



Ministério da Saúde
Assessoria Especial de Assuntos Parlamentares

OFÍCIO Nº 2944/2022/ASPAR/MS

Brasília, 16 de novembro de 2022.

**A Sua Excelência o Senhor
ROGÉRIO CARVALHO
Senador
Terceiro Secretário no exercício da Primeira-Secretaria
Senado Federal**

Referência: Requerimento de Informação 337/2022.

Assunto: Requer que sejam prestadas, pelo Senhor Ministro de Estado da Saúde, Marcelo Queiroga, informações sobre o conteúdo da sexta edição da Cartilha da Gestante, lançada pelo Ministério da Saúde no dia 4 de maio de 2022.

Senhor Terceiro-Secretário,

Em resposta ao **Ofício 1ªSec nº 1012/2022**, referente ao **Requerimento de Informação nº 337/2022**, de autoria do Senhor Senador Humberto Costa (PT/PE) e da Senhora Senadora Zenaide Maia (PROS/RN), o qual requisita informações sobre o conteúdo da sexta edição da Cartilha da Gestante, lançada pelo Ministério da Saúde no dia 4 de maio de 2022, apresento o Ofício nº 2944/2022/ASPAR/MS, com os esclarecimentos pertinentes.

Atenciosamente,

MARCELO ANTÔNIO CARTAXO QUEIROGA LOPES
Ministro de Estado da Saúde



Documento assinado eletronicamente por **Marcelo Antônio Cartaxo Queiroga Lopes, Ministro de Estado da Saúde**, em 08/12/2022, às 18:36, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site
http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?



[acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0](#), informando o código verificador **0030318088** e o código CRC **6F87255D**.

Referência: Processo nº 25000.068008/2022-18

SEI nº 0030318088

Assessoria Especial de Assuntos Parlamentares - ASPAR
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900
Site - saude.gov.br



Ministério da Saúde
Assessoria Especial de Assuntos Parlamentares

DESPACHO

ASPAR/MS

Brasília, 16 de novembro de 2022.

Ao Gabinete do Ministro

1. Trata-se de **Requerimento de Informação nº 337/2022**, de autoria do Senhor Senador Humberto Costa (PT/PE) e da Senhora Senadora Zenaide Maia (PROS/RN), por meio do qual requisita ao Senhor Ministro de Estado da Saúde, Marcelo Antônio Cartaxo Queiroga, **informações sobre o conteúdo da sexta edição da Cartilha da Gestante, lançada pelo Ministério da Saúde no dia 4 de maio de 2022.** □
2. Em observância ao **Ofício nº 1012/2022** (0030314973), proveniente da Primeira Secretaria do Senado Federal, encaminhamos o Despacho GAB/SAPS (0027414880), elaborado pela **Secretaria de Atenção Primária à Saúde - SAPS/MS**, acompanhado dos anexos: Nota Técnica 73/2022-DAPES/SAPS/MS (0027527813), Orientações contraceptivos (0027189140), Planejamento Familiar - OMS (0027189182), CAB-26 Saúde Sexual e Reprodutiva (0027190502), Diretrizes - a operação cesariana (0027190601), Portaria 1319/2007 (0027210876) e Portaria 3932/2019 (0027211117).
3. Ressalto que, as informações do referido requerimento, estão sendo remetidas à Primeira Secretaria do Senado Federal de forma tempestiva, em cumprimento ao prazo determinado pelo § 2º art. 50 da Constituição Federal.
4. Desse modo, no âmbito do Ministério da Saúde, essas foram as informações exaradas pelo corpo técnico sobre o assunto.

PAULO TIAGO ALMEIDA MIRANDA

Chefe da Assessoria Especial de Assuntos Parlamentares



Documento assinado eletronicamente por **Paulo Tiago Almeida Miranda, Chefe da Assessoria Especial de Assuntos Parlamentares**, em 07/12/2022, às 19:41, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?



[acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0](#), informando o código verificador **0030313815** e o código CRC **29186498**.

Referência: Processo nº 25000.068008/2022-18

SEI nº 0030313815

Ofício nº 1012 (SF)

Brasília, em 13 de novembro de 2022.

A Sua Excelência o Senhor
Marcelo Queiroga
Ministro de Estado da Saúde

Assunto: Pedido de informações.

Senhor Ministro,

Encaminho a Vossa Excelência, nos termos do disposto no § 2º do art. 50 da Constituição Federal, pedido de informações do Senador Humberto Costa e da Senadora Zenaide Maia, aprovado pela Comissão Diretora do Senado Federal, contido no Requerimento nº 337, de 2022.

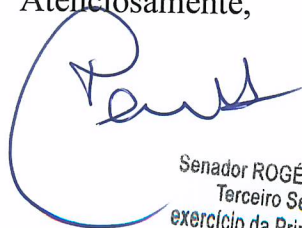
Segue, em anexo, avulso da proposição e cópia do Parecer nº 109, de 2022.

A resposta ao requerimento deverá ser assinada física ou eletronicamente por Vossa Excelência, e remetida, por meio de e-mail institucional do Ministério, em formato PDF, preferencialmente em arquivo único, ao seguinte endereço eletrônico: apoio mesa@senado.leg.br.

Na eventualidade de as informações solicitadas não serem ostensivas, solicito que sejam fisicamente entregues na Secretaria-Geral da Mesa do Senado Federal, na Coordenação de Apoio à Mesa, em envelope lacrado e opaco, com cópia, fora do referido envelope, do ofício do Ministério, encaminhando as informações.

Nesse caso (informações não ostensivas), deve ser informado expressamente o sigilo legal específico que resguardam tais informações ou, se for o caso, eventual grau de classificação de sigilo (ultrassegredo, secreto ou reservado), nos termos do § 1º do art. 24 da Lei nº 12.527, de 2011.

Atenciosamente,



Senador ROGÉRIO CARVALHO
Terceiro Secretário no
exercício da Primeira-Secretaria



SENADO FEDERAL

REQUERIMENTO Nº 337, DE 2022

Requer sejam prestadas, pelo Senhor Ministro de Estado da Saúde, Marcelo Queiroga, informações sobre o conteúdo da sexta edição da Cartilha da Gestante, lançada pelo Ministério da Saúde no dia 4 de maio de 2022.

AUTORIA: Senador Humberto Costa (PT/PE), Senadora Zenaide Maia (PROS/RN)



Página da matéria

REQUERIMENTO Nº DE

Requer que sejam prestadas, pelo Senhor Ministro de Estado da Saúde, Marcelo Queiroga, informações sobre o conteúdo da sexta edição da Cartilha da Gestante, lançada pelo Ministério da Saúde no dia 4 de maio de 2022.

Requeremos, nos termos do art. 50, § 2º, da Constituição Federal e do art. 216 do Regimento Interno do Senado Federal, que sejam prestadas, pelo Senhor Ministro de Estado da Saúde, Marcelo Queiroga, informações sobre o conteúdo da sexta edição da Cartilha da Gestante, lançada pelo Ministério da Saúde no dia 4 de maio de 2022.

Nesses termos, pergunta-se:

1. Quais são as evidências científicas que embasam as recomendações de uso da episiotomia na Cartilha da Gestante?
2. Quais as bases técnicas e científicas que norteiam a aplicação da manobra de Kristeller, recomendada pelo Secretário de Atenção à Saúde Primária, Raphael Câmara, durante o lançamento da Cartilha da Gestante?
3. A Cartilha da Gestante desaconselha o parto cesariano, a pedido materno, apenas para mães que desejam ter muitos filhos? Isso está em consonância com a "Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal", de janeiro de 2016, e com as "Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana", de abril de 2015, ambas de autoria

da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC)?

4. A Cartilha da Gestante traz orientações específicas sobre os procedimentos a serem adotados pela mulher e seu (sua) parceiro (a) na ocorrência de violência obstétrica? Quais são elas?
5. O Ministério da Saúde reconhece a existência de violência obstétrica no âmbito da assistência à saúde materna?
6. Qual é o suporte técnico científico que respalda o posicionamento da Cartilha da Gestante ao descrever a amamentação exclusiva e por livre demanda como método contraceptivo eficaz até seis meses após o parto, embora ressalve que não se trate de proteção plena?
7. A vasectomia é mencionada pela Cartilha da Gestante entre os métodos contraceptivos definitivos? Quais foram os critérios adotados para a seleção desses métodos?
8. Quanto ao registro da criança, a Cartilha da Gestante orienta que é facultado à mulher, em termo próprio, indicar o nome do pai, que passa a ser considerado "suposto pai", até que o cartório conclua as providências no sentido de conferir a autenticidade da informação? Caso contrário, que orientações a Cartilha da Gestante fornece a respeito do registro da criança?

JUSTIFICAÇÃO

O Ministério da Saúde lançou, no dia 4 de maio de 2022, a sexta edição da Cartilha da Gestante, publicação que contará com mais de 3 milhões de exemplares e que será distribuída para todas as unidades de saúde do País.

No entanto, parte das recomendações contidas na Cartilha da Gestante deixam dúvidas sobre os critérios científicos utilizados em sua elaboração,



SF/22876.86782-97 (LexEdit)

especialmente por veicular políticas de assistência materna consideradas ultrapassadas, que se chocam com outras diretrizes do próprio Ministério da Saúde.

Entre essas informações, está a menção à episiotomia como uma técnica associada à facilitação do parto e ao bem estar do bebê. Ocorre que, nem a Organização Mundial da Saúde (OMS), nem o Ministério da Saúde, nas Diretrizes Nacionais para a Assistência ao Parto Normal, recomendam seu uso, dada a ausência de evidências científicas que demonstrem sua eficácia. Ademais, trata-se de procedimento que apresenta o forte de risco de mutilar a mulher, causando graves prejuízos à sua saúde física e mental.

A Cartilha da Gestante também veicula informações questionáveis sobre a eficiência da amamentação exclusiva como método contraceptivo, além de omitir informações relevantes sobre determinadas técnicas definitivas de contracepção.

Em razão da importância do documento e de seu amplo alcance, com forte potencial de acarretar importantes modificações nas rotinas de grande número de serviços de saúde, em todos os estados brasileiros, consideramos fundamental que o Ministério da Saúde possa dirimir as questões aqui apresentadas, em face da competência fiscalizatória desta Casa Legislativa e da eventual necessidade de ser adotada providência legislativa a respeito do tema.

Sala das Sessões, 12 de maio de 2022.

Senador Humberto Costa
Presidente da Comissão de Direitos
Humanos e Legislação Participativa

Senadora Zenaide Maia
Líder do Bloco Parlamentar
da Resistência Democrática



SENADO FEDERAL

PARECER (SF) Nº 109, DE 2022

Da COMISSÃO DIRETORA DO SENADO FEDERAL, sobre o Requerimento nº 337, de 2022, do Senador Humberto Costa, que Requer sejam prestadas, pelo Senhor Ministro de Estado da Saúde, Marcelo Queiroga, informações sobre o conteúdo da sexta edição da Cartilha da Gestante, lançada pelo Ministério da Saúde no dia 4 de maio de 2022.

PRESIDENTE: Senador Rodrigo Pacheco

RELATOR: Senador Rogério Carvalho

08 de novembro de 2022



SENADO FEDERAL

Gabinete do Senador Rogério Carvalho

PARECER Nº , DE 2022

Da COMISSÃO DIRETORA, sobre o Requerimento nº 337, de 2022, do Senador Humberto Costa e da Senadora Zenaide Maia, que *requer sejam prestadas, pelo Senhor Ministro de Estado da Saúde, Marcelo Queiroga, informações sobre o conteúdo da sexta edição da Cartilha da Gestante, lançada pelo Ministério da Saúde no dia 4 de maio de 2022.*

Relator: Senador **ROGÉRIO CARVALHO****I – RELATÓRIO**

O Senador Humberto Costa e a Senadora Zenaide Maia, com fundamento no art. 50, § 2º, da Constituição Federal, combinado com os arts. 215 e 216 do Regimento Interno do Senado Federal (RISF), apresentaram o Requerimento nº 337, de 2022, no qual solicitam sejam prestadas pelo Senhor Ministro de Estado da Saúde, Marcelo Queiroga, *informações sobre o conteúdo da sexta edição da Cartilha da Gestante.*



SF/22365.15498-31

Na justificação, os autores questionam as informações veiculadas pela referida Cartilha, lançada pelo Ministério da Saúde no dia 4 de maio de 2022, consideradas ultrapassadas, pautadas por critérios científicos duvidosos e que se chocam com outras diretrizes do próprio Ministério da Saúde. A publicação contará com mais de três milhões de exemplares e será distribuída para todas as unidades de saúde do País.

No documento, os requerentes formularam os seguintes questionamentos:

1. Quais são as evidências científicas que embasam as recomendações de uso da episiotomia na Cartilha da Gestante?

2. Quais as bases técnicas e científicas que norteiam a aplicação da manobra de Kristeller, recomendada pelo Secretário de Atenção à Saúde Primária, Raphael Câmara, durante o lançamento da Cartilha da Gestante?

3. A Cartilha da Gestante desaconselha o parto cesariano, a pedido materno, apenas para mães que desejam ter muitos filhos? Isso está em consonância com a "Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal", de janeiro de 2016, e com as "Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana", de abril de 2015, ambas de autoria da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC)?

4. A Cartilha da Gestante traz orientações específicas sobre os procedimentos a serem adotados pela mulher e seu (sua) parceiro (a) na ocorrência de violência obstétrica? Quais são elas?

5. O Ministério da Saúde reconhece a existência de violência obstétrica no âmbito da assistência à saúde materna?

6. Qual é o suporte técnico científico que respalda o posicionamento da Cartilha da Gestante ao descrever a amamentação exclusiva e por livre demanda como método contraceptivo eficaz até seis meses após o parto, embora ressalve que não se trate de proteção plena?

7. A vasectomia é mencionada pela Cartilha da Gestante entre os métodos contraceptivos definitivos? Quais foram os critérios adotados para a seleção desses métodos?

8. Quanto ao registro da criança, a Cartilha da Gestante orienta que é facultado à mulher, em termo próprio, indicar o nome do pai, que passa a ser considerado "suposto pai", até que o cartório conclua as providências no sentido de conferir a autenticidade da informação? Caso contrário, que orientações a Cartilha da Gestante fornece a respeito do registro da criança?



II – ANÁLISE

A proposição em comento obedece aos dispositivos constitucionais que disciplinam o envio de pedidos de informações a autoridades do Poder Executivo, nomeadamente os arts. 49, inciso X, e 50, § 2º, da Constituição Federal.

O requerimento em tela também satisfaz às determinações do art. 216, inciso I, do Risf, segundo o qual pedidos de informações serão admissíveis para o esclarecimento de temas atinentes à competência fiscalizadora desta Casa Legislativa.

Além disso, as informações solicitadas não têm caráter sigiloso, sendo sua divulgação compatível com o princípio da publicidade que rege a administração pública.

O inciso II do art. 216, do Risf, por sua vez, enumera as razões que podem ensejar o indeferimento de um requerimento de informações, por parte da Mesa desta Casa Legislativa, a saber: pedido de providência, consulta, sugestão, conselho ou interrogação sobre propósito da autoridade a quem se dirige.

Como não identificamos quaisquer dessas ocorrências no requerimento ora analisado, não há óbices à sua aprovação.

Por fim, entendemos que o requerimento sob exame também satisfaz às condições impostas pelo Ato da Mesa nº 1, de 2001, que estabelece requisitos para a apresentação e aprovação de requerimento de informação.

III – VOTO

Em face do exposto, opinamos pela **aprovação** do Requerimento nº 337, de 2022.

Sala das Reuniões,

, Presidente

, Relator



SF/22365.15498-31



SENADO FEDERAL - SECRETARIA DE COMISSÕES
LISTA DE PRESENÇA

Reunião: 2ª Reunião, Ordinária, da CDIR

Data: 08 de novembro de 2022 (terça-feira), às 10h30

Local: Sala de Audiências da Presidência do Senado Federal

COMISSÃO DIRETORA DO SENADO FEDERAL - CDIR

TITULARES		SUPLENTES	
		-	
Rodrigo Pacheco (PSD)		1. Jorginho Mello	
Veneziano Vital do Rêgo (MDB)	Presente	2. Luiz Carlos do Carmo (PSC)	
Romário (PL)	Presente	3. Eliziane Gama (CIDADANIA)	
Irajá (PSD)		4. Zequinha Marinho (PL)	
Elmano Férrer (PP)	Presente		
Rogério Carvalho (PT)	Presente		
Weverton (PDT)	Presente		

DECISÃO DA COMISSÃO

(RQS 337/2022)

EM SUA 2ª REUNIÃO, NO DIA 08.11.2022, A COMISSÃO DIRETORA DO SENADO FEDERAL DEFERIU O PRESENTE REQUERIMENTO, NOS TERMOS DO RELATÓRIO.

08 de novembro de 2022

Senador RODRIGO PACHECO

Presidente da Comissão Diretora do Senado Federal



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Gabinete

DESPACHO

SAPS/GAB/SAPS/MS

Brasília, 09 de junho de 2022.

Assunto: **Análise do Requerimento de Informação nº 337/2022**

Trata-se do **Requerimento de Informação nº 337/2022**, de autoria do **Senhor Senador Humberto Costa (PT/PE)** e da **Senhora Senadora Zenaide Maia (PROS/RN)**, por meio do qual os parlamentares requisitam ao Senhor Ministro de Estado da Saúde, Marcelo Antônio Cartaxo Queiroga, informações **sobre o conteúdo da sexta edição da Cartilha da Gestante, lançada pelo Ministério da Saúde no dia 4 de maio de 2022**, encaminhado a esta Secretaria por meio do Despacho ASPAR/GM/MS (0026938737).

Assim, conforme solicitação, os autos foram encaminhados ao Departamento de Ações Programáticas Estratégicas- DAPES, que se manifestou por meio do PARECER TÉCNICO Nº 73/2022-DAPES/SAPS/MS (0027527813).

Ante o exposto, restitua-se a **ASPAR/GM/MS**, para ciência e adoção das providências que entender pertinentes.

RAPHAEL CAMARA MEDEIROS PARENTE
Secretário de Atenção Primária à Saúde



Documento assinado eletronicamente por **Raphael Camara Medeiros Parente, Secretário(a) de Atenção Primária à Saúde**, em 27/06/2022, às 19:12, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0027414880** e o código CRC **27EC1931**.



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

PARECER TÉCNICO Nº 73/2022-DAPES/SAPS/MS

1. ASSUNTO

1.1. Trata-se do Despacho ASPAR (0026938737), que encaminha o Requerimento de Informação nº 337/2022, de autoria do Senhor Senador Humberto Costa (PT/PE) e da Senhora Senadora Zenaide Maia (PROS/RN), por meio do qual os parlamentares requisitam ao Senhor Ministro de Estado da Saúde, Marcelo Antônio Cartaxo Queiroga, informações sobre o conteúdo da sexta edição da Cartilha da Gestante, lançada pelo Ministério da Saúde no dia 4 de maio de 2022. Nesses termos, pergunta-se:

1. Quais são as evidências científicas que embasam as recomendações de uso da episiotomia na Cartilha da Gestante?
2. Quais as bases técnicas e científicas que norteiam a aplicação da manobra de Kristeller, recomendada pelo Secretário de Atenção à Saúde Primária, Raphael Câmara, durante o lançamento da Cartilha da Gestante?
3. A Cartilha da Gestante desaconselha o parto cesariano, a pedido materno, apenas para mães que desejam ter muitos filhos? Isso está em consonância com a "Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal", de janeiro de 2016, e com as "Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana", de abril de 2015, ambas de autoria da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC)?
4. A Cartilha da Gestante traz orientações específicas sobre os procedimentos a serem adotados pela mulher e seu (sua) parceiro (a) na ocorrência de violência obstétrica? Quais são elas?
5. O Ministério da Saúde reconhece a existência de violência obstétrica no âmbito da assistência à saúde materna?
6. Qual é o suporte técnico científico que respalda o posicionamento da Cartilha da Gestante ao descrever a amamentação exclusiva e por livre demanda como método contraceptivo eficaz até seis meses após o parto, embora ressalve que não se trate de proteção plena?
7. A vasectomia é mencionada pela Cartilha da Gestante entre os métodos contraceptivos definitivos? Quais foram os critérios adotados para a seleção desses métodos?
8. Quanto ao registro da criança, a Cartilha da Gestante orienta que é facultado à mulher, em termo próprio, indicar o nome do pai, que passa a ser considerado "suposto pai", até que o cartório conclua as providências no sentido de conferir a autenticidade da informação? Caso contrário, que orientações a Cartilha da Gestante fornece a respeito do registro da criança?

2. ANÁLISE

2.1. Este Departamento, por meio de suas coordenações gerais, tem se empenhado em avaliar seus conteúdos, materiais, manuais, entre outros instrumentos e ferramentas de indução e articulação das políticas públicas de saúde, de modo a garantir que disponham da maior atualização possível em relação à literatura tecno-científica, alinhamento com o arcabouço jurídico-

normativo brasileiro, e centralidade nas necessidades do cidadão e da população.

2.2. A 6ª edição da Caderneta da Gestante foi lançada no dia 4 de maio de 2022, pelo Ministério da Saúde, em versão digital e será distribuída de forma impressa para todos os Estados do País em 2022. Ressalta-se que assim como outras publicações está suscetível a revisões e atualizações de conteúdo, considerando as diretrizes vigentes da pasta e amparado nas recentes evidências científicas. Após o lançamento do material, foram realizados ajustes de conteúdo para melhor compreensão dos temas abordados.

2.3. Diante dos questionamentos, a Coordenação Geral de Ciclos de Vida por meio da Coordenação de Saúde das Mulheres, responde como segue.

2.4. Em resposta ao questionamento 1: sobre o procedimento da episiotomia, vale citar a passagem do texto da Caderneta da Gestante (página nº 32):

"Episiotomia - Episiotomia – não deve ser realizada de rotina; porém, de forma restrita, sempre antes avaliando seus riscos, após rigorosa avaliação médica, pode ser útil em situações excepcionais.

Saiba mais em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28176333/>

2.5. As alterações foram realizadas de forma a não gerar desinformação e se ancoram nas recomendações preconizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), conforme documento [WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience, página 200](#), quando informa que as "Diretrizes de sociedades profissionais e protocolos de unidades de saúde devem ser atualizados para refletir a recomendação de que a episiotomia não deve ser usada como rotina e apenas o uso seletivo é permitido"; além do recomendado pela Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) no artigo [Recomendações Febrasgo - Parte II](#), quando aponta que "A episiotomia realizada de forma seletiva, bem justificada, com técnica correta, pode proteger contra lacerações perineais graves, mas esses efeitos são conflitantes. A realização de episiotomia, de forma rotineira e indiscriminada, em toda e qualquer parturiente não é benéfica. No entanto, a falha na indicação do procedimento, quando houver situação clínica em que é evidente a sua necessidade, é igualmente prejudicial."

2.6. Questionamento 2: A manobra de Kristeller **não é citada na 6ª edição** revisada da Caderneta da Gestante.

2.7. Questionamento 3: Inicialmente, cabe citar a Caderneta no tópico "*Medos e Anseios sobre o Parto*" (página 35):

"Com relação ao parto vaginal: há o medo da dor do trabalho de parto e da saída do bebê; da possibilidade de laceração do períneo; de entrar em trabalho de parto e necessitar de uma cesariana de urgência; do risco de agravos ao bebê; de não conseguir vaga em uma maternidade; entre diversos outros.

Para reduzir esses medos, o SUS e seus profissionais de saúde trabalham para fazer com que as mulheres se sintam cuidadas. Questões muito importantes para favorecer a escolha da mulher pelo parto vaginal, trazendo tranquilidade, estímulo e força, são: confiar nos profissionais de saúde; saber qual é a maternidade de referência para o parto e poder visitá-la com antecedência; ter um acompanhante de sua escolha durante o parto e vivenciar este momento em uma ambiência adequada; ter oferta de bebida e comida durante toda a internação, especialmente durante o trabalho de parto; ter oferta de métodos farmacológicos e não farmacológicos para alívio da dor.

Com relação ao parto cesariano: entre as preocupações relacionadas estão a possibilidade de acontecerem complicações cirúrgicas e anestésicas; a

possibilidade de uma recuperação mais lenta, dificultando os cuidados com o bebê ou favorecendo a separação da mãe; aumento do risco de problemas da placenta em gestações futuras; maior permanência hospitalar, entre diversas outras.

A cesariana foi desenvolvida para preservar, em situações de risco, o bem-estar da mãe e do bebê. Com o passar do tempo, as técnicas foram aprimoradas, tornando-a um procedimento seguro.

Para auxiliar nessas situações de medo e na escolha do parto, o mais correto é que, desde as primeiras consultas de pré-natal, você, juntamente com a equipe de saúde da UBS, discuta sobre como vai ser o seu cuidado ao chegar na maternidade, como é o acompanhamento do trabalho de parto, que possibilidades existem, quais os métodos que você pode solicitar para alívio da dor e em quais situações o seu acompanhante pode ajudar.

Para exercer a sua autonomia com responsabilidade e segurança, é importante associar o seu direito aos benefícios e riscos de cada escolha. Ouvir e se aconselhar com os profissionais e frequentar espaços educativos em saúde é o caminho mais seguro para trilhar.

Com base nas melhores evidências científicas existentes até o momento e na ausência de indicações maternas e/ou fetais para a realização de parto cesariano, o SUS preconiza a assistência ao parto vaginal seguro, de qualidade e humanizado como orientação de rotina às gestantes.

Na hipótese de, após serem explicados os riscos e benefícios de cada tipo de parto, você decidir por uma cesariana, nas situações de baixo risco, sem indicação médica (chamada de cesariana a pedido materno), saiba que está somente poderá ser realizada a partir da 39ª semana de gestação para garantir a segurança de que o bebê é maduro o suficiente para nascer. Nesses casos, é importante que você procure informações sobre os locais na sua rede de atenção que oferecem a cesariana a pedido (TCLE), que reforce as informações prestadas e que explique as vantagens e desvantagens potenciais da operação, deve ser assinado por você e pela equipe médica.

A cesariana a pedido materno deve ser desaconselhada para gestantes que desejem ter vários filhos. A cesariana é necessária para salvar a vida da mulher e da criança, como nos casos de:

- o bebê, dentro do útero, não apresentar sinais de bem-estar;
- o bebê estar em posição atravessada para nascer;
- quando o cordão ou a placenta está fora do lugar correto e por isso impede a saída do bebê;
- quando a mãe sofre de uma doença muito grave e o esforço do parto vaginal traga riscos à sua saúde;
- desproporção da cabeça do bebê com os ossos da pelve da mãe;
- entre outras razões".

2.8. Estudos mostram que sucessivos partos cesarianos aumentam o risco de ruptura uterina, o que repercute em aumento nas taxas de morbimortalidade materna e mortalidade fetal. Mulheres com apenas um parto cesariano anterior pode ter o próximo parto por via vaginal. No entanto, após duas (02) cesáreas, a recomendação é que os partos seguintes sejam por via alta também (Febrasgo, 2018). Devido à cicatriz uterina do parto cirúrgico, há uma fragilidade da parede do útero e aumento do risco de ruptura uterina caso a mulher entre em trabalho de parto, ou seja, comece espontaneamente a ter contrações uterinas. Este risco aumenta caso o trabalho de parto seja induzido através de medicamentos (Dodd et al., 2017). Por isso, a repetição do nascimento por cesariana está associada ao aumento do risco de complicações (Nisenblat et al., 2006), sendo a ruptura uterina uma delas, podendo comprometer a saúde materna e fetal (Marshall et al., 2011; Puttanavijarn & Phupong, 2013). Dessa forma, o texto da caderneta da gestante 6ª edição que diz **"A cesariana a pedido materno deve ser desaconselhada para gestantes que desejem ter vários filhos."** Se baseia nos estudos da Obstetrícia que já estão estabelecidos e continuam atuais, devendo esta informação fazer parte das orientações de risco e benefícios de uma cesariana a pedido antes da

gestante ter sua decisão final. Vale ressaltar que a nova edição da caderneta também deixa claras as informações que devem ser dadas às gestantes verbalmente e através de um documento, chamado de **"Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que reforce as informações prestadas e que explique as vantagens e desvantagens potenciais da operação"**, devendo ser assinado pela gestante e pela equipe médica. Nas "Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana" de 2015 (0027190601), ressalta-se sobre os riscos relacionados às cesarianas sucessivas e ruptura uterina, dizendo que **"É recomendado que as mulheres com cesarianas prévias sejam esclarecidas de que há um aumento no risco de ruptura uterina com o parto vaginal após cesariana prévia. Este risco é, a princípio, baixo, porém aumenta à medida que aumenta o número de cesarianas prévias"**. Ainda, na página 56, encontramos **"A ruptura uterina é uma situação grave, com risco de óbito fetal e materno, requerendo intervenção cirúrgica imediata. Esse risco deve ser pesado contra os riscos de lesão vesical, hemorragia e histerectomia, entre outras morbidades, que aumentam quando se aumenta o número de cesarianas"**. Conclui-se, então que a Caderneta da Gestantes 6ª edição revisada está em consonância com "Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana", de abril de 2015.

2.9. Questionamento 4: Como se trata de uma atualização seguiu o roteiro da versão anterior da Caderneta da Gestante, que não tratava de violência (abuso, desrespeito e maus tratos), entretanto no tópico *"Conheça seus Direitos"* (contracapa da 6ª edição da Caderneta da Gestante), há orientações de como proceder em situações de violência, vale citar:

- Se você sofrer qualquer tipo de violência física, sexual ou psicológica por parte de pessoas próximas ou desconhecidas, procure ajuda no serviço de saúde. Existe uma rede de proteção, e você pode contar com ela. Os profissionais de saúde podem ajudar!
- Procure orientações para defender seus direitos e não permitir que aconteça novamente. Ligue 180 ou Disque Saúde – 136, de forma gratuita, e denuncie".

2.10. Vale ressaltar que o 180 é o número da Central de atendimento à Mulher, é um serviço de utilidade pública essencial para o enfrentamento à violência contra a mulher. Além de receber denúncias de violações contra as mulheres, a central encaminha o conteúdo dos relatos aos órgãos competentes e monitora o andamento dos processos. O serviço também tem a atribuição de orientar mulheres em situação de violência, direcionando-as para os serviços especializados da rede de atendimento. No Ligue 180, ainda é possível se informar sobre os direitos da mulher, a legislação vigente sobre o tema e a rede de atendimento e acolhimento de mulheres em situação de vulnerabilidade.

2.11. Questionamento 5: O Ministério da Saúde repudia qualquer tipo de violência contra as mulheres, reconhecendo o direito legítimo dessas mulheres em usar o termo que melhor represente suas experiências vivenciadas em situações de atenção ao parto e nascimento que configurem maus tratos, desrespeito, abusos e uso de práticas não baseadas em evidências científicas. O ordenamento jurídico brasileiro não dispõe de lei que tipifique o termo "violência obstétrica". Entretanto, vale destacar que existe uma vasta e robusta legislação que protege a mulher contra agressões ou qualquer tipo de violência, durante o pré-natal, parto ou puerpério. Cita-se:

"Direitos fundamentais, como a dignidade da pessoa humana, previsto no inciso III, do art. 1º, da Constituição Federal.

A responsabilidade civil que tem os seus requisitos fixados pelo art. 186 do Código Civil, de forma que, comete ato ilícito: *"aquele que por ação ou*

omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral”.

Sabe-se que, a responsabilidade dos médicos e enfermeiros pelos atos praticados, é subjetiva, devendo, portanto, ser demonstrada a negligência, imprudência ou imperícia, para que estes sejam obrigados a reparar o dano. Assim prevê o art. 951 do Código Civil, in verbis:

Art. 951. O disposto nos arts. 948, 949 e 950 aplica-se ainda no caso de indenização devida por aquele que, no exercício de atividade profissional, por negligência, imprudência ou imperícia, causar a morte do paciente, agravar-lhe o mal, causar-lhe lesão, ou inabilitá-lo para o trabalho. (BRASIL, 2002)

A responsabilidade subjetiva dos médicos e enfermeiros encontra guarida no art. 14, §4º, do Código de Defesa do Consumidor, que dispõe que (BRASIL, 1990): *“a responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação de culpa”.*

A teoria do risco encontra-se prevista no parágrafo único do art. 927 do Código Civil, que dispõe o seguinte, in verbis:

Art. 927. Aquele que, por ato ilícito (arts. 186 e 187), causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo. Parágrafo único. Haverá obrigação de reparar o dano, independentemente de culpa, nos casos especificados em lei, ou quando a atividade normalmente desenvolvida pelo autor do dano implicar, por sua natureza, risco para os direitos de outrem. (BRASIL, 2002).

Convém pontuar, que, no que se refere à responsabilidade do hospital ou clínica médica, esta é objetiva, nos termos do art. 932, III, do Código Civil, visto que, os empregadores respondem pelos atos praticados por seus empregados, no exercício do trabalho ou em razão dele.

A lesão corporal, é definida pelo art. 129 do Código Penal, sendo crime, portanto (BRASIL, 1940), *“ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem”.* De acordo com Damásio de Jesus (2015, p. 163): *“o estatuto penal protege nessa incriminação a integridade física e fisiopsíquica da pessoa humana.”* Pontua-se que, os parágrafos seguintes do referido artigo, estabelecem as hipóteses de lesão corporal grave, gravíssima, lesão corporal com resultado morte e culposa.

O crime de injúria é previsto no art. 140 do Código Penal, consistindo na ofensa à dignidade ou ao decoro de alguém. No referido tipo penal, busca-se tutelar a honra subjetiva da vítima, de forma que, caracteriza o crime de injúria, a prática de xingamentos, insultos e o ataque às condições pessoais de alguém.

Os maus tratos, por sua vez, estão previstos no art. 136 do Código Penal. Quando a exposição ao perigo se der por meio de uma das formas de execução, quais sejam, a privação de alimentos ou a privação de cuidados essenciais.

Tem-se por ameaça, o fato de o sujeito, por palavra, escrito ou gesto, ou qualquer outro meio simbólico, prenunciar a outro a prática de mal contra ele ou contra terceiro (JESUS, 2015, p. 293). O referido crime é previsto no art. 147 do Código Penal.

O constrangimento ilegal encontra-se previsto no art. 146 do Código Penal, configurando-se pela conduta de constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, ou depois de lhe haver reduzido, por qualquer outro meio, a capacidade de resistência, a não fazer o que a lei permite, ou a fazer o que ela não manda (BRASIL, 1940).

Um outro texto legal de extrema importância são os códigos de ética profissional, segue:

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, Capítulo III -Das Proibições, disposto na Resolução cofen nº 564/2017:

Art. 61 Executar e/ou determinar atos contrários ao Código de Ética e à legislação que disciplina o exercício da Enfermagem.

Art. 62 Executar atividades que não sejam de sua competência técnica, científica, ética e legal ou que não ofereçam segurança ao profissional, à pessoa, à família e à coletividade.

Art. 63 Colaborar ou acumpliciar-se com pessoas físicas ou jurídicas que desrespeitem a legislação e princípios que disciplinam o exercício profissional de Enfermagem.

Art. 64 Provocar, cooperar, ser conivente ou omissa diante de qualquer forma ou tipo de violência contra a pessoa, família e coletividade, quando no exercício da profissão.

[...]

Art. 67 Receber vantagens de instituição, empresa, pessoa, família e coletividade, além do que lhe é devido, como forma de garantir assistência de Enfermagem diferenciada ou benefícios de qualquer natureza para si ou para outrem.

Art. 68 Valer-se, quando no exercício da profissão, de mecanismos de coação, omissão ou suborno, com pessoas físicas ou jurídicas, para conseguir qualquer tipo de vantagem.

Art. 69 Utilizar o poder que lhe confere a posição ou cargo, para impor ou induzir ordens, opiniões, ideologias políticas ou qualquer tipo de conceito ou preconceito que atentem contra a dignidade da pessoa humana, bem como dificultar o exercício profissional.

Art. 70 Utilizar dos conhecimentos de enfermagem para praticar atos tipificados como crime ou contravenção penal, tanto em ambientes onde exerça a profissão, quanto naqueles em que não a exerça, ou qualquer ato que infrinja os postulados éticos e legais.

Art. 71 Promover ou ser conivente com injúria, calúnia e difamação de pessoa e família, membros das equipes de Enfermagem e de saúde, organizações da Enfermagem, trabalhadores de outras áreas e instituições em que exerce sua atividade profissional.

Art. 72 Praticar ou ser conivente com crime, contravenção penal ou qualquer outro ato que infrinja postulados éticos e legais, no exercício profissional.

Art. 73 Provocar aborto, ou cooperar em prática destinada a interromper a gestação, exceto nos casos permitidos pela legislação vigente.

Parágrafo único. Nos casos permitidos pela legislação, o profissional deverá decidir de acordo com a sua consciência sobre sua participação, desde que seja garantida a continuidade da assistência.

[...]

Art. 77 Executar procedimentos ou participar da assistência à saúde sem o consentimento formal da pessoa ou de seu representante ou responsável legal, exceto em iminente risco de morte.

Art. 78 Administrar medicamentos sem conhecer indicação, ação da droga, via de administração e potenciais riscos, respeitados os graus de formação do profissional.

[...]

Art. 83 Praticar, individual ou coletivamente, quando no exercício profissional, assédio moral, sexual ou de qualquer natureza, contra pessoa, família, coletividade ou qualquer membro da equipe de saúde, seja por meio de atos ou expressões que tenham por consequência atingir a dignidade ou criar condições humilhantes e constrangedoras.

O Código de Ética Médica (CEM), Capítulo III, art. 1º, art. 22 e seguintes vale citar:

É vedado ao médico:

Art. 1º Causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência.

Parágrafo único. A responsabilidade médica é sempre pessoal e não pode ser presumida."

[...]

Art. 22. Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Art. 23. Tratar o ser humano sem civilidade ou consideração, desrespeitar sua dignidade ou discriminá-lo de qualquer forma ou sob qualquer pretexto. Parágrafo único. O médico deve ter para com seus colegas respeito, consideração e solidariedade.

Art. 24. Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

Art. 25. Deixar de denunciar prática de tortura ou de procedimentos degradantes, desumanos ou cruéis, praticá-las, bem como ser conivente com quem as realize ou fornecer meios, instrumentos, substâncias ou conhecimentos que as facilitem.

Art. 26. Deixar de respeitar a vontade de qualquer pessoa considerada capaz física e mentalmente, em greve de fome, ou alimentá-la compulsoriamente, devendo cientificá-la das prováveis complicações do jejum prolongado e, na hipótese de risco iminente de morte, tratá-la.

Art. 27. Desrespeitar a integridade física e mental do paciente ou utilizar-se de meio que possa alterar sua personalidade ou sua consciência em investigação policial ou de qualquer outra natureza.

Art. 28. Desrespeitar o interesse e a integridade do paciente em qualquer instituição na qual esteja recolhido, independentemente da própria vontade.

Parágrafo único. Caso ocorram quaisquer atos lesivos à personalidade e à saúde física ou mental dos pacientes confiados ao médico, este estará obrigado a denunciar o fato à autoridade competente e ao Conselho Regional de Medicina.

[...]

Art. 31. Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.

Art. 32. Deixar de usar todos os meios disponíveis de promoção de saúde e de prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente.

Art. 33. Deixar de atender paciente que procure seus cuidados profissionais em casos de urgência ou emergência quando não houver outro médico ou serviço médico em condições de fazê-lo.

Art. 34. Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal".

2.12. Portanto, das legislações citadas cabe destacar o Código Penal, que protegem a mulher contra agressões durante o pré-natal, parto ou puerpério ao **criminalizar condutas** de violência de forma geral (como homicídio, lesão corporal, omissão de socorro) e da própria Constituição Federal, que tem como fundamento da República a dignidade da pessoa humana e determina a igualdade de gênero e o direito à plena assistência à saúde. Assim, a mulher tem disponível para denúncia os órgãos da Ouvidora da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e o Ministério Público, além dos conselhos de classe do profissional de saúde. Há também disponível a Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180, para enfrentamento à violência contra mulher. Nesse sentido, prefere-se usar o termo que se constitui em segurança jurídica, neste caso, abuso, desrespeito e maus tratos, e demais termos que refletem condutas tipificadas como contravenções ou crime.

2.13. Questionamento 6: Vale citar o Tópico "Planejamento Familiar" dentro do contexto da 6ª edição da Caderneta da Gestante (página 44):

"Logo após o parto, você e seu parceiro estarão envolvidos com os cuidados com o bebê, muitas vezes sobrando pouco tempo a sós. As relações sexuais deverão aguardar pelo menos 42 dias após o parto, sendo

esse tempo necessário para seu organismo se recuperar.

Existem muitos métodos de evitar filhos, sendo alguns mais indicados durante o período de amamentação. A amamentação exclusiva já oferece alguma proteção contra uma nova gravidez até os primeiros 6 meses, mas só se a mulher estiver amamentando em livre demanda e se sua menstruação ainda não tenha retornado.

Além de outros métodos compatíveis com a amamentação durante esse período, é importante fazer uso também da camisinha. Isso porque a proteção trazida apenas pela amamentação não é plena e a camisinha ainda protege contra as ISTs.

É direito das mulheres e dos homens, adultos e adolescentes, conhecerem todos os métodos e suas indicações para uma escolha mais adequada".

2.14. O "Método de Lactação e Amenorreia" ou também chamado de "Método de Amenorreia Lactacional" (LAM) é amplamente conhecido na Medicina e a comprovação da eficácia é consenso em todo o mundo (Cecatti et al., 2004). O estímulo da sucção durante a amamentação exclusiva repercute em aumento dos níveis de prolactina na lactante. Este estado de hiperprolactinemia leva a diminuição de FSH e LH, tornando suas taxas insuficientes para estimular os folículos ovarianos. Dessa forma, acaba por inibir a ovulação (Febrasgo, 2015). Em 2007, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou o **"Planejamento familiar: um manual global para profissionais e serviços de saúde: orientações baseadas em evidência científica, elaboradas por meio de colaboração em âmbito mundial: um dos pilares do planejamento familiar da OMS"**, por meio de processo colaborativo organizado de especialistas do mundo inteiro com orientações práticas que reflitam as melhores evidências científicas disponíveis. Neste manual, a LAM é citada como "um método de planejamento familiar baseado na amamentação. Proporciona contracepção para a mãe e melhor alimentação para o bebê. Pode ser eficaz até 6 meses após o parto, contanto que a menstruação não tenha retornado e a mulher esteja em amamentação integral ou quase". Os critérios para que a LAM seja um método contraceptivo são: a) a menstruação da lactante não tenha retornado; b) o bebê esteja sendo alimentado no peito de forma exclusiva e que seja amamentado com frequência, dia e noite 3; e c) o bebê tenha até 6 meses de vida. Se essas condições forem mantidas, o índice de eficácia é de 98% (OMS, 2007; Febrasgo, 2015; Febrasgo, 2021). Na 6ª edição da caderneta da gestante, é deixado claro que esse método não garante contracepção plena, visto que não tem 100% de eficácia. Por isso, o documento orienta o uso de outro método contraceptivo também. Vale lembrar que o Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde "Atenção ao pré-natal de baixo risco" de 2013 também cita o LAM dentre suas orientações no tópico "Ações relacionadas à puerpéra".

2.15. Questionamento 7: Mais uma vez, chama-se a citação da 6ª edição da Caderneta da Gestante para melhor contextualizar (página 45), e por si só responde à questão:

"A cirurgia do homem, vasectomia, também é um direito garantido pelo SUS. É importante que você e seu parceiro discutam essa possibilidade. É uma cirurgia mais simples e com menos riscos do que a ligadura de trompas.

A escolha de um método definitivo deve ser uma decisão muito amadurecida, pois é um procedimento considerado complicado e, muitas vezes, até irreversível".

2.16. A seleção dos métodos contraceptivos pelo Ministério da Saúde tem como base as evidências científicas de eficácia, segurança e disponibilidade, consoantes com as diretrizes internacionais como, por exemplo, da Organização Mundial de Saúde (OMS). O manual de Planejamento familiar da OMS (2007), citado acima, também sugere a vasectomia como um método seguro, tanto no que se refere ao procedimento cirúrgico em si, como à sua eficácia em relação à

prevenção de gravidez. No Caderno de Atenção Básica nº 26 - Saúde sexual e saúde reprodutiva (0027190502), da Série de Normas e Manuais Técnicos lançado em 2010 pelo Ministério da Saúde, a vasectomia está inclusa como um método contraceptivo permanente. Neste documento, ressalta ainda que deve ser incentivada, por se tratar de um procedimento mais fácil e seguro, em relação à laqueadura tubária, no caso de haver certeza de não querer mais filhos e seguindo os critérios em lei. Ressalta-se a Portaria nº 1319/2007 (0027210876) que aprova diretrizes e orientações gerais para a realização do procedimento de vasectomia parcial ou completa e, por meio da Portaria nº 3.932/2019 (0027211117) que definiu a estratégia de acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

2.17. É importante destacar que a vasectomia não altera a vida sexual do homem, mantendo, assim, todos os componentes da função sexual de forma igual aos que eram antes da cirurgia. O aspecto e quantidade de espermatozoide permanecem o mesmo, o que muda é a ausência de espermatozoide no fluido.

2.18. Questionamento 8: Seguem as informações referentes ao registro na 6ª edição da Caderneta da Gestante (páginas 40 e 41):

"Certidão de Nascimento: seu filho ou sua filha é um(a) cidadão(ã) brasileiro(a).

Com o Registro de Nascimento, seu (sua) filho (a) será um indivíduo com nome e sobrenome. Nesse registro, estará escrito que ele(ela) nasceu no Brasil, ou seja, que é um (a) cidadão (ã) brasileiro (a). Dessa forma, terá muitos direitos garantidos: atendimento à saúde, creche, matrícula escolar, recebimento dos benefícios dos programas sociais e muitos outros.

O Registro Civil de Nascimento é obrigatório e ninguém precisa pagar pela primeira via, é gratuita. Procure o cartório de registro civil do lugar onde seu (sua) filho(a) nasceu ou onde você mora. Algumas maternidades oferecem esse serviço.

Como tirar a Certidão de Nascimento:

- A certidão deve ser feita logo após o nascimento da criança, no hospital onde ela nasceu, se houver uma unidade de cartório no local.
- Caso não tenha serviço de cartório na maternidade, os pais ou responsáveis devem ir ao cartório mais próximo, levando os próprios documentos e a Declaração de Nascido Vivo (DNV), entregue pelo hospital.
- Se o pai não puder ir registrar o(a) filho(a), a mãe pode providenciar a Certidão de Nascimento sozinha, levando a Certidão de Casamento ou uma declaração do pai com firma reconhecida em cartório.
- Se a mãe não tiver esta declaração do pai ou se o pai for desconhecido, ela poderá tirar a Certidão de Nascimento apenas em seu nome.
- Depois o pai deverá comparecer ao cartório para registrar a paternidade, espontaneamente ou em cumprimento de determinação judicial.
- Se os pais não tiverem o próprio Registro Civil de Nascimento, devem primeiro providenciar os seus para depois registrar a criança.
- Se a criança nascer fora do hospital e não tiver a DNV, será preciso procurar o cartório com duas testemunhas que confirmem a gestação e o parto.
- Se os pais forem menores de 18 anos, os avós ou os responsáveis também deverão comparecer ao cartório.
- Pela Lei 13484/2017, você poderá escolher ou a cidade onde o bebê nasceu ou a cidade onde você mora como a naturalidade do seu bebê.
- Se a mãe for indígena, deve apresentar também o Registro Administrativo de Nascimento de Indígena (RANI) a fim de orientar o cartório a realizar corretamente o registro da criança. Em alguns locais, ainda existe um entendimento errado de que seria necessariamente exigido o RANI para a emissão da certidão de nascimento de indígenas.

No entanto, no Manual de Procedimentos – Acesso à documentação civil para indígenas, elaborado pela Funai, fica claro na página 15 que, para fazer o Registro Civil de Nascimento, é necessário a via da DNV ou o Registro

2.19. A atualização da Caderneta da Gestante trouxe, além das informações básicas, os dez passos para alimentação saudável na gestação, curvas de acompanhamento do ganho ponderal de gestantes atualizadas, orientações sobre saúde bucal e registro do pré-natal odontológico; orientações relevantes sobre trabalho de parto, parto e nascimento, e registro civil; mais destaque para o pré-natal do pai/parceiro; espaços de dados de exames e vacinas readequados, direitos trabalhistas e a inclusão de conteúdo sobre cultura da paz e respeito mútuo nas maternidades.

3. CONCLUSÃO

3.1. Diante de todo o exposto, entende-se como atendidas todas as informações requeridas.

3.2. Nos colocamos à disposição para demais informações que se fizerem necessárias, bem como para receber contribuições que agreguem maior conteúdo científico ou críticas construtivas, que impulsionem na consolidação de uma rede de assistência materna e infantil segura, qualificada e humanizada, baseada nas melhores evidências científicas para a atenção integral à saúde das mulheres e crianças e que fomente a cultura da paz nas maternidades.

3.3. Encaminhe-se ao GAB/SAPS, com vistas à ASPAR/MS, para providências.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. [Saúde sexual e saúde reprodutiva](#). Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. 318 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 32)

Cecatti, J.G.; Araújo, A.S., Osis M.J., Santos, Faúndes (2004). Introdução da lactação e amenorréia como método contraceptivo (LAM) em um programa de planejamento familiar pós-parto: repercussões sobre a saúde das crianças. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. 4 (2)

Dodd JM, Crowther CA, Grivell RM, Deussen AR. (2017). Elective repeat caesarean section versus induction of labour for women with a previous caesarean birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Jul;7:CD004906.

