

Saúde Reprodutiva

Planeamento Familiar

9

Direcção-Geral da Saúde
Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes

Saúde Reprodutiva PLANEAMENTO FAMILIAR

Edição revista e actualizada

Lisboa, 2001

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde
Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes

Saúde Reprodutiva: Planeamento familiar / Direcção-Geral da Saúde. – Lisboa:
Direcção-Geral da Saúde, 2001.– 48 p. (Orientações Técnicas; 9)

Anticoncepcionais / Planeamento Familiar / Saúde Reprodutiva

ISBN 972-9425-62-0

ISSN 0871-2786

EDITOR

Direcção-Geral da Saúde
Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049 - 005 Lisboa

CAPA E ARRANJO GRÁFICO

TVM designers

IMPRESSÃO

Antunes & Amílcar, Lda.

TIRAGEM

10 000 exemplares

DEPÓSITO LEGAL

130 006/98

Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar	5
<hr/>	
Planeamento Familiar	6
OBJECTIVOS	6
ACTIVIDADES A DESENVOLVER	6
ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS	7
ACONSELHAMENTO	8
<hr/>	
Orientações específicas sobre os métodos contraceptivos	10
CONTRACEPÇÃO ORAL HORMONAL (CO)	10
CONTRACEPÇÃO HORMONAL INJECTÁVEL	17
CONTRACEPÇÃO HORMONAL – IMPLANTE	20
DISPOSITIVO INTRA-UTERINO	24
PRESERVATIVO MASCULINO	30
ESPERMICIDA	31
PRESERVATIVO FEMININO	33
DIAFRAGMA	33
ABSTINÊNCIA PERIÓDICA	35
CONTRACEPÇÃO CIRÚRGICA	38
CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA	42
<hr/>	
Cuidados Pré-Concepcionais	46

Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar

De acordo com o Programa de Acção da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo – 1994), o **conceito de Saúde Reprodutiva** implica que as pessoas possam ter uma vida sexual satisfatória e segura e que tenham a capacidade de se reproduzir e decidir se, quando e com que frequência o fazem. Esta última condição pressupõe o direito de homens e mulheres serem informados e terem acesso a métodos de planeamento familiar da sua escolha, que sejam seguros, eficazes e aceitáveis e, ainda, o acesso a serviços de saúde adequados, que permitam às mulheres terem uma gravidez e um parto em segurança e ofereçam aos casais as melhores oportunidades de terem crianças saudáveis. Abrange, ainda, o direito à saúde sexual, entendida como potenciadora da vida e das relações interpessoais.

Nessa linha de definição, os **cuidados a prestar em Saúde Reprodutiva** constituem um leque de serviços, técnicas e métodos que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivos, através da prevenção e resolução de problemas, dando respostas adequadas às necessidades, nesta área, ao longo do ciclo de vida dos indivíduos.

Os vários elementos da saúde reprodutiva estão intimamente interligados, daí que a melhoria de um facilita a melhoria dos outros e, de igual modo, a deterioração de um condiciona a deterioração dos outros. Assim, a educação sexual conduzirá, provavelmente, ao controlo da fertilidade e à prevenção das doenças transmitidas sexualmente (DTS), com consequências positivas na sexualidade, gravidez, infertilidade, vigilância pré-concepcional e pré-natal, segurança no parto, qualidade e sobrevivência das crianças.

As actividades de **Planeamento Familiar** constituem, deste modo, uma componente fundamental da prestação de cuidados em Saúde Reprodutiva. A consulta de Planeamento Familiar deve assegurar, também, outras actividades de promoção da saúde, tais como informação e aconselhamento sexual, prevenção e diagnóstico precoce das DTS, do cancro do colo do útero e da mama, prestação de cuidados pré-concepcionais e no puerpério, prevenção do tabagismo e do uso de drogas ilícitas.

Planeamento Familiar

6

OBJECTIVOS

- Promover a vivência da sexualidade de forma saudável e segura
- Regular a fecundidade segundo o desejo do casal
- Preparar para uma maternidade e paternidade responsáveis
- Reduzir a mortalidade e a morbilidade materna, perinatal e infantil
- Reduzir a incidência das DTS e as suas consequências, nomeadamente a infertilidade
- Melhorar a saúde e o bem-estar da família

ACTIVIDADES A DESENVOLVER

- Esclarecer sobre as vantagens de regular a fecundidade em função da idade
- Informar sobre as vantagens do espaçamento adequado das gravidezes
- Elucidar sobre as consequências da gravidez não desejada
- Informar sobre a anatomia e a fisiologia da reprodução
- Facultar informação completa, isenta e com fundamento científico sobre todos os métodos contraceptivos
- Proceder ao acompanhamento clínico, qualquer que seja o método contraceptivo escolhido
- Fornecer, gratuitamente, os contraceptivos
- Reconhecer e orientar os casais com desajustes sexuais
- Prestar cuidados pré-concepcionais
- Identificar e orientar os casais com problemas de infertilidade
- Efectuar a prevenção, diagnóstico e tratamento das DTS
- Efectuar o rastreio do cancro do colo do útero e da mama

ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

- As actividades de planeamento familiar são parte integrante dos cuidados de saúde primários, no âmbito da medicina geral e familiar, e devem organizar-se, em cada centro de saúde, de modo a responder às necessidades das populações que lhe estão adstritas.
- De acordo com o estipulado no Decreto-Lei n.º 259/2000, de 17 de Outubro, deve(m) ser:
- Constituída uma equipa multiprofissional, em todos os centros de saúde, que polarize as motivações e as iniciativas no campo da saúde reprodutiva e que assegure
 - atendimento imediato** nas situações em que haja um motivo expresso que o justifique;
 - encaminhamento adequado** para uma consulta a efectivar no prazo máximo de quinze dias, ponderado o grau de urgência;
 - consulta de planeamento familiar** a todos os utentes que não disponham, à data, de resposta dos serviços, no âmbito da medicina geral e familiar, como recurso complementar e concertado desta actividade;
 - existência de contraceptivos** para distribuição gratuita aos utentes.
- Estabelecidos protocolos de articulação entre os centros de saúde e os serviços de ginecologia/obstetrícia, no âmbito das Unidades Coordenadoras Funcionais, de modo a assegurar a referência em tempo útil das situações de risco (designadamente, diabetes, cardiopatias, doenças oncológicas) ou com indicação para contracepção cirúrgica, para uma consulta de planeamento familiar hospitalar.
- Considerados um dos alvos prioritários das actividades de planeamento familiar **os adolescentes**, e, nesse sentido, devem ser implementadas medidas para atrair e fixar este grupo etário, nomeadamente através de horários flexíveis e de atendimento desburocratizado.
- Criadas condições que facilitem o acesso dos homens, em particular dos mais jovens, a estas consultas.

- Devem ser especialmente orientadas para o planeamento familiar as mulheres:
 - com doença crónica que contra-indique uma gravidez não programada;
 - com paridade ≥ 4 ;
 - com idade inferior a 20 anos e superior a 35 anos;
 - cujo espaçamento entre 2 gravidezes foi inferior a 2 anos;
 - puérperas.
- Os serviços só podem recusar a utilização de um determinado método contraceptivo com base em razões de ordem médica, devidamente fundamentadas.
- A quantidade de contraceptivos fornecida a cada utente deve ser suficiente para não obrigar a deslocações frequentes ao centro de saúde, em particular no caso de utilização prolongada.
- Cabe às administrações regionais de saúde e aos conselhos de administração dos hospitais, bem como aos directores dos centros de saúde, garantir a existência de contraceptivos para a distribuição gratuita aos utentes.
- As consultas de planeamento familiar são isentas de taxas moderadoras.

ACONSELHAMENTO

O **aconselhamento é crucial**, em particular para quem utiliza contracepção pela primeira vez. Permite a escolha informada de um método, mediante esclarecimento objectivo, correcto e dirigido às necessidades específicas da pessoa, facilitando uma adesão consistente e maior continuidade na utilização do método escolhido.

O aconselhamento não requer muito tempo, sobretudo se for organizado como trabalho de equipa.

Os princípios básicos do aconselhamento são:

- **Criar empatia.** Saber escutar e estabelecer um clima de confiança.
- **Interagir.** Encorajar a pessoa a falar e a colocar questões.
- **Adequar a informação às necessidades da pessoa em presença.** Saber ouvir e compreender as necessidades específicas de cada situação.
Por exemplo: um/a adolescente, cujo interesse pode incidir mais sobre métodos temporários de contracepção, pode ter necessidade de saber mais sobre DTS do que um/a recém-casado/a ou um casal de mais idade, que podem desejar uma contracepção definitiva.

