol	0,0375 mg	

Combinadas Bifásicas

Nome comercial	Componente	Dose	Apresentação
Gracial	Desogestrel	0,025 mg	EE 0,04 mg + desogestrel
		0,125 mg	0,025 mg
	Etinilestradiol	0,04 mg	7 comprimidos
		0,03 mg	EE 0,03 mg + desogestrel
			0,125 mg
		15 comprimidos	
			Total: 22 comprimidos

Combinadas Trifásicas

Nome comercial	Componente	Dose	Apresentação
Triquilar	Levonorgestrel	0,050 mg	EE 0,03 mg + LNg 0,05 mg
Trinordiol		0,075 mg	6 comprimidos
	0,125 mg	EE 0,04 mg + LNg 0,075 mg	
	Etinilestradiol	0,03 mg	5 comprimidos
		0,04 mg	EE 0,03 mg + LNg 0,125 mg
		0,03 mg	10 comprimidos
		Total: 21 comprimidos	



Nome Comercial	Componente	Dose	Apresentação
Trinovum	Noretisterona	0,5 mg	EE 0,035 mg +
		0,75 mg	Noretisterona 0,5 mg
		1,0 mg	7 comprimidos
	Etinilestradiol	0,035 mg	EE 0,035 mg +
		0,035 mg	Noretisterona 0,75 mg
		0,035 mg	7 comprimidos
		0,035 mg	EE 0,035 mg + Noretisterona 1,0 mg 7 comprimidos Total: 21 comprimidos

4.1 – ANTICONCEPCIONAIS HORMONAIIS ORAIS COMBINADOS

São componentes que contêm dois hormônios sintéticos, o estrogênio e o progestogênio, semelhantes aos produzidos pelo ovário da mulher.

As pílulas combinadas atuam basicamente por meio da inibição da ovulação, além de provocar alterações nas características físico-químicas do endométrio e do muco cervical.

São métodos muito eficazes quando usados corretamente e consistentemente, podendo sua taxa de falha ser da ordem de 0,1%, no primeiro ano de uso. Em uso habitual, atinge valores de 6 a 8%.

PRAZO DE VALIDADE: De dois a três anos variando de acordo com o fabricante.

TÉCNICA DE USO – INSTRUÇÕES ÀS USUÁRIAS

- a) No primeiro mês de uso, ingerir o 1º comprimido no 1º dia do ciclo menstrual ou, no máximo, até o 5º dia.
- b) A seguir, a usuária deve ingerir um comprimido por dia até o término da cartela, preferencialmente no mesmo horário. É importante orientar a usuária para verificar a cartela todas as manhãs no sentido de certificar-se do seu uso no dia anterior.



- c) Ao final da cartela (21 dias), fazer pausa de 7 dias e iniciar nova cartela, independentemente, do dia de início do fluxo menstrual. Se a cartela tem 22 pílulas, descansar só 6 dias. Alguns tipos já possuem 7 dias de placebo, quando deve ocorrer o sangramento, não sendo necessário haver interrupção.
- d) Caso não ocorra a menstruação no intervalo entre as cartelas, a usuária deve iniciar uma nova cartela e procurar o serviço de saúde para descartar a hipótese de gravidez.
- e) Em caso de esquecimento de uso da pílula, a usuária deve ser orientada da seguinte forma:
 - No caso de esquecimento de uso de uma pílula, a mesma deve ser ingerida imediatamente e a pílula regular no horário habitual ou ainda a ingestão das duas pílulas no mesmo horário.
 - No caso de esquecimento de duas ou mais pílulas, a usuária pode continuar a tomar a pílula mas deve utilizar, também, um método de barreira ou pode ser orientada a interromper a anticoncepção hormonal oral até a próxima menstruação.
 - Na ocorrência de coito desprotegido, nesse período, orientar a mulher para o uso de anticoncepção de emergência.
- f) Nos casos de vômitos e/ou diarreias, com duração de dois ou mais dias, as relações sexuais devem ser evitadas ou o uso de métodos de barreira devem ser instituídos, pois existem possibilidades da não-absorção dos esteróides da pílula, com conseqüente perda da ação anticonceptiva.
- g) Não há necessidade de interromper o uso do método para descanso, pois não existe amparo científico que o justifique, sendo causa freqüente de ocorrência de gestações.
- h) O exame clínico-ginecológico deve ser realizado em intervalos regulares de 12 meses.

INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA

Certas drogas são capazes de reduzir a eficácia anticonceptiva da pílula, principalmente nos tratamentos prolongados. Nesses casos, deve-se indicar métodos alternativos.



Os antiretrovirais (ARV) Efavirenz e Nevirapina (não-nucleosídeos) e os Nelfinavir e Ritonavir (inibidores da protease), disponíveis para o controle da infecção pelo HIV, interagem diminuindo os níveis séricos dos hormônios estrogênicos e, portanto, sua eficácia contraceptiva. O uso adicional do preservativo masculino ou feminino deve ser considerado (dupla proteção).

Algumas interações podem ocorrer no sentido inverso, isto é, os esteróides alteram a eficácia de outros medicamentos (anticonvulsivantes entre outros).

Na relação abaixo, estão algumas das drogas mais importantes no que diz respeito à interação medicamentosa com a pílula:

Anticonvulsivantes	Barbitúricos Difenil-hidantoína Primidona Carbamazepina
Antibióticos	Rifampicina
Fungicidas	Griseofulvina

EFEITOS SECUNDÁRIOS

Principais efeitos secundários que podem estar relacionados com o uso da pílula são:

- Alterações de humor.
- Náuseas, vômitos e mal-estar gástrico.
- Cefaléia.
- Tonteira.
- Mastalgia.
- Sangramento intermenstrual.
- Cloasma.



COMPLICAÇÕES

- Acidente vascular cerebral.
- Infarto do miocárdio.
- Trombose venosa profunda.
- Todas essas complicações acontecem com maior frequência em fumantes de qualquer faixa etária.

BENEFÍCIOS NÃO-CONTRACEPTIVOS

- Redução da doença inflamatória pélvica (DIP).
- Redução da frequência de cistos funcionais de ovário.
- Redução da incidência do adenocarcinoma de ovário.
- Redução da frequência do adenocarcinoma de endométrio.
- Redução da doença benigna da mama.
- Redução da dismenorréia e dos ciclos hipermenorrágicos.
- Redução da anemia.

ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

a) Primeira consulta:

- Incluir na anamnese a investigação de todas as condições que contra-indiquem o uso da pílula.
- Fazer exame físico geral, exame de mamas e exame ginecológico, com especial atenção às condições que contra-indiquem o uso do método.
- Explicar detalhadamente a técnica adequada de uso do método (pílula combinada ou minipílula) de acordo com os antecedentes e as circunstâncias individuais de cada mulher.
- A primeira opção deve recair sempre para a pílula combinada de baixa dose (0,03 mg de etinilestradiol), face sua melhor tolerabilidade, alta eficácia e baixo custo.



- As pílulas de doses maiores podem ser utilizadas como medida de exceção em mulheres com perdas sangüíneas intermenstruais persistentes ou situações de interação medicamentosa.
- Esclarecer à mulher que é freqüente a ocorrência de pequeno sangramento intermenstrual durante os primeiros meses de uso da pílula combinada de baixa dose. Nessa situação, a mulher deve ser orientada a continuar o uso da pílula. Durante o período de uso da pílula, se o sangramento persistir por mais de 10 dias, a mulher deve procurar o serviço de saúde.
- Permanecendo o sangramento intermenstrual após 3 meses, em mulheres que usam a pílula corretamente, impõe-se a realização de exame ginecológico minucioso, para afastar outras etiologias.
- Recomendar à mulher que informe o uso da pílula sempre que for a qualquer consulta médica, mesmo que isso não lhe seja perguntado.
- Orientar que é absolutamente necessária a procura de assistência médica imediata no serviço de emergência ou hospital, quando do aparecimento de sintomas atípicos:
 - Aparecimento ou agravamento de cefaléia com sinais neurológicos.
 - Hemorragias.
 - Dor abdominal de causa indeterminada.
 - Alteração visual de aparecimento súbito.
 - Dor torácica ou de membros inferiores de aparecimento súbito.
- Prescrever as pílulas para três meses de uso.
- Agendar retorno dentro de 30 dias.
- Reforçar o aconselhamento. A usuária do método deve ser orientada para uso de preservativo masculino ou feminino de forma a reduzir o risco de infecção pelo HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis (dupla proteção).

b) Consultas de retorno:

- Devem ser feitas sempre pelo médico, desde que necessite de prescrição e de investigação de intercorrências clínicas e/ou do desenvolvimento de condições que possam constituir contra-indicações à continuidade de uso do método.



- O fornecimento pode ser feito pelo serviço de saúde independentemente da consulta com profissional de saúde.

PERIODICIDADE

- Primeiro retorno depois de um mês
- Retornos subseqüentes anuais

ATIVIDADES ESPECÍFICAS

- Avaliar as condições de uso da pílula (regularidade na ingestão, tolerância, aceitabilidade, entre outras).
- Pesquisar o aparecimento de condições clínicas que possam significar contra-indicação ao uso do método.
- Avaliar peso e pressão arterial em cada retorno.
- Fazer exame físico geral anual.
- Fazer exame ginecológico e de mama anual.
- Fazer exame colpocitológico quando necessário.
- Prescrever a quantidade de cartelas de pílulas necessárias até o próximo retorno.

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE CLÍNICA PARA USO DE ANTICONCEPCIONAIS ORAIS COMBINADOS DE BAIXA DOSAGEM

Categoria 1

O método pode ser usado sem restrições:

- 21 dias pós-parto ou mais, sem lactação.
- Pós-aborto (primeiro ou segundo trimestre ou aborto infectado) – A pílula pode ser iniciada imediatamente.



- Idade (desde a menarca até os 40 anos) – A preocupação teórica com o uso da pílula no início da adolescência não tem evidência científica.
- História de pré-eclâmpsia – A ausência de doença vascular subjacente sugere que não há razões para restrição ao uso da pílula.
- História de diabetes gestacional.
- Cirurgia de pequeno porte sem imobilização.
- Varizes.
- Cefaléia leve.
- Sangramento vaginal, irregular, não volumoso ou volumoso e prolongado – Modificações no padrão menstrual são comuns em mulheres na idade reprodutiva; a pílula pode reduzir a perda sangüínea.
- Doença mamária benigna
- História familiar de câncer de mama
- Ectopia cervical
- Câncer de ovário ou de endométrio – O uso da pílula reduz o risco para câncer de ovário ou de endométrio. Enquanto aguarda tratamento, a mulher com alguma dessas condições pode continuar usando a pílula.
- Doença inflamatória pélvica no passado, com ou sem gravidez subsequente, ou atual – A pílula reduz o risco para doença inflamatória pélvica.
- Doença sexualmente transmissível (DST) atual ou nos últimos três meses, colpíte sem cervicite purulenta ou risco aumentado para DST
- Portador assintomático de hepatite viral
- História de gravidez ectópica – A pílula protege contra gravidez ectópica.
- Mioma uterino.
- Obesidade.
- Tireoidopatias (bócio simples, hipertireoidismo, hipotireoidismo).
- Doença trofoblástica gestacional benigna ou maligna.
- Anemia ferropriva – A pílula pode reduzir a perda sangüínea.
- Epilepsia – A condição, em si, não restringe o uso da pílula; entretanto, algumas drogas anticonvulsivantes podem diminuir a sua eficácia.
- Esquistossomose não complicada ou com fibrose hepática leve – (fibrose hepática grave – categoria 4).



- Malária.
- Antibióticos (exceto rifampicina ou griseofulvina).
- Nuliparidade.
- Dismenorréia grave – A pílula pode aliviar os sintomas de dismenorréia.
- Tuberculose pélvica ou não-pélvica.
- Endometriose – Pode aliviar os sintomas de endometriose.
- Tumores ovarianos benignos (inclusive cistos).
- Cirurgia pélvica no passado.

Categoria 2

O método pode ser usado com restrições.

As vantagens geralmente superam riscos possíveis ou comprovados. Se a mulher escolher esse método, um acompanhamento mais rigoroso pode ser necessário:

- HIV positivo ou AIDS.
- Amamentação 6 meses ou mais pós-parto.
- Fumante com menos de 35 anos de idade – Em qualquer idade, o fumo aumenta o risco para doença cardiovascular.
- Idade maior ou igual a 40 anos – O risco de doença cardiovascular aumenta com a idade e pode ser maior com o uso da pílula.
- Hipertensão arterial (PA 140-159/90-99) – categoria 2/3 – Mulheres com hipertensão arterial leve e sem fatores de risco adicionais podem escolher a pílula, porém a pressão deve ser reavaliada periodicamente.
- Diabetes sem doença vascular (insulino-dependente ou não) – Embora a pílula possa afetar a tolerância a carboidratos, é maior a preocupação se há doença vascular com risco adicional de trombose.
- Cirurgia de grande porte sem imobilização prolongada..
- Tromboflebite superficial.
- Hiperlipidemias – categoria 2/3 – Algumas hiperlipidemias são fatores de risco para doença cardiovascular. A categoria deve ser avaliada de acordo com o tipo e a gravidade. Os testes rotineiros não são apropriados; são exames de alto custo e a condição é rara.



- Doença cardíaca valvular não complicada – Considerar a gravidade da doença ao avaliar a relação risco/benefício.
- Cefaléia grave, recorrente, incluindo enxaqueca, sem sintomas neurológicos focais.
- Sangramento vaginal inexplicado (antes da investigação, para continuação de uso) – Avaliar a categoria após a investigação.
- Nódulo mamário sem diagnóstico – A grande maioria dos nódulos mamários em mulheres em idade reprodutiva são benignos; a investigação deve ser feita o mais rápido possível.
- Neoplasia cervical intraepitelial.
- Câncer de colo uterino (aguardando tratamento) – A preocupação de que a pílula possa acelerar a evolução da doença é teórica.
- Doença da vesícula biliar tratada com cirurgia ou assintomática.
- Antecedente de colestase relacionada à gravidez – História de colestase associada à gravidez pode indicar aumento do risco para colestase associada à pílula.
- Talassemia – A pílula pode induzir o desenvolvimento de distúrbios metabólicos específicos.
- Anemia falciforme – Mulheres com anemia falciforme são predispostas à oclusão da circulação microvascular; os estudos até o momento não encontraram diferenças significativas quanto à coagulação, viscosidade sanguínea ou gravidade e frequência das crises hemolíticas em mulheres com essa condição em uso da pílula.

Categoria 3

É o método de última escolha. Os riscos possíveis e comprovados superam os benefícios do método. Caso seja escolhido, um acompanhamento rigoroso se faz necessário:

- Lactantes entre 6 semanas e 6 meses pós-parto – Nos primeiros 6 meses pós-parto, o uso do anticoncepcional oral combinado diminui a quantidade do leite e pode afetar adversamente a saúde da criança.