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). (2015). Manual de Anticoncepção. São Paulo: FEBRASGO.

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Cesárea: indicações. São Paulo: FEBRASGO; 2018. (Protocolo FEBRASGO - Obstetrícia, no. 106/ Comissão Nacional Especializada em Assistência ao Abortamento, Parto e Puerpério).

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Orientação contraceptiva no pré-natal e no puerpério. São Paulo: FEBRASGO,

2021 (Protocolo FEBRASGO Obstetrícia, n. 71/Comissão Nacional Especializada em Assistência Pré-Natal).

Marshall NE, Fu R, Guise JM. (2011). Impact of multiple cesarean deliveries on maternal morbidity: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol.*;205(3):262.e1-8.

Nisenblat V, Barak S, Griness OB, Degani S, Ohel G, Gonen R. (2006). Maternal complications associated with multiple cesarean deliveries. *Obstet Gynecol.*;108(1):21-6.

Organização Mundial da Saúde. Universidade Johns Hopkins. Planejamento familiar: um manual global para profissionais e serviços de saúde: orientações baseadas em evidência científica, elaboradas por meio de colaboração em âmbito mundial: um dos pilares do planejamento familiar da OMS. Genebra; OMS; 2007.

Puttanavijarn L, Phupong V. (2013). Comparisons of the morbidity outcomes in repeated cesarean sections using midline and Pfannenstiel incisions. *J Obstet Gynaecol Res.*;39(12):1555-9.



Documento assinado eletronicamente por **Lana de Lourdes Aguiar Lima, Diretor(a) do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**, em 15/06/2022, às 19:18, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Simone Garcia de Araujo, Bolsista**, em 29/06/2022, às 15:11, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0027527813** e o código CRC **ACA8AA18**.

Referência: Processo nº 25000.068008/2022-18

SEI nº 0027527813

Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - DAPES
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900
Site - saude.gov.br

Orientação contraceptiva no pré-natal e no puerpério

Protocolos Febrasgo

Obstetrícia | nº 71 | 2021



DIRETORIA DA FEBRASGO 2020 / 2023

Agnaldo Lopes da Silva Filho
Presidente

Sérgio Podgaec
Diretor Administrativo

César Eduardo Fernandes
Diretor Científico

Olímpio B. de Moraes Filho
Diretor Financeiro

Maria Celeste Osório Wender
Diretora de Defesa e Valorização
Profissional

Marta Franco Finotti
Vice-Presidente
Região Centro-Oeste

Carlos Augusto Pires C. Lino
Vice-Presidente
Região Nordeste

Ricardo de Almeida Quinteiros
Vice-Presidente
Região Norte

Marcelo Zugaib
Vice-Presidente
Região Sudeste

Jan Pawel Andrade Pachnicki
Vice-Presidente
Região Sul

Imagem de capa e miolo: passion artist/Shutterstock.com



COMISSÃO NACIONAL ESPECIALIZADA EM ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL - 2020 / 2023

Presidente

Fernanda Garanhani de Castro Surita

Vice-Presidente

Lilian de Paiva Rodrigues Hsu

Secretária

Adriana Gomes Luz

Membros

Edson Gomes Tristão
Eliaana Martorano Amaral
Eugenia Glaucy Moura Ferreira
Francisco Herlanio Costa Carvalho
Joeline Maria Cleto Cerqueira
José Meirelles Filho
Luciana Silva dos Anjos França
Marianna Facchinetti Brock
Mary Uchiyama Nakamura
Patrícia Gonçalves Teixeira
Renato Ajeje
Sérgio Hecker Luz

2021 - Edição revista e atualizada | 2018 - Edição anterior

Orientação contraceptiva no pré-natal e no puerpério

Descritores

Pré-natal; Puerpério; Contracepção; Gravidez não planejada

Como citar?

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Orientação contraceptiva no pré-natal e no puerpério. São Paulo: FEBRASGO, 2021 (Protocolo FEBRASGO-Obstetrícia, n. 71/Comissão Nacional Especializada em Assistência Pré-Natal).

Introdução

A gravidez não planejada atinge grande número de mulheres no Brasil e no restante do mundo. Mais de cem milhões de mulheres ou aproximadamente 18% daquelas que vivem com seus parceiros, em países em desenvolvimento, desejam evitar a gravidez, mas não fazem uso de métodos contraceptivos.⁽¹⁾

Essa situação é ainda pior no grupo dos países mais pobres, onde mais de 21,6% das mulheres em união desejavam prevenir a gestação, todavia não usavam métodos contraceptivos modernos em 2017.⁽²⁾ Esses dados revelam a falta de informação e orientação sobre o uso de anticoncepcionais disponíveis e do conhecimento no tocante à necessidade individual de cada mulher. No Brasil, em 2006, dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança indicaram que apenas 54% das

* Este protocolo foi elaborado pela Comissão Nacional Especializada em Assistência Pré-Natal e validado pela Diretoria Científica como documento oficial da FEBRASGO. Protocolo FEBRASGO de Obstetrícia, n. 71. Acesse: <https://www.febRASGO.org.br/>

Todos os direitos reservados. Publicação da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO).

mulheres haviam planejado a gravidez e, em 18% dos casos, esta era indesejada.⁽³⁾

Essas gestações não planejadas são consideradas de risco, pois, frequentemente, estão associadas a alguns hábitos e/ou intercorrências obstétricas que, entre tantas, destacam-se: retardo do início ou baixa adesão ao pré-natal, tabagismo, recém-nascidos de baixo peso e não aleitamento.⁽⁴⁾ Outra preocupação é a ocorrência de nova gravidez em um curto espaço de tempo, que interfere não só nas complicações materno-fetais, mas também apresenta repercussões social e econômica.⁽⁵⁾

Uma revisão sistemática⁽⁶⁾ que incluiu 77 estudos realizados em países dos seis continentes analisou a associação de intervalo entre gestações (IEG) e resultados neonatais, como prematuridade, baixo peso ao nascimento, pequeno para a idade gestacional (PIG), mortes fetal e neonatal precoce. IEGs de menos de seis meses estiveram associados a aumento da prematuridade (odds ratio: 1,40), PIG (odds ratio: 1,26) e baixo peso ao nascimento (odds ratio: 1,61). IEGs de 6 a 17 meses também estiveram associados a esses três resultados perinatais adversos.

Além disso, mulheres com cesárea anterior, submetidas à prova de trabalho de parto com IEG menor que 16 meses, tiveram risco aumentado de ruptura uterina.⁽⁶⁾ Até o momento, não há um conceito padrão sobre esse período, mas vários estudos têm mostrado que um bom intervalo entre um parto e outro varia de 18 a mais de 23 meses.

IEG menor que 24 meses aumenta o risco de morbimortalidade materna e/ou perinatal por meio de mais incidência de doenças hipertensivas e hemorrágicas.⁽⁵⁾ A explicação é atribuída à depleção nutricional materna, à teoria de competição materno-fetal e aos fatores ambientais.⁽⁵⁾

Mulheres necessitam ser informadas sobre esse risco durante o pré-natal e no puerpério. Os períodos de gravidez e do pós-parto são decisivos para o conhecimento, a orientação e o estímulo de uso de anticoncepção.

Qual é o melhor momento para a orientação de anticoncepção? Durante o pré-natal ou após o parto?

O principal objetivo do planejamento familiar é reduzir o número de gestações não planejadas, que, conseqüentemente, não são desejadas na maioria dos casos. A incidência de uso de métodos contraceptivos no país vem aumentando, mas ainda há muitas mulheres que necessitam de auxílio na orientação e na escolha.⁽³⁾

A gravidez e o período pós-parto são momentos muito oportunos para falar sobre métodos anticoncepcionais, pois há um aumento de motivação para usá-los. Durante o pré-natal, a gestante tem contato próximo e constante com profissionais de saúde, em razão das várias consultas nas quais muitos assuntos podem ser abordados e discutidos. Esse momento favorece o relacionamento médico-paciente e o questionamento das necessidades individuais de anticoncepção. Há um tempo para refletir sobre a escolha do melhor método contraceptivo ou aquele que mais agrada a mulher.

A orientação interfere diretamente na decisão sobre o uso e no tipo de contracepção que será utilizada. Há algumas evidências que mostram mais receptividade na orientação e nas informações sobre contracepção durante o pré-natal, principalmente na decisão para métodos definitivos, como laqueadura tubária, mas também no uso de dispositivo intrauterino (DIU) imediatamente após o parto.⁽⁷⁾

Nesse sentindo, tratando-se da possibilidade do início imediato após o parto vaginal ou cesárea, o DIU é mais bem aceito e deve ser

inserido após a mulher receber orientação e tomar a livre decisão de escolher esse método anticoncepcional para ser inserido no pós-parto imediato. Fazer essa orientação durante o pré-natal é o ideal.

Durante a internação no pós-parto, o contato médico ou da enfermagem é diário, propiciando conversas sobre métodos contraceptivos. Se essas orientações já foram feitas durante o pré-natal, necessitam ser reforçadas para a escolha do anticoncepcional mais adequado. A puérpera precisa de cuidados especiais, pois vivencia alterações físicas, emocionais e sociais que incluem depressão, aleitamento, alteração da libido e de vida sexual.⁽⁸⁾

Em 2020, uma metanálise avaliou a eficácia das informações e das orientações de métodos contraceptivos durante o pós-parto,⁽⁹⁾ tendo concluído que o uso de anticoncepcionais aumentou, ocasionando menos gestações não planejadas.⁽⁹⁾ Os melhores resultados obtidos foram entre mulheres que participaram de grupos educativos sobre métodos contraceptivos por duas ou mais vezes.⁽⁹⁾

No México, onde o planejamento familiar atua com orientação de anticoncepção durante o pré-natal, estudos mostram o dobro de aumento na utilização de contraceptivos quando comparados às informações oferecidas apenas no puerpério.⁽¹⁰⁾

Resultados semelhantes foram encontrados na Flórida (EUA), onde se observou que o uso de anticoncepção estava relacionado a estar morando com parceiro, a ter tido algum problema obstétrico, bem como quanto ao nível de renda familiar e ao grau de escolaridade.⁽¹¹⁾ Porém, esses resultados não foram obtidos em trabalhos realizados em outros locais, como China, Escócia e África do Sul;⁽¹²⁾ talvez, porque nesses locais a prevalência de utilização de métodos contraceptivos seja alta. Por exemplo, em Edimburgo, atinge cerca de 80% das mulheres.^(12,13)

No puerpério, o medo de uma nova gestação está quase sempre presente, sendo, portanto, importante que se ofereça contracepção segura e adequada, estimulando ao máximo o aleitamento materno.

Os benefícios do aleitamento materno são conhecidos há muito tempo, tanto na consolidação do vínculo afetivo e psicológico mãe-filho quanto na redução das morbidades e mortalidades neonatal e infantil, principalmente por meio da transmissão de imunoglobulinas, pela modificação da flora bacteriana do trato gastrointestinal do bebê e pela exposição reduzida a patógenos presentes na água ou em outros leites.⁽¹⁴⁾

Há, ainda, grandes evidências de que mães que amamentam apresentam menos sangramento no pós-parto, involução uterina mais rápida, atraso da ovulação, elevando, assim, o IEG,⁽¹⁴⁾ além das inúmeras vantagens quanto aos aspectos práticos e econômicos.

As considerações sobre a necessidade de preservar o aleitamento levaram a Organização Mundial da Saúde (OMS) a colocar apenas o DIU com cobre na categoria 1 (sem restrições) de elegibilidade para início imediato ou nas primeiras 48 horas após o parto, colocando na categoria 2 (vantagens superam possíveis desvantagens) a pílula de progestagênio, implantes subdérmicos e DIU com levonorgestrel. A injeção trimestral de acetato de medroxiprogesterona está na categoria 3 (desvantagens superam possíveis vantagens) porque se desconhecem os possíveis efeitos sobre o recém-nascido no tocante ao progestagênio presente no leite materno.

O Center for Disease Control and Prevention (CDC) dos EUA tem um critério um pouco mais liberal, colocando na categoria 1 todos os progestagênios após 30 dias do parto, enquanto a OMS faz o mesmo apenas após seis semanas pós-parto.⁽¹⁵⁾

Retorno da fertilidade

O retorno da ovulação após o término da gravidez depende basicamente de como está sendo conduzido o processo de amamentação. Em mulheres que não amamentam, a função do eixo hipófise-hipotálamo, geralmente, normaliza-se entre quatro e seis semanas após o parto, com o início da ovulação ocorrendo, em média, ao redor de 40 a 45 dias do puerpério, mas algumas puérperas que não amamentam apresentam ovulação, precocemente, por volta do 25º dia.⁽¹⁶⁾

Na presença de aleitamento materno exclusivo, não ocorre a função cíclica normal do eixo hipófise-hipotálamo devido à hiperprolactinemia, com consequente alteração nos níveis de gonadotrofinas e na ovulação. O padrão de amamentação é importante na manutenção da amenorreia e da anovulação, sendo o número de sucções (mais de cinco vezes por dia) e a duração das mamadas (mais de 80 minutos por dia) fatores básicos.

Estudos prospectivos têm referido que a primeira menstruação em mulheres que amamentam ocorre, em média, 28 semanas após o parto.⁽¹⁷⁾ Os ciclos iniciais são frequentemente associados à fase lútea inadequada e à relativa infertilidade, tendo uma média de início de retorno de ovulação por volta de 33 semanas.⁽¹⁷⁾ No entanto, embora seja importante o conhecimento do efeito anticoncepcional da lactação, não pode ser considerada método de alta confiabilidade em âmbito individual, principalmente após os primeiros 60 dias, dependendo do esquema de amamentação, da presença ou não de amenorreia e da suplementação alimentar do lactente.

Método de amenorreia da lactação (LAM)

O aleitamento materno apresenta efeito contraceptivo e tem valor no espaçamento do IEG. Durante a lactação, ocorrem elevados níveis de

prolactina, que são responsáveis pela inibição da secreção de hormônios hipotalâmicos que interferem no eixo hipotálamo-hipófise-ovário.

Há alterações na liberação de estrogênio que interferem na ovulação. O aleitamento como método contraceptivo se baseia na ausência de ovulação e amenorreia causada pelas modificações hormonais já descritas.⁽¹⁷⁾ A efetividade desse método depende da intensidade e da frequência das mamadas.

Puérperas que amamentam de forma exclusiva, com menos de seis meses pós-parto e em amenorreia, devem ser avisadas que a eficácia desse método é de aproximadamente 98%.⁽¹⁸⁾ Um estudo prospectivo que avaliou a incidência de gravidez em mulheres que amamentavam exclusivamente e encontravam-se em amenorreia observou taxa de falha de 0,9% a 1,2% nos primeiros seis meses.⁽¹⁹⁾ A interrupção da amamentação altera os valores de prolactina, reduzindo-os, e ocorre retorno da ovulação em 14 a 30 dias.⁽¹⁹⁾

Uma revisão sistemática publicada em 2008 revelou que a mulher que amamenta exclusivamente e encontra-se em amenorreia possui baixo risco de gravidez nos seis primeiros meses após o parto, o que foi denominado de subfertilidade da lactação.⁽²⁰⁾ Alguns fatores podem facilitar o retorno da fertilidade, como redução da frequência das mamadas, parada ou diminuição das mamadas noturnas, introdução de suplementos (chá, suco de frutas, alimentos sólidos), separação do bebê (retorno ao trabalho), ansiedade, estresse ou alguma doença materna ou do recém-nascido.⁽²⁰⁾

Mulheres que se utilizam de LAM devem ser orientadas que a eficácia desse método diminui quando decresce o número de mamadas, a menstruação retorna ou com mais de seis meses após o parto. Considera-se retorno da menstruação a ocorrência de sangramento por mais de dois dias, sendo necessário o uso de absorvente.⁽²⁰⁻²³⁾ Em puér-

peras que apresentam alguma doença clínica ou cirúrgica, com risco de piora na gravidez, métodos mais eficazes devem ser escolhidos.

Quando deve ser iniciada a utilização do método anticoncepcional?

Nas puérperas que não amamentam ou quando o aleitamento é misto, o início do uso de método contraceptivo deve ocorrer até a terceira ou quarta semana após o parto.⁽¹⁹⁾

Em presença de aleitamento materno exclusivo, pode-se iniciar anticoncepção mais tardiamente, a partir da sexta semana após o parto, sendo aconselhável que não se ultrapasse o período de três meses sem método algum.⁽¹⁹⁾ Em mulheres em amenorreia, é recomendável que, antes da introdução de qualquer método contraceptivo, descarte-se a hipótese de gravidez.

Orientação e escolha de anticoncepção

No período pós-parto, ao fazer a escolha contraceptiva, além das características inerentes a qualquer método, como eficácia, segurança, eventos adversos e reversibilidade, deve-se atentar para a possibilidade de efeitos sobre a lactação e o recém-nascido.

Algumas opções podem ser limitadas pelas alterações que podem causar na qualidade ou na quantidade do leite. Os métodos devem ser avaliados de acordo com os critérios de elegibilidade para uso de contraceptivos estipulados pela OMS.⁽²¹⁾

Métodos contraceptivos Critérios de elegibilidade para uso dos métodos anticoncepcionais

A OMS norteia a indicação de critérios clínicos de elegibilidade para uso de métodos contraceptivos, por meio da classificação em qua-

tro categorias, assim, estabelecendo a conveniência ou a restrição ao uso de um determinado anticoncepcional:⁽²¹⁾

- Categoria 1: o método pode ser usado sem restrição.
- Categoria 2: o método pode ser usado com restrições; são situações nas quais as vantagens em usar o método superam os riscos. Nesta categoria, o método não é a primeira escolha e, quando usado, deve ser acompanhado com cautela.
- Categoria 3: os riscos decorrentes do seu uso superam os benefícios, sendo necessário acompanhamento rigoroso da usuária.
- Categoria 4: o método não deve ser usado, pois apresenta risco inaceitável.

Os métodos podem ser classificados em transitórios e definitivos. Os transitórios mais utilizados são os de barreira, DIU e hormonais.

Métodos de barreira

São métodos que evitam a gravidez e impedem a ascensão dos espermatozoides ao trato genital superior. Atuam por meio de obstáculos mecânicos ou físicos. São divididos em masculino, o preservativo, e feminino, que compreende o preservativo feminino, o diafragma e os espermicidas. Todas essas opções podem ser utilizadas durante a amamentação.⁽²⁴⁾

Algumas orientações sobre o uso desses métodos devem ser feitas de forma específica para as mulheres no puerpério e durante o aleitamento. O epitélio vaginal da puerpera está atrofico, com lubrificação diminuída; assim, é recomendável o emprego dos métodos de barreira associados a lubrificantes. A eficácia desses métodos depende do seu uso correto, sendo importante que a mulher esteja consciente da necessidade de colocá-los em todas as relações sexuais, respeitando as instruções sobre seu uso.

Preservativo masculino – Deve-se dar preferência aos lubrificados ou associar o emprego de espermicidas, assim, contornando a falta de lubrificação vaginal e aumentando a sua eficácia.

Preservativo feminino – As características de uso são semelhantes às encontradas fora do puerpério. Necessita ser colocado antes de qualquer contato genital e durante a penetração certificar-se de que o pênis se encontra dentro do dispositivo. A opção de uso desse método oferece proteção contra doenças sexualmente transmissíveis, tendo vantagem em relação ao preservativo masculino, que é a cobertura dos genitais externos.

Diafragma – Deve-se iniciar o uso após seis semanas do parto, quando já ocorreu toda a involução uterina, pois sua eficácia depende da medida correta do tamanho, com adequada localização anatômica no canal vaginal.⁽¹⁹⁾ Em casos em que a puérpera já era usuária de diafragma, impõe-se nova medida. A associação com espermicida oferece as mesmas vantagens referidas para o preservativo.

Espermicidas – Formam uma barreira química ao acesso dos espermatozoides ao trato reprodutivo feminino. Não há relatos de alterações no aleitamento nem de efeitos colaterais para o lactente. Recomendações recentes da OMS sugerem que apenas mulheres de baixo risco para doenças sexualmente transmissíveis usem espermicidas contendo nonoxinol-9. O uso repetido ou em altas doses de nonoxinol-9 se associa a aumento de risco de lesões genitais, que podem propiciar a aquisição de infecção por HIV.⁽¹⁹⁾

Dispositivo intrauterino

É um método bastante seguro e conveniente no puerpério e não interfere no processo de lactação nem no desenvolvimento da criança. Oferece como vantagens alta eficácia e longa duração, sem apresentar mais incidência de complicações do que fora desse período.⁽²¹⁾

A inserção de DIU pode ser feita por via vaginal, imediatamente após a dequitação (até dez minutos) ou até 48 horas do parto, ou por via abdominal, durante a cesárea, antecedendo a histerorrafia (categoria 1).⁽²¹⁾

Em revisão sistemática publicada em 2010, os autores concluíram que a inserção logo após o parto parece ser segura e eficaz, apesar do pequeno número de estudos comparativos com colocações em outros momentos.⁽²²⁾

Esse procedimento não apresenta aumento de complicações, como perfurações ou infecções, mas pode evoluir com discreta elevação no número de expulsões.⁽²²⁾ Um estudo realizado no Brasil confirmou que a inserção de DIU com cobre, nos primeiros dez minutos após o parto, não aumenta em nada o sangramento pós-parto nem a incidência de endometrite ou de outras infeções.⁽²³⁾

Outros estudos referem menor taxa de expulsão quando a inserção do DIU ocorre nos primeiros dez minutos após a dequitação e após cesárea quando comparada à via vaginal.⁽²⁴⁾ Essa intercorrência pode ser reduzida ou evitada com treinamento específico e colocação adequada nos primeiros minutos após a dequitação. A inserção logo após o parto apresenta como vantagens alta motivação das mulheres, facilidade e conveniência, principalmente para aquelas com dificuldade de acesso a serviços médicos. As taxas de continuidade de uso do método são similares às das inserções em outros momentos.

Em alguns países, como na China, no México e no Egito, essa conduta é adotada e tornou-se popular.⁽²²⁾

A colocação de DIU deve ser evitada após 48 horas até quatro semanas pós-parto, pois há mais risco de perfuração (categoria 3).⁽²¹⁾ Na presença de infecção puerperal, DIU não deve ser colocado (categoria 4).⁽²¹⁾

Quanto ao uso de sistema intrauterino com levonorgestrel, semelhante ao dispositivo que contém cobre, pode ser inserido logo após o parto, mas como outros anticoncepcionais com progestagênios, está na categoria 2 da OMS.⁽²¹⁾ Estudos não têm mostrado alterações no aleitamento nem no acompanhamento do desenvolvimento das crianças no período de utilização; é um método que pode ser inserido até 48 horas de pós-parto (categoria 2) ou após quatro semanas do parto, como DIU com cobre (categoria 1).⁽²¹⁾

O uso desse método tem apresentado alta eficácia e aceitabilidade entre as usuárias.⁽²⁵⁾ Em um trabalho randomizado e controlado, Shaamash et al. não observaram diferença na duração do aleitamento materno nem no crescimento de bebês entre usuárias de DIU com cobre quando comparado ao que contém levonorgestrel.⁽²⁵⁾ Os níveis hormonais séricos obtidos são menores que os das usuárias de contraceptivos hormonais orais ou dos implantes só com progestagênios.⁽²⁵⁾

Métodos hormonais

Os anticoncepcionais hormonais são utilizados e preferidos por muitas mulheres. No período logo após o parto e durante o aleitamento, alguns cuidados devem ser tomados. Há hipótese de que os hormônios transferidos para o recém-nascido durante o aleitamento podem ter valores maiores que o esperado na circulação sanguínea infantil.

Isso ocorre tanto devido à imaturidade hepática, que não consegue metabolizar de forma adequada os hormônios, quanto à renal, que não o excreta apropriadamente.⁽²⁶⁾ Porém, é importante mencionar que a transferência dos hormônios pelo leite é pequena e alguns estudos colocam em dúvida que realmente ocorra.⁽²⁷⁾ O método contraceptivo hormonal é classificado de acordo com sua composição, combinado quando contém progestagênio associado ao estrogênio ou só com progestagênios.

a) Com progestagênio isolado (oral, injetável trimestral, implante subdérmico)

Podem ser empregados durante o aleitamento, sem afetar o crescimento e o desenvolvimento do recém-nascido, não alteram o volume do leite produzido nem a concentração de proteínas, lipídeos ou lactose.⁽²⁸⁻³⁰⁾ A orientação é para início após seis semanas do parto e devem ser os preferidos quando a opção desejada pela puérpera for a contracepção hormonal.⁽²¹⁾

A excreção desses hormônios pelo leite é pequena, correspondendo a menos de 1% da dose materna. Poucos trabalhos avaliaram a metabolização desses hormônios nos lactentes, mas há um estudo que acompanhou, por oito anos, crianças cujas mães utilizaram contraceptivos hormonais e que não evidenciou alterações no crescimento nem no desenvolvimento.^(28,29)

Em outras publicações, como em uma revisão sistemática em 2010, os autores concluíram que mesmo com o início precoce do anticoncepcional, ou seja, logo após o parto, não houve interferência no sucesso da amamentação.⁽³¹⁾ A eficácia desses métodos é alta, correspondendo à taxa de falha inferior a 1%.

- A minipílula (0,35 mg de norestisterona ou 0,03 mg de levonorgestrel ou 0,5 mg de linestrenol) pode ser mantida até seis meses ou até a paciente menstruar, geralmente, coincidindo com o início da complementação alimentar da criança (categoria 1).⁽²¹⁾
- Anticoncepcional hormonal oral contendo doses maiores de progestagênio (75 µg de desogestrel) apresenta mais eficácia que as minipílulas, podendo ser mantido mesmo após o término da lactação. Estudos recentes não observaram alterações na composição nem na quantidade do leite materno (categoria 1).⁽²¹⁾

- A injeção trimestral de acetato de medroxiprogesterona (150 mg), por via intramuscular, deve ser iniciada após seis semanas do parto (categoria 1) e seu uso antes desse período deve ser evitado (categoria 3).^(15,21)
- É um método de alta eficácia, com facilidade de uso e poucos efeitos colaterais. Estudos não detectaram nenhum efeito clinicamente mensurável sobre a saúde ou o crescimento de bebês amamentados por mulheres que usaram este método a partir de seis semanas após o parto (categoria 1). Outro dado positivo é a referência que usuárias desse método apresentam maior duração do aleitamento exclusivo quando comparadas à utilização de outros.⁽³²⁾
- O implante subdérmico (etonogestrel) apresenta alta eficácia associada à praticidade e à conveniência. Estudos que avaliaram a ação hormonal no aleitamento não observaram efeitos sobre o sucesso, a continuidade da lactação nem sobre o desenvolvimento da criança.^(33,34) Tem como vantagem ser um método de longa duração (até cinco anos),⁽³⁵⁾ com rápido retorno à fertilidade, após sua remoção. Pode ser inserido após seis semanas do parto (categoria 1) ou antes da alta da puérpera (categoria 2).⁽²¹⁾

Trabalhos recentes têm relatado que mulheres nas quais o implante foi colocado precocemente, entre um e três dias após o parto, não apresentaram diferenças no aleitamento, quando comparadas àquelas com inserção após quatro a oito semanas.⁽³⁶⁾

Uma recente versão Cochrane mostrou que a taxa de inserção foi maior quando inserido no pós-parto imediato em comparação com a postergação da inserção para visita posterior, mas a taxa de continuação de uso e de gravidez aos 12 meses foi a mesma em ambos os grupos.⁽³⁷⁾

Mulheres que optam por utilizar método só com progestagênio devem ser avisadas de que a incidência de amenorreia durante o aleitamento é alta, mas pode ocorrer sangramento irregular.

b) Hormonal combinado (via oral, injetável, transdérmica ou vaginal)

Durante a gravidez, ocorrem alterações hematológicas, como aumento de fatores de coagulação e de fibrinogênio, com decréscimo de anticoagulantes naturais levando a mais risco de fenômenos tromboembólicos.

Algumas mulheres apresentam aumento adicional no risco por terem mais de 35 anos ou fumarem. Dessa forma, contraceptivos hormonais combinados não devem ser utilizados nas primeiras semanas após o parto, pois aumentam a chance de complicações tromboembólicas (categoria 4).⁽²¹⁾

Uma revisão sistemática sobre o risco de trombose venosa durante puerpério, com avaliação de 13 estudos, mostrou aumento de 22 a 84 vezes nos primeiros 42 dias após o parto, quando comparado à paciente não grávida saudável e em idade reprodutiva.⁽³⁸⁾ Esse risco se encontra muito elevado logo após o parto, mas declina nos primeiros 21 dias, retornando a valores basais após 42 dias.⁽³⁸⁾

Além disso, por ação do componente estrogênico, pode ocorrer diminuição da quantidade de leite, não alterando significativamente a concentração de proteínas, gorduras nem lactose. Na presença de aleitamento, o contraceptivo hormonal combinado não deve ser usado antes de seis semanas do parto (categoria 4) e precisa ser evitado, se houver a chance de usar outro método, até seis meses após o parto (categoria 3).⁽²¹⁾

Esses cuidados necessitam ser realizados, pois, em revisões sistemáticas, os dados são insuficientes para afirmar que não há efeito na quantidade nem na qualidade do leite.⁽³⁹⁾

A passagem dos hormônios para o lactente ocorre, em geral, em proporções inferiores a 1% da dose materna, semelhantes aos valores hormonais observados em mulheres com ciclos ovulatórios. Muitos estudos não observaram efeitos adversos no leite em relação à qualidade nem à quantidade.⁽⁴⁰⁾

Métodos hormonais combinados não devem ser indicados quando ocorrer aleitamento materno exclusivo. Se forem utilizados em pacientes que já estão menstruando e com amamentação mista, a opção mais adequada será o uso de contraceptivo hormonal de baixa dose (estrógeno $\leq 30 \mu\text{g}$), ingerindo-se a pílula, de preferência, logo após a mamada, ou no início do intervalo mais longo entre elas. Recomenda-se, também, que haja aumento da duração do estímulo de sucção.

Anticoncepção de emergência

Mulheres que estão amamentando podem usar anticoncepção de emergência sem restrições.⁽²¹⁾ O uso desse contraceptivo é recomendado a mulheres que tiverem relação desprotegida ou falha de método. No entanto, não há indicação se ocorrer antes de 21 dias pós-parto.⁽²¹⁾ Seu uso deve ser feito preferencialmente após a mamada.

Métodos definitivos – Esterilização

Por serem definitivos, tanto a vasectomia como a ligadura tubária, devem ser resultantes de decisão consciente e amadurecida do casal, tomada, de preferência, fora da gestação ou no início dela, e também não no momento do parto. As condições do recém-nascido devem ser levadas sempre em consideração. Devem ser respeitadas as orientações da Lei nº 9263, de 1996, que trata de planejamento familiar e refere-se à esterilização voluntária, restringindo a esterilização

cirúrgica no parto/puerpério aos casos de comprovada necessidade, ou seja, risco de morte materna ou por cesarianas sucessivas.⁽⁴¹⁾

Com exceção desses dois casos, a mulher deve ser orientada a procurar um serviço de consulta puerperal ou planejamento familiar para receber orientação necessária, bem como para eventual uso de método contraceptivo, enquanto aguarda o processo de esterilização cirúrgica.

Considerações finais

Informações e orientações sobre métodos contraceptivos devem ser oferecidas à mulher ou ao casal durante a gravidez ou logo após o parto. A escolha do método contraceptivo e o momento de início são de extrema importância para o bom planejamento reprodutivo e a manutenção do aleitamento materno.

Mulheres que estão amamentando devem ser orientadas que a suplementação alimentar do recém-nascido, o retorno da menstruação e o período após seis meses do parto aumentam as chances da fertilidade. Todos os métodos contraceptivos devem ser oferecidos a mulheres que estejam amamentando. A escolha é sempre individual, contudo deve obedecer às indicações e às características de cada método.

Referências

1. Ross JA, Winfrey WL. Unmet Need for Contraception in the Developing World and the Former Soviet Union: An Updated Estimate. *Int Fam Plan Perspect.* 2002;28(3):3.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança/ Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.
3. Cahill N, Sonneveldt E, Stover J, Weinberger M, Williamson J, Wei C, Brown W, Alkema L. Modern contraceptive use, unmet need, and demand satisfied among women of reproductive age who are married or in a union in the focus countries

- of the Family Planning 2020 initiative: a systematic analysis using the Family Planning Estimation Tool. *Lancet*. 2018;391(10123):870-82.
4. Gipson JD, Koenig MA, Hindin MJ. The effects of unintended pregnancy on infant, child, and parental health: a review of the literature. *Stud Fam Plann*. 2008;39(1):18-38.
 5. Zhu BP, Rolfs RT, Nangle BE, Horan JM. Effect of the interval between pregnancies on perinatal outcomes: a review of the literature. *N Engl J Med*. 1999;340(8):589-94.
 6. Conde-Agudelo A, Rosas-Bermúdez A, Kafury-Goeta AC. Birth spacing and risk of adverse perinatal outcomes: a meta-analysis. *JAMA*. 2006;295(15):1809-23.
 7. Walton SM, Gregory H, Cosbie-Ross G. Family planning counseling in an antenatal clinic. *Br J Fam Plann*. 1987;13(4):136-9.
 8. Shaw E, Kaczorowski J. Postpartum care—what's new? *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2007;19(6):561-7.
 9. Lopez LM, Hiller JE, Grimes DA. Education for contraceptive use by women after childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010; Jan 20; (1):CD001863. Review.
 10. Barber SL. Family planning advice and postpartum contraceptive use among low-income women in Mexico. *Int Fam Plan Perspect*. 2007;33(1):6-12.
 11. Hernandez LE, Sappenfield WM, Goodman D, Pooler J. Is effective contraceptive use conceived prenatally in Florida? The association between prenatal contraceptive counseling and postpartum contraceptive use. *Matern Child Health J*. 2012;16(2):423-9.
 12. Smith KB van der Spuy ZM, Cheng L, Elton R, Glasier AF. Is postpartum contraceptive advice given antenatally of value? *Contraception*. 2002;65(3):237-43.
 13. Lopez LM, Hiller JE, Grimes D, Chen M. Education for contraceptive use by women after childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Aug 15;(8):CD001863.
 14. Van der Wijden C, Kleijnen J, Van den Berk T. Lactational amenorrhea for family planning. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;(4):CD001329.
 15. Sridhar A, Salcedo J. Optimizing maternal and neonatal outcomes with postpartum contraception: impact on breastfeeding and birth spacing. *Matern Health Neonatol Perinatol*. 2017 Jan;3(1):1.
 16. Jackson E, Glasier A. Return of ovulation and menses in postpartum nonlactating women: a systematic review. *Obstet Gynecol*. 2011;117(3):657-62.
 17. McNeilly AS, Howie PW, Houston MJ, Cook A, Boyle H. Fertility after childbirth: adequacy of post-partum luteal phases. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 1982;17(6):609-15.
 18. Pérez A, Labbok MH, Queenan JT. Clinical study of the lactational amenorrhoea method for family planning. *Lancet*. 1992;339(8799):968-70.
 19. The World Health Organization multinational study of breast-feeding and lactational amenorrhea. III. Pregnancy during breast-feeding. *Fertil Steril*. 1999;72(3):431-40.

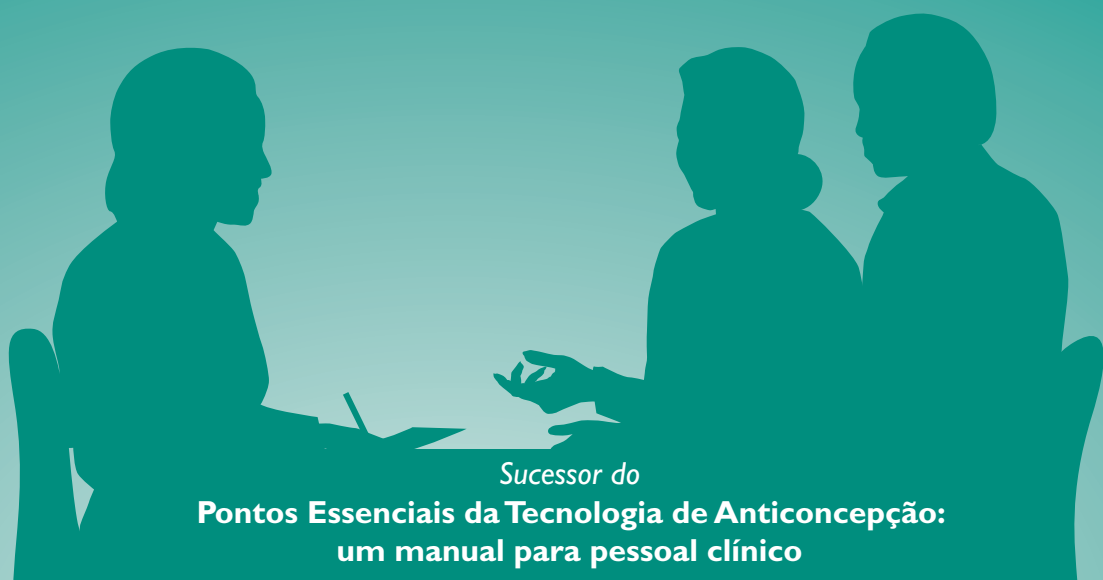
20. Van der Wijden C, Kleijnen J, Van den Berk T. Lactational amenorrhea for family planning. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;(4):CD001329. Review. Update in: *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;10:CD001329.
21. World Health Organization (WHO). Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5th ed. Geneva: WHO; 2015.
22. Grimes DA, Lopez LM, Schulz KF, Van Vliet HA, Stanwood NL. Immediate post-partum insertion of intrauterine devices. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;12(5):CD003036.
23. Welkovic S, Costa LO, Faúndes A, de Alencar Ximenes R, Costa CF. Post-partum bleeding and infection after post-placental IUD insertion. *Contraception.* 2001;63(3):155–8.
24. Kapp N, Curtis KM. Intrauterine device insertion during the postpartum period: a systematic review. *Contraception.* 2009;80(4):327–36.
25. Shaamash AH, Sayed GH, Hussien MM, Shaaban MM. A comparative study of the levonorgestrel-releasing intrauterine system Mirena versus the Copper T380A intrauterine device during lactation: breast-feeding performance, infant growth and infant development. *Contraception.* 2005;72(5):346–51.
26. Halderman LD, Nelson AL. Impact of early postpartum administration of progestin-only hormonal contraceptives compared with nonhormonal contraceptives on short-term breast-feeding patterns. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;186(6):1250–6.
27. Patel SB, Toddywalla VS, Betrabet SS, Kulkarni RD, Patel ZM, Mehta AC, et al. At what 'infant-age' can levonorgestrel contraceptives be recommended to nursing mothers? *Adv Contracept.* 1994;10(4):249–55.
28. Nilsson S, Mellbin T, Hofvander Y, Sundelin C, Valentin J, Nygren KG. Long-term follow-up of children breast-fed by mothers using oral contraceptives. *Contraception.* 1986;34(5):443–57.
29. Progestogen-only contraceptives during lactation: II. Infant development. World Health Organization, Task Force for Epidemiological Research on Reproductive Health; Special Programme of Research, Development, and Research Training in Human Reproduction. *Contraception.* 1994;50(1):55–68.
30. Phillips SJ, Tepper NK, Kapp N, Nanda K, Temmerman M, Curtis KM. Progestogen-only contraceptive use among breastfeeding women: a systematic review. *Contraception.* 2016;94(3):226–52.
31. Kapp N, Curtis K, Nanda K. Progestogen-only contraceptive use among breastfeeding women: a systematic review. *Contraception.* 2010;82(1):17–37.
32. Jimenez J, Ochoa M, Soler MP, Portales P. Long-term follow-up of children breast-fed by mothers receiving depot-medroxyprogesterone acetate. *Contraception.* 1984;30(6):523–33.
33. Díaz S, Zepeda A, Maturana X, Reyes MV, Miranda P, Casado ME, et al. Fertility regulation in nursing women. IX. Contraceptive performance, duration of lactation, infant growth, and bleeding patterns during use of progesterone vaginal rings, progestin-only pills, Norplant implants, and Copper T 380-A intrauterine devices. *Contraception.* 1997;56(4):223–32.

34. Taneepanichskul S, Reinprayoon D, Thaithumyanon P, Praisuwanna P, Tosukhowong P, Dieben T. Effects of the etonogestrel-releasing implant Implanon and a nonmedicated intrauterine device on the growth of breast-fed infants. *Contraception*. 2006;73(4):368–71.
35. Ali M, Akin A, Bahamondes L, Brache V, Habib N, Landoulsi S, et al.; WHO study group on subdermal contraceptive implants for women. Extended use up to 5 years of the etonogestrel-releasing subdermal contraceptive implant: comparison to levonorgestrel-releasing subdermal implant. *Hum Reprod*. 2016;31(11):2491–8.
36. Gurtcheff SE, Turok DK, Stoddard G, Murphy PA, Gibson M, Jones KP. Lactogenesis after early postpartum use of the contraceptive implant: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2011;117(5):1114–21.
37. Sothornwit J, Werawatakul Y, Kaewrudee S, Lumbiganon P, Laopaiboon M. Immediate versus delayed postpartum insertion of contraceptive implant for contraception. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;4:CD011913.
38. Jackson E, Curtis KM, Gaffield ME. Risk of venous thromboembolism during the postpartum period: a systematic review. *Obstet Gynecol*. 2011;117(3):691–703.
39. Truitt ST, Fraser AB, Grimes DA, Gallo MF, Schulz KF. Combined hormonal versus nonhormonal versus progestin-only contraception in lactation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;2(2):CD003988.
40. Kapp N, Curtis KM. Combined oral contraceptive use among breastfeeding women: a systematic review. *Contraception*. 2010;82(1):10–6.
41. Brasil, Leis e Decretos. Lei nº 9263, de 12 de Janeiro de 1996. Regula o 7º artigo 226 da Constituição Federal que trata de Planejamento Familiar, estabelece penalidades e esclarece outras providências. *Diário Oficial da União*. 1996; Secção 1.



Planejamento familiar

UM MANUAL GLOBAL PARA PROFISSIONAIS
E SERVIÇOS DE SAÚDE



Sucessor do

Pontos Essenciais da Tecnologia de Anticoncepção:
um manual para pessoal clínico



USAID
DO POVO AMERICANO



JOHNS HOPKINS
BLOOMBERG
SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

Center for Communication Programs



Organização
Mundial Da Saúde

Organizações Colaboradoras e Apoiadoras

Abt Associates, Private Sector Partnerships One Project (PSP-One)
Academy for Educational Development
American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)
Association for Reproductive and Family Health (ARFH), Nigeria
Centre for African Family Studies (CAFS)
The Centre for Development and Population Activities (CEDPA)
CONRAD
Constella Futures
East European Institute for Reproductive Health
EngenderHealth, ACQUIRE Project
Family Health International
Family Health Options Kenya (FHOK)
Family Planning Association of India (FPA India)
Family Planning Organization of the Philippines
Federation of Family Planning Associations, Malaysia
Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, A.C. (MEXFAM)
Georgetown University, Institute for Reproductive Health
Guttmacher Institute
Gynuity Health Projects
Hesperian Foundation
Ibis Reproductive Health
Implementing Best Practices (IBP) Consortium
International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh (ICDDR,B)
International Consortium for Emergency Contraception
IntraHealth International, Inc.
JHPIEGO
John Snow, Inc. (JSI)
Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health
London School of Hygiene and Tropical Medicine
Management Sciences for Health
Marie Stopes International
Minnesota International Health Volunteers (MIHV)
National Family Planning Coordinating Board (BKKBN), Indonesia
Pan American Health Organization (PAHO)
PATH
Pathfinder
Plan International
Planned Parenthood Federation of Nigeria (PPFN)
Population Council
Population Reference Bureau
Population Services International
Princeton University, Office of Population Research
Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine
University of the Witwatersrand, Reproductive Health and HIV Research Unit
University of North Carolina School of Public Health
University Research Co., LLC

Traducción realizada al español por:





Planejamento Familiar

UM MANUAL GLOBAL PARA PROFISSIONAIS E SERVIÇOS DE SAÚDE

Orientações baseadas em evidência científica, elaboradas por meio
de colaboração em âmbito mundial



Um dos Pilares do Planejamento Familiar da OMS

Organização Mundial da Saúde
Departamento de
Saúde Reprodutiva e Pesquisas

Johns Hopkins
Escola Bloomberg de Saúde Pública
Centro de Programas de
Comunicação
Projeto INFO

Agência para o Desenvolvimento Internacional dos Estados Unidos
Divisão de Saúde Global
Escritório de População e Saúde Reprodutiva

Planejamento Familiar

UM MANUAL GLOBAL PARA PROFISSIONAIS E SERVIÇOS DE SAÚDE

Índice

Prefácio	iv
Agradecimentos	vi
O Que Há de Novo neste Manual?	viii
Como Obter Mais Cópias deste Manual	x
Os 4 Pilares da Orientação em Planejamento Familiar elaborados pela Organização Mundial da Saúde	xi
1 Anticoncepcionais Orais Combinados	I
2 Pílulas Só de Progestógeno	25
3 Pílulas Anticoncepcionais de Emergência	45
4 Injetáveis Só de Progestógeno	59
5 Injetáveis Mensais	81
6 Adesivo Combinado <i>Só os pontos Essenciais</i>	101
7 Anel Vaginal Combinado <i>Só os pontos Essenciais</i>	105
8 Implantes	109
9 Dispositivo Intrauterino com Cobre	131
10 Dispositivo Intrauterino com Levonorgestrel <i>Só os pontos Essenciais</i>	157
11 Esterilização Feminina	165
12 Vasectomia	183
13 Preservativos Masculinos	199
14 Preservativos Femininos	211
15 Espermicidas e Diafragmas	221
16 Capuz Cervical <i>Só os pontos Essenciais</i>	237
17 Métodos Baseados na Percepção da Fertilidade	239
18 Coito Interrompido <i>Só os pontos Essenciais</i>	255
19 Método da Amenorréia Lactacional	257
20 Atendimento a Grupos Diferenciados	
Adolescentes	267
Homens	270
Mulheres Próximas da Menopausa	272
21 Doenças Sexualmente Transmissíveis, Inclusive HIV	275
22 Saúde Materna e do Recém-Nascido	289

23	Questões de Saúde Reprodutiva	
	Planejamento Familiar no Atendimento Pós-Aborto	297
	Violência Contra as Mulheres	300
	Infertilidade	304
24	Fornecimento de Planejamento Familiar	
	Importância de Procedimentos Selecionados no	
	Fornecimento de Métodos de Planejamento Familiar	307
	Aconselhamento Bem-Sucedido	308
	Quem Fornece o Planejamento Familiar	310
	Prevenção de Infecções na Clínica	312
	Gerenciamento de Suprimentos Contraceptivos	316

MATERIAIS DE APOIO

Apêndice A. Eficácia dos Métodos Anticoncepcionais	319
Apêndice B. Sinais e Sintomas de Problemas Graves de Saúde	320
Apêndice C. Problemas Médicos que Tornam a Gravidez	
Particularmente Arriscada	322
Apêndice D. Critérios Médicos de Elegibilidade para Uso de	
Métodos Anticoncepcionais	324
Glossário	335
Índice Remissivo	343
Metodologia	355

FERRAMENTAS AUXILIARES NO SERVIÇO

Comparação dos Métodos Anticoncepcionais	
Comparação dos Métodos Combinados	358
Comparação de Injetáveis	359
Comparação de Implantes	360
Comparação de Preservativos	360
Comparação de DIUs	362
Uso Correto de um Preservativo Masculino	363
Anatomia Feminina e o Ciclo Menstrual	364
Anatomia Masculina	367
Identificação de Dores de Cabeça com Enxaqueca e Auras	368
Opções Adicionais de Avaliação de Gravidez	370
Lista de Verificação de Gravidez	372
Se Esquecer de Tomar Pílulas	Contra capa interna
Tabela de Eficácia dos Métodos Anticoncepcionais	Contracapa

Para buscas online no original em inglês, acesse www.fphandbook.org

Prefácio

Da Organização Mundial da Saúde

A tarefa do planejamento familiar permanece inacabada. Apesar do grande progresso ao longo das últimas décadas, mais de 120 milhões de mulheres no mundo todo desejam evitar a gravidez, porém nem elas nem seus parceiros estão fazendo uso dos métodos contraceptivos. Muitos são os motivos para que suas necessidades fiquem desatendidas: os serviços e os insumos ainda não estão disponíveis em todos os lugares ou as opções são limitadas. O medo da reprovação social ou a postura contrária do parceiro impõem barreiras formidáveis. Os temores dos efeitos colaterais e as preocupações com a saúde assustam algumas pessoas; a outras falta conhecimento sobre as opções de contracepção e seu uso. Estas pessoas precisam de ajuda, já.

Vários milhões estão utilizando o planejamento familiar para evitar a gravidez, mas sem sucesso, por uma multiplicidade de razões. É possível que não tenham recebido instruções claras sobre como utilizar o método adequadamente, que não tenham tido acesso a um método mais apropriado a elas, não foram corretamente orientadas em relação aos efeitos colaterais ou simplesmente acabaram-se os insumos. Estas pessoas necessitam de apoio de melhor qualidade, sem demora.