- **Evitar informação excessiva.** Demasiada informação não permite reter o essencial. Por outro lado, tempo excessivo dedicado a informação pode tornar escasso o necessário para discutir e esclarecer dúvidas.
- **Fornecer o método escolhido.** É frequente que um/a novo/a utilizador/a manifeste preferência por um método; o aconselhamento deve iniciar-se a propósito desse método, comparando-o, depois, com outros similares.
Não havendo razões de carácter médico que o impeçam, o método fornecido deve ser o método escolhido pelo/a utente.
- **Assegurar que a informação foi compreendida.** Sumarizar os aspectos mais importantes a reter e fornecer material informativo impresso, sempre que possível.

RISCO / BENEFÍCIO

Apesar das indicações e contra-indicações, das vantagens e desvantagens salientadas a seguir para os métodos contraceptivos, cada pedido de contraceção deve ser analisado individualmente, considerando o risco/benefício do seu uso, naquela situação particular, sem esquecer as consequências que poderão advir de uma eventual gravidez não desejada.

Orientações específicas sobre os métodos contraceptivos

CONTRACEPÇÃO ORAL HORMONAL (CO)

10

- É muito eficaz, segura e reversível
- Tem outros efeitos benéficos, além do contraceptivo
- Os efeitos colaterais são ligeiros. Ocorrem, em geral, nos 3 primeiros meses de utilização e depois, em regra, desaparecem
- As complicações e contra-indicações são raras
- Exige o compromisso diário da mulher
- Não é recomendada no período da amamentação, com excepção dos progestativos
- Não protege das DTS, mas diminui a incidência da Doença Inflamatória Pélvica (DIP)
- Pode ser utilizada como contracepção de emergência

TIPOS

- Combinado (COC): contém estrogéneo e progestagéneo e pode ser monofásico, bifásico ou trifásico
- Progestativo (POC): contém só progestagéneo

Os CO actualmente comercializados contêm doses reduzidas de hormonas, pelo que podem ser utilizados pela generalidade das mulheres, desde a adolescência até à menopausa.

EFICÁCIA

- Combinado: 0,1-1 gravidezes em 100 mulheres / ano
- Progestativo: 0,5-1,5 gravidezes em 100 mulheres / ano
Depende da utilização correcta, regular e continuada

VANTAGENS

COC

- Tem elevada eficácia contraceptiva
- Não interfere com a relação sexual
- Regulariza os ciclos menstruais
- Melhora a tensão pré-menstrual e a dismenorreia
- Previne e controla a anemia ferropénica
- Contribui para a prevenção de:
 - DIP e gravidez ectópica
 - Cancro do ovário e do endométrio
 - Quistos funcionais do ovário
 - Doença fibroquística da mama
- Não altera a fertilidade, após a suspensão do método

POC

- Tem alta eficácia contraceptiva. Os erros na toma podem resultar em gravidez mais facilmente do que com a COC
- Pode ser utilizada em algumas situações em que os estrogéneos estão contra-indicados
- Não parece modificar a quantidade ou a qualidade do leite materno, podendo ser utilizada durante o período da amamentação
- Pode contribuir para a prevenção da doença fibroquística da mama, do cancro do ovário e do endométrio e da DIP
- Não altera a fertilidade, após a suspensão do método

DESVANTAGENS

- Exige o empenho da mulher para a toma diária da pílula
- Não protege contra as DTS, nomeadamente SIDA e Hepatite B
- A COC pode afectar a quantidade e a qualidade do leite materno
- A POC associa-se com irregularidades do ciclo menstrual
- A POC não previne a gravidez ectópica, embora reduza a sua incidência (reduz o número de espermatozóides que chegam à trompa)

INDICAÇÕES

COC

Se se pretende:

- Um método muito eficaz
- Obter outros benefícios além do contraceptivo, por exemplo, alívio da dismenorreia

POC

- Se há contra-indicações para os estrogéneos e se pretende um CO
- Para algumas mulheres no climatério
- Durante o aleitamento materno

CONTRA-INDICAÇÕES

Absolutas

- Gravidez
- Hemorragia genital anormal sem diagnóstico conclusivo
- AVC, doença arterial cerebral ou coronária, tromboflebite e doença predispondo a acidentes tromboembólicos
- Neoplasia hormonodependente
- Doença hepática crónica ou em fase activa, tumor hepático
- Icterícia colestática na gravidez e colelitíase
- Tabagismo em idade >35 anos

Relativas

- Diabetes mellitus (com compromisso vascular, renal, oftalmológico ou outro é contra-indicação absoluta)
- Hipertensão ($\geq 160/100$ mmHg é contra-indicação absoluta)
- Hiperlipidémia
- Depressão grave
- Síndrome de má-absorção
- Cefaleia grave, tipo enxaqueca
- Epilepsia e outras doenças cuja terapêutica possa interferir com a pílula
- Varizes acentuadas (por maior risco tromboembólico)

Submeter as utilizadoras da pílula, nas situações referidas, a um controlo periódico cuidadoso.

A existência de duas ou mais contra-indicações relativas pode transformar a situação em contra-indicação absoluta.

EFEITOS COLATERAIS

- **Náusea e vômitos.** São comuns nos primeiros dias, mas rapidamente desaparecem.
- **Alteração do fluxo menstrual.** É frequente, com o COC, verificar-se uma diminuição na quantidade e duração do fluxo. Pode mesmo surgir, eventualmente, amenorreia sem significado patológico; nestas situações, há que excluir a existência de gravidez.

- **Spotting.** Não são raras pequenas perdas de sangue ao longo dos primeiros ciclos dos COC e que desaparecem espontaneamente. Se permanecer por vários ciclos, pode-se mudar para outra pílula com dosagem superior de estrogéneo.
Com a pílula progestativa, as irregularidades do ciclo são comuns e não têm significado patológico.
- **Mastodínia.** Ocorre, com frequência, no início da utilização e desaparece com a continuidade do uso. As mulheres mais magras são mais sujeitas a estas queixas. Qualquer nódulo ou tumefacção limitada deve ser correctamente avaliada.
- **Alteração do peso.** Pode ocorrer aumento de peso, geralmente, associado ao aumento do apetite. É útil a sugestão de uma alimentação correcta e de exercício físico.
- **Depressão.** A maioria das utilizadoras sente-se mais tranquila e confiante, porque é liberta do receio duma gravidez. No entanto, se se estabelecer uma relação entre o aparecimento da depressão e a pílula, deverá ser escolhido outro método.

A mulher deve ser claramente informada sobre a possibilidade do aparecimento das alterações acima referidas e do seu carácter transitório; só assim ela se sentirá tranquila e não suspenderá o método.

RISCO TROMBOEMBÓLICO

De acordo com as conclusões do Comité de Especialidades Farmacêuticas (CPMP) da Agência Europeia de Avaliação de Medicamentos (EMA), e relativamente a informação disponível em Setembro de 2001:

“O tromboembolismo venoso (TEV) é um efeito secundário **raro** dos COC. O aumento do risco de TEV nas utilizadoras de COC é **inferior** ao risco de TEV associado à gravidez e é mais elevado durante o primeiro ano de utilização, para qualquer COC.

As mulheres que utilizam um COC contendo desogestrel ou gestodeno com 30 µg de etinilestradiol (EE) apresentam um pequeno aumento do risco de TEV, comparativamente às mulheres que utilizam COC contendo levonorgestrel e a mesma dosagem de EE. Para os COC contendo desogestrel ou gestodeno com 20 µg de EE, os dados epidemiológicos não sugerem um risco de TEV menor do que para os que contêm 30 µg de EE.

No entanto, o risco de ocorrência deste efeito secundário é baixo, e o *balanço global entre os benefícios e os riscos permanece favorável para todos os CO disponíveis*”.

PRÁTICA CLÍNICA

A prescrição, pela primeira vez, de um COC a uma mulher deverá ter em consideração o maior risco relativo de TEV dos COC com, pelo menos, 20 µg de etinilestradiol em combinação com desogestrel ou gestodeno (formulações mono-, bi-, ou trifásicas) em relação ao risco associado aos COC com menos de 50 µg de etinilestradiol e levonorgestrel, risco esse que é maior durante o primeiro ano de uso.

Não há quaisquer motivos para que as mulheres que fazem habitualmente um COC interrompam ou modifiquem esta terapêutica.

14

História clínica

Investigar as possíveis contra-indicações absolutas e relativas atrás mencionadas.

Exame físico

Com especial atenção para:

- medição da TA e do peso/altura
- exame mamário
- exame ginecológico (o início do método não deve depender da realização deste exame, salvo em situações que a clínica justifique)

Outros exames

- Colheita para colpocitologia, de acordo com as orientações técnicas da DGS

Em determinadas situações, e *só quando necessário*, pedir exames complementares, como glicémia e provas de função hepática, entre outros.

ACONSELHAMENTO

O aconselhamento deve ser claro, objectivo e adaptado à capacidade de compreensão da mulher. Os benefícios não contraceptivos da pílula devem ser realçados, os seus efeitos colaterais explicados e a necessidade da toma regular sublinhada.