- < 21 dias pós-parto (não-lactantes) – A coagulação sanguínea e a fibrinólise normalizam-se em torno de 3 semanas pós-parto.
- Idade maior ou igual a 35 anos e fumante (menos de 20 cigarros/dia).
- História de hipertensão arterial – Se não for possível avaliar a PA (exceto hipertensão na gravidez).
- Diabetes com mais de 20 anos de duração ou doença vascular (nefropatia, neuropatia, retinopatia – categoria 3/4).
- Sangramento vaginal inexplicado (categoria 3 para iniciar o método) – Se há suspeita de gravidez ou alguma condição médica subjacente, deve-se investigar e reavaliar a indicação do método após.
- Câncer de mama no passado ou sem evidência de doença nos últimos cinco anos – Pode haver aumento do risco de progressão da doença em mulheres com câncer de mama atual ou no passado.
- Doença da vesícula biliar atual ou tratada com medicamentos – O uso do método pode estar associado com doença biliar; além disso, pode agravar doença biliar pré-existente.
- História de colestase relacionada ao uso de anticoncepcional oral combinado – História de colestase associada ao método pode aumentar o risco para episódios subseqüentes.
- Cirrose compensada – O anticoncepcional oral combinado é metabolizado pelo fígado e seu uso pode afetar adversamente a saúde de mulheres com função hepática comprometida.
- Uso de rifampicina, griseofulvina e anticonvulsivantes (fenitoína, carbamazepina, barbituratos, primidona – Esses medicamentos são indutores de enzimas hepáticas e reduzem a eficácia da pílula.

Categoria 4

O método não deve ser usado:

- Gravidez – Nenhum método é indicado, qualquer risco é considerado inaceitável, entretanto não há risco conhecido para mãe ou feto se o anticoncepcional oral é usado durante a gravidez.



- Lactantes com menos de 6 semanas após o parto – Existe alguma preocupação teórica com o risco de exposição aos hormônios esteróides pelo lactente durante as primeiras seis semanas pós-parto; além disso, existe a preocupação com o uso do anticoncepcional oral combinado antes de 3 semanas pós-parto e o risco de trombose.
- Idade maior ou igual a 35 anos e fumante (mais de 20 cigarros/dia).
- Hipertensão arterial.
Moderada: 160–179/100–109 – Para início de uso e para continuação de uso Grave: 180+/110+.
Com doença vascular.
- Doença tromboembólica em atividade no momento ou no passado.
- Cirurgia de grande porte com imobilização prolongada.
- Cardiopatia isquêmica – Em mulheres com doença vascular subjacente ou com predisposição à trombose, o aumento do risco de trombose com o uso do anticoncepcional oral combinado deve ser evitado.
- Antecedente de acidente vascular cerebral (AVC) – Em mulheres com doença vascular subjacente ou com predisposição à trombose, o aumento do risco de trombose com o uso do anticoncepcional oral combinado deve ser evitado.
- Doença cardíaca valvular complicada (hipertensão pulmonar, fibrilação atrial, história de endocardite bacteriana) – O risco de trombose deve ser evitado
- Cefaléia grave, recorrente, incluindo enxaqueca, com sintomas neurológicos focais – Sintomas neurológicos focais podem ser uma indicação do aumento de risco para AVC.
- Câncer de mama atual – Pode haver aumento do risco de progressão da doença em mulheres com câncer de mama atual ou no passado.
- Cirrose hepática descompensada – O anticoncepcional oral combinado é metabolizado no fígado; seu uso pode oferecer risco às mulheres com função hepática comprometida.
- Hepatite viral em atividade – O anticoncepcional oral combinado é metabolizado no fígado; seu uso pode oferecer risco às mulheres com função hepática comprometida.
- Tumores de fígado malignos ou benignos – O anticoncepcional oral combinado é metabolizado no fígado; seu uso pode oferecer risco às mulheres com função hepática comprometida.



4.2 – ANTICONCEPCIONAIS HORMONAIS ORAIS APENAS DE PROGESTOGÊNIO

São comprimidos que contêm uma dose muito baixa de progestogênio, que promove o espessamento do muco cervical, dificultando a penetração dos espermatozoides, e inibe a ovulação em aproximadamente metade dos ciclos menstruais.

Durante a lactação, quando usados de forma correta e consistente, os anticoncepcionais orais de progestogênio têm uma taxa de falha de 0,5%, no primeiro ano de uso. Em uso habitual, a taxa de falha é de 1%.

PRAZO DE VALIDADE: De dois a cinco anos, variando de acordo com o fabricante.

TÉCNICA DE USO – INSTRUÇÕES ÀS USUÁRIAS

- a) Nas lactantes, o uso deve ser iniciado após 6 semanas do parto e nas não-lactantes, seu uso é contínuo após o término da cartela (35 comprimidos). Portanto, não deve haver interrupção entre uma cartela e outra nem durante a menstruação.
- b) É de particular importância ser tomada em horário habitual. Se a mulher atrasou a ingestão da pílula mais do que três horas ou esqueceu alguma pílula e já não amamenta ou amamenta, mas a menstruação retornou, deve tomar a pílula esquecida, assim que possível, e continuar tomando uma pílula por dia. Também deve usar preservativos ou evitar relações sexuais, pelo menos durante dois dias.
- c) A usuária deve ser alertada sobre as possíveis alterações no padrão menstrual (intervalo, duração e sangramentos intermenstruais).
- d) Em caso de vômito dentro de uma hora após tomar a pílula, orientar a mulher para ingerir outra pílula (de outra cartela).
- e) Em caso de diarreia grave ou vômitos durante mais de 24 horas, orientar a mulher para continuar o uso da pílula se for possível, usar o preservativo (masculino ou feminino) ou evitar relações sexuais até que tenha tomado uma pílula por dia, durante sete dias seguidos, depois que a diarreia e os vômitos cessarem.



- a) Sangramentos intermenstruais e amenorréia ocorrem com frequência durante o uso de minipílulas.

INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA

Pode haver infecção com rifampicina, griseofulvina e anticonvulsivante (fenitoína, carbamazepina, barbituratos, primidona), que são medicamentos indutores de enzimas hepáticas e reduzem a eficácia da minipílula.

Não há interação clínica significativa demonstrada até o momento com os antiretrovirais (ARV) disponíveis para o controle de infecção pelo HIV.

EFEITOS SECUNDÁRIOS

- Alterações no fluxo menstrual.
- Cefaléia.
- Sensibilidade mamária.

BENEFÍCIO NÃO-CONTRACEPTIVO

- Prevenção das doenças benignas de mama; câncer de endométrio ou de ovário; e doença inflamatória pélvica.

ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

- a) Primeira consulta
 - Incluir na anamnese a investigação de todas as condições que contra-indiquem o uso da pílula.
 - Fazer exame físico geral, exame de mamas e exame ginecológico, com especial atenção às condições que contra-indiquem o uso do método.



- Explicar detalhadamente a técnica adequada de uso do método (pílula combinada ou minipílula) de acordo com os antecedentes e as circunstâncias individuais de cada mulher.
 - Recomendar à mulher que informe o uso da pílula sempre que for a qualquer consulta médica, mesmo que isso não lhe seja perguntado.
 - Orientar que é absolutamente necessária a procura de assistência médica imediata no serviço de emergência ou hospital, quando do aparecimento de sintomas atípicos:
 - Aparecimento ou agravamento de cefaléia com sinais neurológicos.
 - Hemorragias.
 - Dor abdominal de causa indeterminada.
 - Alteração visual de aparecimento súbito.
 - Prescrever as pílulas para o primeiro mês de uso.
 - Agendar retorno dentro de 30 dias.
 - Reforçar o aconselhamento. A usuária do método deve ser orientada para o uso de preservativo masculino ou feminino de forma a reduzir o risco da infecção pelo HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis (dupla proteção).
 - Em caso de esquecimento de duas ou mais pílulas recomendar a anticoncepção de emergência.
- b) Consultas de retorno:
- Devem ser feitas sempre pelo médico, desde que necessite de prescrição e de investigação de intercorrências clínicas e/ou do desenvolvimento de condições que possam constituir-se em contra-indicações à continuidade de uso do método.
 - O fornecimento do método pode ser feito pelo serviço de saúde independentemente da consulta.

PERIODICIDADE

- Primeiro retorno após 30 dias.
- Retornos subseqüentes anuais.



ATIVIDADES ESPECÍFICAS

- Avaliar as condições de uso da pílula (regularidade na ingestão, tolerância, aceitabilidade entre outros).
- Pesquisar o aparecimento de condições clínicas que possam significar contra-indicação ao uso do método.
- Avaliar peso e pressão arterial em cada retorno.
- Fazer exame físico geral anual.
- Fazer exame ginecológico e de mama anual.
- Fazer exame colpocitológico quando necessário.
- Prescrever a quantidade de cartelas de pílulas necessárias até o próximo retorno.

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE CLÍNICA PARA USO DE ANTICONCEPCIONAIS ORAIS APENAS DE PROGESTOGÊNIO

Categoria 1

O método pode ser usado sem restrições:

- Lactantes: 6 semanas até 6 meses ou mais pós-parto.
- Não-lactantes: A minipílula pode ser iniciada imediatamente após o parto.
- Pós-aborto (primeiro ou segundo trimestre ou aborto infectado) – A minipílula pode ser iniciada imediatamente após o aborto.
- Idade de 16 anos ou mais.
- Fumante (qualquer idade).
- Hipertensão arterial: valores de pressão arterial entre 140-159/90-99 a 160-179/100-109.
- História de pré-eclâmpsia.
- História de diabetes gestacional.
- Trombose venosa profunda ou embolia pulmonar atual ou no passado.



- Cirurgia de grande porte com ou sem imobilização prolongada.
- Cirurgia de pequeno porte sem imobilização.
- Varizes.
- Tromboflebite superficial.
- Doença cardíaca valvular complicada ou não.
- Cefaléia leve.
- Cefaléia grave, recorrente, incluindo enxaqueca sem sintomas neurológicos focais.
- Doença mamária benigna.
- História familiar de câncer de mama.
- Ectopia cervical.
- Câncer de ovário ou de endométrio.
- Doença inflamatória pélvica no passado, com ou sem gravidez subsequente, ou atual.
- Doença sexualmente transmissível (DST) atual ou nos últimos três meses, vaginite sem cervicite purulenta ou risco aumentado para DST.
- HIV positivo ou AIDS ou risco para HIV.
- Doença biliar sintomática ou assintomática.
- História de colestase relacionada à gravidez.
- Portador assintomático de hepatite viral – embora seja metabolizado pelo fígado, o progestágeno parece exercer um efeito mínimo sobre a função hepática.
- Mioma uterino.
- Obesidade.
- Tireoidopatias (bócio simples, hipertireoidismo, hipotireoidismo).
- Talassemia.
- Doença trofoblástica gestacional benigna ou maligna.
- Anemia falciforme – Podem reduzir as crises hemolíticas.
- Anemia ferropriva.
- Epilepsia – A condição, em si, não restringe o uso da minipílula; entretanto algumas drogas anticonvulsivantes podem diminuir a sua eficácia.
- Esquistossomose não complicada ou com fibrose hepática leve – Fibrose hepática grave – ver categorias para cirrose.



- Malária.
- Antibióticos (exceto rifampicina ou griseofulvina).
- Nuliparidade.
- Dismenorréia grave.
- Tuberculose pélvica ou não-pélvica.
- Endometriose.
- Tumores ovarianos benignos (inclusive cistos).
- Cirurgia pélvica no passado.

Categoria 2

O método pode ser usado com restrições.

As vantagens geralmente superam riscos possíveis ou comprovados. Se a mulher escolher esse método, um acompanhamento mais rigoroso pode ser necessário:

- Idade desde a menarca até 16 anos – Abaixo dos 16 anos, existe a preocupação com o efeito hipoestrogênico do uso do método.
- História de hipertensão se não for possível avaliar a pressão arterial
- Hipertensão grave: PA 180+/110+ ou doença vascular
- Diabetes insulino-dependente ou não
- Diabetes com mais de 20 anos de duração ou com doença vascular (retinopatia, nefropatia, neuropatia)
- Doença cardíaca isquêmica atual ou no passado (para iniciar o uso)
- História de AVC (para iniciar o uso)
- Hiperlipidemias
- Cefaléia grave, recorrente, incluindo enxaqueca, sem sintomas neurológicos focais (para continuação de uso)
- Cefaléia grave, recorrente, incluindo enxaqueca, com sintomas neurológicos focais (para iniciar o uso)
- Sangramento vaginal irregular não volumoso.
- Sangramento vaginal irregular volumoso e prolongado – Passa para a Categoria 3 se existe anemia clínica. Além disso, sangramento excessivo deveria levantar a suspeita de uma condição mais séria a ser pesquisada.



- Sangramento vaginal inexplicado (antes da investigação, para continuação de uso).
- Nódulo mamário sem diagnóstico – A grande maioria dos nódulos mamários em mulheres em idade reprodutiva são benignos; a investigação deve ser o mais rápido possível.
- Neoplasia cervical intraepitelial.
- Câncer de colo uterino (aguardando tratamento).
- Antecedente de colestase relacionada ao uso de anticoncepcional oral combinado – História de colestase associada ao uso de anticoncepcional oral combinado pode indicar aumento do risco para colestase associada à minipílula.
- Cirrose hepática leve (compensada).
- Antecedente de gravidez ectópica – A taxa absoluta de gravidez ectópica é maior com a minipílula do que com outros métodos hormonais, porém menor do que nas que não usam métodos.

Categoria 3

É o método de última escolha. Os riscos possíveis e comprovados superam os benefícios do método. Caso seja escolhido, um acompanhamento rigoroso se faz necessário:

- Lactantes com menos de 6 semanas pós-parto – Existe a preocupação com o risco de exposição do recém-nascido aos hormônios esteróides durante as primeiras seis semanas pós-parto.
- Doença cardíaca isquêmica atual ou no passado (para continuação de uso) – Existe a preocupação com o efeito hipoestrogênico e com a redução do HDL – colesterol.
- AVC (para continuação de uso) – Existe a preocupação com o efeito hipoestrogênico e com a redução do HDL – colesterol.
- Cefaléia grave, recorrente, incluindo enxaqueca, com sintomas neurológicos focais.
- Sangramento vaginal inexplicado (para iniciar o uso) – Se há suspeita de gravidez ou alguma condição médica subjacente, deve-se investigar e reavaliar a indicação do método.



- Câncer de mama atual (para iniciar o uso).
- Câncer de mama no passado e sem evidência de doença nos últimos 5 anos.
- Hepatite viral aguda – Existe a preocupação com o risco em mulheres com doença hepática ativa, porém menor do que com a pílula combinada.
- Cirrose hepática grave (descompensada) – Existe a preocupação com o risco em mulheres com doença hepática ativa, porém menor do que com a pílula combinada.
- Tumores hepáticos benignos ou malignos – Existe a preocupação com o risco em mulheres com doença hepática ativa, porém menor do que com a pílula combinada.
- Uso de rifampicina, griseofulvina e anticonvulsivantes (fenitoína, carbamazepina, barbituratos, primidona – Esses medicamentos são indutores de enzimas hepáticas e reduzem a eficácia da minipílula.

Categoria 4

O método não deve ser usado:

- Gravidez – Nenhum método é indicado. Qualquer risco potencial é considerado inaceitável. Entretanto, não há risco conhecido para a mãe ou o feto se a minipílula é usada durante a gravidez.
- Câncer de mama atual (para continuação de uso) – O câncer de mama é um tumor sensível ao efeito hormonal; a preocupação com a progressão da doença é um pouco menor com a minipílula do que com a pílula combinada ou com os hormonais injetáveis.



São anticoncepcionais hormonais que contêm progestogênio ou associação de estrogênios e progestogênios, para administração parenteral (I.M), com doses hormonais de longa duração.

TIPOS DE INJETÁVEIS

Com progestogênio isolado.

Consiste na administração de progestogênio isolado, via parenteral (I.M), com obtenção de efeito anticonceptivo por períodos de 3 meses.

Combinado

Os anticoncepcionais injetáveis combinados contêm uma associação de estrogênio e progestogênio, para uso parenteral (I.M), mensal.