Além disso, a tarefa do planejamento familiar nunca estará terminada. Nos próximos cinco anos, cerca de 60 milhões de garotas e rapazes atingirão a maturidade sexual. Geração após geração, sempre haverá pessoas que precisam do planejamento familiar e outros cuidados com a saúde.

Se por um lado, os desafios à saúde no mundo inteiro são muitos e bem sérios, por outro, a necessidade de controlar a própria fertilidade afeta mais vidas do que qualquer outro problema de saúde. É crucial para o bem-estar das pessoas, especialmente o das mulheres—e fundamental para sua autodeterminação.

De que maneira este manual pode ajudar? Permitindo que profissionais e serviços de saúde proporcionem um atendimento melhor a um número maior de pessoas. Sem rodeios e de fácil utilização, este manual traduz as evidências científicas em orientações práticas sobre todos os principais métodos anticoncepcionais. Estas orientações refletem o consenso de especialistas das organizações de saúde de vanguarda no mundo todo. Com este guia em mãos, um serviço de saúde pode atender, com confiança, clientes que tenham necessidades bem diversas e, com conhecimento de causa, oferecer-lhes uma ampla gama de métodos.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece e valoriza as muitas contribuições a este manual recebidas de pessoas de várias partes do todo. A colaboração no desenvolvimento, por consenso, de um guia comprovado cientificamente – com este escopo e profundidade – é um acontecimento memorável. A OMS gostaria de agradecer especialmente ao Centro de Programas de Comunicação da Escola Bloomberg de Saúde Pública da Universidade Johns Hopkins por sua inestimável parceria na elaboração desta publicação. A OMS também reconhece e agradece o compromisso de muitas organizações—agências das Nações Unidas, membros do Consórcio de Implementação das Melhores Práticas e muitos outros—que estão adotando este manual e divulgando-o aos serviços de saúde no mundo inteiro com o apoio financeiro de uma ampla gama de agências governamentais e outros parceiros. Estes esforços combinados atestam que a tarefa de aprimorar a saúde mundial está em boas mãos.

Paul F.A. Van Look, MD PhD FRCOG

Diretor do Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa

Organização Mundial da Saúde

Da Agência para o Desenvolvimento Internacional dos Estados Unidos

As orientações práticas e atualizadas contidas neste manual ajudarão a melhorar a qualidade dos serviços de planejamento familiar e a maximizar o acesso das pessoas aos mesmos. Pode auxiliar os serviços de planejamento familiar a prestar assistência a clientes no momento da escolha de um método de planejamento familiar; a dar apoio à utilização eficaz e a resolver os problemas de clientes. Gestores e instrutores também poderão utilizar este manual.

Este manual trata de muitos assuntos, dentre os quais emergem quatro temas gerais:

1. Praticamente qualquer pessoa pode usar, com segurança, praticamente qualquer método e o oferecimento da maioria dos métodos não é, em geral, algo complicado. Assim, os métodos podem ser amplamente apresentados e disponibilizados mesmo nos locais em que os recursos de atendimento de saúde sejam limitados. Este manual define e explica as muitas oportunidades que as pessoas têm à sua disposição para escolher, iniciar e trocar de método de planejamento familiar de modo adequado.
2. Os métodos de planejamento familiar podem ser eficazes se forem fornecidos corretamente. Para obter maior eficiência, alguns métodos tais como as pílulas e os preservativos requerem a ação consciente por parte de quem os utiliza. O auxílio e apoio por parte do serviço de saúde podem, frequentemente, fazer a diferença. Um exemplo disso ocorre quando se discutem os possíveis efeitos colaterais mais comuns. Alguns métodos exigem a correta execução de um procedimento por parte do serviço de saúde, como é o caso de uma esterilização ou a colocação de um DIU. Menos que dar instruções sobre como executar os procedimentos, este manual oferece a orientação e as informações que os serviços de saúde necessitam para dar suporte ao uso eficaz e contínuo de anticoncepcionais.
3. Novas clientes geralmente chegam aos serviços com um método já em mente e esta é, geralmente, a melhor opção para elas. Na ampla gama de métodos que uma cliente pode usar com segurança, os objetivos e as preferências da mesma devem comandar as decisões de planejamento familiar. Para encontrar e utilizar o método mais adequado, uma cliente precisa de boas informações e, frequentemente, auxílio para analisar e escolher a melhor opção. Este guia fornece informações sobre as quais a cliente e o serviço podem refletir conjuntamente.
4. Muitas clientes regulares precisam de pouco apoio e, para elas, o acesso conveniente é essencial. Para clientes permanentes que deparam com problemas ou preocupações, ajuda e apoio são vitais. Este manual fornece aconselhamento e recomendações de tratamento para tais clientes.

Com a colaboração da Organização Mundial da Saúde e muitas entidades, diversos especialistas trabalharam em conjunto na criação deste manual. A Agência para o Desenvolvimento Internacional dos Estados Unidos orgulhosamente apóia o trabalho de muitas das organizações colaboradoras e a publicação deste guia, bem como a participação na elaboração de seu conteúdo. Juntamente com os serviços de planejamento familiar que utilizarão este manual, estamos unidos no esforço em fazer do mundo um lugar melhor para todos e todas.

James D. Shelton, MD

Cientista Médico Sênior, Escritório de População e Saúde Reprodutiva

Divisão de Saúde Global

Agência para o Desenvolvimento Internacional dos Estados Unidos

Agradecimentos

Vera Zlidar, Ushma Upadhyay e Robert Lande do Projeto INFO, Centro de Programas de Comunicação da Escola Bloomberg de Saúde Pública da Universidade Johns Hopkins foram os principais redatores técnicos que conduziram o processo de elaboração do manual, juntamente com Ward Rinehart do Projeto INFO e Sarah Johnson da Organização Mundial da Saúde, os quais também atuaram como editores. Dentre os que contribuíram com a pesquisa e redação, pertencentes ao Projeto INFO, estão Fonda Kingsley, Sarah O'Hara, Hilary Schwandt, Ruwaida Salem, Vidya Setty, Deepa Ramchandran, Catherine Richey, Mahua Mandal e Indu Adhikary.

Os principais assessores técnicos durante a elaboração do manual foram Robert Hatcher, Roy Jacobstein, Enriquito Lu, Herbert Peterson, James Shelton e Irina Yacobson. E a revisão técnica final da publicação ficou a cargo de Kathryn Curtis, Anna Glasier, Robert Hatcher, Roy Jacobstein, Herbert Peterson, James Shelton, Paul Van Look e Marcel Vekemans.

As seguintes pessoas contribuíram com seus conhecimentos durante as reuniões de especialistas em Baltimore em outubro de 2004, em Genebra em junho de 2005, ou em ambas: Yasmin Ahmed, Marcos Arevalo, Luis Bahamondes, Miriam Chipimo, Maria del Carmen Cravioto, Kathryn Curtis, Juan Diaz, Soledad Diaz, Mohammad Eslami, Anna Glasier, John Guillebaud, Ezzeldin Othman Hassan, Robert Hatcher, Mihai Horga, Douglas Huber, Carlos Huezo, Roy Jacobstein, Enriquito Lu, Pisake Lumbiganon, Pamela Lynam, Trent MacKay, Olav Meirik, Isaiah Ndong, Herbert Peterson, John Pile, Robert Rice, Roberto Rivera, Lois Schaefer, Markku Seppala, James Shelton, Bulbul Sood, Markus Steiner, James Trussell, Marcel Vekemans e Wu Shangchun.

As seguintes organizações prestaram extraordinárias contribuições técnicas na criação deste manual: o Centro para o Desenvolvimento e Atividades da População, EngenderHealth, Family Health International, o Instituto de Saúde Reprodutiva da Universidade Georgetown University, JHPIEGO, Ciências de Administração da Saúde, Population Council e a Agência para o Desenvolvimento Internacional dos Estados Unidos.

Muitos outros também contribuíram com suas notório saber em temas específicos tendo participado no desenvolvimento do consenso acerca do conteúdo técnico. Entre tais contribuidores encontram-se Christopher Armstrong, Mark Barone, Mags Beksinska, Yemane Berhane, Ann Blouse, Julia Bluestone, Paul Blumenthal, Annette Bongiovanni, Débora Bossemeyer, Nathalie Broutet, Ward Cates, Venkatraman Chandra-Mouli, Kathryn Church, Samuel Clark, Carmela Cordero, Vanessa Cullins, Kelly Culwell, Johannes van Dam, Catherine d'Arcangues, Barbara Kinzie Deller, Sibongile Dlodlu, Mary Drake, Paul Feldblum, Ron Frezieres, Claudia Garcia-Moreno, Kamlesh Giri, Patricia Gómez, Pio Iván Gómez Sánchez, Vera Halpern, Robert Hamilton, Theresa Hatzell, Helena von Hertzen, John Howson, Carol Joanis, Robert Johnson, Adrienne Kols, Deborah Kowal, Jan Kumar, Anne MacGregor, Luann Martin, Matthews Mathai, Noel McIntosh, Manisha Mehta, Kavita Nanda, Ruchira Tabassum Naved, Francis Ndowa, Nuriye Ortayli, Elizabeth Raymond, Heidi Reynolds, Mandy Rose, Sharon Rudy, Joseph Ruminjo, Dana Samu, Julia Samuelson, Harshad Sanghvi, George Schmid, Judith Senderowitz, Jacqueline Sherris, Nono Simelela, Irving Sivin,

Jenni Smit, David Sokal, Jeff Spieler, Kay Stone, Maryanne Stone-Jimenez, Fatiha Terki, Kathleen Vickery, Lee Warner, Mary Nell Wegner, Peter Weis e Tim Williams.

Os serviços de planejamento familiar em Bangladesh, Brasil, China, Gana, Índia, Indonésia, Quênia, Paquistão, Filipinas e Zâmbia ofereceram comentários a respeito dos esboços das capas e dos capítulos do guia em sessões organizadas por Yasmin Ahmed, Ekta Chandra, Miriam Chipimo, Sharmila Das, Juan Diaz, Carlos Huezo, Enriquito Lu, Isaiah Ndong, Samson Radeny, Mary Segall, Sarbani Sen, Nina Shalita, Bulbul Sood e Wu Shangchun.

John Fiege, Linda Sadler e Rafael Avila criaram o layout do livro. Mark Beisser criou a capa e projeto inicial juntamente com Linda Sadler, o staff da Prographics e John Fiege. Rafael Avila gerenciou as fotografias e ilustrações. Ushma Upadhyay, Vera Zlizar e Robert Jacoby cuidaram da produção do guia. Heather Johnson gerenciou a impressão e a distribuição do manual juntamente com Mandy Liberto, Tre Turner, Roslyn Suite-Parham e Quan Wynder.

A tradução do manual para a língua portuguesa falada no Brasil foi feita por Lula Ramires com a apurada e imprescindível revisão da terminologia técnica pelo Dr. Juan Diaz.

© 2007 Organização Mundial da Saúde e Escola Bloomberg de Saúde Pública/Centro de Programas de Comunicação da Universidade Johns Hopkins

ISBN 13: 978-0-9788563-0-4

ISBN 10: 0-9788563-0-9

Sugestão de citação: Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa (SRP) da Organização Mundial da Saúde (OMS) e Escola Bloomberg de Saúde Pública/Centro de Programas de Comunicação (CPC) da Universidade Johns Hopkins, Projeto INFO. Planejamento Familiar: Um Manual Global para Prestadores de Serviços de Saúde. Baltimore e Genebra: CPC e OMS, 2007.

Este livro foi publicado com o apoio da Agência para o Desenvolvimento Internacional dos Estados Unidos (USAID), Bureau de Saúde Global, GH/PRH/PEC, sob os termos da Concessão N° GPH-A-00-02-00003-00. As opiniões aqui expressas são de responsabilidade dos autores e não necessariamente refletem as visões da USAID, da Universidade Johns Hopkins ou da Organização Mundial da Saúde.

O Que Há de Novo neste Manual?

Este novo manual sobre métodos de planejamento familiar e assuntos relacionados é o primeiro deste tipo: por meio de um processo colaborativo organizado, especialistas do mundo inteiro chegaram a um consenso a respeito de orientações práticas que reflitam as melhores evidências científicas disponíveis. A Organização Mundial da Saúde (OMS) foi responsável por este processo. Muitas das principais organizações profissionais de assessoria técnica endossaram e adotaram estas orientações.

Este guia serve como um recurso de consulta rápida para todos os níveis de profissionais da área de saúde. Ele é o sucessor de *The Essentials of Contraceptive Technology* (Pontos essenciais da tecnologia de anticoncepção: um manual para pessoal clínico), publicado pela primeira vez em 1997 pelo Centro de Programas de Comunicação da Escola Bloomberg de Saúde Pública da Universidade Johns Hopkins. No formato e na organização, assemelha-se ao manual anterior. Ao mesmo tempo, todo o conteúdo de *Essentials* foi reexaminado, novas evidências foram coletadas, as orientações foram revisadas onde necessário e as lacunas foram preenchidas. O presente manual reflete as orientações em planejamento familiar desenvolvidas pela OMS. Além disso, este guia amplia a cobertura de *Essentials*: ele aborda brevemente outras necessidades de clientes que surgem no transcurso dos serviços de planejamento familiar.

Destaques de Novas Apresentações

- Uma nova e mais completa cobertura das pílulas anticoncepcionais de emergência, injetáveis mensais, novos implantes, preservativos femininos bem como os novos e mais simples métodos baseados na percepção da fertilidade, e ainda alguns breves trechos a respeito do adesivo combinado, o anel vaginal combinado, o dispositivo intrauterino com levonorgestrel e o coito interrompido.
- Listas comprovadas cientificamente dos efeitos colaterais relatados, bem como dos benefícios e riscos à saúde dos métodos de planejamento familiar.
- Listas de verificação a partir de critérios médicos atualizados de elegibilidade e orientações ampliadas sobre como enfrentar problemas comuns decorrentes do uso.
- A orientação mais recente sobre métodos de planejamento familiar para pessoas vivendo com o HIV.
- Ferramentas de comunicação e itens práticos na parte final do manual, entre as quais como identificar mulheres que apresentam dores de cabeça e aura advindas de enxaqueca, anatomia feminina e masculina, o ciclo menstrual, o que fazer quando se esquece de tomar a pílula e um diagrama sobre a eficácia dos anticoncepcionais (na contracapa).
- Afirmações que corrigem mitos ou enganos comuns associados aos métodos.
- Novas seções sobre adolescentes, homens, mulheres próximas da menopausa, saúde materna e do recém-nascido, atendimento pós-aborto, violência contra as mulheres, infertilidade e prevenção de infecções.

Novas Informações e Orientações

Página

• Anticoncepcionais Orais Combinados (AOCs)	
Fatos sobre AOCs e câncer	4
Uso extensivo e contínuo de AOCs	21
• Pilulas Anticoncepcionais de Emergência (PAEs)	
Novas orientações sobre a ingestão de PAEs até 5 dias após o sexo desprotegido	49
Novas orientações sobre o oferecimento de métodos anticoncepcionais após o uso de PAE.	52
Lista atualizada de anticoncepcionais orais que podem ser usados como PAEs	56
• Injetáveis Só de Progestógeno	
Incluem NET-EN bem como DMPA	59
Novas informações sobre DMPA subcutâneo	63
Novas orientações sobre o gerenciamento de injeções atrasadas	74
Novas pesquisas sobre densidade óssea e DMPA	80
• Implantes	
Incluem Jadelle e Implanon bem como Norplant	109
Novas orientações sobre a duração do uso para mulheres mais pesadas. . .	110
• Dispositivo Intrauterino com Cobre	
Nova lista de perguntas para verificação sobre AIDS, terapia anti-retroviral e doenças sexualmente transmissíveis (DSTs)	136
Perguntas preventivas para exame pélvico antes da introdução de DIU. . . .	137
Novas orientações sobre avaliação de risco de DST em potenciais usuárias de DIU.	138
• Vasectomia	
Técnicas mais eficazes de vasectomia.	190
Novas orientações sobre quando um homem pode confiar em sua vasectomia	192
• Preservativos Masculinos	
Novos critérios acerca de reação alérgica grave à borracha de látex	202
Orientações revistas sobre o que fazer quando um preservativo estoura, sai do pênis ou não é utilizado	206
Novas orientações sobre como lidar com clientes com reação alérgica leve ou grave ao preservativo	207
• Métodos Baseados na Percepção da Fertilidade	
Incluem os novos Método dos Dias Fixos e dos Dois Dias.	239
• Método de Amenorréia Lactacional (MAL)	
Orientações Revistas sobre a utilização do método MAL para mulheres com HIV	260
• Doenças Sexualmente Transmissíveis, inclusive HIV	
Contraceção para clientes com DSTs, HIV, AIDS ou em terapia anti-retroviral	282
Novas informações sobre anticoncepcionais hormonais e o risco de HIV. .	288

Como obter mais exemplares deste Manual

O Projeto INFO da Escola Bloomberg de Saúde Pública/Centro de Programas de Comunicação da Universidade Johns Hopkins oferece exemplares do *Planejamento Familiar: Um Manual Global para Serviços de Saúde gratuitamente* aos leitores de países em desenvolvimento. Todos os demais queiram por gentileza entrar em contato com o Projeto INFO para obter mais informações.

Para solicitar, envie seu nome, endereço de correspondência, endereço de e-mail e número de telefone.

Para solicitar por e-mail: orders@jhuccp.org

Para solicitar por fax: +1 410 659-6266

Para solicitar por telefone: +1 410 659-6315

Para solicitar pela internet: <http://www.fphandbook.org/>

Para solicitar por correio comum:

Orders, INFO Project

Center for Communication Programs

Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health

111 Market Place, Suite 310

Baltimore, MD 21202, USA

Solicitações para traduzir, adaptar ou reimprimir: os responsáveis pela publicação estão abertos a pedidos de tradução, adaptação, reimpressão ou outra forma de reprodução do material contido neste documento com o objetivo de informar serviços de atendimento à saúde, sua clientela e o público em geral e aprimorar a qualidade do atendimento em saúde sexual e reprodutiva. As consultas devem ser encaminhadas à Assessoria de Imprensa da OMS, Organização Mundial da Saúde, 20 Avenue Appia, 1211 Genebra 27, Suíça (fax: +41 22 791 48 06; e-mail: permissions@who.int) e ao Projeto INFO, Centro de Programas de Comunicação, Escola Bloomberg de Saúde Pública da Universidade Johns Hopkins, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, EUA (fax: +1 410 659-6266; e-mail: orders@jhuccp.org).

Nota de Exceção: A menção de empresas específicas ou dos produtos de determinados fabricantes não significa que a Organização Mundial da Saúde, a Universidade Johns Hopkins ou a Agência das Nações Unidas para o Desenvolvimento Internacional os endossam ou recomendem preferencialmente a outros de natureza similar que não tenham sido mencionados. Exceto em caso de erro ou omissão, os nomes de produtos de propriedade protegida são diferenciados pelas iniciais em letras maiúsculas.

Os responsáveis pela publicação tomaram todas as precauções plausíveis a fim de verificar as informações contidas neste manual. O material publicado é distribuído, entretanto, sem garantia de qualquer espécie, expressa ou implícita. A responsabilidade pela interpretação e utilização do material fica a cargo do leitor. Sob nenhuma circunstância os editores se responsabilizarão por danos e prejuízos decorrentes de sua utilização.

Os Quatro Pilares da Orientação em Planejamento Familiar da Organização Mundial da Saúde

Este manual constitui um dos quatro pilares de orientação em planejamento familiar da Organização Mundial da Saúde (OMS). Juntos, os quatro pilares dão suporte ao fornecimento e utilização seguros e eficazes dos métodos de planejamento familiar.

Os dois primeiros pilares fornecem aos planejadores de políticas públicas e aos gestores de programas recomendações que possam ser utilizadas no estabelecimento ou na atualização de diretrizes e políticas de programas nacionais. Os *Critérios Médicos de Elegibilidade para Uso de Métodos Anticoncepcionais* (3ª edição, 2004) fornece orientação com relação à segurança e eficácia do uso de métodos contraceptivos específicos para pessoas portadoras de determinadas condições ou problemas médicos. As *Recomendações Práticas Seleccionadas para Uso de Métodos Anticoncepcionais* (2ª edição, 2005) respondem a perguntas específicas sobre como utilizar diversos métodos contraceptivos. Ambos os conjuntos de orientações resultam de reuniões de Grupos de Trabalho com especialistas convocadas pela OMS. O terceiro pilar, a *Ferramenta para Tomada de Decisões para Clientes e Serviços de Planejamento Familiar*, incorpora as orientações dos dois primeiros pilares e reflete a comprovação científica quanto ao melhor modo de atender às necessidades de planejamento familiar das clientes. Destina-se ao uso durante o aconselhamento. A ferramenta conduz o profissional e a cliente a percorrerem um processo estruturado, porém sob medida, que facilita a escolha e a utilização de um método de planejamento familiar. A *Ferramenta para Tomada de Decisões* também auxilia a orientar as consultas de retorno.

Como quarto pilar, o *Planejamento Familiar: um Manual Global para Serviços de Saúde* oferece informações técnicas para auxiliar os serviços de atendimento à saúde a fornecer métodos de planejamento familiar de forma correta e eficaz. Sendo um completo guia de referência, o manual fornece orientação específica a respeito de 20 métodos de planejamento familiar tratando de muitas das necessidades dos serviços de saúde, desde a correção de interpretações equivocadas ao controle de efeitos colaterais. Da mesma forma que na *Ferramenta para a Tomada de Decisões*, este manual incorpora as orientações dos dois primeiros pilares. Também aborda questões de saúde afins que possam emergir no contexto do planejamento familiar.

Os quatro pilares podem ser encontrados no website da OMS em http://www.who.int/reproductive-health/family_planning/. O manual também pode ser encontrado no website do Projeto INFO em <http://www.fphandbook.org>. As atualizações do manual e notícias sobre traduções serão postadas nestes websites. Para informações sobre como solicitar exemplares impressos, consulte a página anterior.

Contato do tradutor e do revisor técnico:

Lula Ramires lularamires@terra.com.br

Dr. Juan Díaz: jdiaz@reprolatina.org.br

Anticoncepcionais Orais Combinados

Pontos Básicos para Profissionais de Saúde e Clientes

- **Tome uma pílula todos os dias.** Para maior eficácia, uma mulher deve tomar as pílulas diariamente e iniciar cada nova cartela no dia certo.
- **Mudanças na menstruação são comuns, mas não são prejudiciais.** Tipicamente, ocorre sangramento irregular nos primeiros meses e, depois, sangramento em menor quantidade e mais regular.
- **Tome a pílula que esqueceu o mais rapidamente possível.** Esquecer de tomar as pílulas traz riscos de engravidar e pode agravar alguns efeitos colaterais.
- **Podem ser fornecidas a uma mulher a qualquer momento para que inicie a ingestão posteriormente.** Se a gravidez não pode ser descartada, um profissional de saúde pode fornecer as pílulas à mulher para que ela as tome mais tarde, quando começar sua menstruação.

O Que São Anticoncepcionais Orais Combinados?

- São pílulas que contêm baixas doses de dois hormônios—um progestógeno e um estrógeno—similares aos hormônios naturais progesterona e estrógeno existentes no corpo da mulher. Os anticoncepcionais orais combinados (AOCs) também são chamados simplesmente de “a Pílula,” pílulas combinadas de baixa dose, OCPs e OCs.
- Funcionam basicamente impedindo a liberação de óvulos pelos ovários (ovulação).

Qual a Eficácia?

A eficácia depende da usuária: o risco de gravidez é maior quando uma mulher começa uma nova cartela de pílulas com três ou mais dias de atraso ou deixa de tomar três ou mais pílulas perto do início ou do fim de uma cartela.

- Tal como geralmente usado, ocorrem cerca de oito gravidezes para 100 mulheres que utilizam AOCs no primeiro ano. Isto significa que 92 de cada 100 mulheres usando AOCs não ficarão grávidas.
- Quando não há erros na ingestão das pílulas, ocorre menos de uma gravidez em 100 mulheres utilizando AOCs no primeiro ano (3 por 1.000 mulheres).

Retorno da fertilidade após a interrupção dos AOCs: não há demora

Proteção contra doenças sexualmente transmissíveis (DSTs): nenhuma



Efeitos Colaterais, Benefícios e Riscos à Saúde

Efeitos Colaterais (consulte *Como Lidar com Problemas*, p. 17)

Algumas usuárias relatam o seguinte:

- Alterações nos padrões da menstruação, entre os quais:
 - Sangramento em menor quantidade e menos dias de sangramento
 - Sangramento irregular
 - Sangramento ocasional
 - Ausência de menstruação
- Dores de cabeça
- Tontura
- Náusea
- Sensibilidade das mamas
- Alteração do peso (ver Pergunta 6, p. 22)
- Alterações de humor
- Acne (pode melhorar ou piorar, mas geralmente melhora)

Outras alterações físicas possíveis:

- A pressão arterial aumenta alguns pontos (mm Hg). Quando o aumento se deve aos AOCs, a pressão arterial cai rapidamente após a interrupção do uso dos AOCs.

Porque Algumas Mulheres Dizem que Gostam de Anticoncepcionais Orais Combinados

- Ficam sob controle da mulher
- Pode-se interromper a ingestão a qualquer momento sem o auxílio de um profissional de saúde
- Não interfere no sexo

Benefícios à Saúde Conhecidos

Ajudam a proteger contra:

- Riscos de gravidez
- Câncer da membrana que recobre a parede da cavidade uterina (câncer de endométrio)
- Câncer do ovário
- Doença inflamatória pélvica sintomática

Podem ajudar a proteger contra:

- Cistos ovarianos
- Anemia por deficiência de ferro

Reduzem:

- Cólicas menstruais
- Problemas de sangramento menstrual
- Dor na ovulação
- Excesso de pelos na face ou no corpo
- Sintomas de síndrome do ovário policístico (sangramento irregular; acne, excesso de pelos na face ou no corpo)
- Sintomas de endometriose (dor pélvica, sangramento irregular)

Riscos à Saúde Conhecidos

Muito raros:

- Coágulo sanguíneo em veias profundas das pernas ou dos pulmões (trombose de veia profunda ou embolia pulmonar)

Extremamente raro:

- Derrame (acidente vascular cerebral)
- Infarto do miocárdio (coração)

Ver também Fatos sobre Anticoncepcionais Orais Combinados e Câncer, p. 4

Desfazendo mitos (ver também Perguntas e Respostas, p. 22)

Anticoncepcionais orais combinados:

- Não se acumulam no corpo da mulher. As mulheres não precisam de um “descanso” extra além da semana de pausa entre as cartelas.
- Devem ser tomados diariamente, independente da mulher ter feito sexo naquele dia.
- Não tornam a mulher infértil.
- Não provocam defeitos (ou malformações) de nascença ou múltiplos nascimentos.
- Não alteram o comportamento sexual da mulher.
- Não se acumula no estômago. Ao contrário, a pílula se dissolve a cada dia.
- Não interrompe uma gravidez já existente.

Fatos sobre Anticoncepcionais Orais Combinados e Câncer

Câncer do ovário e endometrial

- O uso de AOCs ajuda a proteger as usuárias de dois tipos de câncer—câncer dos ovários e câncer do colo do endométrio (membrana que recobre a cavidade uterina).
- Esta proteção continua por 15 ou mais anos após a interrupção do uso.

Câncer de mama

- Os resultados de pesquisas sobre AOCs e câncer de mama são de difícil interpretação:
 - Estudos constataram que mulheres que utilizaram AOCs há mais de 10 anos apresentam o mesmo risco de câncer de mama que mulheres semelhantes que nunca utilizaram AOCs. Em contraste, usuárias atuais de AOCs e mulheres que utilizaram AOCs nos últimos dez anos têm ligeira probabilidade adicional de serem diagnosticadas com câncer de mama.
 - Quando uma usuária atual ou ex-usuária de AOC é diagnosticada com câncer de mama, os tumores são menos avançados que aqueles diagnosticados em outras mulheres.
 - Não está claro se estes resultados são explicados pela detecção precoce de casos de câncer de mama já existente entre usuárias de AOC ou por um efeito biológico dos AOCs sobre o câncer de mama.

Câncer cervical

- O câncer cervical é causado por certos tipos de papilomavirus humano (HPV). O HPV é uma doença sexualmente transmissível que geralmente se cura sozinha sem tratamento, mas às vezes persiste.
- O uso de AOCs por cinco anos ou mais parece acelerar a evolução de infecção persistente por HPV para câncer cervical. Admite-se que seja muito pequeno o número de tumores cervicais associados ao uso de AOC.
- Se houver testes de colo uterino disponíveis, os profissionais/serviços de saúde podem aconselhar as usuárias de AOC—e todas as outras mulheres—a serem testadas a cada três anos (ou o que for recomendado pelas diretrizes nacionais) para se detectar quaisquer alterações pré-cancerígenas no cérvix, as quais podem ser removidas. Entre os fatores que se sabe potencializarem o risco de câncer cervical estão: ter tido muitos filhos e fumar (ver Câncer Cervical, p. 284.)

Quem Pode e Quem Não Pode Usar Anticoncepcionais Orais Combinados

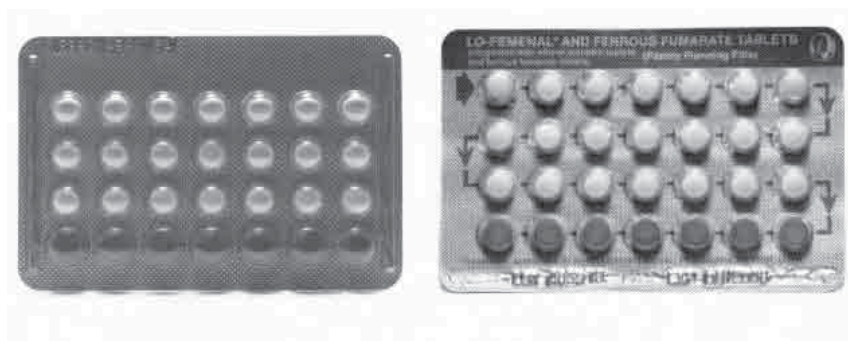
Seguro e Adequado para Quase Todas as Mulheres

Praticamente todas as mulheres podem utilizar AOCs com segurança e eficácia, incluindo-se entre elas mulheres que:

- Tenham ou não tido filhos
- Não sejam casadas
- De qualquer idade, inclusive adolescentes e mulheres acima dos 40 anos
- Tenham acabado de passar por um aborto, inclusive natural
- Fumem cigarros—caso tenham menos de 35 anos de idade
- Tenham anemia no momento ou já tenham tido no passado
- Tenham varizes
- Estejam infectadas com o HIV, estejam ou não em terapia anti-retroviral (ver Anticoncepcionais Orais Combinados para Mulheres com HIV, p. 9)

As mulheres podem começar a utilizar AOCs:

- Sem um exame pélvico
- Sem quaisquer exames de sangue ou outros testes laboratoriais de rotina
- Sem testagem para câncer cervical
- Sem exame das mamas
- Mesmo quando uma mulher não esteja ficando menstruada na época e se tenha certeza razoável que ela não está grávida (ver Lista de Verificação de Gravidez, p. 372)



Critérios Médicos de Elegibilidade para uso dos **Anticoncepcionais Orais Combinados**

Faça à cliente as perguntas abaixo quanto a problemas médicos que sejam do seu conhecimento. Não é necessário realizar exames ou testes. Caso ela responda “não” para todas as perguntas, significa que ela pode começar a utilizar AOCs se assim desejar. Caso ela responda “sim” a alguma questão, siga as instruções indicadas. Em alguns casos mesmo assim ela poderá iniciar o uso de AOCs. Estas perguntas também se aplicam para o adesivo combinado (ver p. 102) e o anel vaginal combinado (ver p. 106).

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

☐ NÃO ☐ **SIM**

- Se estiver amamentando integralmente ou quase integralmente: forneça-lhe AOCs
- e diga a ela para começar a tomá-los seis meses após o parto ou quando o leite materno não for mais o alimento principal do bebê—o que acontecer antes (ver Amamentação integral ou quase integral, p. 10).
- Caso esteja amamentando parcialmente: ela pode começar a tomar AOCs logo depois de completar seis semanas após o parto (ver Amamentando parcialmente, p. 11).

2. Você teve nenê nas últimas três semanas e não está amamentando?

☐ NÃO ☐ **SIM** Forneça-lhe AOCs e diga a ela para começar a tomá-los três semanas após o parto (ver Não Amamentando, p. 11).

3. Você fuma cigarros?

☐ NÃO ☐ **SIM** Caso ela tenha 35 anos de idade ou mais e fume, não forneça AOCs. Incentive-a a parar de fumar e ajude-a a escolher outro método.

4. Você tem cirrose no fígado, alguma infecção ou tumor hepático? (Os olhos ou a pele dela têm aspecto amarelo incomum?[sinais de icterícia]) Você já teve icterícia ao utilizar AOCs?

☐ NÃO ☐ **SIM** Caso ela relate doença hepática ativa grave (icterícia, hepatite ativa, cirrose moderada ou aguda, tumor no fígado) ou já teve icterícia quando utilizava AOCs, não forneça AOCs.

☐ Ajude-a a escolher um método sem uso de hormônios. (Ela poderá utilizar injetáveis mensais caso ela tenha tido icterícia somente por causa do uso de AOC.)

5. Você tem pressão arterial alta?

- ☐ NÃO ☐ **SIM** Se não for possível verificar a pressão arterial e ela disser que tem história de pressão alta, ou caso ela esteja em tratamento de pressão arterial alta, não forneça AOCs. Mande-a medir a pressão, se possível, ou ajude-a a escolher um método sem estrógeno.

Verifique a pressão arterial se possível:

- Caso a pressão arterial dela esteja abaixo de 140/90 mm Hg, forneça AOCs.
- Se sua pressão arterial sistólica for de 140 mm Hg ou mais ou se a pressão arterial diastólica for de 90 ou mais, não forneça AOCs. Ajude-a a escolher um método sem estrógeno, mas não injetáveis só de progestógeno caso a pressão sistólica seja de 160 ou mais ou a pressão diastólica seja de 100 ou mais.

(Uma única medição da pressão arterial na faixa de 140–159/90–99 mm Hg não é suficiente to diagnosticar pressão alta. Forneça a ela um método de apoio para ser usado até que ela possa retornar e fazer uma nova medição da pressão arterial, ou ajude-a a escolher outro método já, se ela assim preferir. Caso sua pressão arterial na medição seguinte estiver abaixo de 140/90, ela poderá utilizar AOCs.)

6. Você já teve diabetes por mais de 20 anos ou algum dano em suas artérias, visão, rins ou sistema nervoso causado por diabetes?

- ☐ NÃO ☐ **SIM** Não forneça AOCs. Ajude-a a escolher um método sem estrógeno, mas que não seja o de injetáveis só de progestógeno.

7. Você tem doença da vesícula biliar no momento ou toma medicação para esta doença?

- ☐ NÃO ☐ **SIM** Não forneça AOCs. Ajude-a a escolher outro método que não seja o adesivo combinado nem o anel vaginal combinado.

8. Você já teve um derrame, um coágulo sanguíneo em suas pernas ou nos pulmões, infarto ou outros problemas cardíacos graves?

- ☐ NÃO ☐ **SIM** Caso ela relate infarto, doença cardíaca devido a artérias bloqueadas ou estreitas, ou derrame, não forneça AOCs. Ajude-a a escolher outro método sem estrógeno mas que não seja o dos injetáveis só de progestógeno. Caso ela relate um coágulo nas veias profundas das pernas ou dos pulmões (que não sejam coágulos superficiais), ajude-a a escolher outro método sem hormônios.

(Continua na próxima página)

* Entre os métodos de apoio estão a abstinência, preservativos masculinos e femininos, espermicidas e “coito interrompido” (retirada do pênis antes de ejacular). Diga a ela que os espermicidas e o coito interrompido são os métodos contraceptivos menos eficazes. Se possível, forneça-lhe preservativos.

9. Você tem ou já teve câncer de mama?

- ☐ NÃO ☐ **SIM** Não forneça AOCs. Ajude-a a escolher um método sem hormônios.

10. Você às vezes vê uma área brilhante de visão apagada no olho antes de uma dor de cabeça intensa (aura de enxaqueca)? Você tem latejamento, forte dor de cabeça, frequentemente em apenas um lado da cabeça, que pode durar de algumas horas a vários dias e pode causar náusea ou vômitos (dores de cabeça com enxaqueca)? Tais dores de cabeça frequentemente pioram com a luz, barulho ou ao se mover.

- ☐ NÃO ☐ **SIM** Caso ela tenha aura de enxaqueca em qualquer idade, não forneça AOCs. Se ela tiver dores de cabeça com enxaqueca sem aura e tenha 35 anos de idade ou mais, não forneça AOCs. Ajude estas mulheres a escolher um método sem estrogênio. Caso ela tenha menos do que 35 anos e tenha dores de cabeça com enxaqueca sem aura, ela poderá utilizar AOCs (ver Identificação de Dores de Cabeça e Auras com Enxaqueca, p. 368).

11. Você está tomando medicamentos por causa de ataques convulsivos? Você está tomando rifampicina para tuberculose ou outras doenças?

- ☐ NÃO ☐ **SIM** Se ela estiver tomando barbitúricos, carbamazepina, oxcarbazepina, fenitoína, primidona, topiramato ou rifampicina, não forneça AOCs. Eles podem tornar os AOCs menos eficazes. Ajude-a a escolher outro método, mas não pílulas ou implantes só de progestógeno.

12. Você planeja submeter-se a uma cirurgia que a impedirá de andar por uma semana ou mais?

- ☐ NÃO ☐ **SIM** Se for o caso, ela poderá começar a tomar AOCs 2 semanas após a cirurgia. Até que ela possa tomar AOCs, deverá utilizar um método de apoio.

13. Você apresenta diversos fatores que possam aumentar sua probabilidade de doença cardíaca (doença da artéria coronária) ou derrame, tais como idade avançada, fumo, pressão arterial alta ou diabetes?

- ☐ NÃO ☐ **SIM** Não forneça AOCs. Ajude-a a escolher um método sem estrogênio mas que não sejam os injetáveis só de progestógeno.

Para obter classificações completas, consulte os Critérios Médicos de Elegibilidade para uso de Anticoncepcionais, p. 324. Não deixe de explicar os benefícios e riscos à saúde e os efeitos colaterais do método que a cliente utilizará. Além disso, aponte quaisquer fatores que fariam com que o método fosse desaconselhável, quando isso for relevante para a cliente.

Uso de Critério Clínico em Casos Especiais

Geralmente, uma mulher que apresente qualquer um dos fatores relacionados abaixo não deveria utilizar AOCs. Em circunstâncias especiais, entretanto, quando outros métodos, mais apropriados, não estiverem disponíveis ou sejam aceitáveis para ela, um profissional de saúde qualificado – em condições de avaliar cuidadosamente a situação e as condições específicas de uma mulher – poderá decidir quanto ao uso de AOCs. O profissional de saúde deve levar em consideração a gravidade de sua condição e, na maioria das situações, se ela terá acesso a acompanhamento.

- Não amamentando e a menos de 3 semanas após o parto
- Amamentando basicamente entre 6 semanas e 6 meses após o parto
- Tem idade de 35 anos ou mais e fuma menos de 15 cigarros por dia
- Pressão arterial alta (pressão sistólica entre 140 e 159 mm Hg ou pressão diastólica entre 90 e 99 mm Hg)
- Pressão arterial alta controlada, onde é possível haver avaliação contínua
- Histórico de alta pressão arterial, onde a pressão arterial não possa ser medida (inclusive pressão alta associada à gravidez)
- Cirrose moderada do fígado ou histórico de icterícia ao utilizar AOCs no passado
- Doença da vesícula biliar (atual ou clinicamente)
- Tem idade de 35 anos ou mais e tem dores de cabeça com enxaqueca sem aura
- Tem menos do que 35 anos e tem dores de cabeça com enxaqueca sem aura que se desenvolveram ou se agravaram ao utilizar AOCs
- Teve câncer de mama há mais de 5 anos e não retornou
- Está tomando barbitúricos, carbamazepina, oxcarbazepina, fenitoína, primidona, topiramato ou rifampicina. Deve-se utilizar um método de apoio porque estes medicamentos reduzem a eficácia dos AOCs.
- Tem diabetes há mais de 20 anos ou danos às artérias, visão, rins ou sistema nervoso causados por diabetes
- Múltiplos fatores de risco para doença cardiovascular arterial tais como idade avançada, fumo, diabete e pressão arterial alta

Anticoncepcionais Oraís Combinados para Mulheres com HIV

- Mulheres que estejam infectadas com o HIV, que tenham Aids ou estejam em terapia anti-retroviral (ARV) podem usar AOCs, com segurança.
- Incentive estas mulheres a utilizarem preservativos juntamente com os AOCs. Usados de forma correta e consistente, os preservativos ajudam a impedir a transmissão do HIV e de outras DSTs. Os preservativos também proporcionam proteção contraceptiva extra para mulheres em terapia ARV. Não está estabelecido se os medicamentos ARV reduzem a eficácia dos AOCs.

Fornecimento de Anticoncepcionais Orais Combinados

Quando Começar

IMPORTANTE: Uma mulher pode começar a tomar AOCs a qualquer momento em que desejar caso haja razoável certeza de que não está grávida. Para se ter essa certeza razoável, utilize a Lista de Verificação de Gravidez (ver p. 372). Além disso, uma mulher pode receber AOCs a qualquer momento e ser instruída sobre o momento oportuno em que deve começar a tomá-los.

Situação da mulher	Quando começar
Tem ciclos menstruais ou está mudando de um método não-hormonal	A qualquer momento do mês - Se ela estiver começando até cinco dias após o início de sua menstruação, não há necessidade de usar um método de apoio. - Se estiver a mais de cinco dias após o início de sua menstruação, ela pode começar a tomar os AOCs a qualquer momento caso se tenha certeza razoável de que ela não está grávida. Ela precisará de um método de apoio durante os primeiros sete dias da ingestão das pílulas. (Se não for possível ter certeza razoável, forneça-lhe os AOCs agora e instrua-a a começar a tomá-los durante a próxima menstruação.) - Se ela estiver mudando de um DIU, ela poderá tomar AOCs imediatamente (ver DIU com Cobre, Mudando do DIU para Outro Método, p. 148).
Mudança de um método hormonal	- Imediatamente, caso ela esteja usando o método hormonal de forma consistente e correta ou haja certeza razoável de que ela não está grávida. Não há necessidade de esperar até sua próxima menstruação. Não há necessidade de usar um método de apoio. - Se ela estiver mudando de injetáveis, ela poderá começar a tomar AOCs quando a injeção de repetição já tiver sido dada. Não há necessidade de método de apoio.
Amamentando de forma exclusiva ou quase	
Menos de seis meses após o parto	Forneça-lhe AOCs e diga a ela para começar a tomá-los seis meses depois do parto ou quando o leite materno já não for mais o alimento principal do bebê—o que acontecer primeiro.

* †Nos locais em que se recomende rotineiramente uma consulta seis semanas após o parto e outras oportunidades de se obter contracepção sejam limitadas, alguns profissionais e programas de saúde poderão fornecer AOCs nesta consulta após seis semanas, sem maiores evidências de que a mulher não esteja grávida, caso sua menstruação ainda não tenha retornado.

Situação da mulher **Quando começar****Amamentando de forma exclusiva ou quase (continuação)**

Mais de 6 semanas após o parto

- Se a menstruação dela não tiver retornado, ela poderá começar a tomar AOCs a qualquer momento em que se tenha certeza razoável de que ela não está grávida. Ela precisará de um método de apoio nos primeiros 7 dias de ingestão das pílulas. (Se não houver certeza razoável, forneça-lhe as AOCs na hora e diga a ela para começar a tomá-las durante sua próxima menstruação).
- Se a menstruação dela tiver retornado, ela poderá começar a tomar AOCs tal como aconselhado para mulheres que apresentem ciclos menstruais (ver na página anterior).

Amamentando parcialmente

Menos de 6 semanas após o parto

- Forneça-lhe AOCs e diga a ela para começar a tomá-las 6 semanas após o parto.
- Forneça-lhe também um método de apoio para ser usado até 6 semanas desde o parto caso sua menstruação retorne antes deste período.

Mais de 6 semanas após o parto

- Se a menstruação dela não tiver retornado, ela poderá começar a tomar AOCs a qualquer momento em que se tiver certeza razoável de que ela não está grávida.[†] (Se não houver certeza razoável, forneça-lhe as AOCs na hora e diga a ela para começar a tomá-las durante sua próxima menstruação).
- Se sua menstruação tiver retornado, ela poderá começar a tomar AOCs tal como aconselhado para mulheres que apresentem ciclos menstruais (ver na página anterior).

Não amamentando

Menos de 4 semanas após o parto

- Ela poderá começar a tomar AOCs a qualquer momento do 21º ao 28º dia após o parto. Forneça-lhe as pílulas a qualquer momento para que as mesmas sejam ingeridas durante estes 7 dias. Não há necessidade de um método de apoio.

[†] † Nos locais em que se recomende rotineiramente uma consulta seis semanas após o parto e outras oportunidades de se obter contracepção sejam limitadas, alguns profissionais e programas de saúde poderão fornecer AOCs nesta consulta após seis semanas, sem maiores evidências de que a mulher não esteja grávida, caso sua menstruação ainda não tenha retornado.

**Não amamentando
(continuação)**

Mais de quatro
semanas após o parto

- Se a menstruação dela não tiver retornado, ela poderá iniciar os AOCs a qualquer momento se houver certeza razoável que ela não está grávida.[†] Ela precisará de um método de apoio nos primeiros sete dias de ingestão das pílulas. (Se não houver certeza razoável, forneça-lhe os AOCs na hora e diga a ela que comece a tomá-los durante a menstruação do mês seguinte.)
- Se a menstruação tiver retornado, ela poderá tomar AOCs tal como aconselhado para mulheres que apresentem ciclos menstruais (ver p. 10).

**Ausência de
menstruação (não
relacionado a parto ou
amamentação)**

- Ela poderá começar a tomar AOCs a qualquer momento caso haja certeza razoável de que ela não está grávida. Ela precisará de um método de apoio nos primeiros sete dias de ingestão das pílulas.

**Após aborto,
inclusive natural**

- Imediatamente. Caso ela esteja começando após sete dias depois de um aborto espontâneo ou induzido no primeiro ou segundo trimestres, não há necessidade de um método de apoio.
- Se for mais de sete dias após aborto, natural ou não no primeiro ou segundo trimestre, ela poderá começar a tomar AOCs a qualquer momento caso se tenha certeza razoável que ela não está grávida. Ela precisará de um método de apoio nos primeiros sete dias da ingestão de pílulas. (Se não houver certeza razoável, forneça-lhe AOCs e diga a ela para começar a tomá-los durante a próxima menstruação.)

**Depois de
tomar pílulas
anticoncepcionais de
emergência (PAEs)**

- Ela poderá começar a tomar AOCs no dia em que parar de tomar PAEs. Não há necessidade de esperar sua próxima menstruação para começar a tomar pílulas.
 - Uma nova usuária de AOC deve começar uma nova cartela de pílulas.
 - Uma usuária regular que precisou tomar PAEs devido a erros na ingestão das pílulas poderá continuar onde parou na cartela atual.
 - Todas as mulheres precisarão de um método de apoio nos primeiros sete dias de ingestão das pílulas.

[†] Nos locais em que se recomende rotineiramente uma consulta seis semanas após o parto e outras oportunidades de se obter contracepção sejam limitadas, alguns profissionais e programas de saúde poderão fornecer AOCs nesta consulta após seis semanas, sem maiores evidências de que a mulher não esteja grávida, caso sua menstruação ainda não tenha retornado.

Aconselhamento acerca dos Efeitos Colaterais

IMPORTANTE: O aconselhamento completo a respeito de mudanças na menstruação e outros efeitos colaterais é parte fundamental na disponibilização do método. A orientação sobre alterações no sangramento talvez seja a ajuda mais importante que uma mulher necessita para continuar utilizando o método.

Descreva os efeitos colaterais mais comuns

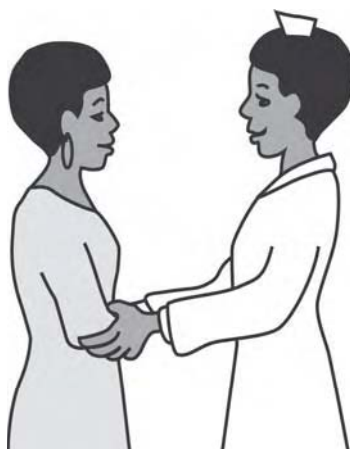
- Nos primeiros meses, sangramento em momentos inesperados (sangramento irregular). Depois disso, menstruação mais moderada, mais curto e mais regular.
- Dores de cabeça, sensibilidade dos seios, mudança de peso e, possivelmente, outros efeitos colaterais.

Explique tais efeitos colaterais

- Efeitos colaterais não são sinais de doença.
- A maioria dos efeitos colaterais geralmente perde intensidade ou cessam nos primeiros meses de uso do AOCs.
- São comuns, mas algumas mulheres não os apresentam.

Explique o que fazer caso ocorram efeitos colaterais

- Continue tomando os AOCs. Deixar de tomar as pílulas oferece risco de gravidez e pode agravar alguns efeitos colaterais.
- Tome cada pílula no mesmo horário todos os dias para ajudar a reduzir o sangramento irregular e também ajudar a lembrar-se de tomá-las.
- Tome as pílulas com algum alimento ou na hora de dormir para ajudar a evitar náusea.
- A cliente poderá retornar ao serviço para obter ajuda caso os efeitos colaterais a perturbem.