Em situações em que há necessidade de início imediato do método, a CO pode ser fornecida sem consulta médica prévia.

Considerar o risco de infecção por DTS, aconselhar o uso simultâneo de preservativos e fornecê-los.

Devem ser fornecidos contraceptivos para um período de tempo prolongado, no mínimo 6 meses, para as utilizadoras de longa data.

Início do método

COC

A pílula deve ser iniciada no 1.º dia da menstruação. (em casos particulares, a pílula pode ser iniciada até ao 7.º dia do ciclo, desde que seja utilizado um método adicional por um período de uma semana).

Tomar diariamente, e à mesma hora, durante 21 dias.

Interromper 7 dias.

Recomeçar nova embalagem.

POC

Iniciar ao longo do 1.º mês do pós-parto. Fora do período do aleitamento, iniciar no 1.º dia do ciclo. Tomar diariamente e à mesma hora, ininterruptamente (sem intervalos livres).

Quando a mulher der apenas uma ou duas mamadas/dia, pode fazer-se a passagem para o COC. Termina uma embalagem de POC e inicia no dia imediato o COC.

ADVERTÊNCIAS

Esquecimento

Quando não se toma 1 comprimido no horário habitual, convém tomá-lo assim que possível, desde que não tenham sido ultrapassadas 12 horas, mantendo a toma correspondente a esse dia; neste caso, não é necessária nenhuma contraceção suplementar. Quando o esquecimento for além de 12 horas, deixar o comprimido que foi esquecido, continuar a tomar a pílula, utilizando, durante 7 dias, outro método associado (preservativo ou espermicida).

Atenção: no caso de utilização do POC, **fora da amamentação ou se a mulher já menstrua**, um atraso de 3 horas na toma habitual obriga a utilização de um método suplementar durante os dois dias seguintes.

Paragem

Não há nenhuma vantagem em interromper periodicamente a pílula.

Quando a utilizadora desejar engravidar, deve ser avisada de que só o deve tentar após uma menstruação espontânea (menstruação sem pílula), pelo efeito conhecido de a pílula induzir atraso da ovulação e, por esse facto, perturbar o cálculo da idade gestacional. A essas mulheres deve ser recomendada a ingestão de ácido fólico, no mínimo, dois meses antes de interromper a pílula.

A pílula não induz malformações fetais ou aborto.

A pílula deve ser interrompida 4 semanas antes de uma intervenção cirúrgica em que se preveja imobilização superior a uma semana, ou em qualquer outra situação em que tal imobilização se verifique.

Não esquecer de aconselhar o uso de um método contraceptivo alternativo.

Precauções

Utentes que estejam medicadas com:

- fenitoina, carbamezapina, barbituratos, primidona, topiramato (mas não com valproato de sódio), para epilepsia
- griseofulvina, para fungos
- espironolactona
- rifampicina

deverão associar outro método. Se a terapêutica for de longa duração, será preferível mudar de método. Considerar a utilização de Depo-Provera ou do DIU.

Quando houver um episódio grave de diarreia ou vômitos, associar outro método durante 7 dias.

VIGILÂNCIA

Objectivo

- Motivar a continuidade.
- Verificar se a utilização é correcta.
- Detectar possíveis complicações.

Frequência das consultas

- Cerca de 3 meses após o início da contracepção.
- De 6 em 6 meses ou anualmente, de acordo com as características da utilizadora, os factores de risco associados, e sempre que surjam complicações.

Perguntas sobre

- Existência de efeitos colaterais.
- Regularidade dos ciclos.
- Ocorrência de esquecimento da pílula, avaliando a adequação ao método.

Exame físico e ginecológico

- Deve ser efectuado anualmente.

Os serviços devem assegurar o atendimento em tempo útil, perante sintomas que necessitem de esclarecimento imediato.

- É muito eficaz, segura e reversível
- É de longa duração, não exigindo o compromisso diário da mulher
- Pode ser usada em qualquer idade
- Não tem os efeitos colaterais do estrogéneo
- Provoca irregularidade menstrual, que varia entre *spotting* e amenorreia
- Pode provocar atraso de alguns meses no retorno da fertilidade
- Tem efeitos benéficos em certas situações clínicas, como nas doenças hemolíticas homozigotas e na epilepsia.

TIPOS

- **Depo-Provera 150 mg (DMPA)**- Acetato de medroxiprogesterona, solução aquosa

EFICÁCIA

- 0,0 a 1,3 gravidezes por 100 mulheres / ano

MODO DE UTILIZAÇÃO

Uma injeção intramuscular profunda, até ao 7.º dia do ciclo e repetida de **12 em 12 semanas**. No pós-parto e pós-aborto, a injeção pode ser feita em qualquer data ao longo do 1.º mês (ou mais tarde, se se excluir gravidez).

Não massajar o local da injeção. Se houver razão que o justifique, a injeção pode ser repetida 2 a 4 semanas mais cedo ou 2 semanas mais tarde do que a data prevista, sem compromisso da eficácia.

As mulheres que optem por este método devem ser informadas sobre o significado das irregularidades do ciclo menstrual e tranquilizadas, em particular no que se refere a amenorreia.

VANTAGENS

- A utilização é prática; não interfere com a relação sexual e não necessita de motivação diária como os CO.
- Não tem os efeitos secundários dos estrogéneos.
- Pode ser usada durante o aleitamento, melhorando mesmo a quantidade de leite materno.
- A amenorreia que provoca pode ser útil em situações de anemia crónica ou discrasias sanguíneas. Estimula a eritropoiese, aumentando os níveis de hemoglobina.

- Diminui o risco de DIP, gravidez ectópica e carcinoma do endométrio.
- Não tem efeitos significativos sobre os factores de coagulação, a fibrinólise, a tensão arterial ou a função hepática.
- Melhora algumas situações patológicas, como a endometriose, a anemia de células falciformes e a epilepsia.

DESVANTAGENS

- Em regra, os injectáveis provocam irregularidades do ciclo menstrual, que podem variar entre *spotting* e amenorreia. A hemorragia grave é um acontecimento raro.
- Pode haver um atraso de alguns meses no retorno aos níveis anteriores de fertilidade. Não há evidência de nenhum compromisso definitivo da fertilidade.
- Em algumas mulheres, verifica-se um acentuado aumento do apetite, o que pode conduzir, eventualmente, ao aumento de peso.
- Pode causar, em certas mulheres, cefaleia, mastodínia, acne, queda de cabelo e diminuição do desejo sexual.
- Não protege contra as DTS.

INDICAÇÕES

- Quando é necessário um método de grande eficácia e, por qualquer razão, os CO e o DIU não são desejáveis. Por exemplo: quando os estrogéneos não estão indicados, quando há interferência entre os CO e outra medicação (tuberculose, epilepsia), no caso das mulheres que não sejam capazes de tomar os CO com regularidade e recusem o DIU, sejam fumadoras com mais de 35 anos de idade ou portadoras de deficiência mental.
- Quando existe uma situação patológica que pode ser melhorada com este contraceptivo, nomeadamente anemia de células falciformes homozigota, epilepsia e endometriose.
- Quando se pretende uma contracepção eficaz de curta duração, por exemplo, enquanto se aguarda laqueação de trompas ou vasectomia e no período pós-vasectomia.
- No pós-parto.

CONTRA-INDICAÇÕES

Absolutas

- Gravidez
- Neoplasias hormonodependentes, embora o DMPA seja utilizado em doses muito superiores às contraceptivas, no tratamento do carcinoma do endométrio
- Hipertensão grave
- Diabetes Mellitus com lesões vasculares
- Antecedentes de acidente cardiovascular tromboembólico
- Doença hepática em actividade

Relativas

- Hemorragia vaginal de causa não esclarecida
- Mulheres que desejam engravidar imediatamente após a suspensão do método
- Mulheres que não aceitam as irregularidades do ciclo

PRÁTICA CLÍNICA

O mesmo que para os CO.

CONTRACEPÇÃO HORMONAL – IMPLANTE

- É muito eficaz, segura e reversível
- De longa duração, não exige o compromisso diário da mulher
- Pode ser usada em qualquer idade
- Não tem os efeitos colaterais do estrogéneo
- Rápido retorno da fertilidade, após a remoção do implante
- Provoca irregularidade menstrual que varia entre *spotting* e amenorreia

20

TIPOS

- **Implanon** – É o único implante, actualmente, comercializado em Portugal.

Trata-se de um bastonete de vinilacetato de etileno, com 4 cm de comprimento, que contém 68 mg de 3-ceto-desogestrel.

O progestagéneo é libertado lentamente e o efeito contraceptivo prolonga-se por 3 anos.