PRINCIPAIS COMPONENTES E DOSES

A seguir listam-se os componentes, doses e nomes comerciais dos injetáveis disponíveis no Brasil:



COM PROGESTOGÊNIO ISOLADO

Componente	Dose	Nome Comercial
Acetato de medroxiprogesterona	150 mg	Depo-Provera Tricilon

COMBINADO

Componente	Dose	Nome Comercial
Acetato de medroxiprogesterona	25 mg	Cyclofemina
+	+	
Cipionato de estradiol	5 mg	
Enantato de norestisterona	50 mg	Mesigyna
+	+	
Valerato de estradiol	5 mg	
Acetofenido de dihidroxiogesterona	150 mg	Perlutan
+	+	Ciclovular
Enantato de estradiol	10 mg	Unociclo

5.1 – ANTICONCEPCIONAIS HORMONAIIS INJETÁVEIS COM PROGESTOGÊNIO ISOLADO

O anticoncepcional hormonal injetável, aprovado para uso no Brasil, é um derivado da 17 alfa-hidroxiogesterona, preparado em suspensão microcristalina, para administração intramuscular profunda.

Além de inibir a ovulação, aumentam a viscosidade do muco cervical dificultando a passagem dos espermatozoides.

No primeiro ano de uso, a taxa de falha deste método é de 0,3%, com injeções regulares a cada três meses.

Em média o retorno à fertilidade pode levar 4 meses após o término do efeito (7 meses após a última injeção).

PRAZO DE VALIDADE: De três a cinco anos.



TÉCNICA DE USO – INSTRUÇÕES ÀS USUÁRIAS

- a) É recomendado o uso de 150 mg trimestralmente.
- b) A droga é apresentada sob forma de ampola com 150 mg de acetato de medroxiprogesterona em 1 ml. Deve ser aplicada nos primeiros cinco a sete dias do ciclo menstrual, na região glútea ou no braço (profundamente), para permitir a formação do depósito. Não se deve massagear o local após a injeção.
- c) Nas situações de pós-parto, nas não-lactantes (mulheres portadoras do HIV ou com outra condição que contra-indique a lactação), preferencialmente deve ser usado na alta hospitalar ou a partir dos 60 dias, na visita do puerpério. Nos casos de abortamento, pode ser iniciado imediatamente.
- d) Deve-se repetir a injeção a cada intervalo definido, podendo ser feita até, no máximo, quinze dias após a data estipulada, para não aumentar o risco de falha.
- e) Antes da aplicação AMP-D, agitar bem a ampola para homogeneizar a suspensão e administrar a dose adequada.

EFEITOS SECUNDÁRIOS

- Amenorréia.
- Sangramento irregular.
- Aumento de peso.
- Cefaléia.
- Alterações de humor.
- Nervosismo.

INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA

Não tem sido demonstrada interação com antibióticos. Drogas indutoras de enzimas: não há interação clínica significativa, demonstrada até o momento, com os antiretrovirais (ARV) disponíveis para o controle de infecção pelo HIV.



BENEFÍCIOS NÃO-CONTRACEPTIVOS

Pode reduzir o risco para:

- DIP (doença inflamatória pélvica).
- Câncer de endométrio.
- Anemia falciforme.
- Endometriose.
- Câncer de ovário.
- Cisto de ovário.

ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

a) Primeira consulta:

- Incluir na anamnese e exame físico a investigação de todas as condições que contraindiquem e exijam precauções ao uso do hormônio.
- Explicar detalhadamente a possibilidade da ocorrência de irregularidades menstruais e outros sintomas.
- Orientar que é absolutamente necessária a procura de assistência médica imediata diante de:
 - Suspeita de gravidez.
 - Intolerância às irregularidades menstruais.
- Reforçar o aconselhamento. Considerar o oferecimento do preservativo masculino ou feminino para uso associado ao método, com vista à dupla proteção do indivíduo ou casal.
- É recomendável o uso da anticoncepção de emergência na ocorrência de coito desprotegido, quando houver atraso em mais de 15 dias na administração da injeção.

b) Consultas de retorno:

- Investigar intercorrências clínicas e/ou o desenvolvimento de condições que possam constituir-se em contra-indicações.
- O fornecimento do método pode ser feito pelo serviço independentemente da consulta com profissional de saúde.



PERIODICIDADE

- Primeiro retorno em três meses.
- Retornos anuais.

ATIVIDADES ESPECÍFICAS

- Avaliar o uso do método (obtenção, aplicação, tolerância e aceitabilidade).
- Pesquisar o aparecimento de condições que possam contra-indicar o método.
- Avaliar peso e pressão arterial em cada retorno.
- Reavaliar exame físico geral e ginecológico completo de acordo com a rotina.

CRITÉRIOS CLÍNICOS DE ELEGIBILIDADE PARA USO DE ANTICONCEPCIONAIS INJETÁVEIS TRIMESTRAIS

Categoria 1

O método pode ser usado sem restrições:

- Lactantes: 6 semanas até 6 meses ou mais pós-parto
- Não-lactantes: < 21 dias ou 21 dias ou mais – A Depo-Provera pode ser iniciada imediatamente após o parto, para não-lactantes (mulheres infectadas pelo HIV ou com outra condição que contra-indique a lactação)
- Pós-aborto (primeiro ou segundo trimestre ou aborto infectado) – A Depo-Provera pode ser iniciada imediatamente após o aborto.
- Idade de 16 anos ou mais.
- Fumante (qualquer idade).
- História de pré-eclâmpsia.
- História de diabetes gestacional.
- Trombose venosa profunda ou embolia pulmonar atual ou no passado.



- Cirurgia de grande porte com ou sem imobilização prolongada.
- Cirurgia de pequeno porte sem imobilização.
- Varizes.
- Tromboflebite superficial.
- Doença cardíaca valvular complicada ou não.
- Cefaléia leve.
- Doença mamária benigna.
- História familiar de câncer de mama.
- Ectopia cervical.
- Câncer de ovário ou de endométrio.
- Doença inflamatória pélvica no passado, com ou sem gravidez subsequente, ou atual.
- Doença Sexualmente Transmissível (DST) atual ou nos últimos três meses, vaginite sem cervicite purulenta ou risco aumentado para DST.
- HIV positivo ou AIDS.
- Doença biliar sintomática ou assintomática.
- História de colestase relacionada à gravidez.
- Portador assintomático de hepatite viral – Embora seja metabolizado pelo fígado, o progestágeno parece exercer um efeito mínimo sobre a função hepática.
- Antecedente de gravidez ectópica.
- Mioma uterino.
- Obesidade.
- Tireoidopatias (bócio simples, hipertireoidismo, hipotireoidismo).
- Talassemia.
- Doença trofoblástica gestacional benigna ou maligna.
- Anemia falciforme – podem reduzir as crises hemolíticas.
- Anemia ferropriva.
- Epilepsia.
- Esquistossomose não complicada ou com fibrose hepática leve – Fibrose hepática grave – ver categorias para cirrose.
- Malária.
- Antibióticos (exceto rifampicina ou griseofulvina)



- Nuliparidade ou multiparidade.
- Dismenorréia grave.
- Tuberculose pélvica ou não-pélvica.
- Endometriose.
- Tumores ovarianos benignos (inclusive cistos).
- Cirurgia pélvica no passado.

Categoria 2

O método pode ser usado com restrição.

As vantagens geralmente superam riscos possíveis ou comprovados. Se a mulher escolher esse método, um acompanhamento mais rigoroso pode ser necessário:

- Idade desde a menarca até 16 anos – Abaixo dos 16 anos, existe a preocupação com o efeito hipoestrogênico do uso do método.
- História de hipertensão, se não for possível avaliar a pressão arterial.
- Hipertensão arterial: valores de pressão arterial entre 140-159/90-99 a 160-179/100-109.
- Diabetes insulino-dependente ou não.
- Hiperlipidemias.
- Cefaléia grave, recorrente, incluindo enxaqueca, sem sintomas neurológicos focais.
- Cefaléia grave, recorrente, incluindo enxaqueca, com sintomas neurológicos focais (para iniciar o uso).
- Sangramento vaginal irregular não volumoso, ou volumoso e prolongado.
- Nódulo mamário sem diagnóstico – A grande maioria dos nódulos mamários em mulheres em idade reprodutiva são benignos; a investigação deve ser o mais rápido possível.
- Neoplasia cervical intraepitelial.
- Câncer de colo uterino (aguardando tratamento).
- Antecedente de colestase relacionada ao uso de anticoncepcional oral combinado – História de colestase associada ao uso de anticoncepcional oral combinado pode indicar aumento do risco para colestase associada à Depo-Provera.



- Cirrose hepática leve (compensada).
- Uso de rifampicina, griseofulvina e anticonvulsivantes (fenitoína, carbamazepina, barbituratos, primidona).

Categoria 3

É o método de última escolha.

Os riscos possíveis e comprovados superam os benefícios do método. Caso seja escolhido, um acompanhamento rigoroso se faz necessário:

- Lactantes com menos de 6 semanas pós-parto – Existe a preocupação com o risco de exposição do recém-nascido aos hormônios esteróides durante as primeiras seis semanas pós-parto.
- Hipertensão grave: PA 180+/110+ ou doença vascular – Existe a preocupação com o efeito hipoestrogênico e com a redução do HDL – colesterol.
- Diabetes com mais de 20 anos de duração ou com doença vascular (retinopatia, nefropatia, neuropatia) – Existe a preocupação com o possível efeito negativo da Depo-Provera sobre o metabolismo lipídico, possivelmente afetando a progressão das lesões vasculares.
- Doença cardíaca isquêmica atual ou no passado – Existe a preocupação com o efeito hipoestrogênico e com a redução do HDL – colesterol.
- AVC – Existe a preocupação com o efeito hipoestrogênico e com a redução do HDL – colesterol.
- Câncer de mama no passado e sem evidência de doença nos últimos 5 anos.
- Hepatite viral aguda – Existe a preocupação com o risco em mulheres com doença hepática ativa, porém menor do que com a pílula.
- Cirrose hepática grave (descompensada) – Existe a preocupação com o risco em mulheres com doença hepática ativa, porém menor do que com a pílula.
- Tumores hepáticos benignos ou malignos – Existe a preocupação com o risco em mulheres com doença hepática ativa, porém menor do que com a pílula.



Categoria 4

O método não deve ser usado:

- Gravidez – Nenhum método é indicado. Qualquer risco potencial é considerado inaceitável. Entretanto, não se conhece nenhum risco para a mãe ou para o feto com o uso de Depo-Provera na gravidez.
- Sangramento vaginal inexplicado – Se há suspeita de gravidez ou alguma condição médica subjacente, deve-se investigar e reavaliar a indicação do método após.
- Câncer de mama atual – O câncer de mama é um tumor sensível aos hormônios esteróides; existe a preocupação com a progressão da doença com o uso do método.

5.2 - ANTICONCEPCIONAIS HORMONAIIS INJETÁVEIS COMBINADOS

As diferentes formulações dos anticoncepcionais hormonais injetáveis combinados contêm um éster de estrogênio natural, o estradiol, e um progestogênio sintético.

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

A taxa de falha deste método varia de 0,1 a 0,6%, durante o primeiro ano de uso, com injeções mensais.

Não há demora na recuperação da fertilidade. Geralmente o retorno é imediato.

PRAZO DE VALIDADE: De três a cinco anos.

TÉCNICA DE USO - INSTRUÇÕES ÀS USUÁRIAS

- a) A primeira opção deve recair sobre os injetáveis mensais que contenham 5 mg de estrogênio.
- b) A primeira injeção deve ser feita até o 5º dia do início da menstruação. As aplicações subseqüentes devem ocorrer a cada 30 dias, mais ou menos 3 dias, independentemente da menstruação.



- c) Deve-se aplicar por via intramuscular profunda, abstendo-se de massagem ou calor local para evitar difusão do material injetado.
- d) É obrigatório o uso de seringas de pequeno volume e agulhas estéreis e descartáveis, agitando-se bem a ampola do anticoncepcional e aspirando-se todo o conteúdo para a administração da dose adequada.
- e) Se houver atraso de mais de três dias para a nova injeção, a mulher deve ser orientada para o uso do preservativo, espermaticida ou evitar relações sexuais até a próxima injeção.

EFEITOS SECUNDÁRIOS

- Alterações menstruais.
- Cefaléia.
- Náuseas e/ou vômitos.
- Mastalgia.
- Aumento de peso.

INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA

- Os antiretrovirais (ARV) não-nucleosídeos (Efavirenz e Nevirapina) e os inibidores de protease (Nelfinavir e Ritonavir), disponíveis para o controle da infecção pelo HIV, interagem diminuindo os níveis séricos dos hormônios estrogênicos, reduzindo sua eficácia contraceptiva. O uso adicional do preservativo masculino ou feminino deve ser considerado (dupla proteção).

ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

- a) Primeira consulta
 - Anamnese, exame físico e ginecológico completo, com atenção para as condições que contra-indiquem o uso do método.



- Explicar detalhadamente os cuidados com a aplicação do medicamento, enfatizando a possibilidade dos efeitos colaterais.
 - Orientar sobre a necessidade de procurar um serviço de saúde quando aparecerem sintomas atípicos, tais como:
 - Dor intensa e persistente no abdômen, tórax ou membros.
 - Cefaléia intensa, que começa após o início do uso do método.
 - Perda breve de visão.
 - Escotomas cintilantes ou linhas em zigue-zague.
 - Icterícia.
 - Reforçar o aconselhamento. Considerar o oferecimento do preservativo feminino ou masculino para uso associado ao método escolhido com vista à dupla proteção do indivíduo ou casal.
 - É recomendável o uso da anticoncepção de emergência na ocorrência de coito desprotegido quando houver atraso em mais de 3 dias na administração da injeção.
 - Agendar o retorno com 30 dias.
- b) Consulta de retorno:
- Investigar intercorrências clínicas e/ou do desenvolvimento de condições que possam constituir-se em contra-indicações.
 - O fornecimento do método pode ser feito pelo serviço independentemente da consulta com profissional de saúde.
 - Reforçar o aconselhamento e recomendações de uso do preservativo masculino ou feminino para uso associado ao método escolhido, com vista à dupla proteção, considerando o fornecimento desses métodos.

PERIODICIDADE

- Primeiro retorno 30 dias.
- Retorno seguinte aos 3 meses.
- Retornos subseqüentes anuais.



ATIVIDADES ESPECÍFICAS

- Avaliar condições de uso do método (regularidade do uso, tolerância, aceitabilidade, entre outras).
- Avaliar e pesquisar condições clínicas que possam indicar a descontinuação do método.
- Realizar exame físico geral e ginecológico completo de acordo com a rotina.

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE CLÍNICA PARA USO DE ANTICONCEPCIONAIS INJETÁVEIS COMBINADOS MENSAS

Categoria 1

O método pode ser usado sem restrições:

- 21 dias pós-parto ou mais não lactantes.
- Pós-aborto (primeiro ou segundo trimestre ou aborto infectado) - O método pode ser iniciado.
- Idade desde a menarca até os 40 anos.
- História de pré-eclâmpsia - A ausência de doença vascular subjacente sugere que não há razões para restrição ao uso do método.
- História de diabetes gestacional.
- Cirurgia de pequeno porte sem imobilização.
- Varizes.
- Cefaléia leve.
- Sangramento vaginal irregular não volumoso ou volumoso e prolongado – Modificações no padrão menstrual são comuns em mulheres na idade reprodutiva; o método pode reduzir a perda sangüínea e pode provocar modificação no padrão menstrual.
- Doença mamária benigna.
- História familiar de câncer de mama.