Explicações Sobre o Uso

1. Forneça as pílulas	• Forneça o máximo de cartelas possível—até o suprimento para um ano (13 cartelas).
2. Explique a cartela de pílulas	• Mostre o tipo de cartela—de 21 ou de 28 pílulas. Nas cartelas de 28 pílulas, ressalte que as últimas sete pílulas são de cor diferente e não contêm hormônios. • Mostre como tomar a primeira pílula da cartela e, em seguida, como seguir as direções ou as setas na cartela para se tomar as pílulas restantes.
3. Dê a instrução básica	• Tome uma pílula por dia—até esvaziar a cartela. • Discuta dicas para tomar uma pílula por dia: Relacionado a ingestão da pílula a uma atividade diária—tal como escovar os dentes—poderá ajudá-la a se lembrar. • Tomar as pílulas no mesmo horário todos os dias ajuda a se lembrar dela. Também pode ajudar a reduzir alguns efeitos colaterais.
4. Explique o início da cartela seguinte	• Cartelas com 28 pílulas: quando ela terminar uma cartela, deverá tomar a primeira pílula da próxima cartela no dia seguinte. • Cartelas com 21 pílulas: depois de tomar a última pílula de uma cartela, ela deverá aguardar sete dias—não mais—e então tomar a primeira pílula da cartela seguinte. • É muito importante começar a cartela seguinte no dia certo. Atrasar o início de uma cartela traz o risco de gravidez.
5. Forneça um método de apoio e explique seu uso	• Às vezes, ela poderá precisar utilizar um método de apoio, por exemplo quando ela deixar de tomar alguma(s) pílula(s). Entre os métodos de apoio estão a abstinência, preservativos masculinos ou femininos, espermicidas e coito interrompido. • Diga a ela que os espermicidas e o coito interrompido são os métodos contraceptivos menos eficazes. Forneça-lhe preservativos, se possível.



Apoio à Usuária

O que Fazer Quando se Deixa de Tomar Alguma(s) Pílula(s)

É fácil se esquecer de tomar uma pílula ou tomá-la com atraso. As usuárias de AOC devem saber o que fazer caso se esqueçam de tomar alguma(s) pílula(s).

Caso uma mulher deixe de tomar uma ou mais pílulas, ela deverá seguir as instruções abaixo. Utilize a ferramenta existente na contracapa interna para ajudar a explicar estas instruções à cliente.

Como Compensar Pílulas Não Tomadas Com 30–35 µg de Estrógeno[‡]

Mensagem principal

- Tome uma pílula que se deixou de tomar assim que possível.
- Continue tomando as pílulas como sempre, uma por dia. (Ela poderá tomar duas pílulas ao mesmo tempo ou no mesmo dia.)

Deixou de tomar 1 ou 2 pílulas? Começou a tomar uma nova cartela com 1 ou 2 dias de atraso?

- Tome uma pílula hormonal assim que possível.
- Há pouco ou nenhum risco de gravidez.

Deixou de tomar 3 ou mais pílulas na primeira ou segunda semana? Começou uma nova cartela com 3 ou mais dias de atraso?

- Tome uma pílula hormonal assim que possível.
- Utilize um método de apoio nos próximos sete dias.
- Além disso, caso ela tenha feito sexo nos últimos cinco dias, poderá considerar a possibilidade de tomar PAEs (ver Pílulas Anticoncepcionais de Emergência, p. 45).

Deixou de tomar 3 ou mais pílulas na terceira semana?

- Tome uma pílula hormonal assim que possível.
- Termine todas as pílulas hormonais da cartela. Jogue fora as 7 pílulas não- hormonais de uma cartela de 28 pílulas.
- Inicie uma nova cartela no dia seguinte.
- Utilize um método de apoio nos próximos 7 dias.
- Além disso, caso ela tenha feito sexo nos últimos cinco dias, poderá considerar a possibilidade de tomar PAEs (ver Pílulas Anticoncepcionais de Emergência, p. 45).
- Also, if she had sex in the past 5 days, can consider ECPs (see Emergency Contraceptive Pills, p. 45).

Deixou de tomar alguma(s) pílula(s) não-hormonais? (as últimas sete pílulas de uma cartela de 28 pílulas)

- Descarte as pílulas não hormonais não tomadas.
- Continue tomando AOCs, um por dia. Comece a nova cartela como faz normalmente

[‡] No caso de pílulas com 20 µg de estrógeno ou menos, as mulheres que deixaram de tomar uma pílula devem seguir a mesma orientação para as que perderam uma ou duas pílulas de 30–35 µg. Mulheres que perderam 2 ou mais pílulas devem seguir a mesma orientação para as que perderam 3 ou mais pílulas de 30–35 µg.

“Volte Quando Quiser”: Motivos para Retornar

Encoraje cada cliente para que se sinta à vontade para retornar quando quiser—por exemplo, caso ela tenha problemas, dúvidas ou queira usar outro método; caso tenha alguma alteração importante em sua saúde; ou caso ela ache que possa estar grávida. Também deve voltar caso:

- Ela tenha deixado de tomar as pílulas ou começado uma nova cartela com mais de três dias de atraso e também tenha feito sexo durante este período. Talvez ela venha a considerar a hipótese de tomar PAEs (ver Pílulas Anticoncepcionais de Emergência, p. 45).

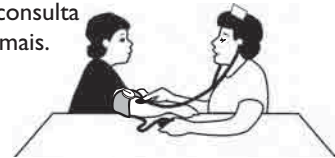
Orientação geral de saúde: qualquer mulher que ache que algum muito grave esteja acontecendo com sua saúde deve buscar atendimento médico imediatamente junto a uma enfermeira ou médico. É provável que o método anticoncepcional usado por ela não seja a causa do problema, mas ela deve contar à enfermeira ou ao médico qual método ela está utilizando.

Planejamento da Próxima Consulta

1. Incentive-a a retornar para obter mais pílulas antes que termine seu suprimento atual.
2. Recomenda-se uma consulta anual.
3. Algumas mulheres podem se beneficiar do contato após três meses de utilização da AOC. Isto oferece uma oportunidade para se responder a quaisquer dúvidas, ajudar a solucionar quaisquer problemas e a verificar se o uso de AOC está correto.

Ajuda a Usuárias Regulares

1. Pergunte à cliente como está sendo a aplicação do método e se ela está satisfeita. Pergunte se ela tem dúvidas ou alguma coisa sobre a qual queira conversar.
2. Pergunte particularmente se ela está preocupada com as alterações na menstruação. Forneça a ela quaisquer informações ou ajuda que ela necessite (ver Como Lidar com Problemas, na próxima página).
3. Pergunte se, frequentemente, ela tem problemas para se lembrar de tomar as pílulas diariamente. Se for o caso, discuta formas de se lembrar, o que fazer quando esqueceu de tomar pílulas, quando usar PAEs ou a escolher outro método.
4. Forneça a ela mais cartelas de pílulas—o suprimento suficiente para um ano (13 cartela), se possível. Marque sua próxima consulta para reabastecimento de pílulas antes que ela necessite de mais.
5. A cada ano, aproximadamente, verifique a pressão arterial se possível (ver Critérios Médicos de Elegibilidade, Pergunta 5, p. 7).
6. A uma cliente antiga, pergunte se ela teve algum novo problema de saúde desde a última consulta. Trate destes problemas ou encaminhe a mulher a outro serviço, quando necessário. No caso de novos problemas de saúde que requeiram a troca de métodos, ver a p. 19.
7. A uma cliente antiga, pergunte acerca de mudanças importantes em sua vida que possam afetar suas necessidades—particularmente seus planos de ter filhos e risco de DST/HIV. Faça o acompanhamento necessário.



Como Lidar com Problemas

Problemas Relatados como Efeitos Colaterais ou Problemas pelo Uso

Podem ser ou não devidos ao método.

- Problemas com efeitos colaterais afetam a satisfação das mulheres e o uso de AOCs. Eles merecem a atenção do profissional/serviço de saúde. Caso a cliente relate efeitos colaterais ou problemas, ouça suas preocupações, aconselhe-a e, se conveniente, trate-os.
- Incentive-a a continuar tomando uma pílula por dia mesmo que ela tenha efeitos colaterais. Deixar de tomar pílulas pode trazer risco de gravidez e poderá agravar alguns efeitos colaterais.
- Muitos efeitos laterais diminuirão após alguns meses de uso. Para uma mulher cujos efeitos colaterais persistam, forneça a ela uma fórmula diferente de AOC, se disponível, por no mínimo 3 meses.
- Ofereça ajuda à cliente na escolha de outro método—na hora, caso ela assim o queira, ou se os problemas não puderem ser superados.

Pílulas não tomadas

- Ver O que Fazer Quando se Deixa de Tomar Alguma(s) Pílula(s), p. 15.

Menstruação irregular (sangramento em momentos inesperados que incomodam a usuária)

- Torne a assegurar a ela que muitas mulheres que utilizam AOCs apresentam sangramento irregular. Não é prejudicial e geralmente perde intensidade ou cessa após os primeiros meses de uso.
- Entre outras possíveis causas de menstruação irregular, encontram-se:
 - Pílulas não tomadas
 - As pílulas são tomadas em horários diferentes a cada dia
 - Vômitos ou diarreia
 - Ingestão de anticonvulsantes ou rifampicina (ver Início do tratamento com anticonvulsantes ou rifampicina, p. 20)
- Para reduzir o sangramento irregular:
 - Incentive-a a tomar uma pílula por dia e no mesmo horário a cada dia.
 - Ensine-a a compensar as pílulas não tomadas corretamente, inclusive após vomitar ou diarreia (ver O que Fazer Quando se Deixa de Tomar Alguma(s) Pílula(s), p. 15).
 - Para um modesto alívio de curto prazo, ela poderá tentar 800 mg de ibuprofeno 3– Para um modesto alívio de curto prazo, ela poderá tentar 800 mg de ibuprofeno três vezes por dia após as refeições por 5 dias ou outro antiinflamatório não-esteróide (NSAID), começando quando o sangramento irregular tiver início. NSAIDs proporcionam algum alívio do sangramento irregular causados por implantes, injetáveis só de progestógeno e DIUs, e também podem ajudar no caso de AOCs.

- Se ela estiver tomando pílulas há vários meses e os NSAIDs não ajudarem, forneça a ela uma fórmula de AOC diferente, se disponível. Peça-lhe para tentar tomar as novas pílulas por pelo menos 3 meses. vezes por dia após as refeições por 5 dias ou outro antiinflamatório não-esteróide (NSAID), começando quando o sangramento irregular tiver início. NSAIDs proporcionam algum alívio do sangramento irregular causados por implantes, injetáveis só de progestógeno e IUDs, e também podem ajudar no caso de AOCs.
- Se ela estiver tomando pílulas há vários meses e os NSAIDs não ajudarem, forneça a ela uma fórmula de AOC diferente, se disponível. Peça-lhe para tentar tomar as novas pílulas por pelo menos três meses.
- Se o sangramento irregular continuar ou começar após vários meses de menstruação normal ou ausência de menstruação, ou caso se suspeite que haja algo errado por outros motivos, deve-se considerar as condições subjacentes que não estejam relacionadas ao uso do método (ver Sangramento vaginal inexplicável, na próxima página).

Ausência de menstruação

- Pergunte se ela apresenta algum tipo de sangramento. (Talvez ela apresente apenas uma pequena mancha em sua roupa íntima e não a reconheça como sendo menstruação.) Se apresentar manchas, tranquilize-a.
- Faça-a entender que algumas mulheres que utilizam AOCs deixam de ter menstruação e que isso não é algo prejudicial. Não há necessidade de perder sangue todo mês. É algo parecido com a ausência de menstruação durante a gravidez. Ela não está estéril. O sangue não está se acumulando dentro dela. (Algumas mulheres ficam felizes por estarem livres da menstruação.)
- Pergunte a ela se tem tomado a pílula diariamente. Em caso afirmativo, torne a assegurar que provavelmente ela não está grávida. Ela pode continuar tomando seus AOCs como antes.
- Ela pulou o intervalo de 7 dias entre as cartelas (cartelas de 21 dias) ou pulou as 7 pílulas não-hormonais (cartela de 28 dias)? Se a resposta for sim, afirme que ela não está grávida. Ela pode continuar tomando AOCs.
- Caso ela tenha deixado de tomar pílulas hormonais ou tenha iniciado uma nova cartela com atraso:
 - Ela pode continuar tomando AOCs.
 - Instrua uma mulher que deixou de tomar 3 ou mais pílulas ou iniciou uma nova cartela com 3 ou mais dias de atraso para retornar, caso ela apresente sinais e sintomas de gravidez precoce (ver na p. 371 os sinais e sintomas comuns de gravidez).
 - Consulte a p. 15 para obter instruções sobre como compensar as pílulas que não foram tomadas.

Dores de cabeça comuns (que não seja enxaqueca)

- Tente fazer o seguinte (uma coisa de cada vez):
 - Sugira aspirina (325–650 mg), ibuprofeno (200–400 mg), paracetamol (325–1000 mg) ou outro analgésico.

– Algumas mulheres têm dores de cabeça durante a semana em que ficam sem hormônios (os 7 dias que uma mulher não toma as pílulas hormonais).

Considere a possibilidade de uso estendido (ver Uso Estendido e Contínuo de Anticoncepcionais Orais Combinados, p. 21).

- Deve-se avaliar quaisquer dores de cabeça que se agravem ou ocorram com maior frequência durante o uso de AOC.

Náusea ou tontura

- No caso de náusea, sugira a ingestão de AOCs na hora de dormir ou junto com algum alimento.
- Caso os sintomas continuem:
- Considere soluções localmente disponíveis.
- Considere a possibilidade de uso estendido e contínuo caso a náusea da mulher ocorra depois dela iniciar uma nova cartela (ver Uso Estendido e Contínuo de Anticoncepcionais Orais Combinados, p. 21).

Sensibilidade dos Seios

- Recomende que ela use um sutiã firme (inclusive durante exercício físico intenso e o sono).
- Tente fazer compressas quentes ou frias.
- Sugira aspirina (325–650 mg), ibuprofeno (200–400 mg), paracetamol (325–1000 mg) ou outro analgésico.
- Considere soluções localmente disponíveis.

Alteração no Peso

- Analise a dieta e aconselhe conforme a necessidade.

Alterações de humor ou no desejo sexual

- Algumas mulheres apresentam alterações no humor durante a semana em que não tomam hormônio (os 7 dias em que uma mulher não toma as pílulas hormonais). Considere a possibilidade do uso estendido e contínuo (ver Uso Estendido e Contínuo de Anticoncepcionais Orais Combinados, p. 21).
- Pergunte sobre mudanças em sua vida que pudessem afetar seu humor ou desejo sexual, inclusive mudanças no relacionamento com o seu parceiro. Dê-lhe o apoio necessário.
- Clientes que apresentam alterações agudas de humor como, por exemplo, depressão intensa devem ser encaminhadas para atendimento.
- Considere as soluções localmente disponíveis.

Acne

- A acne geralmente melhora com o uso de AOC. Poderá agravar-se num número pequeno de mulheres.
- Se ela estiver tomando pílulas há alguns meses e a acne persistir, forneça-lhe uma fórmula diferente de AOC, se disponível. Peça para tomar as novas pílulas por pelo menos três meses.
- Considere as soluções localmente disponíveis.

Novos Problemas que Possam Requerer a Troca de Método

Podem ou não ser devidos ao método.

Sangramento vaginal inexplicável (que sugere um problema médico não relacionado ao método) **ou sangramento intenso ou prolongado**

- Encaminhe ou avalie de acordo com o histórico e exame pélvico. Diagnostique e trate da maneira apropriada.
- Ela poderá continuar tomando AOCs enquanto seu problema estiver sendo avaliado.
- Se o sangramento é causado por uma doença sexualmente transmissível ou inflamação pélvica, ela poderá continuar tomando AOCs durante o tratamento.

Em início do tratamento com anticonvulsivantes ou rifampicina

- Barbitúricos, carbamazepina, oxcarbazepina, fenitoína, primidona, topiramato ou rifampicina podem diminuir a eficácia dos AOCs. Caso estes medicamentos estejam sendo usados por um longo tempo, ela talvez queira utilizar um método diferente, tal como os injetáveis mensais, injetáveis só de progestógeno ou um DIU com cobre ou hormonal.
- Se estiver usando tais medicamentos por pouco tempo, ela poderá usar um método de apoio juntamente com os AOCs.

Dores de Cabeça com Enxaqueca (ver Identificação de Dores de Cabeça e Auras por Enxaqueca, p. 368)

- Independente da idade, uma mulher que desenvolva dores de cabeça por enxaqueca, com ou sem aura, ou cujas dores de cabeça por enxaqueca se agravem ao utilizar AOCs deve interromper o uso dos mesmos.
- Ajude-a a escolher outro método sem estrógeno.

Circunstâncias que a impedem de andar por uma semana ou mais

- Se ela estiver se submetendo a uma cirurgia de grande porte que a obrigue a repousar ou se sua perna estiver imobilizada (gesso ou tala), ou por outros motivos ela não tenha condições de se locomover por mais de uma semana, ela deve:
 - Dizer a seus médicos que está tomando AOCs.
 - Parar de tomar AOCs e utilizar um método de apoio durante este período.
 - Reiniciar a ingestão de AOCs 2 semanas depois de voltar a se locomover.

Certos problemas de saúde graves (suspeita de doença cardíaca ou hepática, pressão arterial alta, coágulos sanguíneos em veias profundas das pernas ou dos pulmões, derrame, câncer de mama, danos às artérias, vista, rins ou sistema nervoso causados por diabetes ou doença da vesícula biliar). Ver Sinais e Sintomas de Problemas Graves de Saúde, p. 320.

- Instrua a parar de tomar AOCs.
- Forneça-lhe um método de apoio até que o problema seja avaliado.
- Encaminhe-a para diagnóstico e atendimento caso isto ainda não tenha sido feito.

Suspeita de gravidez

- Avalie se há gravidez.
- Instrua a parar de tomar AOCs caso a gravidez se confirme.
- Não há riscos conhecidos ao feto concebido no período em que uma mulher

Uso Estendido e Contínuo de Anticoncepcionais Orais Combinados

Algumas usuárias de AOC não seguem o ciclo usual de 3 semanas de ingestão de pílulas hormonais seguidas de uma semana sem hormônios. Algumas mulheres tomam pílulas hormonais por 12 semanas sem intervalo, seguidas de uma semana de pílulas não hormonais (ou não tomam pílulas). A isto chamamos de uso estendido. Outras mulheres tomam pílulas hormonais sem absolutamente nenhum intervalo. A isto dá-se o nome de uso contínuo. Recomendam-se as pílulas monofásicas para tal uso (ver Pergunta 16, p. 24).

As mulheres controlam com facilidade a ingestão de AOCs de diferente formas quando corretamente instruídas a fazê-lo. Muitas mulheres valorizam o fato de poderem controlar quando apresentam menstruação—ou não ter menstruação—e a adequar o uso das pílulas às suas preferências (tomar da forma que desejam).

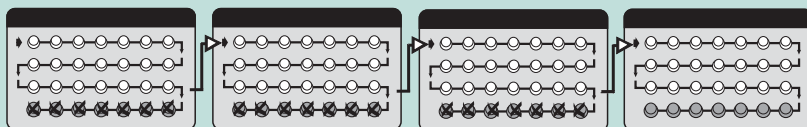
Benefícios do Uso Estendido e Contínuo

- As mulheres têm sangramento vaginal somente 4 vezes por ano ou não têm nenhum.
- Reduz a frequência com que algumas mulheres sofrem de dores de cabeça, síndrome pré-menstrual, alterações de humor e qualquer sangramento intenso ou doloroso durante a semana em que não toma pílulas hormonais.

Desvantagens do Uso Estendido e Contínuo

- O sangramento irregular pode ocorrer até os seis primeiros meses de uso—especialmente entre mulheres que nunca tenham tomado AOCs antes.
- O suprimento necessário é maior—15 a 17 cartelas por ano ao invés de 13.

Instruções para o Uso Estendido



- Pule a última semana de pílulas (sem hormônios) em 3 cartelas seguidas.
- (usuárias de cartelas de 21 dias devem pular o intervalo de 7 dias entre as 3 cartelas.) Não há necessidade de método de apoio durante este período.
- Tome todas as 4 semanas de pílulas na 4ª cartela. (As usuárias de cartelas de 21 dias tomam todas as 3 semanas de pílulas e depois descansar 7 dias.) Deve-se esperar algum sangramento durante esta 4ª semana.
- Inicie a cartela seguinte de pílulas um dia após tomar a última pílula da 4ª cartela. (As usuárias de cartelas de 21 dias devem esperar 7 dias antes de iniciar a próxima cartela.)

Instruções para o Uso Contínuo

Tome uma pílula hormonal todos os dias pelo tempo em que desejar utilizar AOCs. Se ocorrer sangramento irregular incômodo, a mulher pode interromper a ingestão das pílulas por 3 ou 4 dias e então começar a tomar as pílulas hormonais de modo contínuo novamente.

Perguntas e Respostas Sobre os Anticoncepcionais Orais Combinados

1. Uma mulher precisa ter um “descanso” dos AOCs depois de tomá-los por um tempo?

Não. Não há evidências de que a ter um “descanso” seja útil. De fato, ter um “descanso” dos AOCs pode levar a uma gravidez não desejada. Os AOCs podem ser tomados com segurança por muitos anos sem que seja preciso interromper o seu uso periodicamente.

2. Se uma mulher estiver tomando AOCs há muito tempo, ela ainda estará protegida contra gravidez depois dela parar de tomar AOCs?

Não. Uma mulher fica protegida somente durante o tempo em que ela tomar as pílulas regularmente.

3. Quanto tempo leva para que ficar grávida depois de interromper o uso de AOCs?

Mulheres que param de usar AOCs podem ficar grávidas com a mesma velocidade que uma mulher que pare de usar os métodos não hormonais. Os AOCs não retardam o retorno da fertilidade de uma mulher depois dela parar de tomá-los. O padrão de sangramento que uma mulher tinha antes de utilizar AOCs geralmente retorna depois que ela deixa de ingeri-los. Algumas mulheres podem ter que esperar alguns meses até que seu padrão de menstruação regular retorne.

4. Os AOCs provocam aborto?

Não. As pesquisas sobre AOCs constataam que eles não interferem ou interrompem uma gravidez já existente. Não devem ser utilizados para se tentar provocar um aborto. Não produzirão este efeito.

5. Os AOCs provocam defeitos ou malformações de nascença? O feto será prejudicado caso uma mulher tome acidentalmente AOCs quando estiver grávida?

Não. Evidências seguras mostram que os AOCs não causam defeitos de nascença e não prejudicam o feto caso uma mulher fique grávida quando estiver tomando AOCs ou acidentalmente comece a tomar AOCs quando ela já estiver grávida.

6. Os AOCs fazem com que as mulheres ganhem ou percam peso?

Não. A maioria das mulheres não ganha ou perde peso devido aos AOCs. O peso se altera naturalmente à medida que mudam as circunstâncias da vida e à medida que as pessoas envelhecem. Por estas mudanças de peso serem tão comuns, muitas mulheres acham que os AOCs provocam estes ganhos ou perdas de peso. No entanto, os estudos constataam que, em média, os AOCs não afetam o peso. Poucas mulheres apresentam mudanças súbitas de peso ao utilizar AOCs. Estas alterações são revertidas depois que elas param de tomar AOCs. Não se sabe porque estas mulheres reagem aos AOCs desta maneira.

7. Os AOCs alteram o humor ou o desejo sexual de uma mulher?

Geralmente, não. Algumas mulheres que utilizam AOCs relatam tais queixas. No entanto, a grande maioria de usuárias de AOC não relata tais alterações e algumas afirmam que tanto o humor quanto o desejo sexual melhoraram. É difícil dizer se tais alterações se devem aos AOCs ou a outras razões. Os profissionais e serviços de saúde podem ajudar uma cliente que apresente estes problemas (ver Alterações de humor ou no desejo sexual, p. 19). Não há evidências de que os AOCs afetem o comportamento sexual das mulheres.

8. O que um profissional de saúde pode dizer a uma cliente que queira saber sobre AOCs e câncer de mama?

O profissional de saúde pode destacar que tanto as usuárias de AOC quanto as mulheres que não utilizam AOCs têm câncer de mama. Em estudos científicos, o câncer de mama foi ligeiramente mais comum entre mulheres que usavam AOCs e entre aquelas que havia utilizado AOCs no últimos 10 anos do que entre outras mulheres. Os cientistas não sabem se foram os AOCs ou não que realmente provocaram o ligeiro aumento nos tumores de mama. É possível que os tumores já existissem antes do uso de AOC, mas foram detectados antes nas usuárias de AOC (ver Fatos Sobre os Anticoncepcionais Orais Combinados e Câncer, p. 4).

9. Os AOCs podem ser usados como teste de gravidez?

Não. Uma mulher pode apresentar algum sangramento vaginal (um “sangramento por supressão”) como consequência da ingestão de diversos AOCs ou de um único ciclo integral de AOCs, mas os estudos sugerem que esta prática não identifica corretamente quem está e quem não está grávida. Por isso, não se recomenda dar AOCs a uma mulher para verificar se ela está grávida para ver se ela apresenta atraso na menstruação como forma de dizer se ela está grávida. Os AOCs não devem ser dados às mulheres como teste de gravidez porque eles não produzem resultados seguros.

10. Uma mulher deve fazer um exame pélvico antes que ela possa começar a tomar AOCs ou nas consultas de acompanhamento?

Não. Ao invés disso, fazer perguntas corretas pode geralmente ajudar a determinar, de modo razoável, se uma mulher não está grávida (ver Lista de Verificação de Gravidez, p. 372). Nenhuma situação que possa ser detectada por um exame pélvico exclui o uso de AOCs.

11. As mulheres com varizes podem utilizar AOCs?

Sim. Os AOCs são seguros para mulheres com varizes. Varizes são vasos sanguíneos aumentados próximos à superfície da pele. Não são perigosas. Não são coágulos nem são estas veias aquelas profundas nas pernas em que um coágulo sanguíneo pode ser perigoso (trombose). Uma mulher que tem ou teve trombose de veias profundas não deve tomar AOCs.

12. Uma mulher pode tomar AOCs com segurança a vida toda?

Sim. Não uma idade mínima ou máxima para o uso de AOCs. Os AOCs podem constituir um método adequado para a maioria das mulheres desde o início da menstruação mensal (menarca) até a menopausa (ver Mulheres Chegando à Menopausa, p. 272).

13. Uma mulher que fuma pode usar AOCs com segurança?

Mulheres com idade inferior a 35 anos que fumem podem usar AOCs de baixa dosagem. Mulheres com 35 anos de idade ou mais e que fumem devem escolher outro método sem estrógeno ou, se fumarem menos de 15 cigarros por dia, os injetáveis mensais. Mulheres mais velhas que fumam podem tomar a pílula só de progestógeno caso prefiram pílulas. Todas as mulheres que fumam devem ser incentivadas a parar de fumar.

14. O que fazer quando uma cliente deseja utilizar AOCs não tem certeza razoável de que não está grávida após responder à lista de verificação de gravidez?

Caso não haja testes de gravidez disponíveis, uma mulher pode receber AOCs e levá-los para casa com instruções de começar a tomá-los 5 dias após o início de sua próxima menstruação. Ela deve utilizar um método de apoio até lá.

15. Os AOCs podem ser utilizados como pílulas anticoncepcionais de emergência (PAEs) após o sexo desprotegido?

Sim. Assim que possível, mas não mais do que 5 dias após o sexo desprotegido, uma mulher pode tomar AOCs como sendo PAEs (ver Pílulas Anticoncepcionais de Emergência, Fórmulas e Dosagem de Pílulas, p. 56). As pílulas só de progestógeno, entretanto, são mais eficazes e causam menos efeitos colaterais como náusea e mal-estar no estômago.

16. Quais são as diferenças entre pílulas monofásicas, bifásicas e trifásicas?

As pílulas monofásicas fornecem a mesma quantidade de estrógeno e progestógeno em cada pílula hormonal. As pílulas bifásicas e trifásicas mudam a quantidade de estrógeno e progestógeno em diferentes momentos do ciclo de ingestão das pílulas. No caso das pílulas bifásicas, as 10 primeiras pílulas têm uma dosagem e as 11 pílulas seguintes têm outro nível de estrógeno e progestógeno. No caso das pílulas trifásicas, as primeiras 7 pílulas, aproximadamente, apresentam uma dosagem, as 7 pílulas seguintes têm outra dosagem e as últimas 7 pílulas hormonais têm ainda uma outra dosagem. Todas previnem a gravidez da mesma forma. As diferenças nos efeitos colaterais, na eficácia e na continuidade parecem ser muito pequenas.

17. É importante que uma mulher tome os AOCs no mesmo horário todos os dias?

Sim, por dois motivos. Alguns efeitos colaterais podem ser reduzidos tomando-se a pílula no mesmo horário diariamente. Além disso, a ingestão de uma pílula no mesmo horário todos os dias pode ajudar a mulher a se lembrar de tomar suas pílulas de modo mais consistente. Vincular o ato de tomar a pílula a uma atividade diária também ajuda as mulheres a se lembrarem de tomá-las.

Pílulas Só de Progestógeno

Este capítulo é dedicado às pílulas só de progestógeno para mulheres amamentando. Mulheres que não estejam amamentando também podem utilizar as pílulas só de progestógeno. As orientações específicas para mulheres que não estão amamentando encontram-se indicadas.

Pontos Básicos para Profissionais de Saúde e Clientes

- **Tome uma pílula diariamente.** Não há intervalos entre as cartelas.
- **É seguro para mulheres amamentando e seu bebê.** As pílulas só de progestógeno não afetam a produção de leite.
- **Soma-se ao efeito anticoncepcional da amamentação.** Juntos, proporcionam proteção eficaz contra a gravidez.
- **Alterações na menstruação são comuns, mas não são prejudiciais.** Tipicamente, as pílulas prolongam o tempo durante o qual mulheres amamentando não apresentam menstruação. Para mulheres que tenham menstruação, é comum ocorrer sangramento frequente ou irregular.
- **Podem ser fornecidas a uma mulher a qualquer momento para que comece a tomá-las posteriormente.** Se não for possível excluir a existência de gravidez, o profissional de saúde pode fornecer pílulas à mulher para que sejam tomadas mais tarde, quando sua menstruação começar.

O que São as Pílulas Só de Progestógeno?

- São pílulas que contêm doses muito baixas de um progestógeno semelhante ao hormônio natural progesterona, existente no corpo da mulher.
- Não contêm estrógeno e, por isso, podem ser usadas durante toda a amamentação e por mulheres que não utilizam métodos com estrógeno.
- As pílulas só de progestógeno (PSPs) também são conhecidas como “minipílulas” e anticoncepcionais orais só de progestógeno.
- Seu funcionamento básico ocorre pelo:
 - Espessamento do muco cervical (fator que bloqueia o esperma que busca um óvulo)
 - Interrupção do ciclo menstrual, impedindo inclusive a liberação de óvulos pelos ovários (ovulação)

Qual a Eficácia?

A eficácia depende da usuária: no caso de mulheres que têm menstruação, o risco de gravidez é maior se as pílulas forem tomadas com atraso e ou deixarem de ser tomadas totalmente.

Mulheres amamentando:

- Se usadas normalmente, ocorre cerca de 1 gravidez para 100 mulheres utilizando PSPs no primeiro ano. Isto significa que 99 de cada 100 mulheres não ficarão grávidas.
- Quando as pílulas são ingeridas diariamente, ocorre menos de 1 gravidez para 100 mulheres que utilizam PSPs durante o primeiro ano (3 para cada 1.000 mulheres).

A eficácia é menor em mulheres que não estejam amamentando:

- Se usadas normalmente, ocorrem cerca de 3 a 10 gravidezes para 100 mulheres utilizando PSPs durante o primeiro ano. Isto significa que de 90 a 97 de cada 100 mulheres não engravidarão.
- Quando as pílulas são tomadas todos os dias no mesmo horário, ocorre menos de 1 gravidez para 100 mulheres que usam PSPs durante o primeiro ano (9 para cada 1.000 mulheres).

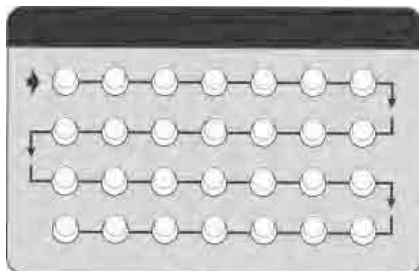


Retorno da fertilidade após a interrupção do uso de PSPs: não há demora

Proteção contra infecções sexualmente transmissíveis (DSTs): nenhuma

Porque Algumas Mulheres Dizem que Gostam de Pílulas Só de Progestógeno

- Podem ser usadas enquanto amamentam
- Pode-se interromper o uso a qualquer momento sem ajuda de um profissional de saúde
- Não interferem no sexo
- Ficam sob controle da mulher



Efeitos Colaterais, Benefícios e Riscos à Saúde

Efeitos Colaterais (ver Como Lidar com Problemas, p. 38)

Algumas usuárias relatam o seguinte:

- Alterações nos padrões de menstruação, entre os quais:
 - No caso de mulheres amamentando, demora maior no retorno da menstruação após o parto (amenorréia pós-parto prolongada)
 - Sangramento freqüente
 - Sangramento irregular
 - Sangramento ocasional
 - Sangramento prolongado
 - Ausência de menstruação

A amamentação também afeta os padrões de menstruação de uma mulher.

- Dores de cabeça
- Tontura
- Alterações no humor
- Sensibilidade dos seios
- Dor abdominal
- Náusea

Outras possíveis alterações físicas:

- Para mulheres que não estejam amamentando, aumento do tamanho dos folículos ovarianos

Benefícios à Saúde Conhecidos

Riscos à Saúde Conhecidos

Desfazendo mitos (ver também Perguntas e Respostas, p. 42)

As pílulas só de progestógeno:

- Não fazem com que o leite de uma mulher amamentando seque totalmente.
- Devem ser ingeridas diariamente, independente da mulher ter feito sexo naquele dia.
- Não tornam a mulher estéril.
- Não provocam diarreia em bebês amamentando.
- Reduzem o risco de gravidez ectópica.

Quem Pode e Quem Não Pode Usar Pílulas Só de Progestógeno

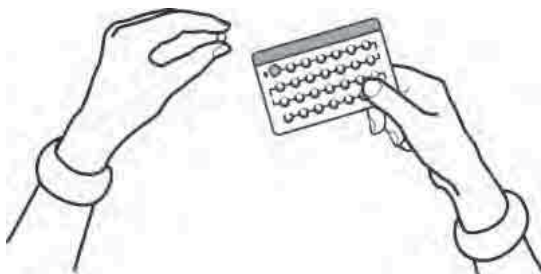
Seguras e Adequadas para Quase Todas as Mulheres

Praticamente todas as mulheres podem utilizar PSPs de forma segura e eficaz, inclusive mulheres que:

- Estejam amamentando (iniciando a 6 semanas depois do parto)
- Já tiveram filhos ou não
- Não sejam casadas
- Sejam de qualquer idade, inclusive adolescentes e mulheres acima de 40 anos
- Acabaram de ter um aborto espontâneo ou induzido, ou uma gravidez ectópica
- Fumem cigarros, independente da idade da mulher ou do número de cigarros fumados
- Tenham anemia atualmente ou a tiveram no passado
- Tenham varizes
- Estejam infectadas com o HIV, estejam ou não em terapia antirretroviral (ver Pílulas Só de Progestógeno para Mulheres com HIV, p. 30)

As mulheres podem começar a tomar PSPs:

- Sem um exame pélvico
- Sem fazer quaisquer exames de sangue ou outros testes laboratoriais de rotina
- Sem testagem para câncer cervical
- Sem exame das mamas
- Mesmo quando uma mulher não apresenta menstruação naquele momento, se houver certeza razoável de que ela não está grávida (ver Lista de Verificação de Gravidez, p. 372)



Critérios Médicos de Elegibilidade para Uso das Pílulas Só de Progestógeno

Faça à cliente as perguntas abaixo a respeito de problemas médicos que sejam do seu conhecimento. Não é necessário realizar exames ou testes. Se ela responder “não” a todas as questões, ela pode começar a tomar PSPs, caso queira. Se ela responder “sim” a alguma pergunta, siga as instruções indicadas. Em alguns casos, mesmo assim ela poderá começar a utilizar PSPs.

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

- ☐ NÃO ☐ SIM Ela poderá começar a tomar PSPs passadas 6 semanas após o parto. Forneça-lhe PSPs na hora e diga a ela quando começar a tomá-las (ver Amamentação de forma exclusiva ou quase ou Amamentação parcial, p. 31).

2. Você tem cirrose aguda do fígado, uma infecção hepática ou tumor no fígado? (Os olhos ou a pele dela têm aparência amarela incomum? [sinais de icterícia])

- ☐ NÃO ☐ **SIM** Se ela relatar doença aguda ativa no fígado (icterícia, hepatite ativa, cirrose aguda, tumor no fígado), não forneça PSPs. Ajude-a a escolher um método sem hormônios.

3. Você tem atualmente algum problema sério com coágulo sanguíneo nas suas pernas ou nos pulmões?

- ☐ NÃO ☐ **SIM** Se ela relatar existência de coágulo sanguíneo (que não sejam coágulos superficiais), não forneça PSPs. Ajude-a a escolher um método sem hormônios.

4. Você está tomando medicação para ataques convulsivos? Está tomando rifampicina para tuberculose ou outra doença?

- ☐ NÃO ☐ **SIM** Se ela estiver tomando barbitúricos, carbamazepina, oxcarbazepina, fenitona, primidona, topiramato ou rifampicina, não forneça PSPs. Eles podem diminuir a eficácia das PSPs. Ajude-a a escolher outro método, mas não anticoncepcionais orais combinados nem implantes.

5. Você tem ou já teve câncer de mama?

- ☐ NÃO ☐ **SIM** Não forneça PSPs. Ajude-a a escolher um método sem hormônios.

Não se esqueça de explicar os benefícios e riscos à saúde bem como os efeitos colaterais do método a ser utilizado pela cliente. Além disso, ressalte as condições que tornariam o método desaconselhável, quando relevantes para a cliente.

Uso de Critério Clínico em Casos Especiais

Geralmente, uma mulher que apresente qualquer um dos fatores relacionados abaixo não deveria utilizar PSPs. Em circunstâncias especiais, entretanto, quando outros métodos, mais apropriados, não estiverem disponíveis ou sejam aceitáveis para ela, um profissional de saúde qualificado – em condições de avaliar cuidadosamente a situação e as condições específicas de uma mulher – poderá decidir quanto ao uso de PSPs. O profissional de saúde deve levar em consideração a gravidade de sua condição e, na maioria das situações, se a mulher terá acesso a acompanhamento.

- Amamentando e há menos de 6 semanas após o parto
- Existência atual de coágulo sanguíneo em veias profundas das pernas ou dos pulmões
- Teve câncer de mama há mais de 5 anos e o mesmo não retornou
- Tumor, infecção ou doença aguda no fígado
- Está tomando barbitúricos, carbamazepina, oxcarbazepina, fenitona, primidona, topiramato ou rifampicina. Deve-se também utilizar um método de apoio porque os medicamentos reduzem a eficácia das PSPs.

Pílulas Só de Progestógeno para Mulheres com HIV

- Mulheres que estejam infectadas com o HIV, que tenham Aids ou estejam em terapia anti-retroviral (ARV) podem usar PSPs com segurança.
- Incentive estas mulheres a usarem preservativos juntamente com as PSPs.
- Quando usados de maneira consistente e correta, os preservativos ajudam a prevenir a transmissão do HIV e outras DSTs. Os preservativos também proporcionam proteção contraceptiva extra para mulheres em terapia ARV. Não está estabelecido se os medicamentos ARV reduzem a eficácia das PSPs.
- Para práticas adequadas de amamentação no caso de mulheres com HIV, ver Saúde Materna e do Recém-Nascido, Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, p. 294.



Fornecimento de Pílulas Só de Progestógeno

Quando Começar

IMPORTANTE: Uma mulher pode começar a tomar PSPs no momento em que desejar caso haja certeza razoável de que ela não está grávida. Para obter-se tal certeza, utilize a Lista de Verificação de Gravidez (ver p. 372). Além disso, uma mulher pode receber PSPs a qualquer momento e ser instruída sobre o momento de começar a tomá-los.

Situação da mulher

Quando Começar

Em amamentação de forma exclusiva ou quase

Menos de 6 meses após o parto

- Se ela deu à luz há menos de 6 semanas, forneça-lhe PSPs e diga a ela para começar a tomá-los 6 semanas após o parto.
- Se sua menstruação não tiver retornado, ela pode começar a tomar PSPs a qualquer momento entre 6 semanas e 6 meses. Não há necessidade de método de apoio.
- Se sua menstruação tiver retornado, ela poderá começar a tomar PSPs da mesma forma que aconselhado para mulheres que apresentem ciclos menstruais (ver p. 33).

6 meses após o parto

- Se sua menstruação não tiver retornado, ela pode começar a tomar PSPs a qualquer momento se houver certeza razoável de que ela não está grávida. Ela precisará de um método de apoio nos primeiros 2 dias de ingestão das pílulas. (Se não houver certeza razoável, forneça-lhe PSPs na hora e diga a ela para começar a tomá-los durante sua próxima menstruação.)
- Se sua menstruação tiver retornado, ela poderá começar a tomar PSPs tal como aconselhado para mulheres que apresentem ciclos menstruais (ver p. 33).

Em amamentação parcial

Menos de 6 semanas após o parto

- Forneça-lhe PSPs e diga a ela para começar a tomá-los 6 semanas após o parto.
- Também forneça a ela um método de apoio para que ela o utilize até 6 semanas após o parto caso sua menstruação retorne antes deste prazo.

* Entre os métodos de apoio estão a abstinência, preservativos masculinos e femininos, espermicidas e coito interrompido. Diga a ela que os espermicidas e coito interrompido são os métodos contraceptivos menos eficazes. Se possível, forneça-lhe preservativos.

**Amamentando parcialmente
(continuação)**

Mais de 6 semanas após o parto

- Se a menstruação não tiver retornado, ela poderá começar a tomar PSPs a qualquer momento se houver certeza razoável de que ela não está grávida.[†] Ela precisará de um método de apoio nos 2 primeiros dias de ingestão das pílulas. (Se não houver certeza razoável, forneça-lhe as pílulas na hora e diga a ela para começar a tomá-las durante sua próxima menstruação.)
- Se a menstruação tiver retornado, ela poderá começar a tomar PSPs tal como aconselhado para mulheres que apresentem ciclos menstruais (ver a próxima página).

Não amamentando

Menos de 4 semanas após o parto

- Ela poderá começar a tomar PSPs a qualquer momento. Não há necessidade de método de apoio.

Mais de 4 semanas após o parto

- Se a menstruação não tiver retornado, ela poderá começar a tomar PSPs a qualquer momento se houver certeza razoável de que ela não está grávida.[†] Ela precisará de um método de apoio nos primeiros 2 dias de ingestão das pílulas. (Se não houver certeza razoável, forneça-lhe PSPs na hora e diga a ela para começar a tomá-las durante sua próxima menstruação.)
- Se a menstruação tiver retornado, ela poderá começar a tomar PSPs tal como aconselhado para mulheres que apresentem ciclos menstruais (ver a próxima página).

Mudança a partir de um método

- Imediatamente, caso ela esteja utilizando o método hormonal de forma consistente e correto ou caso se tenha certeza razoável de que ela não está grávida. Não há necessidade de aguardar sua próxima menstruação. Não há necessidade de um método de apoio.
- Se ela estiver mudando de injetáveis, ela poderá começar a tomar PSPs quando deveria ser aplicada a injeção de repetição. Não há necessidade de método de apoio.

[†] Nos locais em que se recomende rotineiramente uma consulta 6 semanas após o parto e outras oportunidades de se obter contracepção sejam limitadas, alguns profissionais e programas de saúde poderão fornecer PSPs nesta consulta após 6 semanas, sem maiores evidências de que a mulher não esteja grávida, caso sua menstruação ainda não tenha retornado.

Situação da mulher	Quando começar
Apresenta ciclos menstruais ou está saindo de um método não hormonal	A qualquer momento no mês • Caso ela esteja começando há 5 dias após sua menstruação, não há necessidade de método de apoio. • Se já passaram mais de 5 dias após o início de sua menstruação, ela poderá começar a tomar PSPs a qualquer momento se houver certeza razoável de que ela não está grávida. Ela precisará de um método de apoio nos primeiros 2 dias de ingestão das pílulas. (Se não houver certeza razoável, forneça-lhe PSPs na hora e diga a ela para começar a tomá-las durante sua próxima menstruação.) • Se ela estiver mudando de um DIU, ela poderá começar a tomar PSPs imediatamente (ver DIU com Cobre, Mudando de um DIU para Outro Método, p. 148).
Ausência de menstruação (não relacionado ao parto ou à amamentação)	• Ela poderá começar a tomar PSPs a qualquer momento se houver certeza razoável de que ela não está grávida. Ela precisará de um método de apoio nos primeiros 2 dias de ingestão das pílulas.
Depois de um aborto espontâneo ou induzido	• Imediatamente. Se ela estiver começando a 7 dias depois de um aborto espontâneo ou induzido no primeiro ou no segundo trimestre, não há necessidade de um método de apoio. • Se se passaram mais de 7 dias após um aborto espontâneo ou induzido no primeiro ou no segundo trimestre, ela poderá começar a tomar PSPs a qualquer momento se houver certeza razoável de que ela não está grávida. Ela precisará de um método de apoio nos primeiros 2 dias de ingestão das pílulas. (Se não houver certeza razoável, forneça-lhe PSPs na hora e diga a ela para começar a tomá-las durante sua próxima menstruação.)
Depois de tomar pílulas anticoncepcionais de emergência (PAEs)	• Ela poderá começar a tomar PSPs um dia depois de terminar de tomar as PAEs. Não há necessidade de aguardar sua próxima menstruação para iniciar a ingestão das pílulas. – Uma usuária de PSP nova deve começar uma nova cartela. – Uma usuária de PSP regular que tenha precisado tomar PAEs devido a erro na ingestão das pílulas pode continuar onde parou na cartela atual. – Todas as mulheres precisarão utilizar um método de apoio nos primeiros 2 dias de ingestão das pílulas.

Aconselhamento acerca dos Efeitos Colaterais

IMPORTANTE: O aconselhamento completo a respeito de mudanças na menstruação e outros efeitos colaterais é parte fundamental na disponibilização do método. O aconselhamento sobre alterações na menstruação talvez seja a ajuda mais importante que uma mulher necessita para continuar utilizando o método.

Descreva os efeitos colaterais mais comuns

- Mulheres amamentando normalmente não ficam menstruadas durante vários meses após o parto. As PSPs prolongam este período.
- Mulheres que não estejam amamentando poderão apresentar sangramento freqüente ou irregular nos primeiros meses, seguido de sangramento regular ou sangramento irregular contínuo.
- Dores de cabeça, sensibilidade dos seios, mudança de peso e, possivelmente, outros efeitos colaterais.

Explique tais efeitos colaterais

- Side Efeitos colaterais não são sinais de doença.
- A maioria dos efeitos colaterais geralmente perde intensidade ou cessa nos primeiros meses de uso do PSPs. As mudanças de menstruação, entretanto, costumam persistir.
- São comuns, mas algumas mulheres não os apresentam.

Explique o que fazer caso ocorram efeitos colaterais

- Continue tomando as PSPs. Deixar de tomar as pílulas oferece risco de gravidez.
- Tome as pílulas com algum alimento ou na hora de dormir para ajudar a evitar náusea.
- A cliente poderá retornar ao serviço para obter ajuda caso os efeitos colaterais a perturbem.



Explicações Sobre o Uso

2

Pílulas Só de Progestógeno

1. Forneça as pílulas

- Forneça o máximo de cartelas possível—até o suprimento para um ano (13 cartelas).

2. Explique a cartela de pílulas

- Mostre o tipo de cartela—de 28 ou de 35 pílulas.
- Explique que todas as pílulas numa cartela de PSP são da mesma cor e são todas pílulas ativas, contendo um hormônio que impede a ocorrência de gravidez.
- Mostre como tomar a primeira pílula da cartela e, a seguir, como seguir as direções ou setas existentes na cartela para se tomar as pílulas restantes.

3. Dê a instrução básica

- **Tome uma pílula por dia**—até esvaziar a cartela.
- Discuta dicas para tomar uma pílula por dia. Relacionado a ingestão da pílula a uma atividade diária—tal como escovar os dentes—poderá ajudá-la a se lembrar.
- Tomar as pílulas no mesmo horário todos os dias ajuda a se lembrar delas.



4. Explique o início de uma nova cartela

- Quando ela terminar uma cartela, deve tomar a primeira pílula da próxima cartela no dia seguinte. É muito importante iniciar a cartela seguinte no dia certo. Atrasar o início de uma cartela traz o risco de gravidez.

5. Forneça um método de apoio e explique seu uso

- Às vezes, ela poderá precisar utilizar um método de apoio, por exemplo quando ela deixar de tomar alguma(s) pílula(s). Entre os métodos de apoio estão a abstinência, preservativos masculinos ou femininos, espermicidas e coito interrompido.
- Diga a ela que os espermicidas e coito interrompido são os métodos contraceptivos menos eficazes. Forneça-lhe preservativos, se possível.