EFICÁCIA

- 0 a 0,07 gravidezes por 100 mulheres/ano

MODO DE UTILIZAÇÃO

A inserção e a remoção do implante são procedimentos simples, mas que devem ser executados por profissional treinado para o efeito. O implante é inserido por via subcutânea, no antebraço.

Quando inserir o implante?

- A inserção deve ser efectuada, preferencialmente, até ao 5.º dia do ciclo e, neste caso, não necessita de contracepção suplementar. Pode, no entanto, ser feita em qualquer altura do ciclo, excluída a possibilidade da existência de uma gravidez, e deve ser aconselhado o uso simultâneo de um método de barreira, durante 7 dias.
- Imediatamente após um aborto precoce e, entre a 3.ª e 4.ª semanas do puerpério ou do pós aborto do segundo trimestre. Quando o implante é inserido mais tarde, deve ser aconselhado o uso de outro método durante 7 dias.

- Imediatamente após o último comprimido de CO combinada ou, o mais tardar, no dia em que deveria retomar a CO. No caso da pílula progestativa, em qualquer altura, utilizando um método adicional por 7 dias.

Quando pode ser retirado o implante?

- Em qualquer momento. Se não se pretende uma gravidez, deve ser iniciado de imediato outro método contraceptivo.

Pode surgir dor ou edema ligeiros no local da inserção do implante. Complicações mais graves, após os procedimentos de inserção e remoção, são raras.

As mulheres que optem por este método devem ser informadas sobre o significado das irregularidades do ciclo menstrual e tranquilizadas, em particular no que se refere a amenorreia.

VANTAGENS

- A utilização é prática e o efeito de longa duração.
- Não interfere com a relação sexual e não necessita de motivação diária como a CO.
- Não tem os efeitos secundários dos estrogéneos.
- Não interfere com o aleitamento.
- Melhora a dismenorreia.
- Não tem efeitos significativos sobre os factores de coagulação, a fibrinólise, a tensão arterial ou a função hepática.
- Não mostrou ter efeitos adversos sobre a massa óssea.

DESVANTAGENS

- Em regra, verificam-se irregularidades do ciclo menstrual, que podem variar entre *spotting* e amenorreia. A aceitabilidade de um dado padrão de hemorragia é muito influenciada pelo aconselhamento fornecido pré-inserção.
- Em algumas mulheres verifica-se, ao longo do tempo, um ligeiro aumento de peso.
- Pode causar, em certas mulheres, cloasma, cefaleia, náuseas, mastalgia e variações de humor.
- Necessita de um profissional treinado para a inserção e remoção.
- É relativamente dispendioso.
- Não protege contra as DTS.

INDICAÇÕES

- Quando é necessário um método de grande eficácia e, por qualquer razão, os CO e o DIU não são desejáveis, como é, por exemplo, o caso das mulheres que não podem tomar estrogéneos, das que não são capazes de tomar os CO com regularidade e recusam o DIU, assim como das fumadoras com mais de 35 anos de idade e das portadoras de deficiência mental.

CONTRA-INDICAÇÕES

22 ● ●

ABSOLUTAS

- Gravidez
- Neoplasias hormonodependentes
- Diabetes Mellitus com lesões vasculares
- Antecedentes de acidente cardiovascular tromboembólico
- Doença hepática crónica ou em actividade

RELATIVAS

- Hemorragia vaginal de causa não esclarecida
- Mulheres que não aceitam as irregularidades do ciclo

As interacções medicamentosas, que possam resultar num aumento da depuração das hormonas sexuais, podem conduzir a falência contraceptiva. Podem esperar-se interacções com hidantoínas, barbitúricos, primidona, griseofulvina, carbamazepina e rifampicina. As mulheres que utilizam estes medicamentos por longos períodos devem ser aconselhadas a escolher outro método contraceptivo.

PRÁTICA CLÍNICA

O mesmo que para os CO.

A mulher que deseje a inserção do implante contraceptivo deve ser referenciada para a consulta de planeamento familiar do hospital da Unidade Funcional.

O seguimento das utilizadoras do implante deve fazer-se de acordo com o protocolo estabelecido, através da UCF.

Recomenda-se :

1.^a consulta, após a inserção, aos 3 meses

Consultas seguintes, de 6 em 6 meses ou anuais, de acordo com a necessidade e disponibilidade da utente.

ADVERTÊNCIAS

- Pode ocorrer expulsão do implante se este for incorrectamente colocado.
- **Após a inserção do implante, o aparecimento e persistência de:**
 - Acidente vascular tromboembólico*
 - Doença cardíaca isquémica*
 - Hipertensão sustentada*
 - Cefaleia, tipo enxaqueca, com alterações da visão*
 - Icterícia ou doença hepática*

recomenda a mudança de método contraceptivo

- Virtualmente, o Implanon inibe a ovulação e, nesse sentido, o risco de gravidez ectópica é mínimo. No entanto, se ocorrer gravidez ou perante um quadro de dor abdominal intensa, a hipótese de gravidez ectópica deve ser excluída.

DISPOSITIVO INTRA-UTERINO

- É muito eficaz, reversível e de longa duração
- A eficácia e eventuais complicações dependem, em grande parte, da competência do técnico
- O dispositivo Cu T – 380 pode permanecer no útero, pelo menos durante 10 anos
- Não é aconselhável a mulheres com risco aumentado de contrair DTS
- Os DIU com conteúdo hormonal podem estar indicados quando se pretende, simultaneamente, outro efeito além do contraceptivo
- A utilização do DIU pode tornar o fluxo menstrual mais abundante e prolongado

TIPOS

- Dispositivos inertes de polietileno (não comercializados, actualmente, em Portugal)
- Dispositivos activos – Com cobre: Gine-T, Multiload, Monalisa, Gravigard
 - Com cobre e prata: Nova -T
 - Com levonorgestrel: Mirena

Estudos clínicos demonstram que todos os DIU de cobre podem permanecer no útero por um período de, pelo menos, **5 anos**, e muitos são eficazes por mais tempo.

O DIU Cu T-380 A, aprovado pela FDA e pela OMS, tem uma eficácia de, pelo menos, 10 anos.

Os DIU inertes não precisam de ser substituídos.

O Mirena tem uma quantidade de levonorgestrel para 7 anos, pelo menos.

EFICÁCIA

- 0,1 a 2 gravidezes em 100 mulheres ano.
A eficácia aumenta com os anos de utilização.
A eficácia é maior nas mulheres com filhos e nas menos jovens.
O DIU deve permanecer no útero até um ano após a menopausa.

VANTAGENS

- A acção do DIU não depende da mulher; assim, a sua eficácia teórica é muito semelhante à eficácia prática
- Requer um único acto de motivação para um efeito de longa duração
- Não tem efeitos sistémicos (com excepção dos com conteúdo hormonal)
- Não interfere no acto sexual
- Não interfere com a amamentação
- Pode permanecer no útero por muitos anos
- Permite um rápido retorno aos níveis anteriores de fertilidade
- Contribui para a redução da incidência de gravidez ectópica (reduz o número de espermatozóides que atinge a trompa). Este efeito é menos significativo do que o obtido com os COC e o DPMA

DESVANTAGENS

- Não protege contra as DTS
- A DIP é mais frequente, após as DTS, em mulheres que utilizam o DIU (não parece ser o caso verificado com o Mirena)
- Necessita de profissional treinado para a sua colocação

INDICAÇÕES

- Mulheres que tiveram filhos e desejam uma contracepção muito eficaz
- Mulheres que necessitam de um método muito eficaz e a quem a contracepção hormonal está contra-indicada
- Mulheres que se esquecem, com frequência, de tomar a pílula
- Fumadoras com mais de 35 anos
- Mulheres cujos companheiros estão ausentes por períodos irregulares de tempo
- Nulíparas que não são capazes de utilizar outro tipo de contracepção ou não podem fazê-lo (devem ser explicados os riscos que podem advir de uma infecção por DTS)
- O Mirena está indicado para as mulheres que preferem o DIU e têm fluxo menstrual abundante e dismenorrea

CONTRA-INDICAÇÕES

Absolutas

- Gravidez
- DIP activa ou episódios recorrentes
- Qualquer hemorragia uterina anormal cujo diagnóstico não foi estabelecido
- Suspeita de neoplasia uterina
- Anomalias da cavidade uterina
- Doentes com medicação imunossupressora
- Doentes portadoras de HIV ou com SIDA
- Alergia ao cobre (rara) e doença de Wilson (para DIU com cobre)

Relativas

- Gravidez ectópica anterior (ponderar o uso de COC ou DMPA, que previnem a GE)
- Menorragia; o DIU pode aumentar a quantidade de sangue perdido na menstruação
- Anemia crónica, incluindo a Talassemia e Drepanocitose
- Um único episódio de DIP (ponderar o risco de reinfeção)
- Infecções cervicovaginais: tratar antes da inserção. A erosão simples do colo não é contra-indicação
- Fibromas uterinos; não são contra-indicação, desde que não deformem a cavidade e não provoquem hemorragia
- Nuliparidade. Avaliar risco/benefício
- Doença cardíaca valvular (a inserção deve ser feita sob cobertura antibiótica)
- Medicação habitual com corticoesteróides sistémicos

EFEITOS COLATERAIS

- **Dor pélvica.** Pode ocorrer no momento e durante alguns dias após a colocação. Dor intensa e persistente deve levar à extracção do DIU.
- **Spotting.** Hemorragia irregular ou *spotting* podem ocorrer nos primeiros meses após a colocação, desaparecendo com o tempo.
- **Menstruações mais abundantes.** É vulgar um aumento da quantidade ou da duração do fluxo menstrual.
- **Corrimento vaginal.** Há um aumento da secreção mucóide, que não tem significado patológico e que não deve ser confundido com infecções cervicovaginais.