- Ectopia cervical.
- Câncer de ovário ou de endométrio – Não se sabe se o injetável mensal reduz o risco para câncer de ovário ou endométrio, como no caso da pílula. Enquanto aguarda tratamento, a mulher com alguma dessas condições pode continuar usando o método.
- Doença inflamatória pélvica no passado, com ou sem gravidez subsequente, ou atual – Assim como a pílula, pode reduzir o risco para doença inflamatória pélvica.
- Doença sexualmente transmissível (DST) atual ou nos últimos três meses, vaginite sem cervicite purulenta, ou risco aumentado para DST
- HIV positivo ou AIDS ou risco para HIV.
- Portador assintomático de hepatite viral.
- História de gravidez ectópica – Como a pílula, pode proteger contra gravidez ectópica
- Mioma uterino.
- Tireoidopatias (bócio simples, hipertireoidismo, hipotireoidismo).
- Obesidade.
- Doença trofoblástica gestacional benigna ou maligna.
- Anemia ferropriva – o método pode reduzir a perda sangüínea.
- Epilepsia - A condição, em si, não restringe o uso do método. Entretanto, algumas drogas anticonvulsivantes podem diminuir a sua eficácia.
- Esquistossomose não complicada ou com fibrose hepática leve – Fibrose hepática grave - Ver categorias para cirrose.
- Malária.
- Antibióticos (exceto rifampicina ou griseofulvina).
- Nuliparidade.
- Dismenorréia grave - Pode aliviar os sintomas de dismenorréia.
- Tuberculose pélvica ou não-pélvica.
- Endometriose - Pode aliviar os sintomas de endometriose.
- Tumores ovarianos benignos (inclusive cistos).
- Cirurgia pélvica no passado.



Categoria 2

O método pode ser usado com restrições. As vantagens geralmente superam riscos possíveis ou comprovados. Se a mulher escolher esse método, um acompanhamento mais rigoroso pode ser necessário.

- Amamentação 6 meses ou mais pós-parto.
- Idade maior ou igual a 40 anos - O risco de doença cardiovascular aumenta com a idade e pode ser maior com o uso do injetável mensal.
- Fumante com menos de 35 anos de idade ou fumante com 35 anos de idade ou mais que fuma menos de 20 cigarros/dia.
- Hipertensão arterial (PA 140-159/90-99) - Mulheres com hipertensão arterial leve e sem fatores de risco adicionais podem escolher o anticoncepcional injetável mensal, porém a pressão deve ser reavaliada periodicamente.
- Diabetes sem doença vascular (insulino– dependente ou não) – Embora o método possa afetar a tolerância a carboidratos, é maior a preocupação se há doença vascular com risco adicional de trombose.
- Cirurgia de grande porte sem imobilização prolongada.
- Tromboflebite superficial – Até o momento, não há dados epidemiológicos demonstrando que o anticoncepcional injetável mensal seja mais seguro do que a pílula.
- Hiperlipidemias - categoria 2/3 - Algumas hiperlipidemias são fatores de risco para doença cardiovascular. A categoria deve ser avaliada de acordo com o tipo e a gravidade. Os testes rotineiros não são apropriados; são exames de alto custo e a condição é rara.
- Doença cardíaca valvular não complicada.
- Cefaléia grave, recorrente, incluindo enxaqueca, sem sintomas neurológicos focais.
- Sangramento vaginal inexplicado (antes da investigação, para continuação de uso).
- Nódulo mamário sem diagnóstico – A grande maioria dos nódulos mamários em mulheres em idade reprodutiva são benignos; a investigação deve ser o mais rápido possível.



- Neoplasia cervical intraepitelial.
- Câncer de colo uterino (aguardando tratamento).
- Doença da vesícula biliar atual ou tratada ou assintomática – O anticoncepcional injetável mensal parece ter um efeito pequeno sobre a função hepática em mulheres saudáveis.
- Antecedente de colestase relacionada à gravidez ou ao uso de anticoncepcional oral combinado ou injetável mensal – O anticoncepcional injetável mensal parece ter um efeito pequeno sobre a função hepática em mulheres saudáveis.
- Cirrose leve (compensada) – O anticoncepcional injetável mensal parece ter um efeito pequeno sobre a função hepática em mulheres saudáveis.
- Talassemia – Assim como a pílula, pode induzir o desenvolvimento de desordens metabólicas específicas.
- Anemia falciforme – Mulheres com anemia falciforme são predispostas a oclusão da circulação microvascular. Os estudos até o momento não encontraram diferenças significativas quanto à coagulação, viscosidade sanguínea ou gravidade e frequência das crises hemolíticas em mulheres com essa condição usando pílula.

Categoria 3

É o método de última escolha. Os riscos possíveis e comprovados superam os benefícios do método. Caso seja escolhido, um acompanhamento rigoroso se faz necessário:

- Lactantes 6 meses pós-parto – Nos primeiros 6 meses pós-parto, o uso do anticoncepcional injetável mensal pode diminuir a quantidade do leite e afetar adversamente a saúde da criança.
- Menos de 21 dias pós-parto (não-lactantes) – A coagulação sanguínea e a fibrinólise normalizam-se em torno de 3 semanas pós-parto.
- Idade maior ou igual a 35 anos e fumante (mais de 20 cigarros/dia) – O estrogênio presente no anticoncepcional injetável mensal é mais fisiológico, tem menor duração de ação e é biologicamente menos potente do que o do anticoncepcio-



nal oral combinado; assim, o tipo e a magnitude dos efeitos colaterais associados ao estrogênio podem diferir entre usuárias dos dois métodos.

- História de hipertensão arterial, se não for possível avaliar a pressão arterial.
- Hipertensão arterial atual: valores de PA entre 160-179/100-109 – Embora os estudos atuais tenham demonstrado efeito clínico discreto do anticoncepcional injetável mensal sobre a pressão arterial, ainda são necessários mais estudos epidemiológicos.
- Diabetes com mais de 20 anos de duração ou doença vascular (nefropatia, neuropatia, retinopatia - categoria $\frac{3}{4}$).
- Sangramento vaginal inexplicado (categoria 3 para iniciar o método) – Se há suspeita de gravidez ou alguma patologia subjacente, deve-se avaliar e ajustar a categoria de acordo com os achados.
- Câncer de mama no passado ou sem evidência de doença nos últimos cinco anos - Pode haver aumento do risco de progressão da doença em mulheres com câncer de mama atual ou no passado.
- Hepatite viral ativa – categoria $\frac{3}{4}$ - O método parece ter um efeito discreto sobre a função hepática em mulheres saudáveis. Entretanto, como é metabolizado no fígado, o injetável mensal pode provocar efeitos adversos em mulheres com função hepática comprometida. Mulheres com hepatite viral aguda devem evitar o uso do método até o retorno da função hepática a níveis normais ou 3 meses após tornar-se assintomática.
- Cirrose grave, descompensada - O método parece ter um efeito discreto sobre a função hepática em mulheres saudáveis. Entretanto, como é metabolizado no fígado, o injetável mensal pode provocar efeitos adversos em mulheres com função hepática comprometida. Mulheres com hepatite viral aguda devem evitar o uso do método até o retorno da função hepática a níveis normais ou 3 meses após tornar-se assintomática.
- Tumor hepático benigno (adenoma) - O método parece ter um efeito discreto sobre a função hepática em mulheres saudáveis. Entretanto, como é metabolizado no fígado, o injetável mensal pode provocar efeitos adversos em mulheres com função hepática comprometida. Mulheres com hepatite viral aguda devem evitar o uso do método até o retorno da função hepática a níveis normais ou 3 meses após tornar-se assintomática.



- Tumor hepático maligno (hepatoma) - categoria $\frac{3}{4}$ - O método parece ter um efeito discreto sobre a função hepática em mulheres saudáveis. Entretanto, como é metabolizado no fígado, o injetável mensal pode provocar efeitos adversos em mulheres com função hepática comprometida. Mulheres com hepatite viral aguda devem evitar o uso do método até o retorno da função hepático-hepática a níveis normais ou 3 meses após tornar-se assintomática.
- Uso de rifampicina, griseofulvina e anticonvulsivantes (fenitoína, carbamazepina, barbituratos, primidona - Esses medicamentos são indutores de enzimas hepáticas e podem reduzir a eficácia do método.

Categoria 4

O método não deve ser usado:

- Gravidez – Nenhum método é indicado. Qualquer risco potencial é considerado inaceitável. Pouco se sabe a respeito do risco de exposição fetal aos anticoncepcionais injetáveis mensais. Entretanto, não há risco conhecido de exposição fetal a outros anticoncepcionais hormonais.
- Lactantes com menos de 6 semanas após o parto - Nos primeiros seis meses pós-parto, o uso de anticoncepcionais injetáveis mensais durante a amamentação pode diminuir a quantidade do leite e afetar adversamente a saúde da criança.
- Hipertensão arterial grave (PA igual ou superior a 180/110) ou com doença vascular - Hipertensão arterial é um importante fator de risco para doença cardiovascular. Mais estudos são necessários para avaliar o efeito clínico do uso do método sobre a pressão arterial.
- Doença tromboembólica em atividade no momento ou no passado – O aumento do risco para doença tromboembólica com o uso da pílula também pode ocorrer com os injetáveis mensais. Mais estudos epidemiológicos são necessários.
- Cirurgia de grande porte com imobilização prolongada – O aumento do risco para doença tromboembólica com o uso da pílula também pode ocorrer com os injetáveis mensais. Mais estudos epidemiológicos são necessários.



- Cardiopatia isquêmica atual ou no passado - Mulheres com doença vascular subjacente ou predisposição à trombose devem evitar os injetáveis mensais pelo possível aumento do risco.
- Antecedente de acidente vascular cerebral (AVC) - Mulheres com doença vascular subjacente ou predisposição à trombose devem evitar os injetáveis mensais pelo possível aumento do risco.
- Doença cardíaca valvular complicada (hipertensão pulmonar, fibrilação atrial, história de endocardite bacteriana) – Até o momento, os estudos demonstraram efeito discreto do anticoncepcional injetável mensal sobre os fatores de coagulação ou metabolismo lipídico. Mais estudos epidemiológicos são necessários.
- Cefaléia grave, recorrente, incluindo enxaqueca, com sintomas neurológicos focais – Sintomas neurológicos focais podem indicar aumento do risco para AVC.
- Câncer de mama atual – Pode haver aumento do risco de progressão da doença em mulheres com câncer de mama atual ou no passado.



Os dispositivos intra-uterinos são artefatos de polietileno aos quais podem ser adicionados cobre ou hormônios que, inseridos na cavidade uterina, exercem sua função contraceptiva.

Atuam impedindo a fecundação porque tornam mais difícil a passagem do espermatozóide pelo trato reprodutivo feminino, reduzindo a possibilidade de fertilização do óvulo. Para a Organização Mundial da Saúde, o DIU interfere nas diferentes etapas do processo reprodutivo que ocorrem previamente à fertilização. O DIU com levonorgestrel causa supressão dos receptores de estradiol no endométrio, atrofia endometrial e inibição da passagem do espermatozóide através da cavidade uterina.

A taxa de falha do MLCu 375 é de 1,4%, no primeiro ano de uso. Possivelmente pela melhor distribuição do cobre na cavidade uterina esta taxa com o DIU Tcu-380 é cerca de 0,6 a 0,8% no primeiro ano de uso. A taxa de gravidez do DIU com levonorgestrel é de 0,1% no primeiro ano de uso.

O índice de gestações, expulsão e remoção por motivos médicos diminui a cada ano de uso.

As concentrações de cobre e de levonorgestrel no trato genital superior caem rapidamente após a remoção do DIU e a recuperação da fertilidade é imediata

PRAZO DE VALIDADE: De até sete anos, na embalagem, de acordo com o fabricante. Após este prazo é necessário a esterilização do DIU com óxido de etileno.

TIPOS E MODELOS

- DIU com Cobre: é feito de polietileno e revestido com filamentos e/ou anéis de cobre. Atualmente os modelos TCu-380 A e MLCu-375 são os mais usados.
- DIU que libera hormônio: é feito de polietileno e libera, continuamente, pequenas quantidades de levonorgestrel.



- DIU inerte ou não medicado: é feito de polietileno. A "alga de Lippes", por exemplo, é toda de plástico. Esse modelo de DIU não se usa na atualidade; entretanto, mulheres que já são usuárias podem continuar usando até 6 meses após a menopausa, quando deverá ser removido.

TIPOS E MODELOS DE DIUS DISPONÍVEIS NO BRASIL

DIU com Cobre	Características
TCu 200	Revestido com 200 mm ² de fios de cobre na haste vertical; os fios são brancos.
MLCu 375 Standard MLCu 375 Slim	Revestidos com 375 mm ² de cobre na haste vertical; os fios são pretos.
TCu 380 A	Revestido com 314 mm ² de cobre na haste vertical e dois anéis de 33 mm ² de cobre em cada haste horizontal; os fios são brancos.
LING-20	Contém entre 46 a 60 mg de levonorgestrel Libera 20 mcg por dia

TÉCNICA DE USO – INSTRUÇÕES ÀS USUÁRIAS

1. INSERÇÃO

a) Momentos apropriados para iniciar o uso:

- Mulher menstruando regularmente.
 - O DIU pode ser inserido a qualquer momento durante o ciclo menstrual, desde que haja certeza de que a mulher não esteja grávida, que ela não tenha mal formação uterina e não existam sinais de infecção.
 - O DIU deve ser inserido, preferencialmente, durante a menstruação devido à:



- Se o sangramento é menstrual, a possibilidade de gravidez fica descartada. – A inserção é mais fácil pela dilatação do canal cervical.
- Qualquer sangramento causado pela inserção não incomodará tanto a mulher.
- A inserção pode causar menos dor.
- Após o parto
 - O DIU deve ser inserido durante a permanência no hospital, se a mulher já havia tomado esta decisão antecipadamente. O momento mais indicado é logo após a expulsão de placenta. Porém, pode ser inserido a qualquer momento dentro de 48 horas após o parto. Passado este período deve-se aguardar, pelo menos, 4 semanas. Destacamos que é necessário um treinamento especial para evitar perfurações uterinas e mal posicionamento que pode levar à expulsão do DIU.
- Após aborto espontâneo ou induzido
 - Imediatamente, se não houver infecção.
 - Se houver infecção, tratar e orientar para a escolha de um outro método eficaz. O DIU pode ser inserido após três meses, se não houver mais infecção, e a mulher não estiver grávida.
- Quando quer interromper o uso de um outro método anticoncepcional
 - Imediatamente.
- b) Técnica de inserção
 1. A técnica de inserção mais indicada é aquela em que o profissional não toca o DIU diretamente. E as seguintes etapas devem ser seguidas:
 - Toque vaginal para determinar tamanho e posição do útero, assim como ausência de gravidez ou sinais de doença inflamatória pélvica.
 - Limpar o colo uterino com uma solução anti-séptica antes da inserção do DIU.
 - Pegar o lábio anterior do colo com pinça de Pozzi e tracionar suavemente para corrigir ante ou retroflexão uterina.
 - Fazer a histerometria. Passar o histerômetro somente uma vez pelo canal cervical.



- Delimitar no dispositivo de inserção a medida encontrada com a histerometria. Carregar o dispositivo no tubo de inserção sem tirar o DIU do pacote estéril.
- Tomar cuidado para não tocar as paredes vaginais ou as lâminas do espéculo com o histerômetro ou com o dispositivo de inserção já carregado.
- Introduzir o dispositivo de inserção pelo canal cervical até o fundo uterino e liberar o DIU com o êmbolo. Passar o dispositivo de inserção somente uma vez pelo canal cervical. Para o DIU de levonorgestrel, assim que ultrapassar o orifício interno do canal uterino, o DIU deve ser liberado e com o aplicador empurrar o DIU até o fundo uterino.
- Retirar o dispositivo de inserção, seguindo as instruções do fabricante.
- A mulher deve ser orientada para informar o profissional de saúde ao sentir desconforto ou dor em qualquer momento durante o procedimento.
- Depois da inserção a mulher deve ficar deitada, repousando, por cinco a dez minutos.