6. Explique que a eficácia diminui quando ela pára de amamentar

- Sem a proteção adicional da própria amamentação, as PSPs não são tão eficazes quanto a maioria dos outros métodos hormonais.
- Quando a mulher parar de amamentar, ela poderá continuar a tomar PSPs se estiver satisfeita com o método, mas ela deve sentir-se à vontade para voltar e escolher outro método.

Apoio à Usuária

O que Fazer Quando se Deixa de Tomar Alguna(s) Pílula(s)

É fácil se esquecer de tomar uma pílula ou tomá-la com atraso. As usuárias de PSP devem saber o que fazer caso se esqueçam de tomar alguma(s) pílula(s). Caso uma mulher atrase a ingestão de uma pílula em 3 horas ou mais ou esqueça completamente de tomar uma pílula, ela deverá seguir as instruções abaixo. No caso de mulheres amamentando, deixar ou não de tomar uma pílula a coloca em risco de gravidez dependendo da sua menstruação ter ou não retornado.



Como Compensar Pílulas Só de Progestógeno Não Tomadas

Mensagem principal

- Tome uma pílula que se deixou de tomar assim que possível.
- Continue tomando as pílulas como sempre, uma por dia. (Ela poderá tomar duas pílulas ao mesmo tempo ou no mesmo dia.)

Você fica menstruada regularmente?

- Em caso afirmativo, ela também deverá utilizar um método de apoio nos próximos 2 dias.
- Além disso, se ela fez sexo nos últimos 5 dias, poderá considerar a possibilidade de tomar PAEs (ver Pílulas Anticoncepcionais de Emergência, p. 45).

Vômitos ou diarreia agudos

- Caso ela vomite duas horas depois de tomar uma pílula, ela deve tomar outra pílula da cartela assim que possível e depois voltar a tomar as pílulas normalmente.
- Caso os vômitos ou diarreia continuem, siga as instruções sobre o que fazer quando se deixa de tomar alguma(s) pílula(s), acima.

“Volte Quando Quiser”: Motivos para Retornar

Assegure a cada cliente para que se sinta à vontade para retornar quando quiser—por exemplo, caso ela tenha problemas, dúvidas ou queira usar outro método; caso tenha alguma alteração importante em sua saúde; ou caso ela ache que possa estar grávida. Também deve voltar caso:

- Ela parou de amamentar e quer mudar para outro método.
- No caso de uma mulher que tenha menstruação: se ela tomou uma pílula com mais de 3 horas de atraso ou se esqueceu completamente de tomar uma pílula, e além disso ela fez sexo durante este período, talvez ela deseje considerar a possibilidade de tomar PAEs (ver Pílulas Anticoncepcionais de Emergência, p. 45).

Orientação geral de saúde: qualquer mulher que ache que algum muito grave esteja acontecendo com sua saúde deve buscar atendimento médico imediatamente junto a uma enfermeira ou médico. É provável que o método contraceptivo usado por ela

não seja a causa do problema, mas ela deve contar à enfermeira ou ao médico qual método ela está utilizando.

Ajuda a Usuárias Regulares

- 1.** Pergunte à cliente como está sendo a aplicação do método e se ela está satisfeita. Pergunte se ela tem dúvidas ou alguma coisa sobre a qual queira conversar.
- 2.** Pergunte particularmente se ela está preocupada com as alterações na menstruação. Forneça a ela quaisquer informações ou ajuda que ela necessite (ver Como Lidar com Problemas, p. 38).
- 3.** Pergunte se, freqüentemente, ela tem problemas para se lembrar de tomar as pílulas diariamente. Se for o caso, discuta formas de se lembrar, de compensar pílulas não tomadas e PAEs, ou a escolher outro método.
- 4.** Forneça a ela mais cartelas de pílulas—o suprimento suficiente para um ano (13 cartelas), se possível. Marque sua próxima consulta para reabastecimento de pílulas antes que ela necessite de mais.
- 5.** A uma cliente antiga, pergunte se ela teve algum novo problema de saúde desde a última consulta. Trate destes problemas ou encaminhe a mulher a outro serviço, quando necessário. No caso de novos problemas de saúde que requeiram a troca de métodos, ver a p. 41.
- 6.** A uma cliente antiga, pergunte sobre de mudanças importantes em sua vida que possam afetar suas necessidades—particularmente seus planos de ter filhos e risco de DST/HIV. Faça o acompanhamento necessário.



Como Lidar com Problemas

Problemas Relatados como Efeitos Colaterais ou Problemas pelo Uso

Podem ser ou não devidos ao método.

- Problemas com efeitos colaterais afetam a satisfação das mulheres e o uso de PSPs. Eles merecem a atenção do profissional/serviço de saúde. Caso a cliente relate efeitos colaterais ou problemas, ouça suas preocupações, aconselhe-a e, se conveniente, trate-os.
- Incentive-a a continuar tomando uma pílula por dia mesmo que ela tenha efeitos colaterais. Deixar de tomar pílulas pode trazer risco de gravidez.
- Muitos efeitos laterais diminuirão após alguns meses de uso. Para uma mulher cujos efeitos colaterais persistam, forneça a ela uma fórmula diferente de PSP, se disponível, por no mínimo 3 meses.
- Ofereça ajuda à cliente na escolha de outro método—na hora, caso ela assim o queira, ou se os problemas não puderem ser superados.

Ausência de menstruação

- Mulheres amamentando:
 - Faça-a entender que isto é normal durante a amamentação. Não é algo prejudicial.
- Mulheres não amamentando:
 - Insista com ela que algumas mulheres que utilizam PSPs deixam de ficar menstruadas, e isto não é algo prejudicial. Não há necessidade de perder sangue todo mês. É semelhante a não ficar menstruada durante a gravidez. Ela não ficou estéril. O sangue não está se acumulando dentro dela. (Algumas mulheres ficam felizes por estarem livres da menstruação.)

Sangramento irregular (sangramento em momentos inesperados que incomodam a cliente)

- Reassure Assegure a ela que muitas mulheres que utilizam PSPs apresentam sangramento irregular—estejam amamentando ou não. A própria amamentação também pode provocar sangramento irregular. Não é prejudicial e às vezes perde intensidade ou cessa após os primeiros meses de uso. Contudo, algumas mulheres apresentam sangramento irregular o tempo todo em que estiverem tomando PSPs.
- Entre outras possíveis causas de sangramento irregular, encontram-se:
 - Vômitos ou diarreia
 - Ingestão de anticonvulsantes ou rifampicina (ver Início do tratamento com anticonvulsantes ou rifampicina, p. 41)
- Para reduzir o sangramento irregular:
 - Ensine-a a compensar as pílulas não tomadas corretamente, inclusive após vomitar ou diarreia (ver O que Fazer Quando se Deixa de Tomar Alguma(s) Pílula(s), p. 36).

- Para um modesto alívio de curto prazo, ela poderá tentar 800 mg de ibuprofeno três vezes por dia após as refeições por 5 dias ou outro antiinflamatório não-esteróide (AINE), começando quando a menstruação irregular tiver início. (p. 40)
- Os AINEs proporcionam algum alívio do sangramento irregular causados por implantes, injetáveis só de progestógeno e DIUs, e também podem ajudar no caso de AOCs.
 - Se ela estiver tomando pílulas há vários meses e os AINEs não ajudarem, forneça a ela uma fórmula de PSP diferente, se disponível. Peça-lhe para tentar tomar as novas pílulas por pelo menos três meses.
- Se o sangramento irregular continuar ou começar após vários meses de menstruação normal ou ausência dela, ou caso se suspeite que haja algo errado por outros motivos, deve-se considerar as condições subjacentes que não estejam relacionadas ao uso do método (ver Sangramento vaginal inexplicável, p. 41).

Menstruação intensa ou prolongada (o dobro do normal ou com mais de 8 dias de duração)

- Faça-a entender que algumas mulheres que utilizam PSPs apresentam sangramento intenso ou prolongado. De modo geral, não é algo prejudicial e normalmente perde intensidade ou cessa após alguns meses.
- Para obter um modesto alívio de curto prazo, ela poderá tentar tomar AINEs, começando quando o sangramento intenso iniciar. Tente os mesmos tratamentos indicados para sangramento irregular (consulte a página anterior).
- Para evitar que ocorra anemia, sugira que ela tome tabletes de ferro e diga que é importante que ela coma alimentos que contenham ferro, tais como carne e aves (especialmente carne bovina e fígado de frango), peixe, folhas verdes e legumes (feijões, tofu, lentilhas e ervilhas).
- Se o sangramento intenso ou prolongado continuar ou começar após vários meses de menstruação normal ou ausência dela, ou caso se suspeite que haja algo errado por outros motivos, deve-se considerar as condições subjacentes que não estejam relacionadas ao uso do método (ver Sangramento vaginal inexplicável, p. 41).

Pílulas não tomadas

- Ver O que Fazer Quando se Deixa de Tomar Alguma(s) Pílula(s), p. 36

Dores de cabeça comuns (que não seja enxaqueca)

- Sugira aspirina (325–650 mg), ibuprofeno (200–400 mg), paracetamol (325–1000 mg) ou outro analgésico.
- Deve-se avaliar quaisquer dores de cabeça que se agravem ou ocorram com maior frequência durante o uso de PSP.

Alterações de humor ou no desejo sexual

- Pergunte sobre mudanças em sua vida que pudessem afetar seu humor ou desejo sexual, inclusive mudanças no relacionamento com o seu parceiro. Dê-lhe o apoio necessário.
- Algumas mulheres apresentam depressão até um ano após o parto. Este sintoma não se relaciona às PSPs. Clientes que apresentam alterações agudas de humor

como, por exemplo, depressão intensa devem ser encaminhadas para atendimento.

- Considere as soluções localmente disponíveis.

Sensibilidade dos Seios

- Mulheres amamentando:
 - Ver Saúde Materna e do Recém-Nascido, Seios Doloridos, p. 295.
- Mulheres não amamentando:
 - Recomende que ela use um sutiã firme (inclusive durante exercício físico intenso e o sono).
 - Tente fazer compressas quentes ou frias.
 - Sugira aspirina (325–650 mg), ibuprofeno (200–400 mg), paracetamol (325–1000 mg) ou outro analgésico.
 - Considere soluções localmente disponíveis.

Dor aguda na parte inferior do abdomen (suspeita de gravidez ectópica ou cistos ovarianos ou folículos ovarianos com aumento de tamanho)

- Many Muitas situações podem provocar dor abdominal aguda. Fique particularmente atento ao aumento de sinais ou sintomas de gravidez ectópica, que é rara mas que pode oferecer risco de vida (ver Pergunta 12, p. 44).
- Nos estágios iniciais da gravidez ectópica, os sintomas podem estar ausentes ou serem moderados, mas ao final se agravarão. Uma combinação de sinais ou sintomas a seguir devem elevar a suspeita de gravidez ectópica:
 - Dor ou sensibilidade abdominal incomum
 - Sangramento vaginal anormal ou ausência de menstruação—especialmente se se tratar de uma alteração do padrão usual de menstruação da mulher
 - Zonzeira ou tontura
 - Desmaios
- Se houver suspeita de gravidez ectópica ou outro problema de saúde grave, encaminhe-a imediatamente para diagnóstico e pronto-atendimento. (Ver Esterilização Feminina, Como Lidar com Gravidez Ectópica, p. 179, para obter mais informações sobre gravidez ectópica.)
- A dor abdominal poderá ser causada por outros problemas tais como cistos ovarianos ou aumento dos folículos ovarianos.
 - Uma mulher pode continuar a utilizar PSPs durante a avaliação e tratamento.
 - Não há necessidade de tratar cistos ou aumento dos folículos ovarianos a menos que cresçam de maneira anormal, se torçam ou estoureem. Explique à cliente que eles geralmente desaparecem sozinhos. Para certificar-se de que o problema esteja sendo, solicite nova consulta com a cliente em 6 semanas, se possível.

Náusea ou tontura

- No caso de náusea, sugira que as PSPs sejam tomadas na hora de dormir ou junto com algum alimento.
- Se os sintomas prosseguirem, Considere soluções localmente disponíveis.

Novos Problemas que Possam Requerer a Troca de Método

Podem ou não ser devido ao método.

Sangramento vaginal inexplicável (que sugere um problema médico não relacionado ao método) **ou sangramento intenso ou prolongado**

- Encaminhe ou avalie de acordo com a história e exame pélvico. Diagnostique e trate da maneira apropriada.
- Ela poderá continuar tomando PSPs enquanto seu problema estiver sendo avaliado.
- Se o sangramento é causado por uma doença sexualmente transmissível ou inflamação pélvica, ela poderá continuar tomando PSPs durante o tratamento.

Em início de tratamento com anticonvulsantes ou rifampicina

- Barbitúricos, carbamazepina, oxcarbazepina, fenitona, primidona, topiramato ou rifampicina podem diminuir a eficácia dos PSPs. Caso estes medicamentos estejam sendo usados por um longo tempo, ela talvez queira utilizar um método diferente, tal como os injetáveis mensais, injetáveis só de progestógeno ou um DIU com cobre ou hormonal.
- Se estiver usando tais medicamentos por pouco tempo, ela poderá usar um método de apoio juntamente com as PSPs.

Dores de Cabeça com Enxaqueca (ver Identificação de Dores de Cabeça e Auras por Enxaqueca, p. 368)

- Se ela tiver dores de cabeça do tipo enxaqueca com sem aura, ela poderá continuar utilizando PSPs, se desejar
- Se ela tiver aura causada por enxaqueca, interrompa o uso de PSPs. Ajude-a escolher outro método sem hormônios.

Certos problemas de saúde graves (suspeita coágulos sanguíneos em veias profundas das pernas ou dos pulmões, doença hepática ou câncer de mama). Ver Sinais e Sintomas de Problemas Graves de Saúde, p. 320.

- Instrua a parar de tomar PSPs.
- Forneça-lhe um método de apoio até que o problema seja avaliado.
- Encaminhe-a para diagnóstico e atendimento caso isto ainda não tenha sido feito.

Doença cardíaca devido a artérias bloqueadas ou estreitas (doença cardíaca isquêmica) **ou derrame**

- Uma mulher que apresente uma destas condições pode, com segurança, começar a tomar PSPs. Se, entretanto, o problema aparecer depois dela iniciar o uso de PSPs, ela deverá deixar de usá-las. Ajude-a a escolher um método sem hormônios.
- Encaminhe-a para diagnóstico e atendimento caso isso ainda não tenha sido feito.

Suspeita de gravidez

- Avalie se há gravidez, inclusive gravidez ectópica.
- Instrua a parar de tomar PSPs caso a gravidez se confirme.
- Não há riscos conhecidos ao feto concebido no período em que uma mulher

Perguntas e Respostas Sobre Pílulas Só de Progestógeno

1. Uma mulher que esteja amamentando pode, com segurança, tomar PSPs?

Sim. Trata-se de uma boa escolha para uma mãe que esteja amamentando e que deseje utilizar pílulas. As PSPs são seguras tanto para a mãe quanto para o bebê, iniciando-se sua ingestão assim que completar 6 semanas após o parto. Não afetam a produção do leite.

2. O que uma mulher deve fazer quando pára de amamentar seu bebê? Ela pode continuar tomando PSPs?

Uma mulher que esteja satisfeita com o uso de PSPs pode continuar a utilizá-las quando tiver parado de amamentar. Entretanto, ela fica menos protegida da gravidez quando deixa de amamentar. Ela pode mudar para outro método, se desejar.

3. Os PSPs provocam defeitos (ou malformações) de nascença? O feto será prejudicado caso uma mulher tome acidentalmente PSPs quando estiver grávida?

Não. Evidências seguras mostram que as PSPs não causam defeitos ou malformações de nascença e não prejudicam o feto caso uma mulher fique grávida quando estiver tomando PSPs ou acidentalmente comece a tomar PSPs quando ela já estiver grávida.

4. Quanto tempo leva para que ficar grávida depois de interromper o uso de PSPs?

Mulheres que param de usar PSPs podem ficar grávidas com a mesma velocidade que uma mulher que pare de usar os métodos não hormonais. As PSPs não retardam o retorno da fertilidade de uma mulher depois dela parar de tomá-los. O padrão de menstruação que uma mulher tinha antes de utilizar PSPs geralmente retorna depois que ela deixa de ingeri-los. Algumas mulheres podem ter que esperar alguns meses até que seu padrão de menstruação regular retorne.



5. Caso uma mulher não fique menstruada enquanto estiver tomando PSPs, isto significa que ela está grávida?

Provavelmente não, especialmente se ela estiver amamentando. Se ela estiver tomando as pílulas diariamente, é provável que não esteja grávida e pode continuar a tomá-las. Caso ela ainda esteja preocupada após esta explicação, pode-se oferecer a ela um teste de gravidez, se disponível, ou encaminhá-la para que faça um. Se o fato de não ter menstruação a perturba, a mudança para outro método poderá ajudar—mas não para injetável só de progestógeno.

6. A PSP deve ser tomada diariamente?

Sim. Todas as pílulas numa cartela de PSPs contêm hormônio que previne contra a gravidez. Se uma mulher não tomar a pílula todos os dias—especialmente se não estiver amamentando—ela tem chance de engravidar. (Ao contrário, as últimas 7 pílulas de uma cartela com 28 de anticoncepcionais orais combinados não são ativas. Elas não contêm hormônios.)

7. É importante que uma mulher tome as PSPs no mesmo horário todos os dias?

Sim, por dois motivos. As PSPs contêm uma quantidade muito pequena de hormônios e tomar a pílula com mais de 3 horas de atraso pode reduzir sua eficácia em mulheres que não estejam amamentando. (Mulheres amamentando dispõem de proteção adicional contra a gravidez proporcionado pela amamentação, por isso ingerir as pílulas com atraso não é tão arriscado.) Além disso, a ingestão de uma pílula no mesmo horário todos os dias pode ajudar a mulher a se lembrar de tomar suas pílulas de modo mais consistente. Vincular o ato de tomar a pílula a uma atividade diária também ajuda as mulheres a se lembrarem de tomá-las.

8. As PSPs causam câncer?

Não. Existem poucos estudos de grande porte sobre PSPs e sua relação com o câncer, mas estudos menores das PSPs são convincentes. Estudos de grande alcance sobre implantes não mostraram nenhum aumento no risco de câncer. Os implantes contêm hormônios similares aos utilizados nas PSPs e, durante os primeiros anos de uso de implantes, com cerca do dobro da dosagem.

9. As PSPs podem ser utilizadas como pílulas anticoncepcionais de emergência (PAEs) após o sexo desprotegido?

Sim. Assim que possível, mas não mais do que 5 dias após o sexo desprotegido, uma mulher pode tomar PSPs como sendo PAEs (ver Pílulas Anticoncepcionais de Emergência, Fórmulas e Dosagem de Pílulas, p. 56). Dependendo do tipo de PSP, ela terá que tomar de 40 a 50 pílulas. Trata-se de uma grande quantidade, mas é um procedimento seguro porque há pouco hormônio em cada pílula.

10. As PSPs alteram o humor ou o desejo sexual de uma mulher?

Geralmente, não. Algumas mulheres que utilizam PSPs relatam tais queixas. No entanto, a grande maioria de usuárias de PSP não relata tais alterações e algumas afirmam que tanto o humor quanto o desejo sexual melhoraram. É difícil dizer se tais alterações se devem às PSPs ou a outras razões. Os profissionais e serviços de saúde podem ajudar uma cliente que apresente estes problemas (ver Alterações de humor ou no desejo sexual, p. 39). Não há evidências de que as PSPs afetem o comportamento sexual das mulheres.

11. O que se deve fazer caso uma usuária de PSP venha a ter um cisto ovariano?

A grande maioria dos cistos não são verdadeiros mas, de fato, são estruturas repletas de fluido que se formam no ovário (folículos) que continuam a crescer acima do tamanho usual num ciclo menstrual normal. Podem causar dor abdominal moderada, mas só exigem tratamento se atingirem um aumento de tamanho anormal, se retorcerem ou estourarem. Estes folículos geralmente desaparecem sem tratamento (ver Dor aguda na parte inferior do abdômen, p. 40).

12. As PSPs aumentam o risco de gravidez ectópica?

Não. Ao contrário, as PSPs reduzem o risco de gravidez ectópica. É raro ocorrer gravidez ectópica entre usuárias de PSP. A taxa de gravidez ectópica entre mulheres que utilizam PSP é de 48 para cada 10.000 mulheres por ano. A taxa de gravidez ectópica entre mulheres nos Estados Unidos que não utilizam nenhum método contraceptivo é de 65 para cada 10.000 mulheres por ano.

Nas raras ocasiões em que as PSPs falham e ocorre gravidez, de 5 a 10 de cada 100 destas gravidezes são ectópicas. Deste modo, a grande maioria de gravidezes após uma falha de PSPs não são ectópicas. Não obstante, uma gravidez ectópica pode colocar a vida de uma mulher em risco, por esse motivo um profissional de saúde deve estar ciente de que há possibilidade de gravidez ectópica caso ocorra falha das PSPs.

Pílulas Anticoncepcionais de Emergência

Pontos Básicos para Profissionais de Saúde e Clientes

- **As pílulas anticoncepcionais de emergência ajudam a prevenir a gravidez quando ingeridas até 5 dias após o sexo desprotegido.** Quanto antes forem tomadas, melhor.
- **Não interrompem uma gravidez já existente.**
- **São seguras para todas as mulheres**—inclusive mulheres que não podem utilizar métodos contraceptivos hormonais regulares.
- **Proporcionam uma oportunidade a mulheres para que comecem a utilizar um método de planejamento familiar permanente.**
- **Há muitas opções que podem ser utilizadas como pílulas anticoncepcionais de emergência.** Produtos especiais, pílulas só de progestógeno e anticoncepcionais orais combinados todos podem atuar como contraceptivos de emergência.

O Que São Pílulas Anticoncepcionais de Emergência?

- São pílulas que contêm somente progestógeno ou progestógeno e estrógeno juntos—hormônios semelhantes aos hormônios naturais progesterona e estrógeno existentes no corpo de uma mulher.
- As pílulas anticoncepcionais de emergência (PAEs) são às vezes chamadas de pílulas “do dia seguinte” ou contraceptivos pós-coito.
- Funcionam basicamente impedindo ou retardando a liberação de óvulos do ovário (ovulação). Não têm efeito caso a mulher já esteja grávida (ver Pergunta 1, p. 54).

Quais Pímulas Podem Ser Usadas como Pímulas Anticoncepcionais de Emergência?

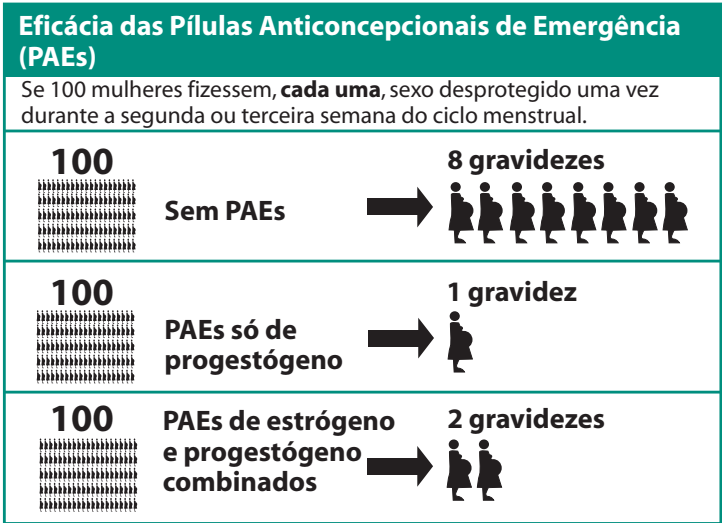
- Um produto específico para PAE com o progestógeno levonorgestrel
- Um produto específico para PAE com o estrógeno levonorgestrel
- Pímulas só de progestógeno com levonorgestrel ou norgestrel (minipílula)
- Anticoncepcionais orais combinados com estrógeno e um progestógeno—levonorgestrel, norgestrel ou norethindrone (também chamado de norethisterone)

Quando Tomá-las?

- Assim que possível depois do sexo desprotegido. Quanto antes as PAEs forem ingeridas após o sexo desprotegido, mais efetivas serão para evitar a gravidez.
- Podem prevenir a gravidez quando tomadas a qualquer momento até 5 dias após o sexo desprotegido.

Qual a Eficácia?

- Se 100 mulheres fizessem, cada uma, sexo uma vez durante a segunda ou terceira semana do ciclo menstrual sem utilizar método contraceptivo, 8 provavelmente engravidariam.
- Se todas as 100 mulheres utilizassem PAEs só de progestógeno, uma provavelmente ficaria grávida.
- Se todas as 100 mulheres utilizassem PAEs de estrógeno e progestógeno, 2 provavelmente engravidariam.



Retorno da fertilidade após a ingestão de PAEs: não há demora. Uma mulher pode engravidar imediatamente depois de tomar PAEs. A ingestão de PAEs previne só a gravidez que poderia ocorrer pelos atos sexuais que ocorreram nos 5 dias anteriores. Não protegerão a mulher de ficar grávida por atos sexuais praticados depois de ela ter tomado PAEs—nem mesmo no dia seguinte. Para permanecer protegida contra gravidez, as mulheres devem começar a fazer uso de outro método anticoncepcional imediatamente (ver Planejamento do Uso Posterior de Contracepção Regular, p. 51).

Proteção contra doenças sexualmente transmissíveis (DSTs): nenhuma

Efeitos Colaterais, Benefícios e Riscos à Saúde

Efeitos Colaterais (ver Como Lidar com Problemas, p. 53)

Algumas usuárias relatam o seguinte:

- Alterações nos padrões de sangramento, entre os quais:
 - Ligeiro sangramento irregular de 1–2 dias após a ingestão de PAEs
 - Sangramento mensal que começa antes ou depois do esperado

Na semana posterior à ingestão de PAEs:

- Náusea[‡]
- Dor abdominal
- Fadiga
- Dores de cabeça
- Sensibilidade dos seios
- Tontura
- Vômitos[‡]

Benefícios à Saúde Conhecidos

Ajudam a proteger contra:

- Riscos de gravidez

Riscos à Saúde Conhecidos

Nenhum

[‡] Mulheres que utilizam fórmulas de PAE só de progestógeno têm muito menos probabilidade de terem náusea e vômitos do que as mulheres que utilizam fórmulas de PAE com estrogênio e progestógeno.

Desfazendo Mitos (ver também Perguntas e Respostas, p. 54)

As pílulas anticoncepcionais de emergência:

- Não provocam aborto.
- Não causam defeitos (malformações) de nascença caso ocorra gravidez.
- Não representam perigo à saúde da mulher.
- Não promovem condutas sexuais de risco.
- Não tornam a mulher estéril.

Porque Algumas Mulheres Dizem que Gostam das Pílulas Anticoncepcionais de Emergência

- Oferecem uma segunda chance de prevenir a gravidez
- Ficam sob controle da mulher
- Reduzem a busca por um aborto no caso de erros no uso de métodos contraceptivos ou quando não se recorreu à contracepção
- Podem ficar à mão para o caso de surgir uma emergência

Quem Pode Utilizar Pílulas Anticoncepcionais de Emergência

São Seguras e Adequadas para Todas as Mulheres

Não há necessidade de se realizar testes e exames para utilizar PAEs. Podem ser apropriadas por outras razões—especialmente no caso de sexo contra a vontade da mulher (ver Violência Contra Mulheres, Oferecimento de Atendimento Adequado, p. 302).

Critérios Médicos de Elegibilidade para Uso das Pílulas Anticoncepcionais de Emergência

Todas as mulheres podem utilizar PAEs com segurança e eficácia, inclusive mulheres que não possam fazer uso de métodos contraceptivos hormonais regulares. Devido à natureza de curto prazo do uso destas pílulas, não há situações clínicas que tornem as PAEs uma ameaça para qualquer mulher.

Fornecimento de Pílulas Anticoncepcionais de Emergência

As PAEs podem se fazer necessárias em muitas situações diferentes. Portanto, se possível, forneça a todas as mulheres que desejem PAE um suprimento adiantado. Uma mulher pode guardá-las para o caso de vir a precisar delas. Há mais probabilidade de uma mulher utilizar PAEs se ela já as possuir quando forem necessárias. Além disso, tendo-as em mãos permite que a mulher as tome assim que possível após a ocorrência de sexo desprotegido.

Quando Utilizar

- A qualquer momento até 5 dias após o sexo desprotegido. Quanto antes as PAEs forem ingeridas após o sexo desprotegido, maior será a sua eficácia.

As PAEs são Apropriadas em Muitas Situações

As PAEs podem ser utilizadas a qualquer momento em que uma mulher estiver preocupada com a possibilidade de ela vir a engravidar. Por exemplo, após:

- Sexo feito sem seu consentimento (estupro) ou sob coerção
- Qualquer ato sexual desprotegido
- Erro na contracepção, tais como:
 - O preservativo foi usado incorretamente, escorregou ou se rompeu
 - O casal utilizou incorretamente um método baseado na detecção do período fértil (por exemplo, não conseguir abster-se de usar outro método durante o período fértil)
 - O homem não conseguiu retirar o pênis, como pretendia, antes de ejacular
 - A mulher deixou de tomar 3 ou mais pílulas anticoncepcionais orais combinadas ou iniciou uma nova cartela com 3 ou mais dias de atraso
 - O DIU saiu do lugar
 - A mulher está atrasada em mais de 2 semanas para tomar uma nova injeção só de progestógeno ou mais de 7 dias para a injeção de mensal combinada



Informações sobre Dosagem

Para saber sobre produtos específicos e número de pílulas a serem fornecidas, ver Fórmulas e Dosagem de Pílulas, p. 56.

Tipo de pílula	Dosagem total a ser fornecida
Produto especial só com levonorgestrel	• 1,5 mg de levonorgestrel em dose única.[§]
Produto dedicado com estrógeno e progestógeno	• 0,1 mg de etinilestradiol + 0,5 mg de levonorgestrel. Prossiga com a mesma dose 12 depois.
Pílulas só de progestógeno com levonorgestrel ou norgestrel	• Pílulas de levonorgestrel: 1,5 mg de levonorgestrel em dose única. • Pílulas de norgestrel: 3 mg de norgestrel em dose única.
Anticoncepcionais orais combinados (estrógeno progestógeno) contendo levonorgestrel, norgestrel ou noretindrona	• Pílulas de estrógeno e levonorgestrel: 0,1 mg de etinilestradiol + 0,5 mg levonorgestrel. Prossiga com a mesma dose 12 horas depois. • Pílulas de estrógeno e norgestrel: 0,1 mg de etinilestradiol + 1 mg de norgestrel. Prossiga com a mesma dose 12 horas depois. • Pílulas de estrógeno e norethindrone: 0,1 de mg etinilestradiol + 2 mg de norethindrone. Prossiga com a mesma dose 12 horas depois.

Fornecimento de Pílulas Anticoncepcionais de Emergência

1. Forneça pílulas	• Ela poderá tomá-las de uma vez. • Se estiver usando o procedimento em 2 doses, instrua-a a tomar a dose seguinte em 12 horas.
2. Descreva os efeitos colaterais mais comuns	• Náusea, dor abdominal e possivelmente outros. • Ligeiro sangramento ou mudança nos períodos de sangramento mensal. • Os efeitos colaterais não são sinais de doença.

[§] Alternativamente, as clientes podem receber 0,75 mg de levonorgestrel de uma vez, seguida da mesma dose 12 horas depois. Uma dose única é mais fácil da cliente tomar e funciona tão bem quanto as 2 doses.

3. Explique o que fazer caso ocorram efeitos colaterais

- Náusea:
 - Não se recomenda o uso rotineiro de medicação anti-náusea.
 - Mulheres que tiveram náusea devido ao uso anterior de PAEs ou após a primeira dose de um procedimento em 2 doses podem tomar medicamentos anti-náusea tais como 50 mg de meclizina (Bonadoxina, Meclin) meia-hora a uma hora antes de ingerir as PAEs.
- Vômitos:
 - Se a mulher vomitar até 2 horas depois de tomar PAEs, ela deverá tomar outra dose.
 - (Poderá utilizar medicação anti-náusea juntamente com a repetição da dose, como indicado acima.) Se os vômitos prosseguirem, ela poderá tomar a dose de repetição inserindo as pílulas na parte superior de sua vagina. Se os vômitos ocorrerem depois de 2 horas da ingestão das PAEs, não há necessidade de se tomar pílulas adicionais.

4. Forneça mais PAEs e ajude-a a começar um método permanente

- Se possível, forneça a ela mais PAEs para levar para casa para a eventualidade de precisar delas no futuro.
- Ver Planejamento do Uso Posterior de Contracepção Regular, abaixo.

“Volte Quando Quiser”: Motivos para Retornar

Não há necessidade de uma consulta de retorno rotineira. Contudo, assegure a cada cliente para que se sinta à vontade para voltar ao serviço quando quiser e também caso:

- Ela ache que possa estar grávida, especialmente se ela não tiver sangramento mensal ou se sua próxima menstruação atrasar em mais de uma semana.

Planejamento do Uso Posterior de Contracepção Regular

1. Explique que as PAEs não a protegerão de engravidar em qualquer relação sexual futura—inclusive no dia seguinte. Discuta a necessidade e as opções existentes de prevenção contínua de gravidez e, se houver risco, de proteção contra DSTs inclusive o HIV (ver Doenças Sexualmente Transmissíveis, Inclusive HIV, p. 275).
2. Se ela não desejar iniciar um método contraceptivo agora, forneça-lhe preservativos ou anticoncepcionais orais e peça a ela para usá-los caso ela mude de idéia. Dê-lhe instruções sobre como utilizá-los. Convide-a a retornar a qualquer hora caso deseje conhecer outro método ou se surgirem dúvidas ou problemas.
3. Se possível, forneça-lhe mais PAEs para serem usadas no futuro caso ocorra alguma relação sexual desprotegida.

Quando Começar a Contracepção Após o Uso de PAEs

Método	Quando começar
Anticoncepcionais orais combinados, pílulas só de progestógeno, adesivo combinado, anel vaginal combinado	Poderá começar no dia seguinte ao uso das PAEs. <i>Não há necessidade de esperar pelo seu sangramento mensal.</i> • Anticoncepcionais orais e anel vaginal: – Novas usuárias devem começar uma nova cartela de pílulas ou um anel novo. – Uma usuária regular que tenha precisado tomar PAEs devido a um erro poderá retomar o uso tal como fazia antes. • Adesivo: – Todas as usuárias devem começar um novo adesivo. • Todas as mulheres devem utilizar um método de apoio nos primeiros 7 dias do método adotado.
Injetáveis só de progestógeno	• Ela poderá começar a tomar injetáveis só de progestógeno no mesmo dia em que tomar PAEs, ou se preferir, até 7 dias após o início do seu sangramento mensal. Ela precisará de um método de apoio nos primeiros 7 dias após a injeção. Ela deve retornar caso apresente sinais ou sintomas de gravidez outros que não a ausência de menstruação (ver p. 371 para sinais e sintomas comuns de gravidez).
Injetáveis mensais	• Ela poderá começar a tomar injetáveis mensais no mesmo dia das PAEs. Não há necessidade de esperar pela sua próxima menstruação para tomar a injeção. Ela precisará de um método de apoio nos primeiros 7 dias após a injeção.
Implantes	• Depois da menstruação ter retornado. Forneça-lhe um método de apoio ou anticoncepcionais orais para que sejam usados até lá, começando no dia seguinte depois de ter terminado a ingestão das PAEs.
Dispositivo intrauterino (DIUs hormonais ou com cobre)	• Pode-se utilizar um DIU com cobre como contracepção de emergência. Trata-se de uma boa opção para a mulher que deseje um DIU como método de longo prazo (ver DIU com cobre, p. 131). • Caso ela decida usar um DIU após tomar PAEs, o DIU poderá ser colocado no mesmo dia em que ela ingerir as PAEs. Não há necessidade de um método de apoio.

** Entre os métodos de apoio estão a abstinência, preservativos masculinos e femininos, espermicidas e coito interrompido. Diga a ela que os espermicidas e coito interrompido são os métodos contraceptivos menos eficazes. Se possível, forneça-lhe preservativos.*

Método	Quando começar
Preservativos masculinos e femininos, espermicidas, diafragmas, capuz cervical, coito interrompido	• Imediatamente.
Métodos baseados na percepção da fertilidade	• Método dos Dias Fixos: no início da sua próxima menstruação. • Métodos baseados em sintomas: quando do retorno das secreções normais (muco cervical). • Forneça-lhe um método de apoio ou anticoncepcionais orais para que utilize até que possa começar o método escolhido por ela.

Ajuda às Usuárias

Como Lidar com Problemas

Problemas Relatados como Efeitos Colaterais ou Falha do Método

Podem ser ou não devidos ao método.

Ligeiro sangramento irregular

- O sangramento irregular devido às PAEs cessará sem tratamento. Insista junto à mulher que não se trata de um sinal de doença ou gravidez.

Mudança na regularidade do sangramento mensal ou suspeita de gravidez

- O sangramento mensal poderá começar antes ou depois da data esperada. Não se trata de um sinal de doença ou de gravidez.
- Se a menstruação estiver mais de uma semana atrasada em relação à data esperada após a ingestão de PAEs, avalie se há gravidez. Não há riscos conhecidos para um feto concebido no caso das PAEs falharem na prevenção de gravidez (ver Pergunta 2, p. 54).



Perguntas e Respostas Sobre Pílulas Anticoncepcionais de Emergência

1. As PAEs perturbam ou interrompem uma gravidez já em curso?

Não. As PAEs não têm efeito caso uma mulher já esteja grávida. Quando ingeridas antes da mulher ter ovulado, as PAEs impedem a liberação de um óvulo pelo ovário ou retardam sua liberação de 5 a 7 dias. Neste tempo, qualquer esperma que se encontre no aparelho reprodutor da mulher terá morrido, uma vez que o esperma só consegue sobreviver ali por cerca de 5 dias.

2. As PAEs provocam doenças de nascença? O feto será prejudicado caso uma mulher tome acidentalmente PAEs quando estiver grávida?

Não. Evidências seguras mostram que as PAEs não causam defeitos (malformações) de nascença e não prejudicam o feto caso uma mulher já esteja grávida quando ingerir PAEs ou se estas falharem na prevenção de uma gravidez.

3. Por quanto tempo as PAEs protegem uma mulher de engravidar?

Mulheres que tomam PAEs devem compreender que podem engravidar já na próxima relação sexual a menos que comecem a utilizar outro método de contracepção imediatamente. Devido ao fato das PAEs retardarem a ovulação em algumas mulheres, *ela poderá ficar mais fértil logo depois de tomar PAEs*. Se ela desejar proteção permanente para não engravidar, deverá começar a utilizar outro método contraceptivo imediatamente.

4. Quais pílulas anticoncepcionais orais podem ser utilizadas como PAEs?

Muitos anticoncepcionais orais combinados (estrógeno + progestógeno) e pílulas só de progestógeno podem ser usadas como PAEs. Podem-se tomar quaisquer pílulas que contenham os hormônios usados para contracepção de emergência—levonorgestrel, norgestrel, noretindrona e estes progestógenos juntos com estrógeno (etinilestradiol). (Ver Fórmulas e Dosagem de Pílulas, p. 56, para obter exemplos de quais pílulas podem ser usadas.)

5. É seguro tomar 40 ou 50 pílulas só de progestógeno como PAEs?

Sim. As pílulas só de progestógeno contêm pequenas quantidades de hormônio. Assim, é necessário ingerir muitas pílulas para se receber a dose total de PAE necessária. Contudo, a dosagem de PAE com anticoncepcionais orais combinados (estrógeno + progestógeno) é geralmente de apenas 2 a 5 pílulas em cada uma das 2 doses separadas por um intervalo de 12 horas. As mulheres não devem tomar 40 ou 50 pílulas anticoncepcionais orais combinadas (estrógeno + progestógeno) como PAEs.

6. As PAEs são seguras para mulheres com HIV ou AIDS? Mulheres que estejam em terapia anti-retroviral podem usar PAEs com segurança?

Sim. É seguro o uso de PAEs por mulheres com HIV, AIDS e que estejam em terapia anti-retroviral.

7. As PAEs são seguras para adolescentes?

Sim. Um estudo sobre o uso de PAEs entre garotas de 13 a 16 anos de idade constatou que o mesmo é seguro. Além disso, todas as participantes do estudo conseguiram utilizar PAEs de modo correto.

8. Uma mulher que não possa utilizar anticoncepcionais orais combinados (de estrogênio-progestógeno) ou pílulas só de progestógeno como método permanente ainda assim pode usar PAEs com segurança?

Sim. Isto se deve ao fato do tratamento com PAEs ser muito breve.

9. Se as PAEs não conseguirem impedir a gravidez, a mulher tem uma maior probabilidade de que esta gravidez seja ectópica?

Não. Até o momento, não há evidências científicas que sugiram que as PAEs aumentem o risco de gravidez ectópica. Estudos em âmbito mundial sobre PAEs só de progestógeno, dentre eles uma revisão realizada pela Administração de Alimentos e Drogas dos Estados Unidos, não constatou taxas mais elevadas de gravidez ectópicas após eventual falha de PAEs entre gravidezes de modo geral.

10. Por que fornecer às mulheres PAEs antes que elas necessitem das mesmas? Isto não desestimulará ou de alguma forma prejudicará o uso dos métodos anticoncepcionais?

Não. Os estudos sobre mulheres que receberam PAEs com antecedência relatam os seguintes resultados:

- Mulheres que tinham PAEs à mão e que fizeram sexo desprotegido tomaram PAE antes de mulheres que precisaram buscar PAEs. Ingeridas antes, as PAEs têm mais chances de serem eficazes.
- Mulheres que receberam PAEs com antecedência apresentaram maior probabilidade de utilizá-las do que mulheres que tiveram que ir a um serviço de saúde para obter PAEs.
- As mulheres continuaram a utilizar outros métodos anticoncepcionais tal como faziam antes de obter PAEs antecipadamente.

11. As mulheres devem utilizar PAEs como um método anticoncepcional regular?

Não. A quase totalidade dos outros métodos anticoncepcionais é mais eficaz na prevenção da gravidez. Uma mulher que use PAEs regularmente como forma de contracepção apresenta maior probabilidade de ter uma gravidez não desejada do que uma mulher que utilize outro método anticoncepcional regularmente. Além disso, mulheres que usam outros métodos contraceptivos devem ser informadas a respeito da existência das PAEs e de como obtê-las, se necessário—por exemplo, no caso de um preservativo se romper ou se a mulher deixar de tomar 3 ou mais pílulas de anticoncepcionais orais combinadas.

Fórmulas e Dosagem das Pílulas[†]

Tipo de Hormônio e Pílula	Fórmula	Nomes Comuns de Marcas	Número de Pílulas a Engolir Inicialmente	Número de Pílulas a Engolir 12 Horas Depois
Só de Progestógeno				
PAEs especiais só de progestógeno	1.5 mg de levonor-gestrel	Escapel, Escapelle, Em-kit Plus, Postinor 1, Postinor2 Unidosis, Pozato Uni	1	0
	0.75 mg de levonor-gestrel	An Ting, Diad, E Pills, EC, ECee2, ECP, Emkit, Estinor, Evitarem, Glanique, Hui Ting, Imediat-N, Lenor 72, Madonna, Minipil 2, NorLevo, Pilem, Pill 72, Plan B, Poslov, Post-Day, Postinor, Postinor-2, Postinor Duo, Pozato, PPMS, Pregnon, Pronta, Tace, Vermagest, Vika, Yu-Ting	2	0
Pílulas só de proges-tógeno	0.03 mg de levonor-gestrel	Microlut, Microlut 35, Microval, Mikro-30, Norgeston, Nortrel	50**	0
	0.0375 mg levo-norgestrel	Neogest, Norgeal	40**	0
	0.075 mg norgestrel	Minicon, Ovrette	40**	0
Estrógeno e Progestógeno				
PAEs es-peciais de estrógeno e progestó-geno	0.05 mg ethinyl estradiol 0.25 mg levo-norgestrel	Fertilan, Preven, Tetragynon	2	2

** Grande quantidade de pílulas, mas é seguro. Ver Pergunta 5, p. 54.

[†] Nota do Revisor : muitos dos produtos comerciais aqui listados não estão disponíveis no Brasil.

Tipo de Hormônio e Pílula	Fórmula	Nomes Comuns de Marcas	Número de Pílulas a Engolir Inicialmente	Número de Pílulas a Engolir 12 Horas Depois
Anticoncepcionais orais combinados (estrógeno + progestógeno)	0,02 mg de etinilestradiol 0,1 mg de levonorgestrel	Anulette 20, April, Femexin, Loette, Loette-28, Loette Suave, Microgynon Suave, Miranova, Norvetal 20	5	5
	0,03 mg de etinilestradiol 0,15 mg de levonorgestrel	Anna, Anovulatorios Microdosis, Anulette, Anulette CD, Anulit, Ciclo 21, Ciclon, Combination 3, Confidence, Contraceptive L.D., Eugynon 30ED, Família-28, Gestrelan, Innova CD, Lady, Levonorgestrel Pill, Lo-Gentrol, Lorsax, Mala-D, Microfemin, Microfemin CD, Microgest, Microgest ED, Microgynon, Microgynon-28, Microgynon-30, Microgynon 30 ED, Microgynon CD, Microgynon ED, Microgynon ED 28, Microsoft CD, Microvlar, Minidril, Minigynon, Minigynon 30, Minivlar, Mithuri, Nociclin, Nordet, Nordette, Nordette 150/30, Nordette-21, Nordette-28, Norgylene, Norvetal, Novelle Duo, Ologynmicro, Primafem, R-den, Riget, Rigevidon 21, Rigevidon, Seif, Sexcon, Stediril 30, Suginor	4	4

Tipo de Hormônio e Pílula	Fórmula	Nomes Comuns de Marcas	Número de Pílulas a Engolir Inicialmente	Número de Pílulas a Engolir 12 Horas Depois
Anticoncepcionais orais combinados (estrógeno + progestógeno) (continuação)	0,05 mg de etinilestradiol 0,25 mg de levonorgestrel	Anfertil, Contraceptive H.D., Control, D-Norginor, Denoval, Denoval-Wyeth, Duoluton, Duoluton L, Evanor, FMP, Gravistat 250, Neogynon, Neogynon CD, Neovlar, Neogynon 50, Noral, Nordiol, Nordiol 21, Normanor, Ologyn, Ovidon, Primlovar, Stediril-D	2	2
	0,05 mg de etinilestradiol 0,125 mg de evonorgestrel	Gravistat, Gravistat 125	2	2
	0,03 mg de etinilestradiol 0,125 mg de levonorgestrel	Minisiston, Trust Pills	4	4
	0,03 mg de etinilestradiol 0,3 mg de norgestrel	Lo-Femenal, Lo/Ovral	4	4
	0,05 mg de etinilestradiol 0,5 mg de norgestrel	Eugynon, Eugynon CD, Femenal, Jeny FMP, Ovral, Stediril	2	2

Fontes: Website de Contracepção de Emergência, Diretório de Anticoncepcionais Hormonais da Federação Internacional de Parentalidade Planejada e Consórcio Internacional para a Contracepção de Emergência

Injetáveis Só de Progestógeno

Pontos Básicos para Profissionais/Serviços de Saúde e Clientes

- **Mudanças na menstruação são comuns, mas não são prejudiciais.** Tipicamente, há sangramento irregular nos primeiros meses e, depois, ausência de menstruação.
- **Retornar regularmente para receber as injeções.** Para se obter mais eficácia, é importante voltar a cada 3 meses (13 semanas) para a aplicação de AMPD ou a cada 2 meses para NET-EN.
- **A injeção pode ser adiantada ou atrasada em até 2 semanas.** A cliente deve retornar mesmo com atraso.
- **É comum haver um ganho de peso gradual.**
- **O retorno da fertilidade freqüentemente apresenta alguma demora.** Em média, leva alguns meses a mais para engravidar após a interrupção dos injetáveis só de progestógeno, do que com outros métodos.

O Que São Injetáveis Só de Progestógeno?

- Os anticoncepcionais injetáveis de “acetato de medroxiprogesterona de depósito” (AMPD) e “enantato de noretisterona” (NET-EN) contêm, cada um, um progestógeno similar ao hormônio natural progesterona existente no corpo da mulher. (Ao contrário, os injetáveis mensais contêm tanto estrógeno quanto progestógeno. Ver Injetáveis Mensais, p. 81.)
- Não contêm estrógeno e, por isso, podem ser usados durante toda a amamentação e por mulheres que não podem utilizar métodos com estrógeno.
- AMPD, o mais amplamente empregado injetável só de progestógeno, também é conhecido como “a injeção”, Depo, Depo-Provera, Megestron e Petogen.
- NET-EN também é conhecido como enantato de noretindrona, Noristerat e Syngest. (Ver Comparação dos Injetáveis, p. 359, quanto às diferenças entre AMPD e NET-EN.). No Brasil, não estão disponíveis os injetáveis só de progestógeno contendo enantato de noretindrona.



- É aplicada por meio de injeção no músculo (injeção intramuscular). O hormônio é então liberado lentamente na corrente sanguínea. Uma fórmula diferente de AMPD pode ser aplicada sob a pele (injeção subcutânea). Ver Nova Fórmula do AMPD, p. 63.
- Funciona basicamente impedindo a liberação de óvulos pelos ovários (ovulação).

Qual a Eficácia?

A eficácia depende da regularidade na aplicação das injeções: o risco de gravidez é maior quando uma mulher deixa de tomar uma injeção.