Nota: devido à libertação de progesterona, o Mirena, ao contrário dos outros DIU, reduz o fluxo menstrual, a dismenorreia e o corrimento vaginal. Pode ocorrer spotting e amenorreia.

Complicações

- **Expulsão.** Ocorre com mais frequência nos 3 primeiros meses após a colocação e resulta, geralmente, numa inserção baixa do DIU. A expulsão pode ser total ou parcial e provoca dores ligeiras e hemorragia intermenstrual. A taxa de expulsão diminui com a idade, paridade e meses de utilização.
- **Infecção pélvica.** Ocorre em cerca de 2% das utentes. Geralmente, deve-se à falta de assepsia no momento da inserção ou a DTS adquirida pela mulher, e cuja progressão a presença do DIU vem facilitar (o DIU por si só não causa infecção). São sintomas: dor pélvica, corrimento vaginal, perda anormal de sangue e febre. O tratamento habitual é com antibiótico de largo espectro. Se o quadro não melhorar ao fim de 48 horas de tratamento, retirar o DIU.
- **Gravidez.** A gravidez é rara entre as utilizadoras de DIU. Quando confirmada a existência de **gravidez intra-uterina**, e se se pretende que ela evolua, deve extrair-se o DIU o mais precocemente possível, o que é simples, se os fios forem visíveis. Se os fios não são visíveis deixa-se o DIU *in situ* e a gravidez deve ser considerada de risco e referenciada. A gravidez pode evoluir normalmente com DIU, mas há um risco acrescido de aborto espontâneo, hemorragia, amnionite e parto pré-termo.
Não há evidência de aumento do risco de malformações congénitas. Apesar de os DIU, especialmente o TCu 380 A oferecerem uma protecção significativa contra a gravidez ectópica, quando ocorre gravidez em portadora de DIU, 1 em cada 30 é ectópica. A gravidez ectópica é uma emergência que deve ser referenciada imediatamente.

Nota: À medida que forem concluídos estudos demonstrando a eficácia de alguns DIU por períodos de tempo mais longos, estes novos prazos de utilização serão, também, aprovados. A substituição menos frequente dos DIU reduz o risco de perfuração, de DIP ou das outras complicações que geralmente ocorrem durante ou logo após a inserção. Por outro lado, inserções menos frequentes tornam o método mais conveniente e menos dispendioso.

Mulheres que tenham um Lippes-Loop (DIU sem cobre) colocado, e que não apresentem queixas, não necessitam remover o DIU senão após a menopausa.

PRÁTICA CLÍNICA

Antes da inserção

A selecção cuidada das utilizadoras, a sua informação adequada quanto aos efeitos colaterais e um procedimento técnico correcto no momento da inserção são aspectos importantes para o uso bem sucedido do DIU.

- **História Clínica.** Investigar as possíveis contra-indicações absolutas e relativas atrás mencionadas.
- **Exame físico e ginecológico.** Verificar se o colo e vagina não apresentam nenhuma patologia que contra-indique a introdução do DIU. Exame bimanual, com especial atenção para o tamanho, forma, posição e mobilidade do útero e anexos.
- **Informação da mulher.** Mostrar o DIU; explicar a eficácia e reversibilidade; informar sobre os efeitos colaterais e dar a conhecer os sinais de alarme que a devem levar à consulta:
 - dores pélvicas
 - corrimento purulento
 - hemorragia anormal
 - atraso menstrual

Momento da inserção

Excluída a possibilidade de uma gravidez, o DIU pode ser colocado em qualquer fase do ciclo. Quando há dúvidas quanto à possibilidade de gravidez, o DIU não deve ser colocado na semana que antecede a menstruação.

Pode ser colocado 4 a 6 semanas após o parto ou aborto.

Pode ser colocado imediatamente após uma IVG feita em gravidez inferior a 12 semanas.

Um segundo DIU pode ser colocado em substituição, imediata, de outro que foi extraído.

O DIU pode ser utilizado como contracepção de emergência.

Técnica de inserção

Efectuar o toque bimanual, certificando-se do tamanho e posição do útero.

Introduzir o espéculo na vagina, visualizar o colo do útero e as paredes da vagina, e desinfetar com uma solução antisséptica.

Prender o colo do útero com uma pinça de Pozzi (duas garras), fazer uma ligeira tracção para corrigir a flexão uterina.

Introduzir o histerómetro e determinar o tamanho e orientação da cavidade uterina.

Montar o DIU no interior da cânula, imediatamente antes da inserção.

O DIU é colocado na cavidade uterina através do canal cervical e de acordo com a técnica indicada para cada tipo de DIU, ficando apenas no exterior o filamento do dispositivo, que deverá ser cortado a cerca de 2 cm do orifício externo do colo.

Complicações da inserção

- Dores ou contracções uterinas, mais frequentes nas nulíparas.
- Hemorragia do colo nos pontos de fixação da pinça de garras.
- Lipotímia por reacção vaginal (rara).
- **Perfuração.** Ocorre em 0,01% das mulheres. Se houver suspeita de perfuração no momento da histerometria, o DIU não deve ser colocado. Se houver suspeita após a colocação, deve-se referenciar a mulher para que seja feita a localização do DIU por ecografia ou RX simples da pelve (frente e perfil) com um contraste na cavidade uterina, por ex., com o histerómetro.

VIGILÂNCIA

Objectivo

- Motivar a continuidade.
- Confirmar a presença do DIU.
- Diagnosticar e tratar eventuais complicações.

Frequência das consultas

- Cerca de 4-6 semanas após a colocação; de 6 em 6 meses, ou de ano a ano, de acordo com a necessidade e disponibilidade da utente.

Perguntas sobre

- Data da última menstruação.
- Características menstruais.
- Ocorrência de hemorragia irregular.
- Existência de dores pélvicas ou corrimento vaginal.

Exame ginecológico

- O exame ginecológico (incluindo a visualização com espécuro) deve ser efectuado em todas as consultas de controlo.

Exames complementares

- Colheita para colpocitologia, de acordo com as orientações técnicas da DGS.

PRESERVATIVO MASCULINO

- O preservativo, além de evitar a gravidez, diminui o risco de contrair DTS
- A eficácia depende da utilização correcta e sistemática. Quanto mais frequente for a utilização, maior será a experiência no uso correcto e maior será a eficácia.
- Pode ser utilizado com outro método contraceptivo, para a prevenção das DTS e, como coadjuvante, na protecção contra a gravidez
- Algumas pessoas recusam o preservativo, objectando que o seu uso interrompe a relação sexual, reduz a sensibilidade ou causa embaraço
- Quem utiliza o preservativo deve ser informado/a sobre a possibilidade de recurso à contracepção de emergência

EFICÁCIA

- 5 – 10 gravidezes em 100 mulheres / ano

VANTAGENS

- Protege contra as DTS e respectivas consequências.
- Não tem efeitos sistémicos.
- Não necessita de supervisão médica.
- Fomenta o envolvimento masculino na contracepção e na prevenção das DTS.
- Pode contribuir para minorar situações de ejaculação prematura.

DESVANTAGENS

- Embora raramente, em alguns indivíduos pode haver manifestações alérgicas, ligadas ao látex ou ao lubrificante
- Se não for usado correctamente, pode rasgar durante o coito ou ficar retido na vagina.
- Pode interferir negativamente com o acto sexual.

MODO DE UTILIZAÇÃO

Abriu a embalagem com cuidado para não danificar o preservativo.

Colocar o preservativo no início do acto sexual, com o pénis em erecção e antes de qualquer contacto.

Aplicar o preservativo sobre a glande, assegurando-se de que o reservatório não fica insuflado; empurrar o anel do preservativo, desenrolando-o até à base do pênis.

Retirar logo após a ejaculação. Dar um nó na extremidade aberta do preservativo e deitar fora num local conveniente.

Utilizar uma única vez.