OBSERVAÇÕES

- É necessária prática e treinamento adequados, sob supervisão direta, para aprender como inserir o DIU.
- A mulher deve ser avaliada clinicamente antes da inserção do DIU.
- Atenção especial no exame ginecológico de forma a afastar infecções vaginais, cervicais e pélvicas. Se houver infecção, tratar e agendar o retorno, para inserção, no próximo período menstrual. Para o diagnóstico e tratamento o profissional de saúde deve se orientar pelo Manual de DST do Ministério da Saúde, 3ª edição, 1999, e utilizar os procedimentos preconizados na Abordagem Sindrômica das DST (capítulos “Corrimentos Vaginais e Dor Pélvica”). Cabe, aqui, a lembrança de que o maior número de casos de infecções associadas ao uso de DIU ocorre pouco



tempo após a inserção, por conta de infecções pré-existentes não diagnosticadas.

- O provedor deve observar as medidas para prevenção de infecção. Todo DIU deverá estar esterilizado e embalado individualmente.
- Não é necessário realizar ultra-sonografia, após a inserção, como rotina.

2. REMOÇÃO DO DIU

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

Caso a mulher não manifeste o desejo de retirar o DIU por motivos pessoais, a remoção deve ser feita observando-se a especificação do dispositivo utilizado: o Tcu-380 deve ser removido 10 anos após a inserção; para o Multiload Cu-375 este período é de 5 anos. A duração de uso do DIU com levonorgestrel é de 5 a 7 anos.

O DIU deve ser removido, por indicação médica, nos casos de:

- Doença Inflamatória Pélvica, após o início da antibioticoterapia adequada (consultar o Manual de DST do Ministério da Saúde, capítulo "Dor Pélvica", 3ª edição, 1999).
- Gravidez. É necessário certificar-se de que a gravidez é tópica. Quando o fio não está exposto a mulher deve ser encaminhada para o serviço de gravidez de alto risco. Quando o fio do DIU é visível a remoção deve ser imediata. A mulher deve ser informada sobre os riscos de manter o DIU durante a gestação, para que possa decidir sobre a conduta a ser adotada.
- Sangramento vaginal anormal e volumoso que põe em risco a saúde da mulher.
- Perfuração do útero.
- Expulsão parcial do DIU.

A remoção do DIU é relativamente simples. Pode ser feita em qualquer momento do ciclo menstrual, embora possa ser um pouco mais fácil durante a menstruação, quando o canal cervical está dilatado.



Para remover o DIU o profissional de saúde deve puxar delicadamente os seus fios com uma pinça, se não sair com facilidade pode ainda dilatar o colo usando uma pinça fina e longa. A mulher deve ser encaminhada para um serviço de maior complexidade se persistir na dificuldade de retirada do DIU ou quando houver indicação de remoção e os fios não estiverem visíveis.

EFEITOS SECUNDÁRIOS

São efeitos secundários comuns (5 a 15%):

- Alterações no ciclo menstrual (comum nos primeiros três meses, geralmente diminuindo depois deste período).
- Sangramento menstrual prolongado e volumoso.
- Sangramento e manchas (spotting) no intervalo entre menstruações.
- Cólicas de maior intensidade ou dor durante a menstruação.

Outros efeitos secundários (menos de 5%) são:

- Cólicas intensas ou dor até cinco dias após a inserção.
- Dor e sangramento ou manchas podem ocorrer imediatamente após a inserção do DIU, mas usualmente desaparecem em um ou dois dias.

Com relação ao DIU com levonorgestrel podem surgir os seguintes efeitos secundários:

- Sangramento irregular ou spotting nos primeiros cinco meses.
- Cefaléia, náuseas, depressão.
- Queixas menos comuns: acne, mastalgia, ganho de peso.
- Amenorréia.

COMPLICAÇÕES E INTERCORRÊNCIAS

Gravidez

Das gestações ocorridas em usuárias do DIU, 3 a 5% são ectópicas, por esta razão a ocorrência de atraso menstrual deve ser investigada de forma a avaliar a possibilidade de gravidez e sua localização.



Perfuração

A perfuração é uma complicação rara (0,1%) que, geralmente, ocorre na inserção.

Se a perfuração ocorrer durante a histerometria, o DIU não deve ser colocado e deve-se postergar a inserção para um mês após. Se o DIU ficou na cavidade abdominal, encaminhar a mulher para serviço de maior complexidade visando a retirada cirúrgica, preferencialmente por laparoscopia.

Hemorragia

O DIU deve ser retirado em caso de hemorragia abundante com impacto hemodinâmico e/ou na série vermelha.

Doença Inflamatória Pélvica

Em caso de DIP aguda deve-se iniciar antibioticoterapia e retirar o DIU.

Em caso de suspeita de DIP deve-se fazer antibioticoterapia e um acompanhamento rigoroso.

ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

a) Primeira consulta

- Incluir na anamnese a investigação de todas as condições que contra-indiquem o seu uso.
- Fazer exame físico geral e ginecológico.
- Explicar detalhadamente a técnica de uso do método.
- Esclarecer à mulher que é freqüente a ocorrência de cólicas, menstruação volumosa e um pouco de secreção vaginal após a inserção do DIU.
- A mulher deve ser orientada a procurar o serviço de saúde nas seguintes situações: ausência de menstruação; exposição a doença sexualmente transmissível; dor intensa no baixo ventre; sangramento volumoso; prazo de validade do DIU vencido e/ou se percebe um objeto de consistência dura na vagina ou no colo uterino.



- A mulher deve ser orientada a verificar se o DIU está no lugar:
 - Uma vez por semana, durante o primeiro mês após a inserção.
 - Periodicamente, após a menstruação. O DIU apresenta uma tendência maior a se deslocar durante a menstruação.

Para verificar se o DIU está no lugar, a mulher deve:

- Lavar as mãos.
- Ficar de cócoras.
- Inserir um ou dois dedos na vagina até atingir os fios do DIU. Se achar que o DIU está fora do lugar, não encontra os fios, eles estão mais curtos ou mais compridos, ela deve procurar o serviço de saúde.

IMPORTANTE: a mulher não deve puxar os fios para não deslocar o DIU.

- Lavar as mãos novamente.

- A usuária do método deve ser orientada para o uso de preservativo masculino ou feminino de forma a reduzir o risco de infecção do HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis (dupla proteção).

a) Consultas de Retorno

- Deve haver fácil acesso ao acompanhamento e agenda aberta para consultas em caso de intercorrências.
- A ultra-sonografia de rotina não é necessária já que o diagnóstico ultrasonográfico só indica a retirada do DIU caso este já se encontre parcialmente no canal cervical.
- Toda a equipe deve estar sempre acessível para esclarecimentos sobre o uso do método.

PERIODICIDADE

- Primeiro retorno após a primeira menstruação depois da inserção.
- Retornos subsequentes a cada 6 meses no primeiro ano. Demais retornos anuais.



ATIVIDADES ESPECÍFICAS

- Acompanhar o prazo de duração do DIU e da data de remoção.
- Avaliar e pesquisar condições clínicas que possam indicar a descontinuação do método.
- Avaliar a aceitabilidade do método.

Notas importantes:

1. A mudança de cor que o cobre de alguns DIU apresentam não tem significado clínico nem prognóstico em relação à sua eficácia. Esta modificação ocorre por ação residual do óxido de etileno e/ou da umidade que leva à oxidação superficial do cobre, não interferindo com a liberação de íons.
2. O período de validade dos DIU de cobre TCU380 dentro de seus invólucros originais é de sete anos. Quando vencido o prazo de esterilização, estando os envelopes íntegros, devem preferencialmente receber novo procedimento por óxido de etileno ou radiação. Não devem ser esterilizados por calor (estufa ou autoclave).
3. Além da técnica ideal de esterilização (óxido de etileno), os DIU podem ser degermados em solução de álcool 70% ou solução de glutaraldeído 2% por 20 minutos. Neste caso, devem ser novamente acondicionados em embalagem estéril.

CRITÉRIOS CLÍNICOS DE ELEGIBILIDADE PARA USO DE DISPOSITIVOS INTRA-UTERINOS DE COBRE

Categoria 1

O método pode ser usado sem restrições:

- 4 semanas ou mais após o parto.
- Pós aborto (primeiro trimestre).



- Idade de 20 anos ou mais.
- Fumante (qualquer idade).
- História de hipertensão se não for possível avaliar a pressão arterial.
- Hipertensão arterial.
- História de pré-eclâmpsia.
- História de diabetes gestacional.
- Diabetes insulino-dependente ou não.
- Diabetes com lesão vascular ou duração maior que 20 anos.
- Trombose venosa profunda ou embolia pulmonar atual ou no passado.
- Cirurgia de grande porte com ou sem imobilização prolongada.
- Cirurgia de pequeno porte sem imobilização.
- Varizes.
- Tromboflebite superficial.
- Doença cardíaca isquêmica atual ou passada.
- AVC.
- Hiperlipidemias.
- Doença cardíaca valvular complicada ou não.
- Cefaléia leve.
- Cefaléia grave, recorrente, incluindo enxaqueca, com ou sem sintomas neurológicos focais.
- Nódulo mamário sem diagnóstico.
- Doença mamária benigna.
- Câncer de mama atual ou no passado.
- História familiar de câncer de mama.
- Ectopia cervical.
- Neoplasia intraepitelial cervical.
- Sangramento vaginal irregular não volumoso.
- Doença inflamatória pélvica no passado, sem fatores de risco para DST, com gravidez subsequente.
- Doença biliar sintomática ou assintomática.
- História de colestase relacionada à gravidez ou ao uso de anticoncepcional oral combinado.



- Hepatite viral aguda.
- Portador assintomático de hepatite viral.
- Cirrose hepática compensada ou descompensada.
- Tumor hepático benigno ou maligno.
- Antecedente de gravidez ectópica.
- Obesidade.
- Tireoidopatias (bócio simples, hipertireoidismo, hipotireoidismo).
- Epilepsia.
- Esquistossomose não complicada ou com fibrose hepática.
- Malária.
- Uso de rifampicina, griseofulvina e anticonvulsivantes (fenitoína, carbamazepina, barbituratos, primidona).
- Outros antibióticos.
- Multiparidade.
- Tuberculose não pélvica.
- Tumores ovarianos benignos (inclusive cistos).
- Cirurgia pélvica no passado.

Categoria 2

O método pode ser usado com restrições.

As vantagens geralmente superam riscos possíveis ou comprovados. Se a mulher escolhe esse método, um acompanhamento mais rigoroso pode ser necessário:

- Menos de 48 horas pós-parto (lactante ou não) – Há aumento do risco para expulsão do DIU.
- Pós-aborto no segundo trimestre – Há alguma preocupação sobre o risco de expulsão após aborto no segundo trimestre.
- Menarca, até os 20 anos – Há aumento do risco de expulsão em mulheres jovens devido à nuliparidade.
- Doença cardíaca valvular complicada (hipertensão pulmonar, risco de fibrilação atrial, história de endocardite bacteriana subaguda, uso de anticoagulação) –



É aconselhável o uso de antibioticoprofilaxia antes da inserção, se a mulher não está usando antibióticos regularmente.

- Sangramento vaginal inexplicado (para continuação do uso) – Não é necessário remover o DIU antes da avaliação.
- Câncer de colo uterino (aguardando tratamento, para continuação de uso)
- Câncer de ovário ou de endométrio
- Passado de doença inflamatória pélvica, sem fatores de risco atuais para DST e sem gravidez subsequente – Risco atual para as DST e o desejo de gravidez são fatores que indicam a remoção do método.
- Vaginite sem cervicite purulenta
- Mioma uterino – Miomas uterinos pré-existentes podem distorcer a cavidade uterina e dificultar o correto posicionamento do DIU.
- Talassemia – O DIU pode aumentar a perda sangüínea
- Nuliparidade – Nuliparidade está associada com aumento do risco para expulsão.
- Alterações anatômicas que não distorcem a cavidade uterina ou não interferem com a inserção do DIU (incluindo estenose ou lacerações de colo).
- Dismenorréia grave – Pode haver aumento da dismenorréia.
- Endometriose.

Categoria 3

É o método de última escolha. Os riscos possíveis e comprovados superam os benefícios do método. Caso seja escolhido, um acompanhamento rigoroso se faz necessário:

- 48 horas a 4 semanas após o parto – Existe aumento do risco de perfuração uterina.
- Risco aumentado para DST – Existe aumento do risco para doença inflamatória pélvica.
- HIV positivo ou AIDS – Existe aumento do risco para DST e doença inflamatória pélvica devido à supressão da resposta imunológica; além disso, o DIU de cobre aumenta a perda sangüínea.
- Doença trofoblástica gestacional benigna.



- Sangramento volumoso prolongado.
- Anemia ferropriva – O DIU pode aumentar perda sangüínea.
- Anemia falciforme – O DIU pode aumentar perda sangüínea.

Categoria 4

O método não deve ser usado:

- Gravidez.
- Sepsis puerperal.
- Após aborto séptico.
- Sangramento vaginal inexplicado (para iniciar o uso) – Se há suspeita de gravidez ou alguma condição médica subjacente, deve-se investigar e reavaliar a indicação do método.
- Câncer de colo uterino (aguardando tratamento) – Pode aumentar o risco para infecção e sangramento durante a inserção; o DIU deve ser removido por ocasião do tratamento.
- Câncer de ovário ou de endométrio – Pode aumentar o risco para infecção, perfuração e sangramento durante a inserção; o DIU deve ser removido por ocasião do tratamento.
- Doença inflamatória pélvica atual ou nos últimos 3 meses (para iniciar o uso) – O DIU aumenta muito o risco de doença inflamatória pélvica para essas mulheres.
- Doença sexualmente transmissível atual ou nos últimos 3 meses, incluindo cervicite purulenta – O DIU aumenta muito o risco de doença inflamatória pélvica para essas mulheres.
- Doença trofoblástica gestacional maligna – Pode aumentar o risco de perfuração uterina; não há dados que associam o DIU à recorrência de malignidade da doença.
- Alterações anatômicas que distorcem a cavidade uterina – O correto posicionamento do DIU na cavidade uterina pode ser impossível.
- Tuberculose pélvica – Existe aumento do risco para infecção secundária e sangramento.



CRITÉRIOS CLÍNICOS DE ELEGIBILIDADE PARA USO DE DISPOSITIVOS INTRA-UTERINOS DE LEVONORGESTREL

Categoria 1

O método pode ser usado sem restrições:

- 4 semanas ou mais após o parto.
- Pós aborto (primeiro trimestre).
- Idade de 20 anos ou mais.
- Fumante (qualquer idade).
- Hipertensão arterial leve ou moderada: PA 140-159/90-99 e PA 160-179/100-109.
- História de pré-eclâmpsia.
- História de diabetes gestacional.
- Trombose venosa profunda ou embolia pulmonar atual ou no passado.
- Cirurgia de grande porte com ou sem imobilização prolongada.
- Cirurgia de pequeno porte sem imobilização.
- Varizes.
- Tromboflebite superficial.
- Doença cardíaca valvular não complicada.
- Cefaléia leve.
- Sangramento irregular não volumoso.
- Sangramento irregular volumoso e prolongado (para iniciar o uso).
- Doença mamária benigna.
- História familiar de câncer de mama.
- Ectopia cervical.
- Doença inflamatória pélvica no passado, sem fatores de risco para DST, com gravidez subsequente.
- Doença biliar sintomática ou assintomática.
- História de colestase relacionada à gravidez.
- Portador assintomático de hepatite viral.
- Antecedente de gravidez ectópica.
- Obesidade.