- Tal como usado em geral, ocorrem cerca de 3 gravidezes por 100 mulheres que utilizam os injetáveis só de progestógeno no primeiro ano. Isto significa que 97 de cada 100 mulheres fazendo uso de injetáveis não ficará grávidas.
- Quando as mulheres tomam as injeções no tempo certo, menos de 1 gravidez para 100 mulheres utilizando os injetáveis só de progestógeno durante o primeiro ano (3 por 1.000 mulheres).

Retorno da fertilidade depois de interromper as injeções: uma média de cerca de 4 meses a mais no caso do AMPD e de 1 mês a mais no caso de NET-EN do que a maioria dos outros métodos (ver Pergunta 7, p. 79).

Proteção contra doenças sexualmente transmissíveis (DSTs): nenhuma

Mais eficaz



Menos eficaz

Efeitos Colaterais, Benefícios e Riscos à Saúde

Efeitos Colaterais (ver Como Lidar com Problemas, p. 75)

Algumas usuárias relatam o seguinte:

- Alterações nos padrões de menstruação que incluem AMPD:
Primeiros 3 meses:
 - Sangramento irregular
 - Sangramento prolongadoEm um ano de uso:
 - Ausência de menstruação
 - Sangramento raro
 - Sangramento irregular
- O NET-EN afeta menos os padrões de menstruação que o AMPD. As usuárias de NET-EN têm menos dias de menstruação nos primeiros 6 meses e menos probabilidade de não ter menstruação depois de um ano de uso que as usuárias de AMPD.
- Ganho de peso (ver Pergunta 4, p. 78)
- Dores de cabeça
- Tontura
- Inchaço/desconforto no estômago
- Alterações no humor
- Diminuição do desejo sexual

Outras alterações físicas possíveis:

- Perda de densidade óssea (ver Pergunta 10, p. 80)



Porque Algumas Mulheres Dizem que Gostam de Injetáveis Só de Progestógenos

- Não requerem ação diária
- Não interfere no sexo
- Não invadem a privacidade: ninguém mais fica sabendo que uma mulher está usando método contraceptivo
- Não provoca menstruação (em muitas mulheres)
- Podem ajudar algumas mulheres a ganhar peso

**Benefícios à Saúde
Conhecidos**

AMPD

Ajuda a proteger contra:

- Riscos de gravidez
- Câncer da membrana que recobre a parede da cavidade uterina (câncer do endométrio)
- Fibróides uterinos

Pode ajudar a proteger contra:

- Doença inflamatória pélvica sintomática
- Anemia por deficiência de ferro

Reduz:

- Crises hemolíticas em mulheres com anemia falciforme
- Sintomas de endometriose (dor pélvica, sangramento irregular)

NET-EN

Helps protect against:

- Iron-deficiency anemia

Riscos à Saúde Conhecidos

Nenhuma

Nenhuma

O NET-EN pode proporcionar muitos dos mesmos benefícios à saúde que o AMPD, mas esta lista de benefícios abrange somente aqueles para os quais há evidências de pesquisa disponíveis.

Desfazendo mitos (ver também Perguntas e Respostas, p. 78)

Os injetáveis só de progestógeno:

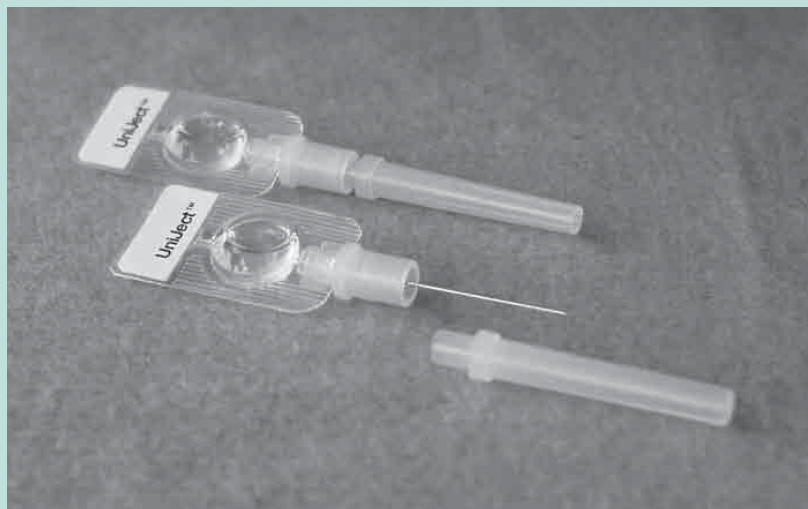
- Ajudam a interromper a menstruação, mas isso não é algo prejudicial. É semelhante a não ficar menstruada durante a gravidez. O sangue não fica se acumulando dentro da mulher.
- Não perturba ou interrompe uma gravidez já em curso.
- Não torna a mulher estéril.

Nova Fórmula do AMPD

Foi desenvolvida uma fórmula de AMPD especificamente para ser injetada no tecido sob a pele (subcutaneamente). Esta nova fórmula **tem que necessariamente** ser ministrada por injeção subcutânea. Não será totalmente eficaz se for injetada por outras vias. (Igualmente, o AMPD para injeção intramuscular não deve ser aplicado subcutaneamente.)

A dose hormonal da nova fórmula subcutânea (AMPD-SC) é 30% inferior à do AMPD formulado para injeção intramuscular—104 mg ao invés de 150 mg. Deste modo, poderá provocar menos efeitos colaterais, tais como o ganho de peso. A eficácia contraceptiva é semelhante. Assim como para as usuárias de AMPD intramuscular, as usuárias de AMPD-SC têm uma aplicação a cada 3 meses.

O AMPD-SC será disponibilizado em seringas pré-carregadas, inclusive as de uso único do sistema Uniject. Estas seringas pré-carregadas terão agulhas curtas especiais destinadas à aplicação subcutânea. Por meio destas seringas, as mulheres podem se auto-aplicar a injeção de AMPD. O AMPD-SC foi aprovado pela FDA (Administração de Alimentos e Drogas dos Estados Unidos em dezembro de 2004 sob o nome de “depo-subQ provera 104.” Foi, desde então, também aprovada no Reino Unido.



Quem Pode e Quem Não Pode Usar Injetáveis Só de Progestógeno

Seguro e Adequado para Quase Todas as Mulheres

Praticamente todas as mulheres podem utilizar injetáveis só de progestógeno com segurança e eficácia, incluindo-se entre elas mulheres que:

- Tenham ou não tido filhos
- Não sejam casadas
- De qualquer idade, inclusive adolescentes e mulheres acima dos 40 anos
- Tenham acabado de passar por um aborto espontâneo ou induzido
- Fumem cigarros—independente da idade da mulher ou do número de cigarros fumados
- Estejam amamentando (começando a aplicação pelo menos 6 semanas após o parto)
- Estejam infectadas com o HIV, estejam ou não em terapia anti-retroviral (ver Injetáveis só de Progestógeno para Mulheres com HIV, p. 67)

As mulheres podem começar a utilizar injetáveis só de progestógeno:

- Sem um exame pélvico
- Sem quaisquer exames de sangue ou outros testes laboratoriais de rotina
- Sem testes preventivos de câncer cervical
- Sem exame das mamas
- Mesmo quando uma mulher não esteja ficando menstruada na época e haja certeza razoável que ela não está grávida (ver Lista de Verificação de Gravidez, p. 372)

Critérios de Indicação Médica para

Injetáveis Só de Progestógeno

Faça à cliente as perguntas abaixo a respeito de problemas médicos que sejam do seu conhecimento. Não é necessário realizar exames ou testes. Se ela responder “não” a todas as questões, ela pode começar a tomar injetáveis só de progestógeno, caso queira. Se ela responder “sim” a alguma pergunta, siga as instruções. Em alguns casos, ainda assim ela poderá começar a tomar os injetáveis só de progestógeno.

1. Você está amamentando um bebê com menos de 6 semanas de idade?

- ☐ NÃO ☐ **SIM** Ela poderá começar a tomar injetáveis só de progestógeno decorridas 6 semanas após o parto. (ver Amamentando de forma exclusiva ou quase ou Amamentação parcial, p. 69).

2. Você tem cirrose aguda do fígado, uma infecção hepática ou tumor no fígado? (Os olhos ou a pele dela tem aparência amarela incomum? [sinais de icterícia])

- ☐ NÃO ☐ **SIM** Se ela relatar doença aguda ativa no fígado (icterícia, hepatite ativa, cirrose aguda, tumor no fígado), não forneça injetáveis só de progestógeno. Ajude-a a escolher um método sem hormônios.

3. Você tem pressão arterial alta?

- ☐ NÃO ☐ **SIM** Se não for possível verificar a pressão arterial e ela disser que tem história de pressão alta, forneça injetáveis só de progestógeno.

Verifique a pressão arterial se possível:

- Se ela estiver atualmente em tratamento de pressão alta e a mesma esteja adequadamente controlada, ou caso a pressão arterial dela esteja abaixo de 160/100 mm Hg, forneça injetáveis só de progestógeno.
- Se sua pressão arterial sistólica for de 160 mm Hg ou acima ou se a pressão arterial diastólica for de 100 ou maior, não forneça injetáveis só de progestógeno. Ajude-a a escolher um método sem estrógeno.

4. Você já teve diabetes por mais de 20 anos ou algum dano em suas artérias, visão, rins ou sistema nervoso causado por diabetes?

- ☐ NÃO ☐ **SIM** Não forneça injetáveis só de progestógeno. Ajude-a a escolher um método sem estrógeno.

(Continua na próxima página)

5. Você já teve um derrame (acidente vascular cerebral), um coágulo sanguíneo em suas pernas ou nos pulmões, infarto do miocárdio ou outros problemas cardíacos graves?

- ☐ NÃO ☐ **SIM** Caso ela relate infarto do miocárdio, doença cardíaca devido a artérias bloqueadas ou estreitas, ou derrame (acidente vascular cerebral), não forneça injetáveis só de progestógeno. Ajude-a a escolher outro método sem estrógeno. Caso ela relate um coágulo nas veias profundas das pernas ou dos pulmões (que não sejam coágulos superficiais), ajude-a a escolher outro método sem hormônios.

6. Você tem sangramento vaginal que é algo incomum para você?

- ☐ NÃO ☐ **SIM** Caso ela tenha sangramento vaginal inexplicável que sugira gravidez ou um problema médico subjacente, o uso de injetáveis só de progestógeno poderia dificultar o diagnóstico e o monitoramento de qualquer tratamento. Ajude-a a escolher outro método que possa utilizar enquanto estiver sendo avaliada e tratada (mas não implantes ou DIU hormonal ou com cobre). Após o tratamento, reavalie a possibilidade de uso dos injetáveis só de progestógeno.

7. Você tem ou já teve câncer de mama?

- ☐ NÃO ☐ **SIM** Não forneça injetáveis só de progestógeno. Ajude-a a escolher outro método sem hormônios.

8. Você apresenta diversos fatores que possam aumentar sua probabilidade de doença cardíaca (doença da artéria coronária) ou derrame (acidente vascular cerebral), tais como idade avançada, fumo, pressão arterial alta ou diabetes?

- ☐ NÃO ☐ **SIM** Não forneça injetáveis só de progestógeno. Ajude-a a escolher um método sem estrógeno.

Não deixe de explicar os benefícios e riscos à saúde e os efeitos colaterais do método que a cliente utilizará. Além disso, aponte quaisquer fatores que fariam com que o método fosse desaconselhável, quando isso for relevante para a cliente.

Uso de Critério Clínico em Casos Especiais

Geralmente, uma mulher que apresente qualquer um dos fatores relacionados abaixo não deve utilizar injetáveis só de progestógeno. Em circunstâncias especiais, entretanto, quando outros métodos, mais apropriados, não estiverem disponíveis ou sejam aceitáveis para ela, um profissional de saúde qualificado que tenham condições de avaliar cuidadosamente a situação e as condições específicas de uma mulher poderá decidir quanto ao uso de injetáveis só de progestógeno. O profissional de saúde precisa levar em consideração a gravidade de sua condição e, na maioria das situações, se ela terá acesso a um acompanhamento.

- Amamentando e há menos de 6 semanas após o parto
- Pressão arterial alta grave (sistólica de 160 mm Hg ou acima ou diastólica de 100 mm Hg ou acima)
- Existência atual de coágulo sanguíneo em veias profundas das pernas ou dos pulmões
- História ou existência atual de doença cardíaca devido a artérias bloqueadas ou estreitas (doença cardíaca isquêmica)
- História de derrame (acidente vascular cerebral)
- Múltiplos fatores de risco para doença cardiovascular arterial tais como diabetes e pressão alta
- Sangramento vaginal inexplicável antes da avaliação para possível problema subjacente grave
- Teve câncer de mama há mais de 5 anos e o mesmo não retornou
- Diabetes por mais de 20 anos ou danos às artérias, visão, rins ou ao sistema nervoso provado por diabetes
- Tumor, infecção ou doença aguda no fígado

Injetáveis Só de Progestógeno para Mulheres com HIV

- Mulheres que esteja infectadas com o HIV, que tenham Aids ou estejam em terapia anti-retroviral (ARV) podem, com segurança, utilizar os injetáveis só de progestógeno.
- Incentive estas mulheres a utilizarem preservativos juntamente com os injetáveis só de progestógeno. Se usados de forma consistente e correta, os preservativos ajudam a prevenir a transmissão do HIV e outras DSTs.

Fornecimento de Injetáveis Só de Progestógeno

Quando Começar

IMPORTANTE: Uma mulher pode começar a tomar injetáveis a qualquer momento em que quiser se houver certeza razoável de que ela não está grávida. Para ter esta certeza razoável, utilize a Lista de Verificação de Gravidez (ver p. 372).

Situação da Mulher	Quando começar
Apresenta ciclos menstruais ou está saindo de um método não hormonal	A qualquer momento no mês • Caso ela esteja começando há 7 dias após sua menstruação, não há necessidade de método de apoio. • Se já passaram mais de 7 dias após o início de sua menstruação, ela poderá começar a tomar injetáveis só de progestógeno a qualquer momento se houver certeza razoável de que ela não está grávida. Ela precisará de um método de apoio nos primeiros 7 dias após a injeção. • Se ela estiver mudando de um DIU, ela poderá começar a tomar injetáveis só de progestógeno imediatamente (ver DIU com Cobre, Mudando de um DIU para Outro Método, p. 148).
Mudança de um método hormonal	• Imediatamente, se ela estava utilizando o método hormonal de forma consistente e correta ou caso haja certeza razoável de que ela não está grávida. Não há necessidade de aguardar pela sua próxima menstruação. Não há necessidade de método de apoio. • Se ela estiver mudando a partir de outro injetável, ela poderá receber o novo injetável quando a injeção de repetição tiver sido aplicada. Não há necessidade de método de apoio.

** Entre os métodos de apoio estão a abstinência, preservativos masculinos e femininos, espermicidas e coito interrompido. Diga a ela que os espermicidas e coito interrompido são os métodos contraceptivos menos eficazes. Se possível, forneça-lhe preservativos.*

Situação da Mulher Quando começar

Amamentando de forma exclusiva ou quase

Menos de 6 meses após o parto	- Se ela deu à luz há menos de 6 semanas, atrase a primeira injeção até completar 6 semanas depois do parto. - Se sua menstruação não tiver retornado, ela pode começar a tomar injetáveis só de progestógeno a qualquer momento entre 6 semanas e 6 meses. Não há necessidade de método de apoio. - Se sua menstruação tiver retornado, ela poderá começar a tomar injetáveis só de progestógeno da mesma forma que aconselhado para mulheres que apresentem ciclos menstruais (ver a página anterior).
Mais de 6 meses após o parto	- Se sua menstruação não tiver retornado, ela pode começar a tomar injetáveis só de progestógeno a qualquer momento se houver certeza razoável de que ela não está grávida. Ela precisará de um método de apoio nos primeiros 7 dias após a injeção. - Se sua menstruação tiver retornado, ela poderá começar a tomar injetáveis só de progestógeno tal como aconselhado para mulheres que apresentem ciclos menstruais (ver a página anterior).

Em amamentação parcial

Menos de 6 semanas após o parto	Retarde a primeira injeção em pelo menos 6 semanas após ela ter dado à luz.
Mais de 6 semanas após o parto	- Se a menstruação não tiver retornado, ela poderá começar a tomar injetáveis a qualquer momento se houver certeza razoável de que ela não está grávida.† Ela precisará de um método de apoio nos 7 primeiros dias de após a injeção. - Se a menstruação tiver retornado, ela poderá começar a tomar injetáveis só de progestógeno tal como aconselhado para mulheres que apresentem ciclos menstruais (ver a página anterior).

† Nos locais em que se recomende rotineiramente uma consulta 6 semanas após o parto e outras oportunidades de se obter contracepção sejam limitadas, alguns profissionais e programas de saúde poderão aplicar a primeira injeção nesta consulta após 6 semanas, sem maiores evidências de que a mulher não esteja grávida, caso sua menstruação ainda não tenha retornado.

Não amamentando

Menos de 4 semanas após o parto	• Ela poderá começar a tomar injetáveis só de progestógeno a qualquer momento. Não há necessidade de método de apoio.
Mais de 4 semanas após o parto	• Se a menstruação não tiver retornado, ela poderá começar a tomar injetáveis só de progestógeno a qualquer momento se houver certeza razoável de que ela não está grávida. † Ela precisará de um método de apoio nos primeiros 7 dias após a injeção. • Se a menstruação tiver retornado, ela poderá começar a tomar injetáveis só de progestógeno tal como aconselhado para mulheres que apresentem ciclos menstruais (ver p. 68).

Ausência de menstruação (não relacionado ao parto ou à amamentação)

- Ela poderá começar a tomar injetáveis a qualquer momento se houver certeza razoável de que ela não está grávida. Ela precisará de um método de apoio nos primeiros 7 dias após a injeção.

Depois de um aborto espontâneo ou induzido

- Imediatamente. Se ela estiver começando a 7 dias depois de um aborto espontâneo ou induzido no primeiro ou no segundo trimestre, não há necessidade de um método de apoio.
- Se se passaram mais de 7 dias após um aborto espontâneo ou induzido no primeiro ou no segundo trimestre, ela poderá começar a tomar injetáveis a qualquer momento se houver certeza razoável de que ela não está grávida. Ela precisará de um método de apoio nos primeiros 7 dias após a injeção.

Depois de tomar pílulas anticoncepcionais de emergência (PAEs)

- Ela poderá começar a tomar injetáveis no mesmo dia em que tomar as PAEs, ou se preferir, até 7 dias após o início de sua menstruação. Ela precisará de um método de apoio nos primeiros 7 dias após a injeção. Ela deverá retornar caso apresente sinais ou sintomas de gravidez que não a ausência de menstruação (veja na p. 371 os sinais e sintomas comuns de gravidez).

† Nos locais em que se recomende rotineiramente uma consulta 6 semanas após o parto e outras oportunidades de se obter contracepção sejam limitadas, alguns profissionais e programas de saúde poderão aplicar a primeira injeção nesta consulta após 6 semanas, sem maiores evidências de que a mulher não esteja grávida, caso sua menstruação ainda não tenha retornado.

Aconselhamento acerca dos Efeitos Colaterais

IMPORTANTE: O aconselhamento completo a respeito de mudanças na menstruação e outros efeitos colaterais devem ser dados antes da aplicação da injeção. O aconselhamento sobre alterações no sangramento talvez seja a ajuda mais importante que uma mulher necessita para continuar utilizando o método.

Descreva os efeitos colaterais mais comuns

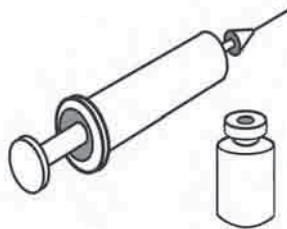
- Nos primeiros meses, menstruação irregular, prolongada ou frequente. Posteriormente, ausência de menstruação.
- Ganho de peso (cerca de 1–2 kg por ano), dores de cabeça, tontura e possivelmente outros efeitos colaterais.

Explique o que fazer caso ocorram efeitos colaterais

- Efeitos colaterais não são sinais de doença.
- São comuns mas algumas mulheres não os têm.
- A cliente poderá retornar ao serviço para obter ajuda caso os efeitos colaterais a perturbem.

Aplicação da Injeção

1. Obtenha uma dose do injetável, agulha e seringa



- AMPD: 150 mg para injeções no músculo (injeção intramuscular). NET-EN: 200 mg para injeções no músculo.
- Se possível, use frascos pequenos de dose única. Verifique a data de validade. Se estiver usando um frasco aberto para doses múltiplas, verifique se o frasco não está vazando.
- AMPD: uma seringa de 2 ml e uma agulha intramuscular com medidor 21–23. NET-EN: uma seringa de 2 ou 5 ml e uma agulha intramuscular com medidor 19. Também se pode utilizar uma agulha mais estreita (medidor 21–23).
- Para cada injeção, use uma seringa descartável auto-inutilizável e uma agulha de uma embalagem lacrada nova (dentro do prazo de validade e não danificada), se disponível.

2. Lavagem

- Lave as mãos com água e sabão, se possível.
- Se o local de aplicação da injeção estiver sujo, lave-o com água e sabão.
- Não é preciso limpar o local com antisséptico.

3. Prepare o frasco

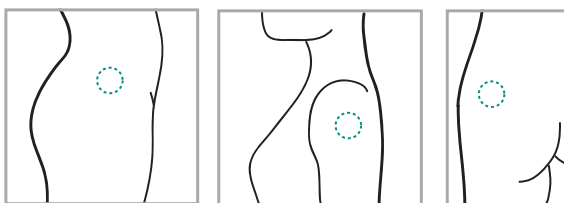
- AMPD: Agite suavemente o frasco.
- NET-EN: Não é necessário agitar o frasco.
- Não há necessidade de limpar a parte superior do frasco com antisséptico.
- Se o frasco estiver frio, aqueça-o à temperatura da pele antes de aplicar a injeção.

4. Encha a seringa

- Perfure a parte superior do frasco com uma agulha esterilizada e preencha a seringa com a dose apropriada.

5. Injete a fórmula

- Insira a agulha esterilizada com profundidade no quadril (músculo ventroglúteo), no braço (músculo deltóide) ou nas nádegas (músculo glúteo, parte superior externa), o que for da preferência da mulher. Injete o conteúdo da seringa.
- Não massageie o local da injeção.



6. Descarte as seringas e as agulhas descartáveis de maneira segura



- Não reaproveite, entorte ou quebre as agulhas antes de descartá-las.
- Coloque-as num recipiente próprio para objetos pontiagudos, à prova de perfuração.
- Não reutilize seringas e agulhas descartáveis. Devem ser destruídas depois de usadas uma única vez. Devido a seu formato, são de difícil desinfecção. Portanto, a reutilização pode transmitir doenças tais como HIV e hepatite.
- Se forem usadas seringa e agulha reutilizáveis, devem ser esterilizadas novamente antes de cada uso (ver Prevenção de Infecções na Clínica, p. 312).

Apoio à Usuária

Forneça instruções específicas

- Diga a ela para não massagear o local da injeção.
- Diga à cliente o nome da injeção e marque com ela a data para a próxima injeção.

4

Injetáveis Só de Progestógeno

“Volte Quando Quiser”: Motivos para Retornar antes da Próxima Injeção

Assegure a cada cliente para que se sinta à vontade para retornar quando quiser—por exemplo, caso ela tenha problemas, dúvidas ou queira usar outro método; caso tenha alguma alteração importante em sua saúde; ou caso ela ache que possa estar grávida.

Orientação geral de saúde: qualquer mulher que ache que algum muito grave esteja acontecendo com sua saúde deve buscar atendimento médico imediatamente junto a uma enfermeira ou médico. É provável que o método contraceptivo usado por ela não seja a causa do problema, mas ela deve contar à enfermeira ou ao médico qual método ela está utilizando.

Planejamento da Próxima Injeção

1. Marque com ela a data de sua próxima injeção daqui a 3 meses (13 semanas) no caso de AMPD, ou daqui a 2 meses (8 semanas) no caso de NET-EN. Discuta a melhor maneira dela se lembrar da data, talvez associando-a a algum feriado ou outro evento.
2. Peça-lhe que tente vir na data certa. Ela poderá voltar com 2 semanas de antecedência ou atraso e mesmo assim receber a injeção.
3. Independente do atraso, ela deve retornar para a próxima injeção. Se o atraso foi maior do que 2 semanas, ela deve abster-se de fazer sexo ou utilizar preservativos, espermicidas ou coito interrompido até que ela receba uma injeção. Ela também poderá pensar em tomar pílulas anticoncepcionais de emergência se o atraso foi maior do que 2 semanas e ela tenha feito sexo desprotegido nos últimos 5 dias (ver Pílulas Anticoncepcionais de Emergência, p. 45).

Ajuda a Usuárias Regulares

Consultas para Repetição de Injeção

1. Pergunte como a cliente está lidando com o método e se ela está satisfeita. Pergunte se ela tem alguma dúvida ou algum assunto que queira esclarecer.
2. Pergunte especialmente se ela está preocupada com mudanças na sua menstruação. Forneça-lhe as informações ou ajuda que ela necessitar (ver Como Lidar com Problemas, na próxima página).
3. Aplique nela a injeção. A injeção pode ser aplicada com até 2 semanas de antecedência ou atraso.
4. Planeje com ela a próxima injeção. Marque uma data para a próxima aplicação (daqui a 3 meses ou 13 semanas no caso de AMPD, 2 meses no caso de NET-EN). Lembre-a de tentar vir na data certa, mas também que deve voltar independente do atraso ser grande ou não.
5. A cada ano aproximadamente, verifique sua pressão arterial se possível (ver Critérios Médicos de Elegibilidade, Pergunta 3, p. 65).
6. Pergunte a uma cliente antiga se ela já teve algum problema de saúde novo. Aborde tais problemas conforme seja necessário. No caso de novos problemas de saúde que possam exigir a mudança de método, ver p. 77.
7. Pergunte a uma cliente antiga sobre mudanças importantes em sua vida que possam afetar suas necessidades—particularmente seus planos em ter filhos e o risco de contrair DST/HIV. Faça o acompanhamento necessário.

Como Lidar com Atraso nas Injeções

- Se a cliente estiver menos do que 2 semanas em atraso para repetir uma injeção, ela poderá receber a próxima aplicação. Não há necessidade de testes, avaliação ou método de apoio.
- Uma cliente que tenha atrasado mais de 2 semanas poderá receber a injeção seguinte se:
 - Ela não tiver feito sexo nas 2 semanas após o período em que ela deveria ter recebido sua última injeção, ou
 - Se ela utilizou um método de apoio ou tomou pílulas anticoncepcionais de emergência (PAEs) depois de ter feito sexo desprotegido nas 2 semanas após o período em que ela deveria ter tomado sua última injeção, ou
 - Se ela estiver em amamentação de forma exclusiva ou quase e deu à luz há menos de 6 meses.
- Ela precisará de um método de apoio nos primeiros 7 dias após a injeção.
- Se a cliente estiver mais do que 2 semanas atrasada e não atende aos critérios acima, medidas adicionais poderão ser tomadas para que se tenha certeza razoável de que ela não está grávida (ver Opções Adicionais para Avaliar se há Gravidez, p. 370). Estas medidas são úteis porque muitas mulheres que utilizaram injetáveis só de progestógeno não ficarão menstruadas por pelo menos alguns meses, mesmo após a interrupção do uso. Assim, pedir a ela que retorne durante sua próxima menstruação significa que a injeção seguinte poderia ser desnecessariamente retardada, deixando-a possivelmente sem proteção contraceptiva.

- Converse com a cliente o motivo do atraso e soluções para evitá-lo. Se o retorno no prazo certo for um problema frequente, sugira a utilização de um método de apoio quando ocorrer atraso na sua próxima injeção, que ela tome PAEs, ou a escolha de outro método.

Como Lidar com Problemas

Problemas Relatados como Efeitos Colaterais

Podem ser ou não devidos ao método.

- Problemas com efeitos colaterais afetam a satisfação das mulheres e o uso de injetáveis. Eles merecem a atenção do profissional/serviço de saúde. Caso a cliente relate efeitos colaterais ou problemas, ouça suas preocupações, aconselhe-a e, se conveniente, trate-os.
- Ofereça ajuda à cliente na escolha de outro método—na hora, caso ela assim o queira, ou se os problemas não puderem ser superados.

Ausência de menstruação

- Enfatize com ela que a maioria das mulheres que utilizam injetáveis só de progestógeno param de ficar menstruadas com o tempo, mas isso não é algo prejudicial. Não é necessário perder sangue todo mês. É semelhante a não ficar menstruada durante a gravidez. Ela não ficou estéril. O sangue não está se acumulando dentro dela. (Algumas mulheres ficam felizes por estarem livres da menstruação.)
- Se a ausência de menstruação a incomoda, talvez ela deseje mudar para os injetáveis mensais, se estiverem disponíveis.

Menstruação irregular (sangramento em momentos inesperados que incomodam a cliente)

- Explique a ela que muitas mulheres que utilizam injetáveis só de progestógeno apresentam menstruação irregular. Não é algo prejudicial e, geralmente, diminui de intensidade ou cessa depois dos primeiros meses de uso.
- Para um modesto alívio de curto prazo, deverá tomar 800 mg de ibuprofeno 3 vezes por dia ou 500 mg de ácido mefenâmico diariamente após as refeições por 5 dias, começando quando o sangramento irregular tiver início.
- Se a menstruação irregular continuar ou começar após vários meses de menstruação normal ou ausência dela, ou caso se suspeite que possa haver algo errado por outros motivos, deve-se considerar problemas subjacentes não relacionados ao uso do método (ver Sangramento vaginal inexplicável, p. 77).

Ganho de peso

- Analise sua dieta e aconselhe conforme a necessidade.

Inchaço e desconforto abdominal

- Considere as soluções disponíveis localmente.

Menstruação intensa ou prolongada (o dobro do normal ou com mais de 8 dias de duração)

- Faça-a entender que algumas mulheres que utilizam injetáveis só de progestógeno apresentam sangramento intenso ou prolongado. Não é algo prejudicial e normalmente perde intensidade ou cessa após alguns meses.
- Para obter um modesto alívio de curto prazo, ela poderá tentar tomar (uma coisa de cada vez):
 - Anticoncepcionais orais combinados (AOCs), tomando uma pílula diariamente por 21 dias, iniciando quando sua menstruação começar.
 - 50 µg de etinilestradiol diariamente por 21 dias, iniciando quando sua menstruação começar.
- Se o sangramento tornar-se uma ameaça à saúde ou se a mulher desejar, ajude-a escolher outro método. Enquanto isso, ela poderá tomar etinilestradiol ou AOCs como indicado acima para ajudar a controlar o sangramento.
- Para evitar que ocorra anemia, sugira que ela tome tabletes de ferro e diga-lhe que é importante comer alimentos que contêm ferro, tais como carne e aves (especialmente carne bovina e fígado de frango), peixe, folhas verdes e legumes (feijões, tofu, lentilhas e ervilhas).
- Se o sangramento intenso ou prolongado continuar ou começar após vários meses de sangramento normal ou ausência de sangramento mensal, ou caso se suspeite que haja algo errado por outros motivos, deve-se considerar as condições subjacentes que não estejam relacionadas ao uso do método (ver Sangramento vaginal inexplicado, p. 41).
- Se a menstruação intensa ou prolongada continuar ou começar após vários meses de menstruação normal ou ausência dela, ou caso se suspeite que possa haver algo errado por outros motivos, deve-se considerar problemas subjacentes não relacionados ao uso do método (ver Sangramento vaginal inexplicável, na próxima página).

Dores de cabeça comuns (que não seja enxaqueca)

- Sugira aspirina (325–650 mg), ibuprofeno (200–400 mg), paracetamol (325–1000 mg) ou outro analgésico.
- Deve-se avaliar quaisquer dores de cabeça que se agravem ou ocorram com maior frequência durante o uso de injetáveis só de progestógeno.

Alterações de humor ou do desejo sexual

- Pergunte sobre mudanças em sua vida que pudessem afetar seu humor ou desejo sexual, inclusive mudança no relacionamento com o seu parceiro. Dê-lhe o apoio necessário.
- Clientes que apresentam alterações agudas de humor, como por exemplo depressão intensa, devem ser encaminhadas para atendimento.
- Considere as soluções localmente disponíveis.

Tontura

- Considere as soluções disponíveis localmente.

Novos Problemas que Possam Requerer a Troca de Método

Podem ou não ser devido ao método.

Dores de Cabeça com Enxaqueca (ver Identificação de Dores de Cabeça e Auras por Enxaqueca, p. 368)

- Se ela tiver dores de cabeça do tipo enxaqueca sem aura, ela pode continuar a utilizar o método, se desejar.
- Se ela tiver enxaqueca com aura, não aplique a injeção. Ajude-a a escolher outro método sem hormônios.

Sangramento vaginal inexplicável (que sugere um problema médico não relacionado ao método)

- Encaminhe ou avalie de acordo com a história e exame pélvico. Diagnostique e trate da maneira apropriada.
- Se não for localizada uma causa para o sangramento, considere a possibilidade de interromper os injetáveis só de progestógeno para facilitar o diagnóstico. Forneça outro método de sua escolha para ser usado até que o problema seja avaliado e tratado (que não seja o de implantes ou DIU hormonal ou com cobre).
- Se o sangramento é causado por uma doença sexualmente transmissível ou inflamação pélvica, ela poderá continuar tomando injetáveis só de progestógeno durante o tratamento.

Certos problemas de saúde graves (suspeita de artérias bloqueadas ou estreitadas, doença hepática, pressão arterial alta grave, coágulos sangüíneos em veias profundas das pernas ou pulmões, derrame (acidente vascular cerebral), câncer de mama ou dano às artérias, visão, rins ou sistema nervoso causado por diabetes). Ver Sinais e Sintomas de Problemas de Saúde Graves, p. 320.

- Não aplique a próxima injeção.
- Forneça a ela um método de apoio para ser usado até que o problema seja avaliado.
- Encaminhe-a para diagnóstico e tratamento caso ainda não esteja sob atendimento.

Suspeita de gravidez

- Avalie a existência de gravidez.
- Interrompa a aplicação de injeções se a gravidez se confirmar.
- Não há riscos conhecidos ao feto concebido no período em que uma mulher estiver utilizando injetáveis (ver Pergunta 11, p. 80).

Perguntas e Respostas Sobre Injetáveis Só de Progestógeno

1. As mulheres com possibilidade de contrair doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) podem usar injetáveis só de progestógeno?

Sim. Mulheres em risco de contrair DSTs podem utilizar injetáveis só de progestógeno. Os poucos estudos disponíveis sobre o assunto constataram que mulheres que usam AMPD tem maior probabilidade de adquirir clamídia do que mulheres que não utilizam método anticoncepcional hormonal. Não se sabe o motivo desta diferença. Há alguns estudos disponíveis sobre o uso de NET-EN e DSTs. Como qualquer pessoa com risco de se infectar com uma DST, uma usuária de injetáveis só de progestógeno que apresente tal risco deve ser aconselhada a utilizar preservativos de forma correta toda vez que fizer sexo. O uso consistente e correto de preservativos reduzirá o risco desta mulher de se infectar caso ela seja exposta a alguma DST.

2. Se uma mulher não fica menstruada durante o tempo em que utiliza injetáveis só de progestógeno, isto quer dizer que ela está grávida?

Provavelmente não, especialmente se ela estiver amamentando. No fim das contas, a maioria das mulheres que utiliza injetáveis só de progestógeno acabará não menstruando. Se ela estiver recebendo as injeções pontualmente, é provável que não esteja grávida e que possa continuar usando injetáveis. Caso ela ainda esteja preocupada depois destas explicações, pode-se oferecer a ela um teste de gravidez, se disponível, ou encaminhá-la para que faça um. Se a ausência de menstruação a incomoda, a mudança para outro método poderá ajudar.

3. Uma mulher que esteja amamentando pode, com segurança, utilizar injetáveis só de progestógeno?

Sim. Trata-se de uma boa escolha no caso de uma mãe que esteja amamentando e que queira usar um método hormonal. Os injetáveis só de progestógeno são seguros tanto para a mãe quanto para o bebê desde que se inicie a aplicação após 6 semanas depois do parto. Não afetam a produção de leite.

4. Quantos quilos a mais em seu peso uma mulher pode ganhar quando utiliza injetáveis só de progestógeno?

As mulheres ganham, em média, 1–2 kg por ano ao utilizar AMPD. Uma parte do aumento de peso pode ser decorrente do processo natural de envelhecimento. Algumas mulheres, particularmente adolescentes acima do peso, ganham muito mais do que 1–2 kg por ano. Ao mesmo tempo, algumas usuárias de injetáveis só de progestógeno perdem peso ou não apresentam alteração significativa em seu peso. Mulheres asiáticas, especialmente, não tendem a ganhar peso ao utilizarem AMPD.

5. O AMPD NET-EN provocam aborto?

Não. Pesquisas sobre injetáveis só de progestógeno constataram que estes anti-concepcionais não perturbam ou interrompem uma gravidez já em curso. Não devem ser utilizados para provocar um aborto. Não funcionarão como tal.

6. Os injetáveis só de progestógeno tornam a mulher estéril?

Não. Poderá haver um atraso na recuperação da fertilidade após a interrupção do uso dos injetáveis só de progestógeno, mas com o tempo a mulher poderá engravidar tal como antes, embora a fertilidade diminua à medida que ela envelhece. O padrão de menstruação da mulher antes do uso regular de injetáveis só de progestógeno geralmente retorna alguns meses depois da última injeção mesmo que ela não ficasse menstruada durante o tempo em que usou os injetáveis. Algumas mulheres talvez tenham que aguardar alguns meses até que seu padrão normal de menstruação retorne.

7. Quando tempo leva para engravidar depois que se interrompe o uso de AMPD ou NET-EN?

As mulheres que deixaram de usar AMPD demoram cerca de 4 meses a mais, em média, para engravidar que mulheres que utilizaram outros métodos. Isto significa que elas engravidam, em média, 10 meses depois de sua última injeção. Mulheres que deixam de usar NET-EN têm de esperar cerca de um mês a mais, em média, para engravidar do que mulheres que fizeram uso de outros métodos, ou 6 meses após tomarem a última injeção. Estes são valores médios. Uma mulher não deve preocupar-se caso não engravide mesmo que chegue a 12 meses após interromper o uso. O período de tempo em que uma mulher utilizou injetáveis não faz diferença na rapidez em que ela engravidará uma vez que tenha deixado de receber as injeções. Após interromper o uso de injetáveis só de progestógeno, uma mulher poderá ovular antes que sua menstruação retorne—e, assim, poderá engravidar. Se ela deseja continuar evitando a gravidez, deverá iniciar outro método antes do retorno de sua menstruação.

8. O AMPD causa câncer?

Muitos estudos mostram que o AMPD não provoca câncer. O uso de AMPD ajuda a proteger contra o câncer de colo do útero (câncer endometrial). Os resultados de alguns estudos sobre o uso de AMPD e câncer de mama são semelhantes aos encontrados em pesquisas sobre anticoncepcionais orais combinados: mulheres que usam AMPD apresentam probabilidade ligeiramente superior de serem diagnosticadas com câncer de mama durante o uso de AMPD ou até 10 anos após sua interrupção. Não é claro se estas achados de pesquisa podem ser explicados pela detecção precoce de tumores de mama já existentes entre usuárias de AMPD ou se por um efeito biológico do AMPD sobre este tipo de câncer.

Alguns estudos sobre uso de AMPD use e câncer cervical sugerem que possa haver um ligeiro aumento no risco deste tipo de tumor entre mulheres que usam AMPD por 5 anos ou mais. Entretanto, o câncer cervical não tem condições de se desenvolver exclusivamente por causa do AMPD. É causado por infecção persistente pelo papillomavirus humano. Há pouca informação disponível sobre NET-EN. Espera-se que seja tão seguro quanto o AMPD e outros métodos contraceptivos que contêm apenas um progestógeno, como é caso das pílulas e implantes só com este componente.

9. Uma mulher pode mudar do injetável só de progestógeno para outro método?

Mudar de injetáveis é seguro e não diminui a eficácia. Se for necessário mudar devido à falta do produto, a primeira injeção do novo injetável deve ser aplicada na data em que seria dada a próxima injeção da fórmula antiga. É necessário avisar às clientes que está ocorrendo a mudança, informando o novo do novo injetável e seu cronograma de injeções.

10. De que forma o AMPD afeta a densidade óssea?

O uso de AMPD diminui a densidade óssea. Entretanto, as pesquisas não constataram que usuárias de AMPD de qualquer idade tenham probabilidade de ter mais fraturas de ossos. Quando o uso de AMPD é interrompido, a densidade óssea aumenta novamente para mulheres em idade reprodutiva. Entre adultas que deixam de usar o AMPD, depois de 2 a 3 anos sua densidade óssea parece ser similar àquela de mulheres que não utilizaram AMPD. Entre adolescentes, não está claro se a perda na densidade óssea as impede de alcançar seu potencial máximo de massa óssea. Não há dados disponíveis sobre NET-EN e perda óssea, mas acredita-se que o efeito seja semelhante ao do AMPD.

11. Os injetáveis só de progestógeno provocam defeitos (malformações) de nascença? O feto será prejudicado caso uma mulher tome acidentalmente injetáveis só de progestógeno quando estiver grávida?

Não. Evidências seguras mostram que os injetáveis só de progestógeno não causam defeitos (malformações) de nascença e não prejudicam o feto caso uma mulher fique grávida quando estiver tomando injetáveis só de progestógeno ou acidentalmente comece a tomar injetáveis quando ela já estiver grávida.

12. Os injetáveis só de progestógeno alteram o humor ou o desejo sexual de uma mulher?

Geralmente, não. Algumas mulheres que utilizam injetáveis relatam tais queixas. No entanto, a grande maioria das usuárias de injetáveis não relata tais alterações. É difícil dizer se tais alterações se devem aos injetáveis só de progestógeno ou a outras razões. Os profissionais e serviços de saúde podem ajudar uma cliente que apresente estes problemas (ver Alterações de humor ou no desejo sexual, p. 76). Não há evidências de que os injetáveis só de progestógeno afetem o comportamento sexual das mulheres.

13. O que acontece se uma mulher se atrasar no retorno para a próxima injeção?

A orientação atual da OMS recomenda que se aplique a uma mulher sua próxima injeção só de progestógeno se o atraso dela for de até 2 semanas, sem necessidade de maiores evidências de que não esteja grávida. Entretanto, algumas mulheres retornam com atraso às vezes até maior para receber a injeção de repetição. Os profissionais/serviços de saúde podem utilizar as Opções Adicionais para Avaliar se há Gravidez (ver p. 370) caso a usuária de injetáveis tenha um atraso de mais de 2 semanas para sua injeção de repetição.

Injetáveis Mensais

Pontos Básicos para Profissionais/Serviços de Saúde e Clientes

- **Mudanças na menstruação são comuns, mas não são prejudiciais.** Tipicamente, ocorre menstruação em menor intensidade, menos dias de menstruação ou menstruação irregular ou ocasional.
- **Retorno nas datas certas.** É importante voltar a cada 4 semanas para maior eficácia.
- **A injeção pode ser adiantada ou atrasada em até 7 dias.** A cliente deve retornar, mesmo que o atraso seja maior.

5

Injetáveis Mensais

O que São os Injetáveis Mensais?

- Os injetáveis mensais contêm 2 hormônios—um progestógeno e um estrógeno semelhantes aos hormônios naturais progesterona e estrógeno existentes no corpo de uma mulher. (Os anticoncepcionais orais combinados também contêm estes 2 tipos de hormônios.)
- Também são chamados de anticoncepcionais injetáveis mensais, AICs, “a injeção”.
- As informações contidas neste capítulo se aplicam ao acetato de medroxiprogesterona (AMP)/cipionato de estradiol e ao enantato de noretisterona (NET-EN)/valerato de estradiol. As informações também são aplicáveis a fórmulas mais antigas, as quais não tem sido bem avaliadas.
- O AMP/cipionato de estradiol é comercializado sob os nomes de Ciclofem, Ciclofemina, Cyclofem, Cyclo-Provera, Feminena, Lunella, Lunelle, Novafem e outros. O NET-EN/valerato de estradiol é comercializado sob o nome de Mesigyna e Norigynon.
- Funcionam basicamente por impedirem a liberação de óvulos pelos ovários (ovulação).

Qual a Eficácia?

A eficácia depende da regularidade nos retornos: o risco de gravidez é maior quando uma mulher atrasa uma injeção ou deixa de tomá-la.

- As Tal como usado em geral, ocorrem cerca de 3 gravidezes por 100 mulheres que utilizam injetáveis mensais no primeiro ano. Isto significa que 97 de cada 100 mulheres usando tais injetáveis não ficarão grávidas.
- Quando as injeções são tomadas na data certa, ocorre menos do que 1 gravidez para 100 mulheres que usam injetáveis mensais no primeiro ano (5 para 10.000 mulheres).

Retorno da fertilidade após a interrupção das injeções: em média, cerca de um mês a mais que na maioria dos outros métodos (ver Pergunta 11, p. 100).

Proteção contra doenças sexualmente transmissíveis (DSTs): nenhuma

Mais
eficaz

Menos
eficaz

Porque Algumas Mulheres Dizem que Gostam dos Injetáveis Mensais

- Não exigem uma ação diária
- Não invadem a privacidade: ninguém mais fica sabendo que uma mulher está usando método contraceptivo
- As injeções podem ser interrompidas a qualquer momento
- São bons para abrir um espaçamento entre os partos



Efeitos Colaterais, Benefícios e Riscos à Saúde

Efeitos Colaterais (ver Como Lidar com Problemas, p. 95)

Algumas usuárias relatam o seguinte:

- Alterações nos padrões de menstruação, entre elas:
 - Menstruação de menor intensidade ou menos dias de menstruação
 - Menstruação irregular
 - Menstruação ocasional
 - Menstruação prolongada
 - Ausência de menstruação
- Ganho de peso
- Dores de cabeça
- Tontura
- Sensibilidade dos seios

Benefícios e Riscos à Saúde Conhecidos

Os estudos de longo prazo sobre os injetáveis mensais são limitados, mas os pesquisadores acreditam que os benefícios e os riscos à saúde sejam semelhantes aos dos anticoncepcionais orais combinados (ver Anticoncepcionais Orais Combinados, Benefícios e Riscos à saúde, p. 3). Contudo, pode haver diferenças nos efeitos sobre o fígado (ver Pergunta 2, p. 98).

Desfazendo Mitos (ver também Perguntas e Respostas, p. 98)

Os injetáveis mensais:

- Podem interromper a menstruação, mas isso não é algo prejudicial. É semelhante a não ficar menstruada durante a gravidez. O sangue não está se acumulando dentro da mulher.
- Não estão em fase experimental de estudo. Já foram aprovados pelas agências governamentais.
- Não tornam a mulher estéril.
- Não provocam menopausa precoce.
- Não causam defeitos (malformações) de nascença ou múltiplos partos.
- Não provocam coceira.
- Não alteram o comportamento sexual da mulher.

Quem Pode e Quem Não Pode Usar Injetáveis Mensais

Seguro e Adequado para Quase Todas as Mulheres

Praticamente todas as mulheres podem utilizar injetáveis mensais com segurança e eficácia, incluindo-se entre elas mulheres que:

- Tenham ou não tido filhos
- Não sejam casadas
- De qualquer idade, inclusive adolescentes e mulheres acima dos 40 anos
- Tenham acabado de passar por um aborto espontâneo ou induzido
- Fumem qualquer número de cigarros por dia e tenham menos de 35 anos de idade
- Fumem menos de 15 cigarros por dia e tenham mais de 35 anos de idade
- Tenham anemia no momento ou já tiveram anemia no passado
- Tenham varizes
- Estejam infectadas com o HIV, estejam ou não em terapia anti-retroviral (ver Injetáveis Mensais para Mulheres com HIV, p. 88)

As mulheres podem começar a utilizar injetáveis mensais:

- Sem um exame pélvico
- Sem quaisquer exames de sangue ou outros testes laboratoriais de rotina
- Sem testes preventivos para câncer cervical
- Sem exame das mamas
- Mesmo quando uma mulher não esteja ficando menstruada na época e haja certeza razoável que ela não está grávida (ver Lista de Verificação de Gravidez, p. 372)

Critérios Médicos de Elegibilidade para Uso de Injetáveis Mensais

Faça à cliente as perguntas abaixo a respeito de problemas médicos que sejam do seu conhecimento. Não é necessário realizar exames ou testes. Se ela responder “não” a todas as questões, poderá começar a tomar injetáveis mensais, caso queira. Se responder “sim” a alguma pergunta, siga as instruções. Em alguns casos, ainda assim ela poderá começar a tomar os injetáveis mensais.

1. Você está amamentando um bebê com menos de 6 semanas de idade?

☐ NÃO ☐ **SIM**

- Se estiver amamentando de forma exclusiva ou quase: ela pode começar 6 semanas depois do parto ou quando o leite não for mais o alimento principal do bebê—o que acontecer primeiro (ver Amamentando de forma exclusiva ou quase, p. 89).
- Se estiver amamentando parcialmente: ela pode começar a usar os injetáveis mensais assim que completar 6 semanas após o parto (ver Amamentando parcialmente, p. 90).

2. Você teve um bebê nas últimas três semanas que você não está amamentando?

☐ NÃO ☐ **SIM** Ela poderá começar a tomar os injetáveis mensais assim que completar 3 semanas após o parto (ver Não amamentando, p. 90).