Utilizar preservativos com depósito na extremidade. Conservá-los ao abrigo do calor e da humidade.

Se for necessário o uso de lubrificantes, não optar pelos oleosos, como vaselina ou Visco-gel; utilizar lubrificantes aquosos, como o Ky-gel.

Nota: Fornecer preservativos em número suficiente, de modo a promover a continuidade e consistência da utilização. Na falta de outra referência, calcular a necessidade de 3 preservativos/semana. Devem ser fornecidos para 6 meses.

ESPERMICIDA

- **A eficácia depende da utilização correcta e sistemática.**
Utilizado como único contraceptivo, é mais recomendável em situações de reduzida fertilidade, como, por exemplo, na perimenopausa
- **Pode ser utilizado como coadjuvante de outros métodos contraceptivos**
- **Oferece alguma protecção contra as DTS e suas consequências** (embora menos que o preservativo)
- **Os espermicidas não são teratogénicos**

TIPOS

- Cremes
- Espumas
- Esponjas
- Cones e Comprimidos Vaginais

EFICÁCIA

- Quando utilizados isoladamente, 10 a 30 gravidezes em 100 mulheres / ano

VANTAGENS

- É um método controlado pela mulher
- Não tem efeitos sistémicos
- A utilização é fácil e não necessita de supervisão clínica
- Pode aumentar a lubrificação vaginal (cremes e cones)

32

DESvantagens

- Pode provocar reacções alérgicas ou irritativas na mulher ou no homem
- Interfere com a relação sexual, se não for inserido com antecedência
- Alguns espermicidas devem ser colocados na vagina pelo menos 10 minutos antes da ejaculação (comprimidos, cones)
- Alta taxa de falha

MODO DE UTILIZAÇÃO

Introduzir o espermicida profundamente na vagina.

O intervalo entre a aplicação do espermicida e a relação sexual pode ir até 60 minutos.

Sempre que ocorra nova relação sexual, deverá ser feita uma aplicação adicional de espermicida.

Nas 6 horas seguintes ao acto sexual, não deverão ser efectuados duches vaginais.

Alguns espermicidas, principalmente cones ou supositórios, devem ser guardados em locais frescos.

Ler atentamente as instruções de uso que acompanham cada produto específico.

PRESERVATIVO FEMININO*

EFICÁCIA

- Cerca de 10 gravidezes em 100 mulheres / ano

VANTAGENS

- Protecção contra as doenças transmitidas sexualmente e respectivas consequências
- Ausência de efeitos sistémicos
- Pode ser colocado em qualquer momento antes da penetração do pénis; não é necessária a retirada imediata do pénis após a ejaculação
- É mais resistente do que o preservativo masculino

DESVANTAGENS

- Dificuldade na utilização

MODO DE UTILIZAÇÃO

Segurar no preservativo estreitando o anel interior com os dedos indicador e polegar. Com a outra mão, afastar os pequenos lábios enquanto se introduz o preservativo profundamente na vagina; assegurar-se que o anel exterior permanece fora da vagina, cobrindo os pequenos lábios.

Utilizar uma única vez.

DIAFRAGMA*

EFICÁCIA

- 15 gravidezes em 100 mulheres / ano

VANTAGENS

- Diminui o risco de DIP
- Não tem efeitos sistémicos
- Não interfere com o acto sexual, podendo ser inserido até 24 horas antes do mesmo

DESVANTAGENS

- Dificuldade na utilização

** O preservativo feminino e o diafragma não se encontram disponíveis no mercado português, neste momento. No entanto, como são métodos comercializados noutros países europeus, e pode haver mulheres que os utilizem, são aqui abordados.*

CONTRA-INDICAÇÕES

- Cistocelo, rectocelo, prolapso uterino
- Fístulas ou lacerações vaginais
- Alergia à borracha ou ao espermicida

MEDIDA DO DIAFRAGMA

Através de exame ginecológico.

Introduzir os dedos indicador e médio na vagina até que a extremidade do dedo médio toque o fundo do saco posterior; assinalar o ponto no qual o dedo indicador toca o bordo inferior da sínfise púbica. A distância entre este ponto e a extremidade do dedo médio, menos 1 cm, corresponde ao diâmetro do diafragma, que, convertido em mm, dará o número do diafragma.

Esta medida deverá ser reavaliada após o parto, cirurgia pélvica, ganho ou perda de peso acentuados.

MODO DE UTILIZAÇÃO

A mulher deve pegar no diafragma com uma das mãos, estreitando o aro com os dedos indicador e polegar. Com a outra mão afasta os pequenos lábios enquanto introduz o diafragma na vagina.

O diafragma é empurrado ao longo da parede posterior da vagina, de modo a que a sua extremidade anterior (ao nível do orifício vulvar) fique de encontro à parede posterior da sínfise púbica. O aro do diafragma deve tocar as paredes vaginais laterais.

O diafragma deve cobrir o cérvix e não deve causar qualquer incómodo.

Deve-se pedir à utente para inserir o diafragma antes de sair da consulta e verificar se foi correctamente colocado.

Aconselha-se a colocação de um espermicida à volta do aro e no interior do diafragma antes de cada utilização.

Não retirar o diafragma antes de 6 a 8 horas após a relação sexual, nem efectuar irrigações nesse período.

O diafragma poderá permanecer colocado até 24 horas e não mais, devido à possibilidade de ocorrência de infecções. Após a utilização, deverá ser lavado e seco.

Antes de colocar o diafragma, verificar o estado de conservação.

O diafragma não deve ser utilizado nas primeiras 6 a 12 semanas após um parto ou um aborto do 2.º trimestre. Nestes casos, deve ser reavaliado o tamanho do diafragma.

- A mulher aprende a reconhecer e a compreender as modificações fisiológicas do seu ciclo menstrual
- É necessário um grande envolvimento do homem e uma estreita colaboração entre o casal
- Para ser eficaz, necessita de ser utilizado de forma muito rigorosa
- Não tem efeitos colaterais físicos. Métodos que envolvem abstinência sexual prolongada podem ser inadequados para alguns casais
- Pode não ser possível utilizar o método quando houver febre ou infecção vaginal, no pós-parto e durante o aleitamento

TIPOS

- Método do calendário
- Método das temperaturas basais
- Método do muco cervical

EFICÁCIA

- 2 a 20 gravidezes em 100 mulheres / ano
- Varia muito com o método escolhido e com a consistência e correcção da utilização. A eficácia é maior quando se opta por uma combinação dos métodos e quando há abstinência total de relações sexuais, durante o período fértil.

VANTAGENS

- Não tem efeitos físicos.
- Pode ser utilizado para evitar a gravidez, ou para engravidar, de acordo com o desejo do casal .
- É imediatamente reversível.
- É aceitável para alguns grupos religiosos que rejeitam outros métodos.
- Envolve o homem no planeamento familiar.

DESVANTAGENS

- Pode requerer um longo período de abstinência, o que não é aceitável para alguns casais.
- Geralmente são necessários 3 a 6 ciclos para aprender a identificar o período fértil.
- É difícil ou impossível de utilizar durante o aleitamento e o climatério.
- É necessária uma atenção cuidada das modificações fisiológicas do corpo e o registo diário de dados pela mulher.
- Não protege contra as DTS.

36

MÉTODO DO CALENDÁRIO

O óvulo vive, em média, 24 horas e o espermatozóide cerca de 72 horas.

Considerando estes dois dados, e considerando a duração dos ciclos menstruais anteriores (idealmente 12 ciclos), pode calcular-se o período fértil, por subtração de 11 dias ao ciclo mais longo e de 18 dias ao ciclo mais curto.

O período de abstinência corresponde ao período fértil.

Exemplos:

1. Mulher com ciclo regular de 28 dias

$$28 - 18 = 10$$

$$28 - 11 = 17$$

o período fértil será entre o 10.º dia e o 17.º dia do ciclo, inclusive.

2. Mulher com ciclos menstruais entre 25 a 30 dias

$$25 - 18 = 7$$

$$30 - 11 = 19$$

O período fértil será do 7.º ao 19.º dia do ciclo, o que corresponde ao período de abstinência entre o 7.º e o 19.º dia, inclusive.

MÉTODO DAS TEMPERATURAS BASAIS

A temperatura basal do corpo varia ao longo do ciclo menstrual, sendo mais elevada após a ovulação.

A subida da temperatura basal do corpo, a meio do ciclo, é precedida de uma ligeira descida, que corresponde à ovulação. Em muitos casos a subida é abrupta, noutros, leva 4 a 5 dias a estabilizar.

Após 3 dias de manutenção da temperatura elevada, foi ultrapassado o período fértil, e poderão ocorrer relações sexuais, sem risco de gravidez.

Modo de utilização

Medir a temperatura diariamente, durante 3 a 4 minutos, utilizando sempre o mesmo local (boca, vagina ou recto).