- Tireoidopatias (bócio simples, hipertireoidismo, hipotireoidismo).
- Talassemia.
- Anemia falciforme.
- Anemia ferropriva.
- Epilepsia.
- Esquistossomose não complicada ou com fibrose hepática.
- Malária.
- Uso de rifampicina, griseofulvina e anticonvulsivantes (fenitoína, carbamazepina, barbituratos, primidona).
- Outros antibióticos.
- Multiparidade.
- Dismenorréia grave.
- Endometriose.
- Tuberculose não pélvica.
- Tumores ovarianos benignos (inclusive cistos).
- Cirurgia pélvica no passado.

Categoria 2

O método pode ser usado com restrições. As vantagens geralmente superam riscos possíveis ou comprovados. Se a mulher escolhe esse método, um acompanhamento mais rigoroso pode ser necessário:

- Pós-aborto no segundo trimestre – Há alguma preocupação sobre o risco de expulsão após aborto no segundo trimestre.
- Menarca até 20 anos – Há aumento do risco de expulsão em mulheres jovens devido à nuliparidade.
- História de hipertensão onde não é possível aferir a pressão arterial.
- Hipertensão arterial grave: 180+/110+ ou com doença vascular – Existe preocupação com o risco potencial do efeito hipoestrogênico e a diminuição do HDL-colesterol com o uso do DIU-LING.
- Diabetes insulino-dependente ou não.



- Diabetes com lesão vascular, neuropatia, retinopatia, nefropatia ou duração maior que 20 anos – O DIU-LING pode alterar o metabolismo lipídico e de carboidratos.
- Doença cardíaca isquêmica atual ou passada (para iniciar o uso) – Existe preocupação com o risco potencial do efeito hipostrogênico e a diminuição do HDL-colesterol com o uso do DIU-LING.
- AVC – Existe preocupação com o risco potencial do efeito hipostrogênico e a diminuição do HDL-colesterol com o uso do DIU-LING.
- Hiperlipidemias.
- Doença cardíaca valvular complicada (hipertensão pulmonar, risco de fibrilação atrial, história de endocardite bacteriana subaguda, uso de anticoagulação) – É aconselhável o uso de antibioticoprofilaxia antes da inserção, se a mulher não está usando antibióticos regularmente.
- Cefaléia grave, recorrente, incluindo enxaqueca, com ou sem sintomas neurológicos focais – Pode haver piora da cefaléia.
- Sangramento volumoso e prolongado – O DIU-LING pode provocar sangramento irregular, principalmente nos 3-6 primeiros meses de uso; a quantidade da perda sangüínea é reduzida.
- Sangramento vaginal inexplicado (para continuação do uso) – Não é necessário remover o DIU antes da avaliação.
- Nódulo mamário sem diagnóstico.
- Neoplasia intraepitelial cervical – Existe alguma preocupação sobre a possibilidade de progressão do NIC com o uso do DIU-LING.
- Câncer de colo uterino (aguardando tratamento, para continuação de uso)
- Câncer de ovário ou de endométrio.
- Passado de doença inflamatória pélvica, sem fatores de risco atuais e sem gravidez subsequente – O risco atual de DST e o desejo de gravidez são fatores relevantes na escolha do método.
- Vaginite sem cervicite purulenta.
- HIV positivo.
- História de colestase relacionada ao uso de anticoncepcional oral combinado.
- Cirrose leve (compensada).



- Mioma uterino – Miomas uterinos pré-existentes podem distorcer a cavidade uterina e dificultar o correto posicionamento do DIU.
- Nuliparidade – Nuliparidade está associada com aumento do risco para expulsão.
- Alterações anatômicas que não distorcem a cavidade uterina ou não interferem com a inserção do DIU (incluindo estenose ou lacerações de colo).

Categoria 3

É o método de última escolha. Os riscos possíveis e comprovados superam os benefícios do método. Caso seja escolhido, um acompanhamento rigoroso se faz necessário:

- Menos de 48 horas pós-parto (lactante ou não) – Não existem dados sobre os efeitos locais desse tipo de DIU sobre a involução uterina; além disso, pode haver risco de exposição do recém-nascido aos hormônios esteróides.
- 48 horas a 4 semanas após o parto – Não existem dados sobre os efeitos locais desse tipo de DIU sobre a involução uterina; além disso, pode haver risco de exposição do recém-nascido aos hormônios esteróides.
- Doença cardíaca isquêmica atual ou passada (para continuação de uso) – Pode ocorrer redução do HDL-colesterol devido à ação hipoestrogênica.
- Câncer de mama atual ou no passado e sem evidência de doença nos últimos 5 anos.
- Risco aumentado para DST – Existe aumento do risco para doença inflamatória pélvica.
- Doença inflamatória pélvica atual ou nos últimos 3 meses (para continuação do uso) – categoria $\frac{3}{4}$ – Existe aumento do risco para doença inflamatória pélvica.
- AIDS – Existe aumento do risco para DST e doença inflamatória pélvica devido à supressão da resposta imunológica.
- Hepatite viral aguda – O LING é metabolizado pelo fígado e seu uso pode agravar uma condição pré-existente; além disso, existem dúvidas se o uso de progestogênio aumenta o risco para hepatoma.



- Cirrose grave (descompensada) – O LING é metabolizado pelo fígado e seu uso pode agravar uma condição pré-existente; além disso, existem dúvidas se o uso de progestogênio aumenta o risco para hepatoma.
- Tumores hepáticos benignos e malignos – O LING é metabolizado pelo fígado e seu uso pode agravar uma condição pré-existente; além disso, existem dúvidas se o uso de progestogênio aumenta o risco para hepatoma.
- Doença trofoblástica gestacional benigna.
- Tuberculose pélvica (para continuação de uso) – Existe aumento do risco para infecção secundária e sangramento.

Categoria 4

O método não deve ser usado:

- Gravidez – Nenhum método é indicado; qualquer risco potencial é considerado inaceitável. O uso de DIU durante a gravidez aumenta bastante o risco para abortamento espontâneo e aborto séptico.
- Sepsis puerperal.
- Após aborto séptico.
- Sangramento vaginal inexplicado (para iniciar o uso) – Se há suspeita de gravidez ou alguma condição médica subjacente, deve-se investigar e reavaliar a indicação do método.
- Câncer de mama atual (para continuação do uso) – O câncer de mama é um tumor sensível aos hormônios; é provável que o risco de progressão da doença seja menor do que com os anticoncepcionais orais combinados ou injetáveis.
- Câncer de colo uterino (aguardando tratamento) – para iniciar o uso – Pode aumentar o risco para infecção e sangramento durante a inserção; o DIU deve ser removido por ocasião do tratamento.
- Câncer de ovário ou de endométrio – Pode aumentar o risco para infecção, perfuração e sangramento durante a inserção; o DIU deve ser removido por ocasião do tratamento.



- Doença inflamatória pélvica atual ou nos últimos 3 meses (para iniciar o uso) – O DIU aumenta muito o risco de doença inflamatória pélvica para essas mulheres.
- Doença sexualmente transmissível atual ou nos últimos 3 meses, incluindo cervicite purulenta – O DIU aumenta muito o risco de doença inflamatória pélvica para essas mulheres.
- Doença trofoblástica gestacional maligna – Pode aumentar o risco de perfuração uterina; não há dados que associam o DIU à recorrência de malignidade da doença.
- Alterações anatômicas que distorcem a cavidade uterina – O correto posicionamento do DIU na cavidade uterina pode ser impossível.
- Tuberculose pélvica (para iniciar o uso).



A esterilização é um método contraceptivo cirúrgico, definitivo, que pode ser realizado na mulher por meio da ligadura das trompas (laqueadura ou ligadura tubária) e no homem, através da ligadura dos canais deferentes (vasectomia).

Consiste, no homem, em impedir a presença dos espermatozoides no ejaculado, por meio da obstrução dos canais deferentes. Na mulher, em evitar a fecundação mediante impedimento de encontro dos gametas, devido à obstrução das trompas.

A eficácia da vasectomia é alta, utilizando-se a técnica mais moderna sem bisturi, a taxa de falha é de 0,1 a 0,15%. Na laqueadura tubária a taxa de falha é de 0,5%.

A recanalização tubária é possível por microcirurgia. Porém apenas 50% das mulheres submetidas a laqueadura tubária apresentam condições técnicas para recanalização. Os relatos dos resultados das microcirurgias apontam para até 90% de taxa de recanalização. Vale ressaltar que nem sempre recanalização significa gravidez e que uma alta proporção das gravidezes após recanalização termina sendo tubária. São poucos os casais que conseguem realizar esta cirurgia, por falta de serviços especializados, desistência devido à necessidade de múltiplos exames ou medo de nova cirurgia. Por estas razões, a esterilização sempre deve ser considerada como definitiva, o que enfatiza a importância de aconselhamento muito cuidadoso e completo dos casais que solicitam estes métodos.

LAQUEADURA TUBÁRIA

A laqueadura tubária pode ser feita pelas seguintes vias: minilaparotomia, laparoscopia, colpotomia. A laparotomia só está indicada quando se associa a outro procedimento cirúrgico maior. Todas as vias exigem um ambiente de centro cirúrgico.

A minilaparotomia, quando feita fora do período gravídico puerperal, deve ser suprapúbica transversa, uma incisão de cerca de 3 cm de extensão. No período pós-parto imediato, a via é uma incisão pequena infra-



umbilical. A laparoscopia, transumbilical, deve ser feita fora do período gravídico puerperal. A colpotomia pode ser anterior (entrada pelo espaço vesico-uterino) ou posterior (entrada pelo Douglas), geralmente utilizada quando a mulher se submete a um procedimento cirúrgico por via vaginal.

Em todas as situações fora do período gravídico puerperal, deve ser feita no período pos-menstrual e pré-ovulatório, para evitar realizar o procedimento numa gestação inicial. Pode ser feita em qualquer período se a mulher estiver usando um método contraceptivo eficaz ou em abstinência sexual.

Técnicas de laqueadura:

Por laparoscopia - podem ser empregados na porção ístmica tubária a coagulação bipolar, os anéis de silicone de Yoon ou os cliques de Hulka-Klemens. Por minilaparotomia habitualmente se usa a técnica de Pomeroy, também na porção ístmica. A colpotomia serve de via de acesso para a técnica de Pomeroy ou, quando as trompas não são completamente acessíveis, para a técnica de fimbriectomia.

VASECTOMIA

A vasectomia sem bisturi consiste num procedimento ambulatorial pouco invasivo, realizado com anestesia local, de imediata recuperação e liberação do paciente. A técnica recomendada é de identificação e prensão com os dedos do canal deferente direito, anestesia local, prensão do deferente com a pinça em anel, punção com a pinça afilada, divulsão, exteriorização do deferente, ligadura, eletrocoagulação com um eletrodo de agulha pontiaguda, feita em cada direção; repete-se o procedimento para o outro lado; curativo sem sutura.

COMPLICAÇÕES

Na laqueadura tubária são raras as complicações quando o ato é realizado por profissionais devidamente treinados. Podem ocorrer: hemorragia, infecção, perfuração uterina, lesão vesical, esgarçamento das trompas e embolia pulmonar.



A vasectomia sem bisturi é muito mais confiável e segura do que a vasectomia realizada pela técnica incisional. A taxa de complicações é baixa (cerca de 1,1 %), sendo possível acontecer orquiepididimite (dor e edema, sem febre), epididimite congestiva, hematoma, infecção.

ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

a) Primeira consulta

1. Avaliar se o indivíduo atende as seguintes condições legais para realização da anticoncepção cirúrgica:

- Que os solicitantes sejam 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 60 dias entre manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado, a pessoa interessada, acesso a serviços de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce.
- Quando há risco à vida ou a saúde da mulher ou do futuro concepto testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.
- Vontade expressa em documento escrito, lido e firmado após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, dos possíveis efeitos colaterais, das dificuldades de sua reversão e possibilidades de se optar por métodos anticoncepcionais reversíveis existentes.
- Que o procedimento não seja realizado antes do 42º dia após o parto ou abortamento, exceto nos casos de comprovada necessidade, por no mínimo duas cesarianas anteriores ou quando a mulher for portadora de doença grave de base e a exposição a um segundo ato anestésico ou cirúrgico, represente maior risco à sua saúde. Nestes casos a indicação deverá ser testemunhada em Ata de Conferência Médica, assinada por dois médicos.
- Em caso de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges.



- A anticoncepção cirúrgica só poderá ser executada por meio da laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito.
 - É obrigatória a notificação à instância imediata de direção do SUS.
 - Em pessoas absolutamente incapazes só poderá ser realizada mediante autorização judicial.
 - A esterilização cirúrgica é considerada um método irreversível. Portanto, ouvir as preocupações da mulher, responder as suas dúvidas e fornecer informações claras e práticas sobre o procedimento estará ajudando-a a fazer uma escolha bem informada e a sentir-se satisfeita e segura com o método. É relevante abordar, pelo menos, os seguintes tópicos:
 - A taxa de falha.
 - Irreversibilidade.
 - Gravidez ectópica.
 - A esterilização é um método cirúrgico e como toda cirurgia tem seus riscos.
 - A esterilização não isenta a pessoa dos cuidados de prevenção e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis e AIDS. Deve ser abordada a necessidade de dupla proteção, o controle periódico para prevenção do câncer cérvico-uterino, mesmo após a realização da cirurgia.
2. Deve ser desencorajada a esterilização precoce, ressaltando a existência de métodos reversíveis com eficácia similar e a alta incidência de arrependimento e pedido de reversão quando realizado em pessoas menores de 30 anos.
 3. A mulher e o homem devem ser orientados para o uso de preservativos de forma a reduzir o risco de infecção do HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis.

b) Consulta de retorno

- Retirar os pontos e reforçar orientações.
- No caso de vasectomia, fazer espermograma após 30 ejaculações e orientar para o uso de preservativo ou qualquer outro método eficaz até que o resultado do espermograma seja zero.



O mecanismo fisiológico que regula o restabelecimento da ovulação e da menstruação depois do parto é apenas parcialmente conhecido. A duração da amenorréia e do período anovulatório no pós-parto está significativamente relacionada com a frequência e duração das mamadas, com a continuidade da amamentação noturna e a administração de outros alimentos ao bebê.

Durante os primeiros seis meses pós-parto, a amamentação exclusiva, à livre demanda, com amenorréia, está associada a taxa baixíssima de gravidez (0,5 a 2%), porém este efeito anticoncepcional deixa de ser eficiente quando ocorre o retorno das menstruações e também quando o leite materno deixa de ser o único alimento recebido pelo bebê. Este efeito inibidor da fertilidade, que tem o aleitamento exclusivo com amenorréia, pode ser utilizado como método comportamental de anticoncepção.

Os serviços de saúde devem encorajar a amamentação exclusiva nos primeiros 6 meses. Outras alternativas anticoncepcionais devem ser oferecidas às mulheres que não amamentam de forma exclusiva, ou não confiam apenas no método da amenorréia da lactação (LAM) como método anticoncepcional.

Para orientar o uso de métodos anticoncepcionais no pós parto, deve-se considerar:

- O tempo pós-parto.
- O padrão de amamentação.
- O retorno ou não da menstruação.
- Os possíveis efeitos dos anticoncepcionais hormonais sobre a lactação e o lactante.
- O oferecimento do preservativo masculino ou feminino com vista a prevenção do HIV e outras DST.