3. Você fuma 15 cigarros ou mais por dia?

☐ NÃO ☐ **SIM** Se ela tiver 35 anos de idade ou mais e fumar mais de 15 cigarros por dia, não forneça injetáveis mensais. Incentive-a a parar de fumar e ajude-a a escolher outro método.

4. Você tem cirrose aguda, uma infecção hepática ou tumor no fígado? (Os olhos ou a pele dela têm aparência amarela incomum? [sinais de icterícia])

☐ NÃO ☐ **SIM** Se ela relatar doença aguda ativa no fígado (icterícia, hepatite ativa, cirrose aguda, tumor no fígado), não forneça injetáveis mensais. Ajude-a a escolher um método sem hormônios.

☐ (Se ela tem doença da vesícula biliar ou cirrose moderada, poderá utilizar os injetáveis mensais.)

(Continua na próxima página)

5. Você tem pressão arterial alta?

- ☐ NÃO ☐ **SIM** Se não for possível verificar a pressão arterial e ela disser que tem história de pressão alta, não forneça injetáveis mensais. Encaminhe-a para que sua pressão arterial seja verificada, se possível, ou ajude-a a escolher outro método sem estrógeno.

Verifique a pressão arterial, se possível:

- Se a pressão estiver abaixo de 140/90 mm Hg, forneça injetáveis mensais.
- Se sua pressão arterial sistólica for de 160 mm Hg ou acima ou se a pressão arterial diastólica for de 100 ou maior, não forneça injetáveis mensais. Ajude-a a escolher um método sem estrógeno, mas não os injetáveis só de progestógeno caso a pressão sistólica seja de 160 ou mais ou a pressão diastólica seja de 100 ou mais).

(Uma única medição da pressão arterial na faixa de 140–159/90–99 mm Hg não é suficiente para diagnosticar pressão alta. Forneça a ela um método de apoio* para ser usado até que ela possa retornar e fazer uma nova medição da pressão arterial, ou ajude-a a escolher outro método já, se ela assim preferir. Caso sua pressão arterial na medição seguinte estiver abaixo de 140/90, ela poderá utilizar injetáveis mensais.)

6. Você já teve diabetes por mais de 20 anos ou algum dano em suas artérias, visão, rins ou sistema nervoso causado por diabetes?

- ☐ NÃO ☐ **SIM** Não forneça injetáveis mensais. Ajude-a a escolher um método sem estrógeno, mas não os injetáveis só de progestógeno.

7. Você já teve um derrame (acidente vascular cerebral), um coágulo sangüíneo em suas pernas ou nos pulmões, infarto do miocárdio ou outros problemas cardíacos graves?

- ☐ NÃO ☐ **SIM** Caso ela relate infarto do miocárdio, doença cardíaca devido a artérias bloqueadas ou estreitas, ou derrame (acidente vascular cerebral), não forneça injetáveis mensais. Ajude-a a escolher outro método sem estrógeno, mas não os injetáveis só de progestógeno. Caso ela relate um coágulo nas veias profundas das pernas ou dos pulmões (que não sejam coágulos superficiais), ajude-a a escolher outro método sem hormônios.

* Entre os métodos de apoio estão a abstinência, preservativos masculinos e femininos, espermicidas e “coito interrompido” (retirada do pênis antes de ejacular). Diga a ela que os espermicidas e o coito interrompido são os métodos contraceptivos menos eficazes. Se possível, forneça-lhe preservativos.

8. Você tem ou já teve câncer de mama?

- ☐ NÃO ☐ **SIM** Não forneça injetáveis mensais. Ajude-a a escolher outro método sem hormônios.

9. Você às vezes vê uma área brilhante de visão apagada no olho antes de uma dor de cabeça intensa (aura de enxaqueca)? Você tem latejamento, forte dor de cabeça, freqüentemente em apenas um lado da cabeça, que pode durar de algumas horas a vários dias e pode causar náusea ou vômitos (dores de cabeça com enxaqueca)? Tais dores de cabeça freqüentemente pioram com a luz, barulho ou ao se mover.

- ☐ NÃO ☐ **SIM** Caso ela tenha aura de enxaqueca em qualquer idade, não forneça injetáveis mensais. Se ela tiver dores de cabeça com enxaqueca sem aura e tenha 35 anos de idade ou mais, não forneça injetáveis mensais. Ajude tais mulheres a escolher um método sem estrógeno. Caso ela tenha menos do que 35 anos e tenha dores de cabeça com enxaqueca sem aura, ela poderá utilizar injetáveis mensais (ver Identificação de Dores de Cabeça e Auras com Enxaqueca, p. 368).

10. Você planeja submeter-se a uma cirurgia que a impedirá de andar por uma semana ou mais?

- ☐ NÃO ☐ **SIM** Se for o caso, ela poderá começar a tomar injetáveis mensais 2 semanas após a cirurgia. Até que ela possa tomar os injetáveis mensais, deverá utilizar um método de apoio.

11. Você apresenta diversos fatores que possam aumentar sua probabilidade de doença cardíaca (doença da artéria coronária) ou derrame (acidente vascular cerebral), tais como idade avançada, fumo, pressão arterial alta ou diabetes?

- ☐ NÃO ☐ **SIM** Não forneça injetáveis mensais. Ajude-a a escolher um método sem estrógeno, mas não os injetáveis só de progestógeno.

Para obter classificações completas, consulte os Critérios Médicos de Elegibilidade para Uso de Anticoncepcionais, p. 324. Não deixe de explicar os benefícios e riscos à saúde e os efeitos colaterais do método que a cliente utilizará. Além disso, aponte quaisquer fatores que fariam com que o método fosse desaconselhável, quando isso for relevante para a cliente.

Uso de Critério Clínico em Casos Especiais

De modo geral, uma mulher que apresente qualquer um dos fatores relacionados abaixo não deve utilizar injetáveis mensais. Em circunstâncias especiais, entretanto, quando outros métodos, mais apropriados, não estiverem disponíveis ou sejam aceitáveis para ela, um profissional de saúde qualificado que tenha condições de avaliar cuidadosamente a situação e as condições específicas de uma mulher poderá decidir quanto ao uso de injetáveis mensais. O profissional de saúde precisa levar em consideração a gravidade de sua condição e, na maioria das situações, se ela terá acesso a um acompanhamento.

- Não amamentando e a menos de 3 semanas após o parto
- Amamentando basicamente entre 6 semanas e 6 meses após o parto
- Tem idade de 35 anos ou mais e fuma menos de 15 cigarros por dia
- Pressão arterial alta (pressão sistólica entre 140 e 159 mm Hg ou pressão diastólica entre 90 e 99 mm Hg)
- Pressão arterial alta controlada, onde é possível haver avaliação contínua
- História de pressão arterial alta, onde a mesma não possa ser medida (inclusive pressão alta associada à gravidez)
- Doença ou infecção hepática grave ou tumor no fígado
- Tem idade de 35 anos ou mais e tem dores de cabeça com enxaqueca sem aura
- Tem menos do que 35 anos e tem dores de cabeça com enxaqueca sem aura que se desenvolveram ou se agravaram ao utilizar injetáveis mensais
- Teve câncer de mama há mais de 5 anos e não retornou
- Tem diabetes há mais de 20 anos ou danos às artérias, visão, rins ou sistema nervoso causados por diabetes
- Múltiplos fatores de risco para doença cardiovascular arterial tais como idade avançada, fumo, diabete e pressão arterial alta

Injetáveis Mensais para Mulheres com HIV

- Mulheres que estejam infectadas com o HIV, que tenham Aids ou estejam em terapia anti-retroviral (ARV) podem, com segurança, utilizar os injetáveis mensais.
- Incentive estas mulheres a utilizarem preservativos juntamente com os injetáveis mensais. Se usados de forma consistente e correta, os preservativos ajudam a prevenir a transmissão do HIV e outras DSTs.

Fornecimento de Injetáveis Mensais

Quando começar

IMPORTANTE: Uma mulher pode começar a tomar injetáveis a qualquer momento caso assim deseje e se houver certeza razoável de que ela não está grávida. Para ter esta certeza razoável, utilize a Lista de Verificação de Gravidez (ver p. 372).

Situação da mulher

Quando começar

Apresenta ciclos menstruais ou está saindo de um método não hormonal

A qualquer momento no mês

- Caso ela esteja começando há 7 dias após sua menstruação, não há necessidade de método de apoio.
- Se já passaram mais de 7 dias após o início de sua menstruação, ela poderá começar a tomar injetáveis a qualquer momento se houver certeza razoável de que ela não está grávida. Ela precisará de um método de apoio nos primeiros 7 dias após a injeção.
- Se ela estiver mudando de um DIU, ela poderá começar a tomar injetáveis imediatamente (ver DIU com Cobre, Mudando de um DIU para Outro Método, p. 148).

Mudança a partir de um método hormonal

- Imediatamente, se ela estava utilizando o método hormonal de forma consistente e correta ou caso haja certeza razoável de que ela não está grávida. Não há necessidade de aguardar pela sua próxima menstruação. Não há necessidade de método de apoio.
- Se ela estiver mudando a partir de outro injetável, ela poderá receber o novo injetável quando a injeção de repetição deveria ser aplicada. Não há necessidade de método de apoio.

Amamentando de forma exclusiva ou quase

Menos de 6 meses após o parto

- Atrase a primeira injeção até completar 6 semanas depois do parto ou quando o leite não for mais o alimento principal do bebê—o que ocorrer primeiro.

** Entre os métodos de apoio estão a abstinência, preservativos masculinos e femininos, espermicidas e coito interrompido. Diga a ela que os espermicidas e coito interrompido são os métodos contraceptivos menos eficazes. Se possível, forneça-lhe preservativos.*

Amamentando de forma exclusiva ou quase
(continuação)

- Se sua menstruação não tiver retornado, ela pode começar a tomar os injetáveis a qualquer momento se houver certeza razoável de que ela não está grávida. Ela precisará de um método de apoio nos primeiros 7 dias após a injeção.
- Se sua menstruação tiver retornado, ela poderá começar a tomar injetáveis tal como aconselhado para mulheres que apresentem ciclos menstruais (ver p. 89).

Em amamentação parcial

Menos de 6 semanas após o parto	● Retarde a primeira injeção em pelo menos 6 semanas após ela ter dado à luz.
Menos de 6 semanas após o parto	● Se a menstruação não tiver retornado, ela poderá começar a tomar injetáveis a qualquer momento se houver certeza razoável de que ela não está grávida.† Ela precisará de um método de apoio nos 7 primeiros dias de após a injeção. ● Se a menstruação tiver retornado, ela poderá começar a tomar injetáveis tal como aconselhado para mulheres que apresentem ciclos menstruais (ver p. 89).

Não amamentando

Menos de 4 semanas após o parto	● Ela poderá começar a tomar injetáveis entre o 21º e 28º dia após o parto. Não há necessidade de método de apoio.
Mais de 4 semanas após o parto	● Se a menstruação não tiver retornado, ela poderá começar a tomar injetáveis a qualquer momento se houver certeza razoável de que ela não está grávida.† Ela precisará de um método de apoio nos primeiros 7 dias após a injeção. ● Se a menstruação tiver retornado, ela poderá começar a tomar injetáveis tal como aconselhado para mulheres que apresentem ciclos menstruais (ver p. 89).

† Entre os métodos de apoio estão a abstinência, preservativos masculinos e femininos, espermicidas e coito interrompido. Diga a ela que os espermicidas e coito interrompido são os métodos contraceptivos menos eficazes. Se possível, forneça-lhe preservativos.

Situação da mulher	Quando começar
Ausência de menstruação (não relacionado ao parto ou à amamentação)	• Ela poderá começar a tomar injetáveis a qualquer momento se houver certeza razoável de que ela não está grávida. Ela precisará de um método de apoio nos primeiros 7 dias após a injeção.
Depois de um aborto espontâneo ou induzido	• Imediatamente. Se ela estiver começando a 7 dias depois de um aborto espontâneo ou induzido no primeiro ou no segundo trimestre, não há necessidade de um método de apoio. • Se se passaram mais de 7 dias após um aborto espontâneo ou induzido no primeiro ou no segundo trimestre, ela poderá começar a tomar injetáveis a qualquer momento se houver certeza razoável de que ela não está grávida. Ela precisará de um método de apoio nos primeiros 7 dias após a injeção.
Depois de tomar pílulas anticoncepcionais de emergência (PAEs)	• Ela poderá começar a tomar injetáveis no mesmo dia em que tomar as PAEs. Não há necessidade de aguardar sua próxima menstruação para tomar a injeção. Ela precisará de um método de apoio nos primeiros 7 dias após a injeção.

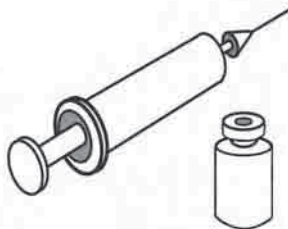
Aconselhamento acerca dos Efeitos Colaterais

IMPORTANTE: O aconselhamento completo a respeito de mudanças na menstruação e outros efeitos colaterais devem ser dados antes da aplicação da injeção. O aconselhamento sobre alterações no sangramento talvez seja a ajuda mais importante que uma mulher necessita para continuar utilizando o método.

Descreva os efeitos colaterais mais comuns	• Menstruação menos intensa e menos dias de menstruação, menstruação irregular e menstruação rara. • Ganho de peso, dores de cabeça, tontura, sensibilidade dos seios e possivelmente outros efeitos colaterais.
Explique o que fazer caso ocorram efeitos colaterais	• Efeitos colaterais não são sinais de doença • Geralmente perdem intensidade ou cessam nos primeiros meses após o início das injeções • São comuns, mas algumas mulheres não os têm. • A cliente poderá retornar ao serviço para obter ajuda caso os efeitos colaterais a perturbem.

Aplicação da Injeção

1. Obtenha uma dose do injetável, agulha e seringa



- 25 mg de AMP/cipionato de estradiol ou 50 mg de NET-EN/valerato de estradiol, agulha para injeção intramuscular e seringa de 2 ml ou 5 ml. (O NET-EN/valerato de estradiol às vezes vem disponível em seringas pré-carregadas.)
- Para cada injeção, use uma seringa descartável auto-inutilizável e uma agulha de uma embalagem lacrada nova (dentro do prazo de validade e não danificada), se disponível.

2. Lavagem

- Lave as mãos com água e sabão, se possível.
- Se o local de aplicação da injeção estiver sujo, lave-o com água e sabão.
- Não é preciso limpar o local com antisséptico.

3. Prepare o frasco

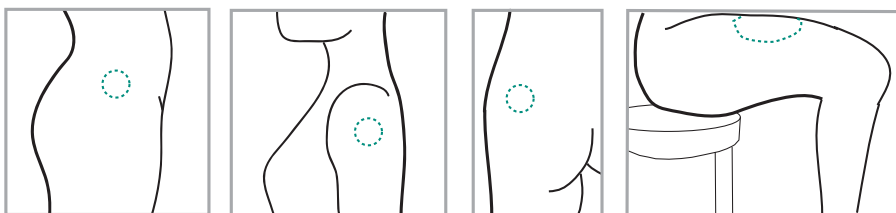
- AMP/cipionato de estradiol: Agite suavemente o frasco.
- NET-EN/valerato de estradiol: Não é necessário agitar o frasco.
- Não há necessidade de limpar a parte superior do frasco com antisséptico.
- Se o frasco estiver frio, aqueça-o à temperatura da pele antes de aplicar a injeção.

4. Encha a seringa

- Perfure a parte superior do frasco com uma agulha esterilizada e preencha a seringa com a dose apropriada.)

5. Injete a fórmula

- Insira a agulha esterilizada profundamente no quadril (músculo ventroglúteo), no braço (músculo deltóide) ou nas nádegas (músculo glúteo, parte superior externa), o que for da preferência da mulher. Injete o conteúdo da seringa.
- Não massageie o local da injeção.



6. Descarte as seringas e as agulhas descartáveis de maneira segura



- Do Não reaproveite, entorte ou quebre as agulhas antes de descartá-las.
- Coloque-as num recipiente próprio para objetos pontiagudos, à prova de perfuração.
- Não reutilize seringas e agulhas descartáveis. Devem ser destruídas depois de usadas uma única vez. Devido a seu formato, são de difícil desinfecção. Portanto, a reutilização pode transmitir doenças tais como HIV e hepatite.
- Se forem usadas seringa e agulha reutilizáveis, devem ser esterilizadas novamente antes de cada uso (ver Prevenção de Infecções na Clínica, p. 312).

Apoio à Usuária

Forneça instruções específicas

- Tell Diga a ela para não massagear o local da injeção.
- Diga à cliente o nome da injeção e marque com ela a data da próxima injeção, após cerca de 4 semanas.

“Volte Quando Quiser”: Motivos para Retornar antes da Próxima Injeção

Assegure a cada cliente para que se sinta à vontade para retornar quando quiser—por exemplo, caso ela tenha problemas, dúvidas ou queira usar outro método; caso tenha alguma alteração importante em sua saúde; ou caso ela ache que possa estar grávida.

Orientação geral de saúde: qualquer mulher que ache que algum muito grave esteja acontecendo com sua saúde deve buscar atendimento médico imediatamente junto a uma enfermeira ou médico. É provável que o método contraceptivo usado por ela não seja a causa do problema, mas ela deve contar à enfermeira ou ao médico qual método ela está utilizando.

Planejamento da Próxima Injeção

1. Marque com ela a data de sua próxima injeção daqui a 4 semanas.
2. Peça-lhe que tente vir na data certa. Ela poderá voltar com 7 dias de antecedência ou atraso e mesmo assim receber a injeção.
3. Independente do atraso, ela deve retornar para a próxima injeção. Se o atraso foi maior do que 7 dias, ela deve abster-se de fazer sexo ou utilizar preservativos, espermicidas ou coito interrompido até que ela receba uma injeção. Ela também poderá pensar em tomar pílulas anticoncepcionais de emergência se o atraso foi maior do que 7 dias e ela tenha feito sexo desprotegido nos últimos 5 dias (ver Pílulas Anticoncepcionais de Emergência, p. 45).



Ajuda a Usuárias Regulares

Consultas para Repetição de Injeção

1. Pergunte como a cliente está lidando com o método e se ela está satisfeita. Pergunte se ela tem alguma dúvida ou algum assunto que queira esclarecer.
2. Pergunte especialmente se ela está preocupada com mudanças na sua menstruação. Forneça-lhe as informações ou ajuda que ela necessitar (ver Como Lidar com Problemas, na próxima página).
3. Aplique nela a injeção. A injeção pode se aplicada com até 7 dias de antecedência ou atraso.
4. Planeje com ela a próxima injeção. Marque uma data para a próxima aplicação (daqui a 4 semanas). Lembre-a de tentar vir na data certa, mas também que deve voltar independente do atraso ser grande ou não.
5. A cada ano aproximadamente, verifique sua pressão arterial se possível (ver Critérios Médicos de Elegibilidade, Pergunta 3, p. 86).
6. Pergunte a uma cliente antiga se ela já teve algum problema de saúde novo. Aborde tais problemas conforme seja necessário. No caso de novos problemas de saúde que possam exigir a mudança de método, ver p. 97.
7. Pergunte a uma cliente antiga sobre mudanças importantes em sua vida que possam afetar suas necessidades—particularmente seus planos em ter filhos e o risco de contrair DST/HIV. Faça o acompanhamento necessário.



Como Lidar com Atraso nas Injeções

- Se a cliente estiver menos do que 7 dias em atraso para repetir uma injeção, ela poderá receber a próxima aplicação. Não há necessidade de testes, avaliação ou método de apoio.
- Uma cliente que tenha atrasado mais de 7 dias poderá receber a injeção seguinte se:
 - Ela não tiver feito sexo nos 7 dias após o período em que ela deveria ter recebido sua última injeção, ou
 - Se ela utilizou um método de apoio ou tomou pílulas anticoncepcionais de emergência (PAEs) depois de ter feito sexo desprotegido nos 7 dias após o período em que ela deveria ter tomado sua última injeção, ou
- Ela precisará de um método de apoio nos primeiros 7 dias após a injeção.
- Se a cliente estiver mais do que 7 dias atrasada e não atende aos critérios acima, medidas adicionais poderão ser tomadas para que se tenha certeza razoável de que ela não está grávida (ver Opções Adicionais para Avaliar se há Gravidez, p. 370).
- Discuta o motivo que levou a cliente a se atrasar e as soluções para isso. Se retornar na data certa for, freqüentemente, um problema, sugira a utilização de um método de apoio no período em que atrasar a injeção seguinte, a ingestão de PAEs ou a escolha de outro método.

Como Lidar com Problemas

Problemas Relatados como Efeitos Colaterais

Podem ser ou não devidos ao método.

- Problemas com efeitos colaterais afetam a satisfação das mulheres e o uso de injetáveis. Eles merecem a atenção do profissional/serviço de saúde. Caso a cliente relate efeitos colaterais ou problemas, ouça suas preocupações, aconselhe-a e, se conveniente, trate-os.
- Ofereça ajuda à cliente na escolha de outro método—na hora, caso ela assim o queira, ou se os problemas não puderem ser superados.

Menstruação irregular (sangramento em momentos inesperados que incomodam a cliente)

- Explique a ela que muitas mulheres que utilizam injetáveis mensais apresentam menstruação irregular. Não é algo prejudicial e, geralmente, diminui de intensidade ou cessa depois dos primeiros meses de uso.
- Para um modesto alívio de curto prazo, ela poderá tentar 800 mg de ibuprofeno três vezes por dia após as refeições por cinco dias ou outro antiinflamatório não-esteróide (AINE), começando quando a menstruação irregular tiver início.
- Se a menstruação irregular continuar ou começar após vários meses de menstruação normal ou ausência dela, ou caso se suspeite que possa haver algo errado por outros motivos, deve-se considerar problemas subjacentes não relacionados ao uso do método (ver Sangramento vaginal inexplicável, p. 97).

Menstruação intensa ou prolongada (o dobro do normal ou com mais de 8 dias de duração)

- Faça-a entender que algumas mulheres que utilizam injetáveis mensais apresentam sangramento intenso ou prolongado. Não é algo prejudicial e normalmente perde intensidade ou cessa após alguns meses.
- Para obter um alívio moderado a curto prazo, ela poderá tentar tomar 800 mg de ibuprofeno 3 vezes por dia após as refeições durante 5 dias ou outro AINE, começando quando a menstruação intensa se iniciar. Os AINEs proporcionam algum alívio à menstruação intensa no caso de implantes, injetáveis só de progestógeno e DIUs, e podem também ajudar no caso dos injetáveis mensais.
- Para evitar que ocorra anemia, sugira que ela tome tabletes de ferro e diga-lhe que é importante comer alimentos que contenham ferro, tais como carne e aves (especialmente carne bovina e fígado de frango), peixe, folhas verdes e legumes (feijões, tofu, lentilhas e ervilhas).
- Se a menstruação intensa ou prolongada continuar ou começar após vários meses de menstruação normal ou ausência dela, ou caso se suspeite que possa haver algo errado por outros motivos, deve-se considerar problemas subjacentes não relacionados ao uso do método (ver Sangramento vaginal inexplicável, na próxima página).

Ausência de menstruação

- Enfatize com ela que algumas mulheres que utilizam injetáveis mensais param de ficar menstruadas e isso não é algo prejudicial. Não é necessário perder sangue todo mês. É semelhante a não ficar menstruada durante a gravidez. Ela não ficou estéril. O sangue não está se acumulando dentro dela. (Algumas mulheres ficam felizes por estarem livres da menstruação.)

Ganho de peso

- Analise sua dieta e aconselhe conforme a necessidade.

Dores de cabeça comuns (que não seja enxaqueca)

- Sugira aspirina (325–650 mg), ibuprofeno (200–400 mg), paracetamol (325–1000 mg) ou outro analgésico.
- Deve-se avaliar quaisquer dores de cabeça que se agravem ou ocorram com maior frequência durante o uso de injetáveis.

Sensibilidade dos Seios

- Recomende que ela use um sutiã firme (inclusive durante exercício físico intenso e o sono).
- Tente fazer compressas quentes ou frias.
- Sugira aspirina (325–650 mg), ibuprofeno (200–400 mg), paracetamol (325–1000 mg) ou outro analgésico.
- Considere soluções localmente disponíveis.

Tontura

- Considere as soluções disponíveis localmente.

Novos Problemas que Possam Requerer a Troca de Método

Podem ou não ser devido ao método.

Sangramento vaginal inexplicável (que sugere um problema médico não relacionado ao método)

- Encaminhe ou avalie de acordo com a história e exame pélvico. Diagnosticque e trate da maneira apropriada.
- Ela poderá continuar utilizando os injetáveis mensais no período em que o problema estiver sendo avaliado.
- Se o sangramento é causado por uma doença sexualmente transmissível ou inflamação pélvica, ela poderá continuar tomando injetáveis mensais durante o tratamento.

Dores de Cabeça com Enxaqueca (ver Identificação de Dores de Cabeça e Auras por Enxaqueca, p. 368)

- Independente da dela, uma mulher que desenvolva dores de cabeça com enxaqueca, com ou sem aura, ou cuja enxaqueca se agrave durante o uso dos injetáveis mensais, deve interromper o uso dos mesmos.
- Ajude-a a escolher outro método sem hormônios.

Circunstâncias que a impedem de andar por uma semana ou mais

- Se ela estiver se submetendo a uma cirurgia de grande porte que a obrigue a repousar ou imobilizar sua perna (com gesso ou tala), ou por outros motivos ela não tenha condições de se locomover por várias semanas, ela deve:
 - Dizer a seus médicos que está tomando injetáveis mensais.
 - Interrompa as injeções um mês antes do dia marcado para a cirurgia e, se possível utilize um método de apoio durante este período.
 - Reiniciar os injetáveis mensais 2 semanas depois de voltar a se locomover.

Certos problemas de saúde graves (suspeita de doença cardíaca ou hepática, pressão arterial alta, coágulos sanguíneos em veias profundas das pernas ou dos pulmões, derrame (acidente vascular cerebral), câncer de mama, danos às artérias, vista, rins ou sistema nervoso causados por diabetes ou doença da vesícula biliar). Ver Sinais e Sintomas de Problemas Graves de Saúde, p. 320.

- Não aplique a injeção.
- Forneça-lhe um método de apoio até que o problema seja avaliado.
- Encaminhe-a para diagnóstico e atendimento caso isto ainda não tenha sido feito.

Suspeita de gravidez

- Avalie se há gravidez.
- Interrompa as injeções caso a gravidez se confirme.
- Não há riscos conhecidos ao feto concebido no período em que uma mulher esteja tomando injetáveis (ver Pergunta 3, p. 98).

Perguntas e Respostas Sobre Injetáveis Mensais

1. Em que os injetáveis mensais diferem do AMPD ou NET-EN?

A maior diferença entre os injetáveis mensais e AMPD ou NET-EN está no fato de que um injetável mensal contém um estrógeno bem como um progestógeno, fazendo dele um método combinado. Por sua vez, o AMPD e o NET-EN contêm apenas progestógeno. Além disso, os injetáveis mensais contêm menos progestógeno. Estas diferenças resultam numa menstruação mais regular e menos distúrbios de sangramento que o AMPD ou o NET-EN. Os injetáveis mensais requerem, como o nome diz, uma injeção por mês ao passo que o NET-EN é aplicado a cada 2 meses e o AMPD, a cada 3 meses.

2. Os injetáveis mensais funcionam como os anticoncepcionais orais combinados?

Em grande parte, sim. Os injetáveis mensais (também chamados de anticoncepcionais injetáveis combinados) são parecidos com os anticoncepcionais orais combinados (AOCs). Há poucos estudos de longo prazo realizados sobre os injetáveis mensais, mas os pesquisadores acreditam que a maioria dos achados sobre os AOCs também se aplicam aos injetáveis mensais. Os injetáveis mensais, contudo, não passam pelo fígado antes porque não são ingeridos pela boca como os AOCs. Estudos de curto prazo demonstraram que os injetáveis mensais têm menos efeito que os AOCs sobre a pressão arterial, coágulos sanguíneos, a decomposição de substâncias gordurosas (metabolismo dos lipídeos) e função hepática. Os estudos de longo prazo sobre os riscos e benefícios à saúde dos injetáveis mensais ainda estão em andamento.

3. Os injetáveis mensais provocam defeitos (malformações) de nascença? O feto será prejudicado caso uma mulher tome acidentalmente injetáveis mensais quando estiver grávida?

Não. Evidências seguras advindas de outros métodos hormonais mostram que a contracepção hormonal não provoca defeitos (malformações) de nascença e não prejudica o feto caso uma mulher fique grávida quando estiver tomando injetáveis mensais ou acidentalmente comece a tomar injetáveis quando ela já estiver grávida.

4. Os injetáveis mensais provocam aborto?

Não. Pesquisas sobre anticoncepcionais combinados constataram que eles não perturbam ou interrompem uma gravidez já em curso. Não devem ser utilizados para provocar um aborto. Não funcionarão como tal.

5. As datas de repetição de injeções de uma mulher devem se basear no início de sua menstruação?

Não. Alguns profissionais de saúde acham que a injeção seguinte só deve ser aplicada quando tiver início a próxima menstruação. Entretanto, episódios relativos à menstruação não devem orientar o cronograma das injeções. Um mulher



deve receber a injeção a cada 4 semanas. O intervalo entre as injeções não deve se basear em sua menstruação.

6. Os injetáveis mensais podem ser utilizados para provocar a menstruação?

Não. Uma mulher poderá ter algum sangramento vaginal (um “sangramento por supressão”) em decorrência de uma injeção, mas não há evidências de que ao aplicar uma única injeção de injetável mensal a uma mulher que tenha menstruação irregular fará com que sua menstruação se inicie corretamente cerca um mês depois. Além disso, aplicar uma injeção numa mulher grávida não provocará um aborto.

7. Mulheres que fumam podem usar os injetáveis mensais com segurança?

Mulheres com idade inferior a 35 anos que fumem qualquer número de cigarros e mulheres com idade igual ou superior a 35 anos e que fumem menos de 15 cigarros por dia podem utilizar os injetáveis mensais com segurança. (No entanto, mulheres com 35 ou mais anos de idade e que fumem qualquer número de cigarros não devem utilizar anticoncepcionais orais combinados.) Mulheres com 35 anos ou mais que fumem mais de 15 cigarros por dia devem escolher um método sem estrógeno como é o caso dos injetáveis só de progestógeno, se disponível. Todas as mulheres que fumam devem ser incentivadas a parar de fumar.

8. Os injetáveis mensais alteram o humor ou o desejo sexual de uma mulher?

Geralmente, não. Algumas mulheres que utilizam injetáveis mensais relatam tais queixas. No entanto, a grande maioria de usuárias de injetáveis não relata tais alterações e algumas relatam que tanto o humor quanto o desejo sexual melhoraram. É difícil dizer se tais alterações se devem aos injetáveis mensais ou a outras razões. Não há evidências de que os injetáveis mensais afetem o comportamento sexual das mulheres.

9. Mulheres com varizes podem utilizar os injetáveis mensais?

Sim. Os injetáveis mensais são seguros para mulheres com varizes. Varizes são vasos sanguíneos aumentados próximos à superfície da pele. Não representam perigo. Não há coágulos sanguíneos nem são veias profundas nas pernas onde um coágulo pode ser perigoso (trombose de veias profundas). Uma mulher que tem ou deve trombose de veias profundas não deve utilizar injetáveis mensais.

10. Os injetáveis mensais tornam uma mulher estéril?

Não. Pode haver um atraso no retorno da fertilidade depois que se pára de tomar os injetáveis mensais, mas com o tempo a mulher poderá engravidar novamente como antes, embora a fertilidade diminua à medida que as mulheres envelhecem. O padrão de menstruação que uma mulher tinha antes de usar os injetáveis mensais geralmente volta alguns meses depois da última injeção. Algumas mulheres podem ter que aguardar alguns meses até que seu padrão normal de menstruação retorne.

11. Quanto tempo leva para engravidar depois que se interrompe o uso dos injetáveis mensais?

Mulheres que param de usar os injetáveis mensais esperam cerca de um mês a mais, em média, para engravidar do que mulheres que utilizaram outros métodos. Isto significa que ficarão grávidas em média 5 meses após a última injeção. Estes são tempos médios. Uma mulher não deve ficar preocupada se não engravidar até 12 meses após a interrupção do uso. Depois de parar de usar os injetáveis mensais, uma mulher poderá ovular antes que sua menstruação retorne—e assim engravidar. Se ela deseja continuar evitando a gravidez, deve começar outro método antes que sua menstruação retorne.

12. O que acontece se uma mulher se atrasar no retorno para sua próxima injeção?

A orientação atual da OMS recomenda que se aplique na mulher sua próxima injeção mensal se estiver até 7 dias atrasada, sem necessidade de maiores evidências de que a mesma não está grávida. No entanto, algumas mulheres retornam com atrasos ainda maiores para sua injeção de repetição. Os profissionais de saúde podem utilizar as Opções Adicionais para Avaliar se Há Gravidez (ver p. 370) caso a usuária de injetáveis esteja mais de 7 dias atrasada para sua injeção de repetição.

Adesivo Combinado

Pontos Básicos para Profissionais de Saúde e Clientes

- **Requer o uso de um pequeno adesivo.** Utilizado sobre o corpo o tempo todo (dia e noite). Um novo adesivo é colocado toda semana, durante 3 semanas, seguido de uma semana onde não se usa nenhum adesivo.
- **Deve-se substituir cada adesivo na data certa para se obter maior eficácia.**
- **É comum haver alterações na menstruação, mas isso não é algo prejudicial.** Tipicamente, ocorre menstruação irregular nos primeiros meses e esta mais tarde perde intensidade e fica mais regular.

O que é o Adesivo Combinado?

- Um pequeno e fino quadrado de plástico flexível que é usado em contato com o corpo.
- Libera continuamente 2 hormônios—um progestógeno e um estrógeno, semelhantes aos hormônios naturais progesterona e estrógeno existentes no corpo da mulher—diretamente através da pele para a corrente sanguínea.
- Usa-se um novo adesivo a cada semana, durante 3 semanas, e a seguir não se usa nenhum adesivo na quarta semana. Ao longo desta quarta semana, a mulher ficará menstruada.
- Também chamado de Ortho Evra e Evra.
- Funciona basicamente impedindo a liberação de óvulos pelos ovários (ovulação).

Qual a Eficácia?

A eficácia depende da usuária: o risco de gravidez é maior quando a mulher atrasa a troca do adesivo.

- O adesivo combinado é um produto novo e as pesquisas sobre sua eficácia são limitadas. As taxas de eficácia em ensaios clínicos sobre o adesivo sugerem que pode ser mais eficaz que os anticoncepcionais orais combinados, tal como é geralmente usado e por meio do uso consistente e correto (ver Anticoncepcionais Oraís Combinados, Qual a Eficácia?, p. 1).



- As taxas de gravidez podem ser ligeiramente mais elevadas entre mulheres com peso igual a 90 kg ou acima.

Retorno da fertilidade após a interrupção do uso de adesivos: não há demora.

Proteção contra doenças sexualmente transmissíveis: nenhuma.

Efeitos Colaterais, Benefícios e Riscos à Saúde

Efeitos Colaterais

Algumas usuárias relatam o seguinte:

- Irritação ou erupção da pele no local onde o adesivo é aplicado
- Alterações na menstruação:
 - Menstruação de menor intensidade e menos dias de menstruação
 - Menstruação irregular
 - Menstruação prolongada
 - Ausência de menstruação
- Dores de cabeça
- Náusea
- Vômitos
- Sensibilidade e dor nos seios
- Dor abdominal
- Sintomas de gripe/infecção da parte superior do aparelho respiratório
- Irritação, vermelhidão ou inflamação da vagina (vaginite)



Benefícios e Riscos à Saúde Conhecidos

Estudos de longo prazo sobre o adesivo são limitados, mas os pesquisadores acreditam que os riscos e benefícios à saúde sejam similares aos dos anticoncepcionais orais combinados (ver Anticoncepcionais Orais Combinados, Benefícios e Riscos à Saúde, p. 3).

Os critérios médicos de elegibilidade (ver p. 6), as orientações sobre quando começar (ver p. 10) e a ajuda a usuárias regulares (ver p. 16) são as mesmas tanto para o adesivo combinado quanto para os anticoncepcionais orais combinados.

Fornecimento do Adesivo Combinado

Explicação Sobre o Modo de Usar

Explique como remover o adesivo do estojo (cartucheira) e como remover a proteção traseira

- Explique que ela deve rasgar o revestimento da cartucheira juntamente com a ponta.
- Ela deverá então puxar o adesivo para fora e retirar a proteção traseira sem tocar a superfície adesiva

Mostre a ela onde e de que modo aplicar o adesivo

- Explique que ela pode aplicar na parte externa do antebraço, nas costas, na barriga ou nas nádegas, em qualquer lugar que esteja limpo e seco, mas não nos seios.
- Ela deve pressionar a parte adesiva que contém o medicamento contra a pele por 10 segundos. Ela deve correr seu dedo ao redor da ponta para certificar-se de que está grudado.
- O adesivo ficará na posição mesmo após o trabalho, exercícios, natação e banho.

Ela deve trocar de adesivo a cada semana durante 3 semanas seguidas

- Ela deve aplicar cada novo adesivo no mesmo dia da semana—o “dia da troca do adesivo.” Por exemplo, se ela colocar o primeiro adesivo num domingo, todos os outros adesivos devem ser aplicados num domingo.
- Explique que, para evitar irritação, ela não deve aplicar o novo adesivo no mesmo lugar na pele em que foi posto o adesivo anterior.

Ela não deve usar nenhum adesivo na quarta semana

- Ela provavelmente ficará menstruada nesta semana.

Depois da semana sem usar adesivo, ela deve aplicar um novo adesivo

- Ela nunca deve ficar sem usar um adesivo por mais de 7 dias. Se o fizer, corre o risco de engravidar.

Apoio à Usuária

Instruções para Remoção ou Substituição com Atraso

Esqueceu de aplicar um novo adesivo no início de um novo ciclo de adesivos (durante a 1ª semana)?

- Aplique um novo adesivo assim que possível.
- Anote este dia da semana como sendo o dia da troca de adesivo.
- Utilize um método de apoio* nos primeiros 7 dias de uso do adesivo.
- Além disso, se o novo adesivo foi aplicado com 3 ou mais dias de atraso (o adesivo foi mantido no local por 10 ou mais dias seguidos) e ela fez sexo desprotegido nos últimos 5 dias, considere a possibilidade de tomar pílulas anticoncepcionais de emergência (ver Pílulas Anticoncepcionais de Emergência, p. 45).

Esqueceu de trocar o adesivo no meio do ciclo de adesivos (durante a 2ª ou 3ª semana)?

- Se o atraso for de 1 ou 2 dias (até 48 horas):
 - Aplique um novo adesivo assim que se lembrar
 - Mantenha o mesmo dia para a troca do adesivo
 - Não é preciso usar um método de apoio
- Se o atraso for superior a 2 dias (mais de 48 horas):
 - Abandone o ciclo atual e comece um novo de 4 semanas aplicando um novo adesivo imediatamente
 - Anote este dia da semana como sendo o novo dia de troca de adesivos
 - Utilize um método de apoio nos primeiros 7 dias de uso do adesivo

Esqueceu de remover o adesivo no final do ciclo de adesivos (4ª semana)?

- Remova o adesivo.
- Comece o próximo ciclo no dia normal de troca de adesivo.
- Não é preciso usar um método de apoio.

* Entre os métodos de apoio estão a abstinência, preservativos masculinos e femininos, espermicidas e “coito interrompido” (retirada do pênis antes de ejacular). Diga a ela que os espermicidas e o coito interrompido são os métodos contraceptivos menos eficazes. Se possível, forneça-lhe preservativos.

Anel Vaginal Combinado

Pontos Básicos para Profissionais/Serviços de Saúde e Clientes

- **Requer que se mantenha um anel flexível na vagina.** É mantido no lugar o tempo todo, dia e noite por 3 semanas, seguido de uma semana em que o anel não permanece no lugar.
- **Deve-se começar cada novo anel na data certa para se obter maior eficácia.**
- **É comum haver alterações na menstruação, mas isso não é algo prejudicial.** Tipicamente, ocorre menstruação irregular nos primeiros meses e, posteriormente, a menstruação fica menos intensa e mais regular.

O que é o Anel Vaginal Combinado?

- Um anel flexível que é inserido na vagina.
- Libera continuamente 2 hormônios—um progestógeno e um estrógeno, semelhantes aos hormônios naturais progesterona e estrógeno existentes no corpo da mulher—de dentro do anel. Os hormônios são absorvidos através da parede da vagina indo diretamente para a corrente sanguínea.
- O anel é mantido no lugar por 3 semanas, depois é retirado durante a quarta semana. Na quarta semana, a mulher habitualmente ficará menstruada.
- Também chamado de NuvaRing.
- Funciona basicamente impedindo a liberação de óvulos pelos ovários (ovulação).

Qual a Eficácia?

A eficácia depende da usuária: o risco de gravidez é maior quando a mulher atrasa o início de um novo anel.

- O anel vaginal combinado é um produto novo e as pesquisas sobre sua eficácia são limitadas. As taxas de eficácia em ensaios clínicos sobre o anel vaginal sugerem que ele possa ser mais eficaz que os anticoncepcionais orais combinados, tal como é geralmente usado e por meio do uso consistente e correto (ver Anticoncepcionais Oraís Combinados, Qual a Eficácia?, p. 1).

Retorno da fertilidade após a interrupção do uso do anel: não há demora

Proteção contra doenças sexualmente transmissíveis: nenhuma



Efeitos Colaterais, Benefícios e Riscos à Saúde

Efeitos Colaterais

Algumas usuárias relatam o seguinte:

- Alterações na menstruação:
 - Menstruação de menor intensidade e menos dias de menstruação
 - Menstruação irregular
 - Menstruação ocasional
 - Menstruação prolongada
 - Ausência de menstruação
- Dores de cabeça
- Irritação, vermelhidão ou inflamação da vagina (vaginite)
- Supuração vaginal branca



Benefícios e Riscos à Saúde Conhecidos

Estudos de longo prazo sobre o anel vaginal são limitados, mas os pesquisadores acreditam que os riscos e benefícios à saúde sejam similares aos dos anticoncepcionais orais combinados (ver Anticoncepcionais Oraís Combinados, Benefícios e Riscos à Saúde, p. 3).

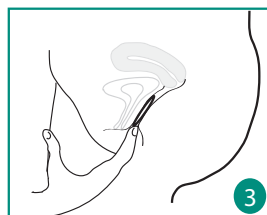
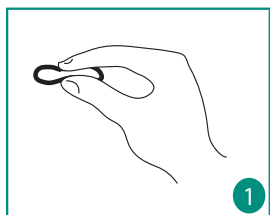
Os critérios médicos de elegibilidade (ver p. 6), as orientações sobre quando começar (ver p. 10) e a ajuda a usuárias regulares (ver p. 16) são as mesmas tanto para o anel combinado quanto para os anticoncepcionais orais combinados.

Fornecimento do Anel Vaginal Combinado

Explicação Sobre o Modo de Usar

Explique como colocar o anel

- Ela poderá escolher a posição mais confortável para ela—por exemplo, ficar de pé com uma perna para cima, agachada ou deitada.
- Ela deve pressionar os lados opostos do anel ao mesmo tempo e suavemente introduzir o anel dobrado inteiramente dentro da vagina.
- A posição exata não é importante, mas colocá-lo bem profundamente ajuda a mantê-lo no lugar e é menos provável que a usuária sinta a presença do anel. Os músculos da vagina naturalmente mantêm o anel no lugar.



Explique que o anel deve permanecer no lugar por 3 semanas

- Ela deve manter o anel no lugar o tempo todo, dia e noite, durante 3 semanas.
- Ela poderá tirar o anel no final da terceira semana e jogá-lo fora num recipiente para lixo.

Ela deve retirar o anel durante a 4ª semana

- Para remover o anel, ela deve fazer enganchar seu dedo indicador dentro do anel ou apertá-lo entre o indicador e os dedos intermediários e puxá-lo para fora.
- Ela provavelmente ficará menstruada nesta semana.
- Se ela esquecer e deixar o anel durante a quarta semana, não nenhuma medida especial a ser tomada.

O anel nunca deve ser deixado para fora por mais de 3 horas até a quarta semana

- O anel pode ser removido para o sexo, limpeza ou outros motivos, embora não seja necessário retirá-lo.
- Se o anel escorregar para fora, ela deve enxagüá-lo com água limpa e recolocá-lo imediatamente.

Apoio à Usuária

Instruções para Remoção ou Substituição com Atraso

O anel foi deixado fora por mais de 3 horas durante a 1ª e 2ª semanas?

- Recoloque o anel no lugar assim que possível. Utilize um método de apoio* nos próximos 7 dias.

O anel foi deixado fora por mais de 3 horas durante a 3ª semana?

- Interrompa o ciclo atual e jogue este anel fora.
- Insira um novo anel imediatamente e mantenha-o no lugar por 3 semanas, iniciando um novo ciclo. Use um método de apoio nos próximos 7 dias. (Outra opção, caso o anel tenha sido usado de forma contínua e correta nos últimos 7 dias: deixe o anel de fora e faça dos próximos 7 dias a semana sem anel. Passados estes 7 dias, coloque um novo anel, dando início a um novo ciclo e mantenha-o no lugar por 3 semanas. Utilize um método de apoio nos primeiros 7 dias com o novo anel.)

Esperou mais do que 7 dias antes de colocar um novo anel ou manteve o anel inserido por mais do que 4 semanas?

- Coloque um novo anel assim que possível e comece um novo ciclo de 4 semanas. Utilize um método de apoio nos primeiros 7 dias de uso do anel.
- Além disso, caso um novo anel tenha sido colocado com um atraso de 3 ou mais dias (o anel foi mantido no lugar por 10 ou mais dias seguidos) e ocorreu sexo desprotegido nos últimos 5 dias, considere a possibilidade de tomar pílulas anticoncepcionais de emergência (ver Pílulas Anticoncepcionais de Emergência, p. 45).

* Entre os métodos de apoio estão a abstinência, preservativos masculinos e femininos, espermicidas e “coito interrompido” (retirada do pênis antes de ejacular). Diga a ela que os espermicidas e o coito interrompido são os métodos contraceptivos menos eficazes. Se possível, forneça-lhe preservativos.

Implantes

Pontos Básicos para Profissionais de Saúde e Clientes

- **Implantes são pequenas cápsulas ou hastes flexíveis** que são colocadas sob a pele do antebraço.
- **Proporcionam proteção de longo prazo contra a gravidez.** São muito eficazes por 3 a 7 anos, dependendo do tipo de implante, sendo imediatamente reversíveis.
- **A colocação e a remoção deve ser feita por um profissional devidamente treinado para este fim.** Uma mulher não pode, por si mesma, iniciar ou interromper o uso de implantes.
- **Exige pouco por parte da cliente depois que os implantes tenham sido colocados.**
- **As mudanças na menstruação são comuns, mas não são prejudiciais.** Tipicamente, há menstruação irregular prolongada no primeiro ano e, a seguir, menstruação em menor quantidade e mais regular ou sangramento ocasional.

O Que São Implantes?

- Pequenas cápsulas ou hastes plásticas, cada uma do tamanho aproximado de um palito de fósforo, que liberam um progestógeno semelhante ao hormônio natural progesterona existente no corpo da mulher.
- Um profissional devidamente treinado para este fim realiza um pequeno procedimento cirúrgico para inserir os implantes sob a pele no lado de dentro do antebraço da mulher.
- Não contêm estrógeno e, por isso, podem ser utilizados durante toda a amamentação e por mulheres que não podem utilizar métodos com estrógeno.
- Há muitos tipos de implantes:
 - Jadelle: 2 hastes, eficaz por 5 anos
 - Implanon: 1 haste, eficaz por 3 anos (há estudos em andamento para verificar se dura 4 anos)
 - Norplant: 6 cápsulas, com indicação de 5 anos de uso (estudos de grande porte constataram que têm eficácia durante 7 anos)
 - Sinoplant: 2 hastes, eficaz por 5 anos
- Funciona basicamente por meio de:
 - Espessamento do muco cervical (produzindo um bloqueio que impede o esperma de chegar até um óvulo)
 - Interrupção do ciclo menstrual, o que também impede a liberação de óvulos pelos ovários (ovulação)

Qual a Eficácia?

Trata-se de um dos métodos mais eficazes e duradouros:

- Ocorre menos de 1 gravidez por 100 mulheres que utilizam implantes no primeiro ano (5 para cada 10.000 mulheres). Isto significa que 9.995 de cada 10.000 mulheres que usam implantes não ficarão grávidas.
- Um pequeno risco de gravidez permanece após o primeiro ano de uso e continua durante o tempo em que a mulher estiver utilizando implantes.
 - Acima de 5 anos de uso de Jadelle: cerca de 1 gravidez por 100 mulheres
 - Acima de 3 anos de uso de Implanon: menos de 1 gravidez por 100 mulheres (1 para cada 1.000 mulheres)
 - Acima de 7 anos de uso de Norplant: cerca de 2 gravidezes por 100 mulheres
- Os implantes Jadelle e Norplant começam a perder eficácia mais cedo para mulheres acima do peso:
 - Para mulheres que pesam 80 kg ou mais, Jadelle e Norplant tornam-se menos eficazes após 4 anos de uso.
 - Para mulheres que pesam 70–79 kg, Norplant torna-se menos eficaz após 5 anos de uso.
 - Estas usuárias poderão, se quiserem, substituir seus implantes antes (ver Pergunta 9, p. 130).