Essa medição deverá ser feita de manhã, quando a mulher ainda não tiver tido qualquer actividade, e após, pelo menos, 4 a 5 horas de repouso.

Registar de imediato a temperatura num gráfico.

Alertar para a necessidade de registo de sintomatologia que possa justificar alterações na temperatura.

Registar igualmente alterações do fluxo menstrual, dores, etc.

MÉTODO DO MUCO CERVICAL

O muco cervical aumenta em volume e viscosidade durante o período periovulatório. O período fértil é suposto ter início no 1.º dia em que se observam as alterações do muco. Este período poderá durar 7 a 14 dias.

Os dias subsequentes a 3 dias sem muco são considerados inférteis.

Modo de utilização

Observar diariamente o muco cervical, retirando-o da vagina com dois dedos.

A característica do muco no período infértil é a pouca elasticidade quando distendido entre dois dedos.

No período fértil a elasticidade (filância) pode atingir os 15 a 20 cm.

É da observação diária do muco e da evolução destas características que a mulher poderá identificar o seu período fértil.

Com frequência, a existência de corrimento vaginal, devido a infecção cervical ou vaginal, pode levar a uma interpretação incorrecta do muco.

“1 - A esterilização voluntária só pode ser praticada por maiores de 25 anos, mediante declaração escrita devidamente assinada, contendo a inequívoca manifestação de que desejam submeter-se à necessária intervenção e a menção de que foram informados sobre as consequências da mesma, bem como a identidade e a assinatura do médico chamado a intervir.

2 - A exigência do limite de idade constante do n.º1 é dispensada nos casos em que a esterilização é determinada por razões de ordem terapêutica”

(Lei 3/84 –Art.º 10.º)

Quando uma mulher ou um homem consideram a possibilidade de se submeter à esterilização voluntária, devem receber um aconselhamento cuidadoso, de modo a poderem dar, de facto, o seu consentimento informado. Um aconselhamento correcto pode potenciar a segurança da decisão e evitar o eventual arrependimento posterior.

Para fazer uma escolha informada acerca da esterilização, o/a utente deve compreender que:

- Estão disponíveis outros métodos de contracepção eficazes e reversíveis
- A esterilização é um método cirúrgico
- Para além dos benefícios, há alguns riscos no processo (ambos, riscos e benefícios, devem ser explicados de modo a serem compreendidos)
- Se for bem sucedida, a intervenção irá evitar que a/o utente tenha mais filhos
- O método é considerado permanente e, provavelmente, irreversível
- Antes da intervenção, o/a utente pode mudar de ideia em qualquer momento

Em geral, são mais susceptíveis de arrependimento, após a esterilização, as pessoas nestas circunstâncias:

- Jovens
- Poucos ou nenhum filho
- Não casadas
- Com problemas conjugais
- Oposição do/a companheiro/a à cirurgia

- Período pós-parto e pós-aborto (embora sejam momentos muito convenientes para efectuar a laqueação de trompas, a decisão deve ser tomada ao longo da gravidez, antes do parto)

No entanto, nenhuma dessas circunstâncias contra-indica a esterilização. **A decisão final é sempre do indivíduo.**

Não é necessária a assinatura do/a cônjuge na declaração de consentimento informado da pessoa que vai submeter-se à contracepção cirúrgica.

- A laqueação de trompas e a vasectomia são métodos contraceptivos para mulheres e homens que não desejam ter mais filhos
- São muito eficazes, cómodos e permanentes
- Qualquer dos procedimentos é simples e pode ser efectuado com anestesia local
- Não são conhecidos efeitos colaterais a longo prazo
- Não tem efeitos negativos sobre o desejo e a resposta sexual
- A vasectomia só é efectiva após 20 ejaculações ou 3 meses

LAQUEAÇÃO DE TROMPAS

Tipos

Os procedimentos mais utilizados são:

- **Minilaparotomia:** infra-umbilical (até o 7.º dia pós-parto) suprapúbica (em qualquer data após a 6.ª semana pós-parto)
- **Laparoscopia**

Eficácia

- 0,5 – 1,8 gravidezes em 100 mulheres /ano
Depende do método utilizado. A laqueação pós-parto é um dos métodos mais eficazes, ao contrário da colocação de anéis ou *clips*.

Vantagens

- Um único procedimento permite uma contracepção segura, eficaz e definitiva
- Não interfere com a amamentação

- Não interfere com o acto sexual
- Não tem efeitos colaterais ou riscos para a saúde, a longo prazo
- Pode melhorar o desejo e a resposta sexual, uma vez que elimina o receio de uma gravidez não desejada
- Pode ser realizada no pós-parto ou após uma IVG por doença materna, aproveitando o mesmo período de internamento
- Em alguns serviços pode ser realizada com anestesia local, em regime de ambulatório

Desvantagens

- Requer exame físico e um procedimento cirúrgico por profissional treinado
- Reverter o método é difícil, caro e não disponível em todos os serviços
- Podem surgir algumas complicações imediatas (embora raras), como infecção ou hemorragia, lesão de órgãos internos e acidentes anestésicos
- Quando comparada com a vasectomia, a laqueação de trompas é um procedimento mais dispendioso e que apresenta mais risco de complicações
- Nos casos raros de falha do método, há maior risco de gravidez ectópica do que quando a mulher não utiliza nenhum método contraceptivo
- Não protege contra as DTS

Nota: *A gravidez é rara entre as mulheres submetidas à laqueação de trompas. No entanto, se ocorrer uma gravidez é mais provável que se trate de gravidez ectópica. A gravidez ectópica é uma emergência e deve ser referenciada imediatamente.*

VASECTOMIA

É um procedimento cirúrgico simples e rápido. Não é uma castração, não afecta os testículos e não provoca “impotência”. Após a cirurgia, continua a haver ejaculação, embora o ejaculado não contenha espermatozóides.

Eficácia

- 0,15 gravidezes por 100 homens/ano

Vantagens

- Um único procedimento permite uma contracepção segura, eficaz e definitiva
- Não interfere com o acto sexual
- Não tem efeitos colaterais ou riscos para a saúde, a longo prazo
- Pode melhorar a satisfação sexual, uma vez que elimina o receio de uma gravidez não desejada
- Pode ser realizada com anestesia local, em regime de ambulatório
- Quando comparada com a laqueação de trompas, é ligeiramente mais eficaz, mais segura, mais simples de realizar e mais barata
- A eficácia pode ser avaliada a qualquer momento (mediante espermograma)

Desvantagens

- Requer exame físico e um procedimento cirúrgico por profissional treinado
- Reverter o método é difícil, caro e não disponível em todos os serviços
- Podem surgir algumas complicações imediatas (embora raras), como infecção, hemorragia ou hematoma do escroto
- Dor e edema do escroto são comuns, na primeira semana do pós-operatório
- Não é imediatamente eficaz. As primeiras 20 ejaculações, após a vasectomia, podem conter espermatozóides. O casal deve utilizar outro método contraceptivo nas primeiras 20 relações sexuais ou nos primeiros 3 meses. Dois espermogramas sem espermatozóides asseguram o êxito da cirurgia
- Não protege contra as DTS

Devem ser estabelecidos protocolos, no âmbito das Unidades Coordenadoras Funcionais, entre os centros de saúde e os hospitais de referência, que definam as condições e os prazos de referência para os indivíduos que desejam um método contraceptivo cirúrgico, **com particular atenção para as situações em que uma patologia clínica associada justifica intervenção atempada.**

Os profissionais de saúde têm um papel importante a desempenhar na desdramatização da vasectomia, quando se trata da escolha, em alternativa, dos dois métodos de contracepção cirúrgica.

Não esquecer de recomendar a utilização de um método contraceptivo temporário para o período em que se aguarda a cirurgia.

CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA (CE)

- A CE é o único método que pode ser utilizado *após a relação sexual*, para prevenir a gravidez
- A CE poderia prevenir a maior parte das gravidezes não desejadas que ocorrem, se um maior número de mulheres soubesse que existe esta opção e se a ela tivesse acesso
- Reduzindo o número de gravidezes não desejadas, a CE pode reduzir o número de abortos provocados
- Existe evidência científica de que a CE é eficaz e segura, virtualmente para todas as mulheres

A contracepção de emergência é um recurso importante para a mulher que, não desejando engravidar, teve uma relação sexual não protegida ou um acidente contraceptivo. Tem particular interesse nos casos de violação.

Ter acesso à CE é particularmente importante para os/as adolescentes que, com frequência, têm pouca experiência na utilização da contracepção.

Dar informação sobre a CE e os serviços onde se pode recorrer é um meio de evitar os sérios problemas de saúde que podem advir de uma gravidez precoce.