A mulher que passa da amamentação exclusiva para parcial deve iniciar o uso de outro método se o parto tiver ocorrido há mais de 45 dias.



O uso de outros métodos anticoncepcionais no pós-parto obedece aos critérios de elegibilidade clínica descritos anteriormente para cada método.

Os métodos comportamentais só são recomendados após o restabelecimento de ciclos menstruais.



A adolescência é uma fase que acarreta importantes mudanças biopsicossociais e que determina especificidades emocionais e comportamentais que repercutem na saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes de ambos os sexos.

O elevado número de partos entre as adolescentes, o início cada vez mais precoce das relações sexuais e o aumento das DST/AIDS nessa faixa etária justificam a prestação de uma assistência adequada às necessidades da população na faixa etária de 10 a 19 anos.

Um serviço de orientação em saúde sexual e reprodutiva para adolescentes deve estar preparado para entender e atender a essas especificidades, proporcionando aos e às adolescentes o direito a uma atenção eficaz e de qualidade.

A qualidade dessa atenção pressupõe, minimamente:

- Boa comunicação, com linguagem simples e sem julgamentos morais ou valorativos.
- Confidencialidade das informações.
- Privacidade no atendimento.
- Disponibilidade constante de insumos, levando-se em consideração a necessidade de dupla proteção.
- Facilidade de acesso aos serviços.
- Profissionais qualificados para a especificidade do atendimento.
- Ênfase na parte educativa, em grupo, com metodologia que motive mudanças de atividade e de comportamento.
- Atendimento para ambos os sexos.
- Atenção especial às faixas etárias mais precoces (10 a 14 anos), quando na unidade ou na região se registra aumento de gestação nessa faixa etária.
- A avaliação integral do e da adolescente incluirá a avaliação psicossocial, além do exame físico.
- Os/as adolescentes são o centro de interesse na entrevista. Os pais ou familiares só estarão presentes se ele ou ela permitir.

Recomenda-se trabalhar ações educativas de prevenção nas unidades de saúde, escola, centro de lazer, centro esportivo ou cultural entre outros.



O atendimento de adolescentes e a prescrição de anticoncepcionais têm gerado muita polêmica quanto aos seus aspectos éticos e legais. A Constituição Federal em seu artigo 226, parágrafo 7º diz que: “Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas”. O artigo 227 também trata do assunto estabelecendo que: “E dever da família, da sociedade e do Estado, assegurar a criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e a convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”.

A Lei nº 8.080 define que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), nos artigos 7º e 11º garante o direito à proteção à vida e à saúde mediante a efetivação de políticas sociais públicas e define que deve ser assegurado atendimento médico à criança e ao adolescente por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Sabendo que a atividade sexual desprotegida pode comprometer a saúde dos adolescentes, fica claro o nosso papel frente às ações de prevenção, ou seja, a realização de atividades educativas e a prescrição/distribuição de camisinhas e demais anticoncepcionais. Por outro lado, a necessidade de garantirmos na consulta um momento de privacidade para o adolescente, sem a presença dos responsáveis, é fundamental para a abordagem de questões referentes à sexualidade.

Além do ECA, o Código de Ética Médica resguarda o direito ao sigilo, como mostram os capítulos a seguir:

CAPÍTULO I:

Princípios Fundamentais

- 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. 8º – O médico não pode, em qualquer circunstância, ou sob qualquer pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, devendo evitar quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficácia de seu trabalho.
- Art. 11º – O médico deve manter sigilo quanto às informações confidenciais de que tiver conhecimento no desempenho de suas funções. O mesmo se aplica ao trabalho em empresas, exceto nos casos em que seu silêncio prejudique ou ponha em risco a saúde do trabalhador ou da comunidade.

CAPÍTULO IX

Segredo Médico

É vedado ao médico:

- Art. 102 – Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude de sua profissão, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente.
- Art. 103 – Revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente.

Assim endossamos as recomendações do Departamento de Bioética e Adolescência da Sociedade de Pediatria de São Paulo relacionadas a seguir:

- Os pais ou responsáveis somente serão informados sobre o conteúdo das consultas, como, por exemplo, nas questões relacionadas à sexualidade e prescrição de métodos contraceptivos, com o exposto consentimento do adolescente.
- A participação da família no processo de atendimento do adolescente é altamente desejável. Os limites desse envolvimento devem ficar claros para a família e para o jovem. O adolescente deve ser incentivado a envolver a família no acompanhamento dos seus problemas.
- A ausência dos pais ou responsáveis não deve impedir o atendimento médico do jovem, seja em consulta de matrícula ou nos retornos.



- Em todas as situações em que se caracteriza a necessidade da quebra do sigilo médico, o adolescente deve ser informado, justificando-se os motivos para essa atitude.

Os adolescentes podem utilizar qualquer método anticoncepcional desde que não apresentem alguma das condições clínicas que contra indiquem seu uso, conforme critérios de elegibilidade descritos para cada método.



O climatério é definido como sendo o período da vida biológica da mulher que marca a transição do período reprodutivo ao não reprodutivo, sendo a pré-menopausa o período que precede a última menstruação, que em nosso meio ocorre em média aos 48 anos. A anticoncepção nesta fase, quando requerida, deve persistir até um ano após a menopausa.

A seleção do método anticoncepcional nesta fase da vida da mulher deve levar em consideração a redução fisiológica da sua fertilidade. Merece especial atenção o fato de que neste período da vida é maior a frequência de doenças sistêmicas que se traduzem em fatores de risco para uso de alguns métodos anticoncepcionais. Da mesma forma a gravidez implica em cuidados especiais, tanto pela possibilidade de complicações maternas, como pela incidência de anomalias fetais.

O processo de transição do período reprodutivo ao não reprodutivo é progressivo, de difícil identificação quanto ao momento da instalação da infertilidade fisiológica, podendo-se utilizar parâmetros para definição da suspensão dos anticoncepcionais também com o auxílio de exames laboratoriais (dosagens hormonais); na prática, torna-se como parâmetro até um ano após a menopausa.

A mulher nessa fase da vida pode utilizar qualquer método anticoncepcional desde que não apresente alguma das condições clínicas que contra indiquem seu uso conforme os critérios de elegibilidade descritos para cada método.



A orientação para uso de anticoncepcionais na mulher infectada pelo HIV deve ser sempre acompanhada de informações adequadas sobre a dupla proteção: evitar uma gravidez não desejada e ao mesmo tempo proteger-se e à/ao sua/seu parceira/o contra a transmissão do HIV e outras DST. Em se tratando de uma mulher ou de um homem portador do HIV, deve ser obrigatória a combinação de métodos que possibilitem índices de falha próximos a zero. A seguir, são apresentadas algumas considerações a respeito dos métodos anticoncepcionais e o seu uso em portadores/as do HIV.

- Laqueadura tubária – Não confere proteção a transmissão do HIV e outras DST, devendo, nesta condição, a mulher ser orientada para o uso adequado e consistente do preservativo, masculino ou feminino.
- Anticoncepcional hormonal oral – Não confere proteção contra a transmissão do HIV e outras DST, devendo a usuária do método igualmente ser orientada para o uso adequado e consistente do preservativo masculino ou feminino. É importante comentar que: a) alguns antiretrovirais (ARV) como o Efavirez, a Nevirapina, o Nelfinavir e o Ritonavir interagem diminuindo os níveis séricos do etinilestradiol, e portanto reduzindo sua eficácia contraceptiva, principalmente nas apresentações com doses baixas (30-35 mcg de estrogênio); b) a necessidade de uso diário, além do uso dos ARV, é um fator adicional de dificuldade para adesão ao método.
- Anticoncepcional hormonal injetável (acetato de medroxiprogesterona) – Por se tratar de apenas uma injeção a cada três meses, tem sido considerado por muitos autores como um bom método para as mulheres HIV positivas. Entretanto, da mesma forma que os métodos anteriores, não confere proteção contra a transmissão do HIV e outras DST devendo-se orientar sempre a mulher para o uso associado do preservativo, masculino ou feminino, de maneira adequada e consistente.
- Dispositivo Intra-Uterino (DIU) – Este método não é recomendado para mulheres portadoras do HIV em virtude do DIU aumentar a



morbidade por doença infecciosa pélvica e poder aumentar o risco de sangramento, condições que levariam conseqüentemente ao aumento do risco de transmissão sexual do HIV.

- Diafragma – Este método não causa danos à mulher soropositiva. Sendo o diafragma o método escolhido, deverá ser sempre associado ao uso adequado e consistente do preservativo masculino.
- Preservativo masculino – Protege a mulher e o homem contra a transmissão do HIV e outras DST. Por isto deve ser sempre recomendado seu uso isolado ou associado aos outros métodos para aumentar a eficácia contraceptiva.
- Preservativo feminino – Este método oferece proteção contra a transmissão do HIV e outras DST. Tem como vantagem adicional o fato de ser um método de controle feminino. Para aumentar a eficácia contraceptiva, pode ser associado a outro método anticoncepcional.
- Espermaticida – Espermaticidas cujo princípio ativo seja o nonoxinol 9 não devem ser usados em mulheres portadoras do HIV ou por parceiras de homens HIV positivos. Pesquisa realizada entre mulheres usuárias do nonoxinol 9 mostrou taxa de transmissão do HIV 50% mais alta do que nas não usuárias.
- Tabela – Não protege contra a transmissão do HIV e outras DST, devendo a usuária do método ser sempre orientada para o uso adequado e consistente do preservativo, masculino ou feminino, fazendo abstinência sexual no período fértil.
- Coito interrompido – Além de ter alta taxa de falha anticoncepcional, não protege contra a transmissão do HIV e outras DST.

A orientação adequada para o uso de anticoncepcionais com vista à dupla proteção, seja em portadoras ou não portadoras do HIV, ao evitar gravidez não desejada e ao prevenir a transmissão do HIV e outras DST, entre os parceiros sexuais e da gestante para o concepto, possibilitará a curto prazo um grande impacto na saúde individual e pública. Entretanto, para isso, todos os profissionais de saúde deverão incorporar à sua prática diária essa preocupação.



A anticoncepção de emergência é um uso alternativo da anticoncepção hormonal oral para evitar uma gravidez depois da relação sexual (tomada antes de completar 72 horas após a relação sexual desprotegida). Atua basicamente inibindo e adiando a ovulação, interferindo na capacitação espermática e possivelmente na maturação do oócito. Além disso, pode interferir na produção hormonal normal após ovulação, mas é possível que atue também de outras formas. A anticoncepção oral emergência não tem nenhum efeito após a implantação ter se completado. Não interrompe uma gravidez em andamento.

É também conhecida como anticoncepção pós-coital ou pílula do dia seguinte. Não deve ser utilizada de rotina como método anticoncepcional, mas apenas em situações de emergência.

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

TIPOS E COMPOSIÇÃO

Anticoncepcionais orais apenas de progestogênio:

- Levonorgestrel 0,75 mg (Postinor-2, Norlevo, Pozato e Pilem).

Método de Yuzpe

Anticoncepcionais orais combinados contendo 0,25 mg de levonorgestrel e 0,05mg de etinilestradiol (Evanor, Neovlar).

Anticoncepcionais orais combinados contendo 0,15 mg de levonorgestrel e 0,03mg de etinilestradiol (Microvlar, Nordette).



PRAZO DE VALIDADE: O prazo de validade do anticoncepcional oral combinado é de dois a três anos, variando de acordo com o fabricante. O prazo de validade do anticoncepcional oral apenas com progesterônio (levonorgestrel) é de cinco anos.

INÍCIO DE USO:

Até 72 horas após uma relação sexual sem proteção anticoncepcional, mas quanto mais precocemente se administra, maior a proteção.

- Avaliar com cuidado a possibilidade de gravidez. Se a mulher estiver grávida, não prescrever anticoncepção de emergência.
- Explicar o que é o método, seus efeitos secundários e sua eficácia.
- Fornecer pílulas para anticoncepção de emergência.

Até 72 horas após uma relação sexual desprotegida, a mulher deve utilizar um dos esquemas descritos na tabela abaixo:

Composição	Quantidade de pílulas a serem tomadas até 72 horas após uma relação sexual desprotegida	Quantidade de pílulas a serem tomadas 12 horas após a primeira tomada
Levonorgestrel 0,75mg (750 mcg) – Postinor-2, Norlevo, Pozato e Pilem	1	1
Anticoncepcionais hormonais orais combinados de baixa dose contendo 0,15 mg (150mcg) de levonorgestrel e 0,03 mg (30mcg) de etinilestradiol – Microvlar, Nordette	4	4
Anticoncepcionais hormonais orais combinados na dose padrão contendo 0,25 mg (250mcg) de levonorgestrel e 0,05 mg (50mcg) de etinilestradiol – Evanor, Neovlar	2	2



ORIENTAÇÃO E ACONSELHAMENTO

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

- Explicar que as pílulas podem ser usadas em qualquer momento do ciclo menstrual, porém no tempo mais próximo possível da relação sexual desprotegida, para maior eficácia.
- Explicar a maneira adequada de utilizar as pílulas, enfatizando a importância de tomar a segunda dose 12 horas após a primeira.
- Explicar como se usam os diferentes esquemas de anticoncepção de emergência, a eficácia, os efeitos secundários possíveis e o que fazer em caso de náuseas ou vômitos.
- Explicar que, após tomar as pílulas, a menstruação poderá ocorrer até 10 dias antes ou depois da data esperada, mas numa porcentagem importante dos casos a menstruação ocorre na data esperada com uma variação de 3 dias para mais ou para menos.
- Enfatizar que a anticoncepção de emergência não protege contra posteriores relações sexuais desprotegidas, e deverá, portanto, utilizar algum método regular de anticoncepção para futuras relações sexuais.
- Explicar que a anticoncepção oral de emergência não protege contra doenças sexualmente transmissíveis.
- Orientar que, caso ocorra gravidez, as pílulas não provocam qualquer efeito adverso para o feto.
- Aconselhar a mulher para não usar a anticoncepção de emergência como método regular de anticoncepção porque é um método menos eficaz do que a maioria dos métodos regulares de anticoncepção e os efeitos colaterais são mais frequentes do que para qualquer outro método hormonal.
- Explicar que o uso ocasional da anticoncepção de emergência não provoca riscos importantes à saúde.

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



- Imediatamente após tomar as pílulas para anticoncepção de emergência a mulher pode começar a usar métodos de barreira.
- Aguardar a próxima menstruação para começar a usar o DIU, os anticoncepcionais hormonais orais combinados e os anticoncepcionais hormonais injetáveis.
- Aguardar o retorno dos ciclos menstruais regulares para os métodos naturais.
- Se a mulher optar por esperar a próxima menstruação para iniciar o uso de algum método anticoncepcional, ela deve ser orientada para usar preservativos até então.

ACOMPANHAMENTO

- Aconselhar a mulher para retornar ou consultar um profissional de saúde se a sua próxima menstruação for bastante diferente da usual, especialmente se:
 - For escassa.
 - Não ocorrer dentro de quatro semanas.
- Orientar a mulher sobre doenças sexualmente transmissíveis e investigar situações de risco ou agressão sexual.
- Conversar com a mulher sobre a continuidade da anticoncepção e a proteção contra DST. Se ela não iniciar o uso de outro método imediatamente, oferecer preservativos, pelo menos até que ela opte por um outro método anticoncepcional, de uso continuado.