TIPOS

Disponíveis, em Portugal, no momento:

- Método de Yuzpe
- Método com progestagóstico
- Método do DIU

MÉTODO DE YUZPE

Utiliza CO combinados:

- 8 comprimidos de um CO contendo 30 µg de Etil Etradiol e 150 µg de levonorgestrel (**Microginon ou Neomonovar**), em duas tomas com intervalo de 12 horas (4+4) ou,
- 4 comprimidos contendo 50 µg de Etil Etradiol e 250 µg de Levonorgestrel (**Tetragynon**), em duas tomas com intervalo de 12 horas (2+2)

FÓRMULA	NOME COMERCIAL	COMPRIMIDOS/ /TOMA	DOSES	ADMINISTRAÇÃO
EE 30 µg + LNG 150 µg	Microginon Neomonovar	4	2	1. ^a dose, até 72h após a relação sexual
EE 50 µg + LNG 250 µg	Tetragynon	2	2	2. ^a dose, 12h mais tarde

A utilização de contraceptivos com a mesma dose de estrogéneo, mas com outro tipo de progesterona, não tem a sua eficácia comprovada cientificamente.

MÉTODO COM PROGESTATIVO

2 comprimidos contendo 750 µg de Levonorgestrel em duas tomas com intervalo de 12 horas (1+1).

FÓRMULA	NOME COMERCIAL	COMPRIMIDOS/ /TOMA	DOSES	ADMINISTRAÇÃO
LNG 750 µg	Norlevo	1	2	1. ^a dose, até 72h após a relação sexual 2. ^a dose, 12h mais tarde

Eficácia

2 gravidezes em cada 100 mulheres que utilizam a CE. Os dois métodos são igualmente eficazes.

O risco de gravidez é 4 vezes superior quando não se utiliza a CE.

A eficácia é tanto maior quanto mais precocemente o tratamento for iniciado.

Contra-indicações

Gravidez (A CE não é eficaz, se a gravidez estiver já em curso).

- A CE pode ser dada se houver dúvida acerca da possibilidade de uma gravidez e não houver meios de a comprovar. **Não há evidência científica de que a CE seja teratogénica.**
- A CE é segura, mesmo para as mulheres que têm contra-indicações para o uso prolongado de contracepção hormonal, incluindo as que, geralmente, não poderiam tomar estrogéneos.

Efeitos colaterais

Náusea e Vômitos. Usualmente não ultrapassam 24 horas e são menos frequentes com a CE progestativa.

Se os vômitos ocorrerem nas duas horas seguintes à toma, repetir a dose.

Os anti-heméticos não são muito eficazes quando administrados após o início da náusea. Os anti-heméticos profiláticos podem reduzir os vômitos em algumas mulheres, mas o seu impacto não é tão significativo que justifique a prescrição sistemática em todos os casos.

Spotting. Algumas mulheres têm pequenas perdas de sangue após a CE. A maioria terá período menstrual na data prevista ou mais cedo.

Tensão mamária, cefaleia, tonturas e fadiga. Não são significativos e desaparecem em 24 horas.

Modo de utilização

Excluir a possibilidade de a mulher estar grávida, determinando a data da última menstruação.

Verificar o tempo decorrido desde a relação sexual não protegida, assegurando-se de que não foram ultrapassadas 72 horas.

Nenhum exame pélvico ou outros testes são necessários, a menos que se suspeite da existência de uma gravidez, ou existam outras razões médicas.

É recomendável dispor sempre de uma embalagem de contraceptivos, de modo a poder fornecê-los de imediato.

MÉTODO DO DIU

Os DIU com cobre podem ser usados como um método de CE, sendo sobretudo apropriados para aquelas mulheres que desejam manter o DIU como contraceção permanente e que cumprem os requisitos para o seu uso regular.

A utilização do DIU como CE requer a intervenção de um profissional mais capacitado do que no caso do Método de Yuzpe, nomeadamente no que se refere ao diagnóstico de uma gravidez, de uma infecção pélvica ou da avaliação do risco de uma DTS. O seu uso generalizado é, assim, bastante mais restrito.

Eficácia

O DIU pode ser inserido em qualquer momento do ciclo, no período máximo de 5 dias após a relação sexual não protegida. Inserido nestas condições, o DIU é o método de CE mais eficaz; menos de 1 em 100 mulheres ficará grávida.

Aconselhamento

Em algumas destas situações, as mulheres podem apresentar grande ansiedade; o aconselhamento deve ser efectuado de uma forma ainda mais compreensiva e isenta de juízos de valor.

Discutir:

- O grau de eficácia e de segurança do método
- Os possíveis efeitos colaterais e a forma de os minorar
- A necessidade de utilizar outro método contraceptivo em próximas relações sexuais (preservativo ou espermicida), até ao aparecimento da menstruação seguinte
- As possíveis alterações da próxima menstruação (que pode surgir alguns dias mais cedo, ou mais tarde, do que o esperado)
- A necessidade de voltar à consulta, caso o período menstrual atrase mais de uma semana, ou se houver alguma queixa
- A eventual possibilidade de contacto com uma DTS

Deve ser acentuado, de forma sistemática, que a contracepção de emergência não é um método contraceptivo de uso regular, mas sim um recurso. Devem ser discutidos outros métodos contraceptivos para uso futuro, ficando marcada, desde logo, uma consulta, calendarizada de acordo com o método escolhido.

Lei n.º 12/2001 – artigo 3.º:

- 1 – Os meios contraceptivos de emergência são disponibilizados:
 - Gratuitamente, nos centros de saúde, nos horários normais de funcionamento, nas consultas de planeamento familiar, ginecologia e obstetrícia dos hospitais, nos centros de atendimento de jovens com protocolo de articulação com o Serviço Nacional de Saúde;
 - Nas farmácias, mediante prescrição médica ou, na ausência desta, os de venda livre.
- 2 – A dispensa e a venda de contraceptivos de emergência serão efectuadas sob orientação de um profissional de saúde que promove o aconselhamento inicial e o encaminhamento para consultas de planeamento familiar.
- 3 – A solicitação de contraceptivos de emergência constitui motivo de atendimento em tempo útil e prioritário nos serviços de saúde, bem como na marcação das subsequentes consultas de planeamento familiar, se a mulher assim o desejar.

Cuidados Pré-concepcionais

46

As consultas de planeamento familiar constituem momentos privilegiados para a prestação de cuidados pré-concepcionais, conforme é preconizado na Circular Normativa n.º 2/DSMIA, de 18/03/98, da qual se transcrevem os seguintes procedimentos:

DETERMINAR

- O risco concepcional, de forma sistemática, em particular o risco genético, através da história reprodutiva, médica e familiar
- Os possíveis efeitos da gravidez sobre as condições médicas existentes, quer do ponto de vista materno, quer fetal, e introduzir as modificações convenientes, orientando de acordo com os riscos identificados, com recurso aos cuidados diferenciados, sempre que necessário.

EFECTUAR

- O rastreio das hemoglobinopatias, de acordo com a circular normativa n.º 5/DSMIA/96
- O rastreio da toxoplasmose, da sífilis e da infecção por HIV
- A determinação da imunidade à rubéola e a vacinação, sempre que necessário
- A determinação do estado de portador de hepatite B e a vacinação, nas situações de risco, de acordo com a circular normativa n.º 12/DSDT/95
- A vacinação anti-tetânica, de acordo com o PNV
- O rastreio do cancro do colo do útero, se o anterior foi efectuado há mais de um ano
- Outros testes laboratoriais, sempre que indicado.

DISCUTIR

- O espaçamento, recomendado, entre os nascimentos, incluindo as questões relativas ao uso dos contraceptivos e à sua interrupção
- Os aspectos psicológicos, familiares, sociais e financeiros relacionados com a preparação da gravidez
- O estado nutricional, hábitos alimentares e estilos de vida
- A importância da vigilância pré-natal precoce e continuada.

RECOMENDAR

- O registo do calendário das menstruações
- A suplementação com ácido fólico.

PROGRAMAR

- O acompanhamento das situações de risco.

Todos os utilizadores da consulta de planeamento familiar devem estar informados da importância da programação de uma próxima gravidez. Nenhuma mulher que pretenda engravidar deve interromper o uso do método contraceptivo que o casal utiliza, sem que sejam postos em prática os procedimentos anteriormente citados.

Bibliografia

Consortium for Emergency Contraception. *Emergency Contraception pills: medical and service delivery guidelines*. Welcome: Consortium for Emergency Contraception, 1996

Emergency contraceptive pills: safe and effective but not widely used. "Outlook" 1996 Sept; 14(2): 1-6

48

Guillebaut John, Szarewski Anne. *Contraception*. Oxford: Oxford University Press, 1998

Hatcher Robert A; Rinehart Ward, Blackburn Richard, Geller Judith S. *The essentials of contraceptive technology*. Baltimore: Population Information Program, Center for Communication Programs, the Johns Hopkins School of Public Health, 1997