COMPLICAÇÕES E INTERCORRÊNCIAS

- Náuseas: recomende alimentar-se logo após ingerir as pílulas; medicamentos antieméticos podem ser ingeridos meia hora antes das pílulas anticoncepcionais de emergência, e depois, a cada 4-6 horas.
- Vômitos: se vomitar dentro de duas horas após tomar as pílulas, ela deve tomar nova dosagem. Se o vômito ocorrer após esse período, ela não deve tomar pílulas extras.



- A próxima menstruação pode começar um pouco antes ou depois da data esperada.
- A mulher deverá ficar atenta para as seguintes situações: menstruação escassa, menstruação ausente dentro de quatro semanas, menstruação dolorosa; nesses casos, deverá ser orientada a retornar para avaliação clínica.

EFEITOS SECUNDÁRIOS

Os efeitos secundários mais comuns são: náuseas, vômitos, tontura, fadiga, cefaléia, mastalgia, diarreia, dor abdominal e irregularidades menstruais.

O esquema de anticoncepcional oral de progestogênio mostra menor incidência de efeitos secundários do que com a pílula combinada.

Efeitos Secundários	Porcentagem	
	Yuzpe	Levonorgestrel
Náuseas	50,5	23,1
Vômitos	18,8	5,6
Tontura	16,7	11,2
Fadiga	28,5	16,9
Cefaléia	20,2	16,8
Sensibilidade mamária	12,1	10,8
Dor abdominal	20,9	17,6
Outros	16,7	13,5

RISCOS E BENEFÍCIOS

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



CRITÉRIOS CLÍNICOS DE ELEGIBILIDADE PARA USO DA ANTICONCEPÇÃO ORAL DE EMERGÊNCIA

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

- Estupro.
- Ruptura de preservativo ou diafragma.
- Expulsão do DIU.
- Esquecimento de duas ou mais pílulas anticoncepcionais de progestogênio.
- Atraso menstrual há mais de duas semanas para usuária de acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMP-D).
- Relação sexual no período fértil em casais usuários de abstinência periódica (ritmo, Billings entre outros).



Assistência à infertilidade conjugal

Parte 2

Define-se como infértil o casal que após um ano de vida sexual ativa, com frequência de coito de pelo menos duas vezes por semana e sem uso de método anticoncepcional, não conseguiu engravidar.

Isto baseia-se na observação de que 25% dos casais engravidam no primeiro mês de exposição, 60% dentro de seis meses e 80% em um ano. Dos 20% restantes apenas cerca de 15% engravidam no segundo ano de exposição, e por este motivo adotava-se anteriormente uma classificação mais conservadora de dois anos.



A assistência à infertilidade conjugal pode ser feita nos três níveis de complexidade, porém reserva-se o encaminhamento para as unidades terciárias apenas dos usuários que necessitam de complementação diagnóstica por métodos endoscópicos ou têm indicação para procedimentos cirúrgicos.

A pesquisa básica de infertilidade pode ser realizada em nível primário de assistência, sempre após esclarecimento sobre a fisiologia da reprodução, visto que muitos casais não têm conhecimento do que significa período fértil ou de práticas que podem dificultar a concepção, como uso de lubrificantes ou de duchas vaginais pós-coito.

Este também é o momento mais adequado para aconselhamento, investigação e tratamento de doenças que possam interferir negativamente no processo de reprodução.



3.1 ANAMNESE

A anamnese deve conter dados sobre:

História do problema atual

Registrar há quanto tempo tenta engravidar, o uso de métodos anticoncepcionais, exames e tratamentos já realizados.

História sexual

São importantes as informações sobre frequência de relações sexuais com penetração vaginal, presença de disfunções sexuais como vaginismo e ejaculação precoce, entre outras. Deve-se investigar o uso de lubrificantes e de duchas e contra indicá-los.

História menstrual

Ciclos regulares, com presença de muco cervical, dor no meio do ciclo e tensão pré-menstrual, geralmente, são ovulatórios.

Por outro lado, mulheres que apresentam períodos de amenorréia, geralmente, não ovulam. E aquelas com ciclos curtos podem apresentar insuficiência lútea.

A queixa de dismenorréia progressiva pode estar associada a endometriose.

Hipermenorréia ou metrorragia sugerem patologias intra-uterinas como miomas ou pólipos.

História obstétrica

Deve incluir gestações de relacionamentos anteriores e atual, assim como suas complicações. Não esquecendo de que a história de gravidez



ectópica anterior está associada a risco aumentado de repetição e à possível alteração estrutural da trompa contralateral.

História patológica progressa

Deve ser investigado passado de cirurgias pélvicas como miomectomias, exérese de cistos de ovário, apendicectomias, entre outras, que podem levar à formação de processos aderenciais, alterando a relação trompa-ovário. O mesmo pode ser determinado por doença inflamatória pélvica e por infecção pós-aborto e parto. Amenorréia pós-aborto ou pós-infecção puerperal podem ter como causa sinéquias intra-uterinas.

História da pessoa

Devem ser considerados dados de ambos os cônjuges, desde profissão, hábitos de lazer, esportes praticados, até o uso de drogas lícitas e ilícitas.

Sabe-se que os espermatozóides são sensíveis a altas temperaturas, assim, homens que têm hábito de freqüentar saunas ou que trabalham em ambientes muito aquecidos podem ter a espermatogenese prejudicada. A prática de exercícios físicos muito vigorosa e freqüente pode levar à anovulação. O alcoolismo, o tabagismo e o uso de *canabis sativa* (maconha) podem estar associados à diminuição da fertilidade.

3.2 – EXAME FÍSICO

Inspeção geral

Deve-se observar relação peso/altura, caracteres sexuais secundários e pilificação.

Exame geral

Deve conter aferição da pressão arterial, palpação da tireóide, das mamas e do abdome.



Exame ginecológico

Inspeção cuidadosa da vulva, atentando para pilificação, mal-formações e alterações do clitóris.

Exame especular

Avaliar trofismo do colo e vagina, presença de conteúdo anormal e sobretudo as características do muco cervical e da ectocérvice, verificando se o aspecto do muco corresponde ao esperado para a época do ciclo e se há sinais de cervicite aguda, a qual deve ser imediatamente tratada. Neste momento deve-se também coletar material para citologia oncótica caso exista indicação.

Toque bimanual

Deve excluir ou identificar tumorações dos órgãos pélvicos e avaliar a mobilidade do útero, uma vez que um útero em retroversão fixa pode indicar endometriose ou seqüela de doença inflamatória pélvica.

3.3 EXAMES COMPLEMENTARES

INVESTIGAÇÃO DO HOMEM

Espermograma

A análise do sêmem é o primeiro exame a ser solicitado, uma vez que o fator masculino pode estar envolvido em 30 a 50% dos casos, tanto isoladamente como em associação com outros fatores. Um espermograma anormal não deve ser encarado como definitivo. É necessário repetir o exame num intervalo de, pelo menos, 15 dias. Os parâmetros mais comumente aceitos como normais são:



Volume: 1,5 a 5 centímetros cúbicos.

Motilidade: Mais de 50% dos espermatozóides com motilidade progressiva e com boa velocidade.

Leucócitos: Menos de 1.000.000 por centímetro cúbico de ejaculado.

Morfologia: Mais de 50% dos espermatozóides de formas normais

PH: 7.2 a 7.8.

INVESTIGAÇÃO DA MULHER

Para tornar mais didático dividiremos a investigação em fator ovariano, cervical, uterino e tubo peritoneal.

Investigação do fator ovariano

Os exames realizados visam diagnosticar a ovulação e a possibilidade de insuficiência lútea. A maior parte deles baseia-se na produção de progesterona pelo corpo lúteo e são chamados de provas indiretas de ovulação.

Curva de temperatura basal (CTB)

Baseia-se na ação termogênica da progesterona produzida pelo corpo lúteo sobre o hipotálamo. A temperatura deve ser tomada em repouso pela manhã e anotada em um gráfico próprio. Após a ovulação ocorre elevação de aproximadamente 0.3°C, a qual deve durar pelo menos doze dias. Duração menor que doze dias sugere insuficiência lútea e a curva monofásica, anovulação. A CTB é bastante eficiente em indicar a luteinização, porém é necessário orientar e motivar a paciente para fazê-la corretamente.

Muco cervical

Sob a ação do estrogênio, o muco cervical contém grande quantidade de água e de cloreto de sódio, o que o torna abundante, filante e pobre em células. Quando distendido sobre uma lâmina e ressecado, adquire ao microscópio o aspecto de "folha de samam-



baia" devido à deposição dos cristais de cloreto de sódio. Após a ovulação sob a ação da progesterona, torna-se espesso, escasso, muito celular e perde a capacidade de cristalizar-se.

Dosagem de progesterona sérica

A progesterona deve ser dosada aproximadamente dez dias após a suposta ovulação e valores maiores ou iguais a 10 mg/ml estão associados com função lútea normal.

Biópsia de endométrio

É considerada o método mais fidedigno para diagnóstico de insuficiência lútea, quando agendado e interpretado adequadamente. Deve ser feita em associação com a CTB e realizada mais ou menos dois dias antes da data esperada para a menstruação. O diagnóstico de insuficiência lútea só pode ser feito quando há uma discordância de pelo menos dois dias entre o resultado da biópsia e o dia do ciclo.

Ultra-sonografia seriada

A ultra-sonografia seriada permite avaliar o desenvolvimento folicular e do endométrio, bem como identificar a ovulação por meio do desaparecimento do folículo. Deve ser iniciada na fase pré-ovulatória e agendada a cada 24 ou 48 horas dependendo do estado do desenvolvimento folicular a cada exame. Devido ao seu alto custo e pouca disponibilidade na rede pública, deve ser reservada para os casos onde os métodos anteriores foram inconclusivos ou quando a paciente não respondeu à indução de ovulação com citrato de clomifeno isoladamente.

Investigação do fator cervical

Cervicite, estenose, lesão do epitélio glandular por trauma ou por infecções, pólipos, entre outros, podem levar à dificuldade de engravidar.

Exame cuidadoso do colo pode na maioria das vezes identificar estes problemas. A observação do colo no período pre-ovulatório deve mostrar muco fluido abundante e límpido.



Teste pós coito (TPC)

Embora o valor preditivo do TPC com relação à gravidez venha sendo questionado, ele continua utilizado como parte da propedêutica do casal estéril, sendo o principal método de avaliação da interação dos espermatozóides com o trato genital feminino.

O TPC deve ser realizado no período pré ovulatório (12º-14º dia de um ciclo de 28 dias), momento em que o muco cervical está mais favorável à espermomigração, e de 2 a 12 horas pós-coito, embora não exista consenso quanto ao intervalo ideal.

A interpretação do TPC também é motivo de polêmica, porém menos que 5 espermatozóides por campo de 400x, com muco adequado (fluido, abundante e acelular), pode indicar anormalidades do semen, do muco ou da interação entre ambos.

OBSERVAÇÃO:

A histeroscopia pode ser útil no estudo do canal cervical, diagnosticando a presença de pólipos, sinéquias, estenose ou alterações no epitélio glandular que possam prejudicar a migração dos espermatozóides.

Fator uterino

Pólipos, miomas submucosos, sinéquias, processos infecciosos e más formações uterinas podem ser responsáveis por infertilidade. O exame de maior acuidade para diagnosticá-los é a histeroscopia, que deve ser indicada sempre que houver alterações do ciclo menstrual (metrorragia ou hipermenorréia na ausência de anovulação), ou alterações ultra-sonográficas sugestivas de patologias intracavitárias.

Fator tubo peritoneal

Em nosso meio o fator tubo peritoneal é extremamente importante, por sua prevalência como seqüela de doença inflamatória pélvica, a qual é perfeitamente prevenível,



tanto mediante educação da população quanto à profilaxia das doenças sexualmente transmissíveis, quanto por meio da identificação e tratamento precoce das mesmas. Também a tuberculose genital pode ser responsável por infertilidade por levar a lesões tubárias e endometriais, e é um diagnóstico que não pode ser esquecido.

Histerossalpingografia

É um exame extremamente útil para a identificação de lesões tubárias e de distorções da relação trompa/ovário. Deve ser realizado na primeira fase do ciclo até o 10^o-11^o dia do ciclo, após ter-se excluído alergia a contraste iodado e infecções do trato genital inferior.

Aquelas pacientes que apresentarem histerossalpingografia anormal com evidências de lesões tubárias, suspeita de fator peritoneal, deverão ser referidas para unidade de assistência de maior complexidade onde possa ser realizada uma vídeolaparoscopia para diagnóstico definitivo.

Ainda na histerossalpingografia é possível surpreender alterações da cavidade uterina, que deverão ser esclarecidas por meio da histeroscopia.

Nos casos de fator tubo-peritoneal é pertinente a realização de PPD. Pacientes com PPD forte reator e com histerossalpingografia mostrando lesões sugestivas de tuberculose genital devem ser encaminhadas para laparoscopia e curetagem uterina na tentativa de confirmar o diagnóstico.

3.4. TRATAMENTO

É possível fazer algumas intervenções mais simples a nível primário, como por exemplo esclarecimento sobre a fisiologia da reprodução, indução da ovulação, tratamento da hiperprolactinemia, tratamento da insuficiência lútea e de processos infecciosos do trato genital.



Indução da ovulação

Citrato de clomifeno 50 mg do quinto ao nono dia do ciclo e monitoramento com CTB. A dose pode ser aumentada até 150 mg/dia. Quando a ovulação não ocorre, pode se associar HCG 5000 a 10000UI, quando o folículo atingir 2,0 – 2,5 cm de diâmetro ao ultrassom.

Caso não ocorra ovulação, referir para assistência especializada.

Insuficiência lútea

Progesterona micronizada 100mg VO ou intra-vaginal, três vezes ao dia, assim que a ovulação tenha sido identificada.

Hiperprolactinemia

Bromoergocriptina 2.5mg, duas vezes ao dia.

Deve-se iniciar com dose menor e aumentar gradativamente até atingir a dose plena, isto diminui os efeitos desagradáveis da droga.

Processos infecciosos

Devem ser tratados de acordo com as recomendações do Manual para Tratamento de DST do Ministério da Saúde



Coordenadores: Nelson Cardoso de Almeida
Regina Coeli Viola

Consultores:

- Amaury Teixeira Leite de Andrade – Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia – (FEBRASGO)
- Ana Lúcia Ribeiro Vasconcelos – Coordenação Nacional DST/AIDS/SPS/MS
- Anibal Eusébio Faundes Latham – UNICAMP/SP
- José Mendes Aldrighi – FEBRASGO
- Juan Diaz – Population Council
- Juraci Ghiaroni – Secretaria Municipal de Saúde/RJ
- Maria Albina Catellani – Universidade Federal do Rio de Janeiro
- Nelson Cardoso de Almeida – Área Técnica Saúde da Mulher/SPS/MS
- Regina Barbosa – Rede Nacional Feminista pela Saúde e Direitos Reprodutivos
- Regina Coeli Viola – Área Técnica Saúde da Mulher/SPS/MS
- Rosires Pereira de Andrade – FEBRASGO
- Sandra Lúcia Filgueiras – Coordenação Nacional DST/AIDS/SPS/MS

CAPÍTULO DE MÉTODOS COMPORTAMENTAIS

- Agostinho Bertoldi – Confederação Nacional de Planejamento Natural da Família (CENPLAFAM)
- Elizabete Terezinha Sálvaro Bertoldi – CENPLAFAM
- Heloísa Pereira – CENPLAFAM
- Márcia Vasconcelos S. Nieble de Freitas – CENPLAFAM/PR
- Martha Silvia Shering – CENPLAFAM
- Noêmia Auschau – CENPLAFAM/PR

Impresso no Brasil/*Printed in Brazil*