Retorno da fertilidade após a remoção dos implantes: não há demora

Proteção contra doenças sexualmente transmissíveis (DSTs): nenhuma

Porque Algumas Mulheres Dizem que Gostam de Implantes

- Não requerem nenhuma ação por parte da usuária depois de colocados
- Previnem a gravidez com muita eficácia
- São duradouros
- Não interferem no sexo

Efeitos Colaterais, Benefícios e Riscos à Saúde e Complicações

Efeitos Colaterais (ver Como Lidar com Problemas, p. 124)

Algumas usuárias relatam o seguinte:

- Alterações nos padrões de menstruação, entre as quais:

Nos primeiros meses:

Após cerca de um ano:

- Menstruação de menor intensidade e menos dias de menstruação
- Menstruação irregular que dura mais de 8 dias
- Menstruação ocasional
- Ausência de menstruação
- Menstruação de menos intensidade e menos dias de menstruação
- Menstruação irregular
- Menstruação ocasional

As usuárias de Implanon têm maior probabilidade de ter menstruação ocasional ou ausência dela do que ter menstruação irregular que dure mais do que 8 dias.

- Dores de cabeça
- Dor abdominal
- Acne (pode melhorar ou se agravar)
- Mudança no peso
- Sensibilidade nos seios
- Tontura
- Mudanças de humor
- Náusea

Outras possíveis mudanças físicas:

- Aumento dos folículos ovarianos

Benefícios à Saúde Conhecidos

Ajudam a proteger contra:

- Riscos de gravidez
- Doença inflamatória pélvica sintomática

Podem ajudar a proteger contra:

- Anemia por deficiência de ferro

Riscos à Saúde Conhecidos

Nenhum

Complicações

Incomuns:

- Infecção no local da inserção (a maioria das infecções ocorre até 2 meses após a colocação)
- Dificuldade de remoção (rara se corretamente colocado e o profissional tiver sido treinado para a remoção)

Raras:

- Expulsão do implante (as expulsões ocorrem mais frequentemente até 4 meses após a inserção)

Desfazendo mitos (ver também Perguntas e Respostas, p. 128)

Implantes:

- Param de funcionar assim que são removidos. Os hormônios contidos nos implantes não permanecem no corpo da mulher.
- Podem fazer a menstruação parar, mas isso não é algo prejudicial. É semelhante a não menstruar durante a gravidez. O sangue não está se acumulando dentro da mulher.
- Não tornam as mulheres estéreis.
- Não se deslocam para outras partes do corpo.
- Reduzem substancialmente o risco de gravidez ectópica.



Quem Pode e Quem Não Pode Utilizar Implantes

Seguros e Adequados para Quase Todas as Mulheres

Praticamente todas as mulheres podem utilizar implantes de forma segura e eficaz, dentre elas mulheres que:

- Tenham ou não tido filhos
- Não sejam casadas
- Tenham qualquer idade, inclusive adolescentes e mulheres acima dos 40 anos
- Acabam de ter um aborto espontâneo ou induzido ou uma gravidez ectópica
- Fumem cigarros, independente da idade da mulher e do número de cigarros
- Estejam amamentando (podendo iniciar 6 semanas após o parto)
- Tenham anemia no momento ou tenham tido no passado
- Tenham varizes
- Estejam infectadas com o HIV, estando ou não em terapia anti-retroviral (ver Implantes para Mulheres com HIV, p. 115)

As mulheres podem começar a utilizar implantes:

- Sem um exame pélvico
- Sem exames de sangue ou outros testes laboratoriais de rotina
- Sem testes preventivos para câncer cervical
- Sem exame das mamas
- Mesmo que uma mulher não esteja ficando menstruada no momento, se houver certeza razoável de que ela não está grávida (ver Lista de Verificação de Gravidez, p. 372)



Critérios Médicos de Elegibilidade para Uso dos Implantes

Faça à cliente as perguntas abaixo quanto a problemas médicos que sejam do seu conhecimento. Não é necessário realizar exames ou testes. Caso ela responda “não” para todas as perguntas, significa que ela pode colocar implantes se desejar. Caso ela responda “sim” a alguma questão, siga as instruções. Em alguns casos ainda assim ela poderá iniciar o uso de implantes.

1. Você está amamentando um bebê com menos de 6 semanas de idade?

- ☐ NÃO ☐ **SIM** Ela poderá começar a usar implantes ao atingir 6 semanas após o parto (ver Amamentando de forma exclusiva ou quase ou Amamentando parcialmente, p. 117).

2. Você tem cirrose no fígado, alguma infecção ou tumor hepático? (Os olhos ou a pele dela tem aspecto amarelo incomum? [sinais de icterícia])?

- ☐ NÃO ☐ **SIM** Se ela relatar doença hepática ativa grave (icterícia, hepatite ativa, cirrose aguda, tumor no fígado), não forneça implantes. Ajude-a escolher outro método sem hormônios.

3. Você tem no momento algum problema grave de coágulo sanguíneo nas pernas ou pulmões?

- ☐ NÃO ☐ **SIM** Caso ela relate existência de coágulo sanguíneo (que não seja superficial), não forneça implantes. Ajude-a escolher outro método sem hormônios.

4. Você tem sangramento vaginal que não é comum em você?

- ☐ NÃO ☐ **SIM** Caso ela tenha sangramento vaginal inexplicável que sugira gravidez ou um problema médico subjacente, os implantes poderiam dificultar o diagnóstico e monitoramento de qualquer tratamento. Ajude-a a escolher um método para ser usado enquanto estiver sendo avaliada e tratada (mas não os injetáveis só de progestógeno ou um DIU com cobre ou hormonal). Após o tratamento, reavalie o uso de implantes.

5. Você está tomando medicamentos por causa de ataques convulsivos? Você está tomando rifampicina para tuberculose ou outras doenças?

- ☐ NÃO ☐ **SIM** Se ela estiver tomando barbitúricos, carbamazepina, oxcarbazepina, fenitoína, primidona, topiramato ou rifampicina, não forneça implantes. Eles podem tornar os implantes menos eficazes. Ajude-a a escolher outro método, mas não anticoncepcionais orais combinados ou pílulas só de progestógeno.

6. Você tem ou já teve câncer de mama?

- ☐ NÃO ☒ **SIM** Não forneça implantes. Ajude-a a escolher um método sem hormônios.

Não se esqueça de explicar os benefícios e riscos à saúde bem como os efeitos colaterais do método que a cliente irá utilizar. Além disso, destaque quaisquer situações que possam tornar o método desaconselhável, quando relevantes para a cliente.

Uso de Critério Clínico em Casos Especiais

Geralmente, uma mulher que apresente qualquer um dos fatores relacionados abaixo não deveria utilizar implantes. Em circunstâncias especiais, entretanto, quando outros métodos mais apropriados não estiverem disponíveis ou sejam aceitáveis para ela, um profissional de saúde qualificado que tenha condições de avaliar cuidadosamente a situação e as condições específicas de uma mulher poderá decidir quanto ao uso de implantes. O profissional de saúde precisa levar em consideração a gravidade de sua condição e, na maioria das situações, se ela terá acesso a acompanhamento.

- Amamentando e a menos de 6 semanas após o parto
- Presença de coágulo sanguíneo em veias profundas das pernas ou dos pulmões
- Sangramento vaginal inexplicável antes de avaliação de possível problema subjacente grave
- Teve câncer de mama há mais de 5 anos e não retornou
- Tumor, infecção ou doença hepática severa
- Está tomando barbitúricos, carbamazepina, oxcarbazepina, fenitoína, primidona, topiramato ou rifampicina. Deve-se também utilizar um método de apoio porque estes medicamentos reduzem a eficácia dos implantes.

Implantes para Mulheres com HIV

- Mulheres que estejam infectadas com o HIV, que tenham Aids ou estejam em terapia anti-retroviral (ARV) podem utilizar implantes com segurança.
- Incentive estas mulheres a usar preservativos juntamente com os implantes. Quando usados de forma correta e consistente, os preservativos ajudam a prevenir a transmissão do HIV e outras DSTs. Os preservativos também proporcionam proteção contraceptiva extra para as mulheres em terapia ARV. Não está estabelecido se os medicamentos ARV reduzem a eficácia dos implantes.

Fornecimento de Implantes

Quando Começar

IMPORTANTE: Uma mulher pode começar a utilizar implantes a qualquer momento em que desejar caso haja razoável certeza de que não está grávida. Para se ter essa certeza razoável, utilize a Lista de Verificação de Gravidez (ver p. 372).

Situação da mulher	Quando começar
Tem ciclos menstruais ou está mudando de um método não-hormonal	A qualquer momento do mês • Se ela estiver começando até 7 dias após o início de sua menstruação (5 dias no caso do Implanon), não há necessidade de usar um método de apoio. • Se estiver a mais de 7 dias após o início de sua menstruação (mais de 5 dias no caso do Implanon), ela pode colocar os implantes a qualquer momento caso haja certeza razoável de que ela não está grávida. Ela precisará de um método de apoio* nos primeiros 7 dias após a colocação. • Se ela estiver mudando de um DIU, ela poderá colocar os implantes imediatamente (ver DIU com Cobre, Mudando do DIU para Outro Método, p. 148).
Mudança de um método hormonal	• Imediatamente, caso ela esteja usando o método hormonal de forma consistente e correta ou haja certeza razoável de que ela não está grávida. Não há necessidade de esperar até sua próxima menstruação. Não há necessidade de usar um método de apoio. • Se ela estiver mudando de injetáveis, ela poderá colocar os implantes quando a injeção deveria ser dada. Não há necessidade de método de apoio.

* Entre os métodos de apoio estão a abstinência, preservativos masculinos e femininos, espermicidas e “coito interrompido” (retirada do pênis antes de ejacular). Diga a ela que os espermicidas e o coito interrompido são os métodos contraceptivos menos eficazes. Se possível, forneça-lhe preservativos.

Situação da mulher**Quando começar****Amamentando de forma exclusiva ou quase**

Menos de 6 meses após o parto

- Se ela deu à luz há menos de 6 semanas, retarde a colocação até no mínimo 6 semanas após o parto.
- Se sua menstruação não tiver retornado, ela poderá colocar implantes a qualquer momento entre 6 semanas e 6 meses. Não há necessidade de um método de apoio.
- Se sua menstruação tiver retornado, ela poderá colocar implantes tal como aconselhado para mulheres que apresentem ciclos menstruais (ver página anterior).

Mais de 6 meses após o parto

- Se sua menstruação não tiver retornado, ela poderá colocar implantes a qualquer momento se houver certeza razoável de que ela não está grávida. Ela precisará de um método de apoio nos primeiros 7 dias após a colocação.
- Se sua menstruação tiver retornado, ela poderá colocar implantes tal como aconselhado para mulheres que apresentem ciclos menstruais (ver página anterior).

Amamentando parcialmente

Menos de 6 semanas após o parto

- Retarde a colocação até completar 6 semanas após o parto.

Mais de 6 semanas após o parto

- Se sua menstruação não tiver retornado, ela poderá colocar implantes a qualquer momento se houver certeza razoável de que ela não está grávida.† Ela precisará de um método de apoio nos primeiros 7 dias após a colocação.
- Se sua menstruação tiver retornado, ela poderá colocar implantes tal como aconselhado para mulheres que apresentem ciclos menstruais (ver página anterior).

Não amamentando

Menos de 4 semanas após o parto

- Ela poderá colocar os implantes a qualquer momento. Não há necessidade de um método de apoio.

† Nos locais em que se recomende rotineiramente uma consulta seis semanas após o parto e outras oportunidades de se obter contracepção sejam limitadas, alguns profissionais e programas de saúde poderão colocar implantes nesta consulta após seis semanas, sem maiores evidências de que a mulher não esteja grávida, caso sua menstruação ainda não tenha retornado.

Não amamentando

(continuação)

Mais de 4 semanas após o parto

- Se sua menstruação não tiver retornado, ela poderá colocar implantes a qualquer momento se houver certeza razoável de que ela não está grávida.† Ela precisará de um método de apoio nos primeiros 7 dias após a colocação.
- Se sua menstruação tiver retornado, ela poderá colocar implantes tal como aconselhado para mulheres que apresentem ciclos menstruais (ver p. 116).

Ausência de menstruação (não relacionado a parto ou amamentação)

- Ela poderá colocar implantes a qualquer momento caso haja certeza razoável de que ela não está grávida. Ela precisará de um método de apoio nos primeiros 7 dias de ingestão das pílulas.

Após aborto espontâneo ou induzido

- Imediatamente. Se os implantes forem colocados até 7 dias depois de um aborto espontâneo ou induzido no primeiro ou segundo trimestres, não há necessidade de um método de apoio.
- Se for mais de 7 dias após aborto espontâneo ou induzido no primeiro ou segundo trimestre, ela poderá colocar implantes a qualquer momento caso se tenha certeza razoável de que ela não está grávida. Ela precisará de um método de apoio nos primeiros 7 dias após a inserção.

Depois de tomar pílulas anticoncepcionais de emergência (PAEs)

- Os implantes podem ser colocados até 7 dias após o início de sua próxima menstruação (até 5 dias no caso do Implanon) ou a qualquer momento se houver certeza razoável de que ela não está grávida. Forneça-lhe um método de apoio ou anticoncepcionais para que ela comece a tomar no dia em que terminar a ingestão das PAEs, para serem usadas até os implantes serem colocados.

† Nos locais em que se recomende rotineiramente uma consulta seis semanas após o parto e outras oportunidades de se obter contracepção sejam limitadas, alguns profissionais e programas de saúde poderão colocar implantes nesta consulta após seis semanas, sem maiores evidências de que a mulher não esteja grávida, caso sua menstruação ainda não tenha retornado.

Aconselhamento acerca dos Efeitos Colaterais

IMPORTANTE: O aconselhamento completo a respeito de mudanças na menstruação e outros efeitos colaterais devem ocorrer antes da colocação dos implantes. A orientação sobre alterações no sangramento talvez seja a ajuda mais importante que uma mulher necessita para continuar utilizando o método.

Descreva os efeitos colaterais mais comuns

- Mudanças em seu padrão de menstruação:
 - Menstruação irregular que dura mais de 8 dias de cada vez no primeiro ano.
 - Posteriormente, menstruação regular, ocasional ou ausência total de menstruação.
- Dores de cabeça, dor abdominal, sensibilidade dos seios e, possivelmente, outros efeitos colaterais.

Explique tais efeitos colaterais

- Efeitos colaterais não são sinais de doença.
- A maioria dos efeitos colaterais geralmente perde intensidade ou cessam no primeiro ano.
- São comuns, mas algumas mulheres não os apresentam.
- A cliente pode retornar e solicitar ajuda caso os efeitos colaterais a incomodem.



Colocação de Implantes

Explicação Sobre o Procedimento de Inserção para Jadelle e Norplant

Uma mulher que tenha optado por implantes precisa saber o que vai acontecer durante a colocação. A descrição a seguir poderá ajudar a explicar o procedimento a ela. Para se aprender a colocar e remover implantes é necessário treinamento e prática sob estrita supervisão. Portanto, esta descrição é apenas um resumo não representando as instruções detalhadas.

A colocação de implantes geralmente leva apenas alguns minutos, mas pode às vezes demorar mais, dependendo da habilidade do profissional. É rara a ocorrência de complicações associadas ao procedimento e estas também dependem da habilidade do profissional. (O Implanon é colocado utilizando-se um instrumento de aplicação especial, semelhante a uma seringa. Não requer uma incisão.)



1. O profissional utiliza procedimentos apropriados para a prevenção de infecções.



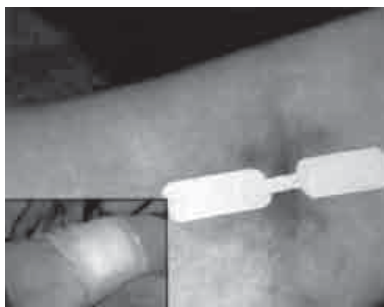
2. A mulher recebe uma injeção de anestésico local sob a pele de seu braço a fim de evitar que sinta dor durante a colocação dos implantes. Esta injeção pode arder. Ela permanece completamente acordada ao longo de todo o procedimento.



3. O profissional faz uma pequena incisão na pele, no lado de dentro do antebraço.



4. O profissional insere os implantes sob a pele. A mulher poderá sentir um pouco de pressão ou repuxo.



5. Depois de todos os implantes serem inseridos, o profissional fecha a incisão com uma bandagem adesiva. Não é necessário dar pontos. A incisão é coberta com um tecido seco e o braço é envolvido com gaze.

Remoção de Implantes

IMPORTANTE: Os profissionais de saúde não devem recusar ou retardar o pedido de remoção dos implantes de uma mulher, não importando o motivo, seja ele de ordem pessoal ou médica. Todos os funcionários devem compreender e estar de acordo que uma usuária não deve ser pressionada ou forçada a continuar utilizando implantes.

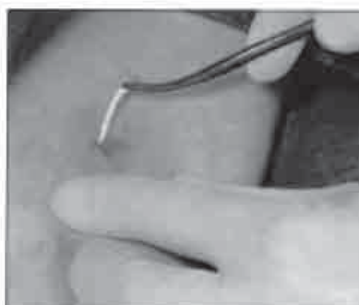
Explicação do Procedimento de Remoção

Uma mulher precisa saber o que vai acontecer durante a remoção. A descrição a seguir pode ajudar a explicar o procedimento a ela. O mesmo procedimento de remoção é utilizado em todos os tipos de implantes.

1. O profissional utiliza procedimentos apropriados a fim de prevenir infecções.
2. A mulher recebe uma injeção de anestésico local sob a pele de seu braço a fim de evitar que sinta dor durante a remoção dos implantes. Esta injeção poderá arder. Ela permanece inteiramente acordada ao longo de todo o procedimento.



3. O profissional de saúde faz uma pequena incisão na pele no lado de dentro de seu antebraço, próximo ao local da inserção.



4. O profissional utiliza um instrumento para extrair cada um dos implantes. A mulher poderá sentir repuxo, dor ligeira ou sensibilidade durante o procedimento e por alguns dias depois.
5. O profissional fecha a incisão com uma bandagem adesiva. Não é necessário dar pontos. Pode-se colocar uma bandagem de elástico por cima da bandagem adesiva a fim de aplicar um pouco de pressão por 2 ou 3 dias e evitar que inche.

Caso a mulher queira colocar novos implantes, os mesmos serão posicionados acima ou abaixo do local dos implantes anteriores ou no outro braço.

Apoio à Usuária

Fornecimento de Instruções Específicas

Mantenha o braço seco	• Mantenha a área da inserção seca por 4 dias. Ela poderá tirar a bandagem elástica ou a gaze após 2 dias e a bandagem adesiva depois de 5 dias.
Deve-se esperar inflamação, equimose	• Quando passar o efeito do anestésico, o braço dela poderá ficar inflamado por alguns dias. Ela também poderá apresentar inchaço e equimose no local da inserção. Isto é comum e desaparecerá sem tratamento.
Duração da prevenção de gravidez	• Converse sobre um modo dela se lembrar a data de retorno. Dê a cada mulher as seguintes informações por escrito num cartão-lembrete, tal como o mostrado abaixo, se possível, e explique: – O tipo de implante que ela recebeu – A data da colocação – O mês e o ano em que os implantes deverão ser removidos ou substituídos – Onde ir caso ela tenha problemas ou dúvidas a respeito dos implantes
Os implantes devem ser removidos antes que comecem a perder sua eficácia	• Retorne ou consulte outro profissional antes que os implantes comece perder sua eficácia (para realizar a remoção ou, caso deseje, a substituição).

Cartão de Lembrete de Implantes

Nome da cliente: _____

Tipo de implante: _____

Data da colocação: _____

Remover ou substituir em: Mês Ano

Caso venha a ter algum problema ou dúvida, dirija-se a:

(nome e local do serviço)

“Volte Quando Quiser”: Motivos para Retornar

Encoraje cada cliente para que se sinta à vontade para retornar quando quiser—por exemplo, caso ela tenha problemas, dúvidas ou queira usar outro método; caso tenha alguma alteração importante em sua saúde; ou caso ela ache que possa estar grávida. Também deve voltar caso:

- Ela sinta dor, calor, tenha pus ou vermelhidão no local da inserção que se agrave ou não desapareça, ou caso ela veja uma haste saindo pela pele.
- Ela tenha ganhado muito peso. Isto poderá diminuir o período de tempo em que o implante terá uma eficácia elevada.

Orientação geral de saúde: qualquer mulher que ache que algo muito grave esteja acontecendo com sua saúde deve buscar atendimento médico imediatamente junto a uma enfermeira ou médico. É provável que o método anticoncepcional usado por ela não seja a causa do problema, mas ela deve contar à enfermeira ou ao médico qual método ela está utilizando.

Ajuda às Usuárias

IMPORTANTE: Não há necessidade de consulta de retorno rotineira até o momento de remover os implantes. No entanto, a cliente deve ser explicitamente convidada a retornar a qualquer hora que desejar.

1. Pergunte à cliente como está sendo a utilização do método e se ela está satisfeita. Pergunte se ela tem dúvidas ou alguma coisa sobre a qual queira conversar.
2. Pergunte particularmente se ela está preocupada com as alterações na menstruação. Forneça a ela quaisquer informações ou ajuda que ela necessite (ver Como Lidar com Problemas, p. 124).
3. A uma cliente antiga, pergunte se ela teve algum novo problema de saúde desde a última consulta. Trate destes problemas ou encaminhe a mulher a outro serviço, quando necessário. No caso de novos problemas de saúde que requeiram a troca de métodos, ver p. 127.
4. A uma cliente antiga, pergunte acerca de mudanças importantes em sua vida que possam afetar suas necessidades—particularmente seus planos de ter filhos e risco de DST/HIV. Faça o acompanhamento necessário.
5. Se possível, pese a cliente que está utilizando implantes Jadelle ou Norplant. Se seu peso tiver se alterado o suficiente para prejudicar a duração da eficácia de seus implantes, atualize seu cartão-lembrete, caso ela possua um, ou forneça-lhe um novo cartão-lembrete com a data correta (ver Questão 9, p. 130).
6. Se ela quiser continuar utilizando implantes e não nenhum problema médico que a impeça de fazê-lo, lembre-a do tempo restante pelo qual seus implantes a protegerão contra gravidez.

Como Lidar com Problemas

Problemas Relatados como Efeitos Colaterais ou Complicações

Podem ser ou não devidos ao método.

- Problemas com efeitos colaterais afetam a satisfação das mulheres e o uso de implantes. Eles merecem a atenção do profissional/serviço de saúde. Caso a cliente relate efeitos colaterais ou complicações, ouça suas preocupações, aconselhe-a e, se conveniente, trate-os.
- Ofereça ajuda à cliente na escolha de outro método—na hora, caso ela assim o

Menstruação irregular (sangramento em momentos inesperados que incomodam a usuária)

- Assegure a ela que muitas mulheres que utilizam implantes apresentam sangramento irregular. Não é prejudicial e geralmente perde intensidade ou cessa após o primeiro ano de uso.
- Para um modesto alívio de curto prazo, ela poderá tomar 800 mg de ibuprofeno ou 500 mg de ácido mefenâmico 3 vezes por dia após as refeições por 5 dias, começando quando o sangramento irregular tiver início.
- Se estes medicamentos não a ajudarem, ela poderá tentar uma das seguintes recomendações, começando quando o sangramento irregular tiver início:
 - Anticoncepcionais orais combinados com o progestógeno levonorgestrel. Peça a ela para tomar uma pílula diariamente por 21 dias.
 - 50 µg de etinilestradiol diariamente por 21 dias.
- Se o sangramento irregular continuar ou começar após vários meses de menstruação normal ou ausência de menstruação, ou caso se suspeite que haja algo errado por outros motivos, deve-se considerar as condições subjacentes que não estejam relacionadas ao uso do método (ver Sangramento vaginal inexplicável, p. 127).

Ausência de menstruação

- Faça-a entender que algumas mulheres que utilizam implantes deixam de ter menstruação e que isso não é algo prejudicial. Não há necessidade de perder sangue todo mês. É algo parecido com a ausência de menstruação durante a gravidez. Ela não está estéril. O sangue não está se acumulando dentro dela. (Algumas mulheres ficam felizes por estarem livres da menstruação.)

Menstruação intensa ou prolongada (o dobro do usual ou com duração superior a 8 dias)

- Assegure a ela que algumas mulheres que utilizam implantes apresentam menstruação intensa ou prolongada. De modo geral, não é algo prejudicial e normalmente perde intensidade ou cessa após alguns meses.
- Para um modesto alívio de curto prazo, ela poderá tentar um dos tratamentos indicados para menstruação irregular; acima, começando quando o sangramento intenso tiver início. Os anticoncepcionais orais combinados com 50 µg de etinilestradiol podem funcionar melhor que as pílulas de menor dosagem.

- Para evitar que ocorra anemia, sugira que ela tome tabletes de ferro e diga que é importante que ela coma alimentos que contenham ferro, tais como carne e aves (especialmente carne bovina e fígado de frango), peixe, folhas verdes e legumes (feijões, tofu, lentilhas e ervilhas).
- Se o sangramento intenso ou prolongado continuar ou começar após vários meses de menstruação normal ou ausência de dela, ou caso se suspeite que haja algo errado por outros motivos, deve-se considerar as condições subjacentes que não estejam relacionadas ao uso do método (ver Sangramento vaginal inexplicável, p. 127).

Dores de cabeça comuns (que não seja enxaqueca)

- Sugira aspirina (325–650 mg), ibuprofeno (200–400 mg), paracetamol (325–1000 mg) ou outro analgésico.
- Deve-se avaliar quaisquer dores de cabeça que se agravem ou ocorram com maior frequência durante o uso de implantes.

Dor abdominal moderada

- Sugira aspirina (325–650 mg), ibuprofeno (200–400 mg), paracetamol (325–1000 mg) ou outro analgésico.
- Considere as soluções localmente disponíveis.

Acne

- Se a cliente deseja parar de usar implantes por causa da acne, ela poderá considerar a possibilidade de mudar para AOCs. A acne de muitas mulheres melhora com o uso de AOCs.
- Considere as soluções localmente disponíveis.

Alteração do peso

- Analise a dieta e faça o aconselhamento necessário.

Sensibilidade dos Seios

- Recomende que ela use um sutiã firme (inclusive durante exercício físico intenso e o sono).
- Tente fazer compressas quentes ou frias.
- Sugira aspirina (325–650 mg), ibuprofeno (200–400 mg), paracetamol (325–1000 mg) ou outro analgésico.
- Considere soluções localmente disponíveis.

Alterações de humor ou do desejo sexual

- Pergunte sobre mudanças em sua vida que pudessem afetar seu humor ou desejo sexual, inclusive mudança no relacionamento com o seu parceiro. Dê-lhe o apoio necessário.
- Clientes que apresentam alterações agudas de humor como, por exemplo, depressão intensa, devem ser encaminhadas para atendimento.
- Considere as soluções localmente disponíveis.

Náusea ou tontura

- Considere as soluções localmente disponíveis.

Dor após a inserção ou remoção

- No caso de dor após a inserção, verifique se a bandagem ou a gaze em seu braço não está muito apertada.
- Coloque uma nova bandagem no braço e aconselhe-a a evitar pressão sobre o local durante alguns dias.
- Forneça-lhe aspirina (325–650 mg), ibuprofeno (200–400 mg), paracetamol (325–1000 mg) ou outro analgésico.

Infecção no local da inserção (vermelhidão, calor, dor, pus)

- Não remova os implantes.
- Limpe a área infectada com água e sabão ou antisséptico.
- Forneça antibióticos orais por 7 a 10 dias.
- Peça à cliente para retornar após ter tomado todos os antibióticos caso a infecção não ceda. Se a infecção não tiver desaparecido, remova os implantes ou encaminhe-a para remoção.
- Frequentemente, uma infecção é seguida por uma expulsão total ou parcial dos implantes. Peça à cliente para retornar caso ela perceba que um implante está saindo.

Abscesso (bolsão de pus sob a pele devido a infecção)

- Limpe a área com antisséptico.
- Faça um corte (incisão) para abrir e drenar o abscesso.
- Trate a ferida.
- Forneça antibióticos orais por 7 a 10 dias.
- Peça à cliente para retornar após ter tomado todos os antibióticos caso ela sinta calor, vermelhidão, dor ou drenagem da ferida. Se a infecção não tiver desaparecido quando ela retornar, remova os implantes ou encaminhe-a para remoção.

Expulsão (quando um ou mais implantes começa(m) a sair do braço)

- É raro acontecer. Geralmente ocorre alguns meses depois da inserção ou quando há infecção.
- Se não houver infecção, substitua a cápsula ou haste expelida através de uma nova incisão próxima das outras hastes ou cápsulas, ou encaminhe-a para substituição.

Dor aguda na parte inferior do abdômen (suspeita de gravidez ectópica ou cistos ou folículos ovarianos aumentados)

- Muitas situações podem provocar dor abdominal aguda. Fique particularmente atento ao aumento de sinais ou sintomas de gravidez ectópica, que é rara, mas que pode oferecer risco de vida (ver Pergunta 7, p. 129).

- Nos estágios iniciais da gravidez ectópica, os sintomas podem estar ausentes ou serem moderados, mas ao final se agravarão. Uma combinação sinais ou sintomas a seguir devem elevar a suspeita de gravidez ectópica:
 - Dor ou sensibilidade abdominal incomum
 - Sangramento vaginal anormal ou ausência de menstruação—especialmente se se tratar de uma alteração do padrão usual de menstruação da mulher
 - Zonzeira ou tontura
 - Desmaios
- Se houver suspeita de gravidez ectópica ou outro problema de saúde grave, encaminhe-a imediatamente para diagnóstico e pronto-atendimento. (Ver Esterilização Feminina, Como Lidar com Gravidez Ectópica, p. 179, para obter mais informações sobre gravidez ectópica.)
- A dor abdominal poderá ser causada por outros problemas tais como cisto ou aumento dos folículos ovarianos.
 - Uma mulher pode continuar a utilizar implantes durante a avaliação.
 - Não há necessidade de tratar cistos ou aumento dos folículos ovarianos a menos que cresçam de maneira anormal, se torçam ou estoureem. Explique à cliente que eles geralmente desaparecem sozinhos. Para certificar-se de que o problema esteja sendo resolvido, solicite nova consulta de controle com a cliente em 6 semanas, se possível.

Novos Problemas que Possam Requerer a Troca de Método

Podem ou não ser devidos ao método.

Sangramento vaginal inexplicável (que sugere um problema médico não relacionado ao método) ou sangramento intenso ou prolongado

- Encaminhe ou avalie de acordo com a história e exame pélvico. Diagnostique e trate da maneira apropriada.
- Se não for possível detectar a causa do sangramento, deve-se considerar a remoção dos implantes a fim de facilitar o diagnóstico. Forneça outro método de sua escolha para que ela o utilize até que o problema seja avaliado e tratado (mas não injetáveis só de progestógeno ou um DIU com cobre ou hormonal).
- Se o sangramento é causado por uma doença sexualmente transmissível ou inflamação pélvica, ela poderá continuar usando implantes durante o tratamento.

Em início de tratamento com anticonvulsivantes ou rifampicina

- Barbitúricos, carbamazepina, oxcarbazepina, fenitoína, primidona, topiramato ou rifampicina podem diminuir a eficácia dos implantes. Caso estes medicamentos estejam sendo usados por um longo tempo, ela talvez queira utilizar um método diferente, tal como os injetáveis mensais, injetáveis só de progestógeno ou um DIU com cobre ou hormonal.
- Se estiver usando tais medicamentos por pouco tempo, ela poderá usar um método

de apoio juntamente com os implantes.

Dores de Cabeça com Enxaqueca (ver Identificação de Dores de Cabeça e Auras por Enxaqueca, p. 368)

- Se ela tiver dores de cabeça do tipo enxaqueca com sem aura, ela poderá continuar utilizando implantes, se desejar
- Se ela tiver aura causada por enxaqueca, remova os implantes. Ajude-a escolher outro método sem hormônios.

Certos problemas de saúde graves (suspeita coágulos sanguíneos em veias profundas das pernas ou dos pulmões, doença hepática ou câncer de mama). Ver Sinais e Sintomas de Problemas Graves de Saúde, p. 320.

- Remova os implantes ou encaminhe-a para remoção.
- Forneça-lhe um método de apoio até que o problema seja avaliado.
- Encaminhe-a para diagnóstico e atendimento caso isto ainda não tenha sido feito.

Doença cardíaca devido a artérias bloqueadas ou estreitas (doença cardíaca isquêmica) ou derrame (acidente vascular cerebral)

- Uma mulher que apresente uma destas condições pode, com segurança, começar a usar implantes. Se, entretanto, o problema aparecer enquanto ela estiver usando implantes:
 - Remova os implantes ou encaminhe-a para remoção.
 - Ajude-a a escolher um método sem hormônios.
 - Encaminhe-a para diagnóstico e atendimento caso isso ainda não tenha sido feito.

Suspeita de gravidez

- Avalie se há gravidez, inclusive gravidez ectópica.
- Remova os implantes ou encaminhe-a para remoção caso ela queira levar a gravidez até o fim.
- Não há riscos conhecidos ao feto concebido no período em que uma mulher tenha

Perguntas e Respostas sobre Implantes

1. As usuárias de implantes necessitam de consultas de acompanhamento?

Não. Não é necessário realizar consultas periódicas de rotina no caso de usuárias de implante. Consultas anuais podem ser úteis para outros tipos de atendimento preventivo, mas não são obrigatórias. Naturalmente, as mulheres devem ser encorajadas a retornar a qualquer instante se tiverem dúvidas.

2. Os implantes podem ser deixados permanentemente no braço de uma mulher?

De modo geral, não se recomenda deixar os implantes no local além de sua vida útil e eficaz, caso a mulher continue em risco de engravidar. Os implan-

tes em si não oferecem perigo, mas à medida que os níveis de hormônio nos implantes diminuem, eles vão perdendo pouco a pouco sua eficácia.

3. Os implantes causam câncer?

Não. Os estudos não demonstraram aumento do risco de qualquer tipo de câncer em função do uso de implantes.

4. Quanto tempo uma mulher leva para engravidar depois de remover os implantes?

As mulheres que param de usar implantes podem engravidar com a mesma rapidez das mulheres que param de utilizar métodos não hormonais. Os implantes não retardam o retorno da fertilidade de uma mulher depois de serem removidos. O padrão de menstruação que uma mulher tinha antes de utilizar implantes geralmente retorna depois dos mesmos serem removidos. Algumas mulheres podem ter que esperar alguns meses antes que sua menstruação volte ao padrão usual.

5. Os implantes causam defeitos ou malformações de nascença? O feto será prejudicado caso uma mulher engravide acidentalmente estando com implantes colocados em seu corpo?

Não. Evidências seguras demonstram que os implantes não provocarão defeitos ou malformações de nascença nem prejudicarão de qualquer forma o feto caso uma mulher engravide enquanto estiver utilizando implantes ou se colocar implantes acidentalmente quando ela já estiver grávida.

6. Os implantes podem se deslocar pelo corpo da mulher ou sair de seu braço?

Os implantes não se deslocam pelo corpo da mulher. Os implantes permanecem no local onde foram inseridos até que sejam removidos. Raramente, uma haste poderá começar a sair, a maioria acontecendo com mais frequência nos primeiros 4 meses após a inserção. Isto geralmente ocorre porque não foram bem colocados ou por causa de uma infecção no local da inserção. Nestes casos, a mulher observará os implantes saindo. Algumas mulheres poderão apresentar uma súbita alteração em seu padrão de menstruação. Caso a mulher perceba uma haste saindo de seu braço, ela deve começar a utilizar um método de apoio e retornar à clínica imediatamente.

7. Os implantes aumentam o risco de gravidez ectópica?

Não. Ao contrário, os implantes reduzem grandemente o risco de gravidez ectópica. Gravidezes ectópicas são extremamente raras entre usuárias de implantes. A taxa de gravidez ectópica entre mulheres com implantes é de 6 por 100.000 mulheres por ano. A taxa de gravidez ectópica entre mulheres nos Estados Unidos que não utilizam nenhum método contraceptivo é de 650 em cada 100.000 mulheres por ano. Nas raras ocasiões em que os implantes falham e ocorre uma gravidez, 10 a 17 de cada 100 destas gravidezes são ectópicas. Deste modo, a grande maioria de gravidezes após uma falha de implantes não é ectópica. Ainda assim, uma gravidez ectópica pode colocar em risco a vida da mulher, por isso o profissional de saúde deve estar ciente de que há possibilidade de gravidez ectópica caso os implantes falhem.

8. Os implantes alteram o humor ou o desejo sexual de uma mulher?

Geralmente, não. Algumas mulheres que utilizam implantes relatam estas queixas. Entretanto, a grande maioria das usuárias de implantes não relata tais alterações e algumas relatam que tanto o humor quanto o desejo sexual melhoraram. É difícil estabelecer se tais alterações se devem aos implantes ou a outros motivos. Não há evidências de que os implantes afetem o comportamento sexual das mulheres.

9. Mulheres acima do peso devem evitar os implantes?

Não. Estas mulheres devem saber, contudo, que precisarão substituir os implantes Jadelle ou Norplant antes a fim de manter um elevado nível de proteção contra gravidez. Em estudos sobre os implantes Norplant as taxas de gravidez entre mulheres que pesavam 70–79 kg eram de 2 por 100 mulheres no sexto ano de uso. Tais mulheres devem substituir seus implantes, se o quiserem, após 5 anos. Entre mulheres que utilizavam implantes Norplant or Jadelle e que pesavam 80 kg ou mais, a taxa de gravidez era de 6 por 100 no quinto ano de uso. Estas mulheres devem substituir seus implantes após 4 anos. Os estudos sobre Implanon não constataram que o peso diminua a eficácia durante a vida útil testada e informada para este tipo de implante.

10. O que deve ser feito caso uma usuária de implantes tenha um cisto ovariano?

A grande maioria de cistos não é de cistos verdadeiros, mas de fato, trata-se de estruturas repletas de fluidos no ovário (folículos) que continuam a crescer acima do tamanho usual num ciclo menstrual normal. Eles podem provocar um pouco de dor abdominal moderada, mas só exigem tratamento se atingirem um tamanho muito acima do normal, se retorcerem ou irromperem. Estes folículos geralmente desaparecem sem tratamento (ver Dor aguda na parte inferior do abdômen, p. 126).

11. Quando os implantes Norplant deixarão de ser produzidos?

O fabricante pretende produzir implantes Norplant até 2011 e espera substituir o mesmo por um novo produto, o Jadelle. Os implantes Jadelle são semelhantes ao Norplant (ver Comparação de Implantes, p. 360). O Jadelle é mais fácil e mais rápido de colocar e remover porque tem apenas 2 hastes, se comparadas às 6 cápsulas do Norplant. Um estudo constatou que os profissionais de saúde podem facilmente passar do Norplant ao fornecimento de Jadelle. Eles inclusive preferiram a maior facilidade da colocação e remoção de Jadelle.

12. Uma mulher pode trabalhar logo após ter colocado implantes?

Sim, uma mulher pode realizar seu trabalho usual imediatamente após sair da clínica contanto que ela não bata no local da inserção nem o molhe.

13. Uma mulher precisa passar por um exame pélvico antes de poder colocar implantes?

Não. Ao invés disso, fazer as perguntas certas poderá ajudar ao profissional de saúde a ter certeza razoável de que ela não está grávida (ver Lista de Verificação de Gravidez, p. 372). Nenhuma situação que possa ser detectada por um exame pélvico exclui a utilização de implantes.

Dispositivo Intrauterino com Cobre

Este capítulo descreve basicamente o dispositivo intrauterino TCU-380A (com relação ao Dispositivo Intrauterino de Levonorgestrel, ver p. 157).

Pontos Básicos para Profissionais/Serviços de Saúde e Clientes

- **Proteção de longo prazo contra gravidez.** Demonstrou ser muito eficaz por 12 anos, sendo imediatamente reversível.
- **É colocado no útero por um profissional especificamente treinado para tal.**
- **Pouca ação requerida da cliente uma vez que o DIU tenha sido colocado.**
- **Mudanças na menstruação são comuns.** Tipicamente, ocorre sangramento mais longo e intenso e mais cólicas ou dor durante a menstruação, especialmente nos primeiros 3 a 6 meses.

9

Dispositivo Intrauterino com Cobre

O Que É o Dispositivo Intrauterino?

- O dispositivo intrauterino (DIU) com cobre é uma pequena estrutura de plástico flexível com a forma da letra T com um fio de cobre na haste vertical do T e tubinhos de cobre em cada braço horizontal. Um profissional de saúde especificamente treinado para tal insere o DIU no útero da mulher através de sua vagina e cérvix.
- Quase todos os tipos de DIU possuem um ou dois fios amarrados aos mesmos. Os fios ficam pendurados pelo cérvix até a vagina.
- Funciona basicamente provocando uma alteração química que danifica o espermatozoide e o óvulo antes que eles se encontrem.

Qual a Eficácia?

Um dos métodos mais eficazes e duradouros:

- Ocorre menos de 1 gravidez por 100 mulheres que utilizam DIU durante o primeiro ano (6 a 8 por 1.000 mulheres). Isto significa que de 992 a 994 de cada 1.000 mulheres que utilizam DIU não engravidarão.



- Um pequeno risco de gravidez permanece além do primeiro ano de uso e continua durante o tempo em que uma mulher utiliza o DIU.
 - Mais de 10 anos de uso do DIU: cerca de 2 gravidezes por 100 mulheres
- Estudos constataram que o TCU-380A é eficaz por 12 anos. Entretanto, o TCU-380A indica, em seu rótulo, validade por até 10 anos de uso. (Os profissionais de saúde devem seguir as diretrizes programáticas com relação à época em que o DIU deve ser removido.)

Retorno da fertilidade depois que o DIU é removido: não há demora
Proteção contra doenças sexualmente transmissíveis (DSTs): nenhuma

Efeitos colaterais, Benefícios e Riscos à Saúde e Complicações

Efeitos colaterais (ver Como Lidar com Problemas, p. 149)

Algumas usuárias relatam o seguinte:

- Alterações nos padrões de menstruação (especialmente nos primeiros 3 a 6 meses), dentre as quais:
 - Sangramento prolongado e intenso
 - Sangramento irregular
 - Mais cólicas e dor durante a menstruação

Benefícios à Saúde Conhecidos

Ajuda a proteger contra:

- Riscos de gravidez
- Pode ajudar a proteger contra:
- Câncer da membrana que recobre a parede da cavidade uterina (câncer de endométrio)

Riscos à Saúde Conhecidos

Incomuns:

- Pode contribuir para ocorrência de anemia caso a mulher já tenha baixas reservas de ferro no sangue e o DIU provoque menstruação mais intensa

Raros:

- Poderá ocorrer doença inflamatória pélvica (DIP) caso a mulher tenha clamídia ou gonorréia no momento da colocação do DIU

Complicações

Raras:

- Perfuração da parede do útero pelo DIU ou por instrumento utilizado na colocação. Geralmente cura-se sem tratamento.
- Aborto espontâneo, parto prematuro ou infecção na rara eventualidade de a mulher engravidar tendo colocado um DIU.

Desfazendo mito (ver também Perguntas e Respostas, p. 154)

Os dispositivos intrauterinos:

- Raramente conduzem a uma DIP.
- Não aumentam o risco de contrair DSTs, inclusive HIV.
- Não aumentam o risco de aborto espontâneo quando a mulher engravida depois do DIU ser removido.
- Não tornam a mulher estéril.
- Não causam defeitos ou malformações de nascença
- Não causam câncer.
- Não se deslocam até o coração ou o cérebro
- Não causam desconforto ou dor para a mulher durante o sexo.
- Reduzem substancialmente o risco de gravidez ectópica.

Porque Algumas Mulheres Dizem que Gostam do DIU

- Previne a gravidez com muita eficácia
- É duradouro
- Não há custos adicionais depois do DIU ser colocado
- Não requer que a usuária faça nada uma vez colocado o DIU



Quem Pode e Quem Não Pode Usar DIU com Cobre

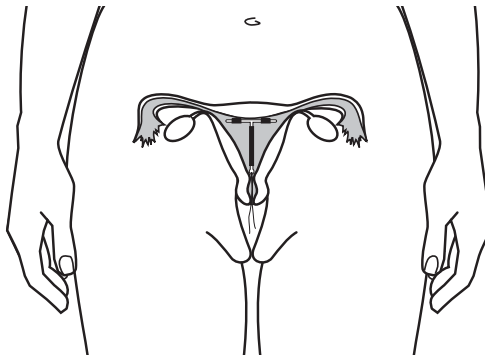
Seguro e Adequado para Quase Todas as Mulheres

A maioria das mulheres podem usar DIUs com segurança e eficácia, incluindo-se entre elas mulheres que:

- Tenham ou não tido filhos
- Não sejam casadas
- De qualquer idade, inclusive adolescentes e mulheres acima dos 40 anos
- Tenham acabado de passar por um aborto espontâneo ou induzido (se não houver evidência de infecção)
- Estejam amamentando
- Executem trabalhos físicos pesados
- Tenham tido uma gravidez ectópica
- Tenham tido uma doença inflamatória pélvica (DIP)
- Tenham infecções vaginais
- Tenham anemia
- Estejam infectadas com o HIV ou em terapia anti-retroviral e bem de saúde (ver DIUs para Mulheres com HIV, p. 138)

As mulheres podem começar a utilizar DIUs:

- Sem testes para DSTs
- Sem teste do HIV
- Sem quaisquer exames de sangue ou outros testes laboratoriais de rotina
- Sem testes preventivos para câncer cervical
- Sem exame das mamas



CrITÉRIOS MÉDICOS DE Elegibilidade para Uso dos DIUs com Cobre

Faça à cliente as perguntas abaixo quanto a problemas médicos que sejam do seu conhecimento. Caso ela responda “não” para todas as perguntas, significa que ela pode colocar um DIU se assim desejar. Caso ela responda “sim” a alguma questão, siga as instruções indicadas. Em alguns casos mesmo assim ela poderá colocar um DIU. Estas perguntas também se aplicam ao DIU de levonorgestrel (ver p. 160).

1. Você deu à luz há mais de 48 horas e há menos de 4 semanas?

- ☐ NÃO ☐ **SIM** Retarde a colocação de um DIU até atingir 4 ou mais semanas depois do parto (ver Logo após o parto, p. 140).

2. Você teve uma infecção que se seguiu ao parto ou aborto?

- ☐ NÃO ☐ **SIM** Se ela apresentar, no momento, uma infecção dos órgãos reprodutivos durante as primeiras 6 semanas após o parto (sepsia puerperal) ou ela acaba de ter uma infecção no útero provocada por um aborto (aborto séptico), não insira o DIU. Trate ou encaminhe caso ela não tenha recebido o atendimento necessário. Ajude-a a escolher outro método ou ofereça um método de apoio.* Após o tratamento, reavalie a possibilidade de utilizar o DIU.

3. Você tem sangramento vaginal que é incomum para você?

- ☐ NÃO ☐ **SIM** Se ela tiver sangramento vaginal inexplicável que sugira gravidez ou um problema médico subjacente, o uso de um DIU poderia dificultar o diagnóstico e o monitoramento de qualquer tratamento. Ajude-a a escolher um método a ser usado enquanto o problema estiver sendo avaliado e tratado (mas não um DIU hormonal, injetáveis só de progestógeno ou implantes). Após o tratamento, reavalie a possibilidade de utilizar o DIU.

4. Você tem alguma condição ou problema ginecológico ou obstétrico, tais como câncer genital ou tuberculose pélvica? Em caso afirmativo, quais problemas?

- ☐ NÃO ☐ **SIM** Se houver conhecimento de câncer cervical, endometrial ou ovariano; doença trofoblástica gestacional; tuberculose pélvica: Não insira um DIU. Trate ou encaminhe para atendimento caso isto ainda não tenha sido feito. Ajude-a a escolher outro método. No caso de tuberculose pélvica, reavalie a possibilidade de utilizar o DIU após o tratamento.

(Continua na próxima página)

* Entre os métodos de apoio estão a abstinência, preservativos masculinos e femininos, espermicidas e “coito interrompido” (retirada do pênis antes de ejacular). Diga a ela que os espermicidas e o coito interrompido são os métodos contraceptivos menos eficazes. Se possível, forneça-lhe preservativos.

5. Você tem Aids?

- ☐ **NÃO** ☐ **SIM** Não insira um DIU se ela tiver Aids a menos que ela esteja clinicamente bem e em terapia anti-retroviral. Caso ela esteja infectada com HIV mas não tenha Aids, ela poderรก usar o DIU. Se uma mulher que tem um DIU colocado desenvolver Aids, ela poderรก manter o DIU (ver DIUs para Mulheres com HIV, p. 138).

6. Avalie se ela tem risco individual muito alto de gonorréia ou clamídia.

Mulheres que apresentam uma probabilidade individual muito alta de exposiço a gonorréia ou clamídia não devem colocar um DIU (ver Avaliaço de Mulheres quanto ao Risco de Doenças Sexualmente Transmissíveis, p. 138).

7. Avalie se a cliente pode estar grávida.

Faça à cliente as perguntas constantes na lista de verificaço de gravidez (ver p. 372). Se ela responder “sim” a alguma das questões, ela poderรก colocar um DIU (ver também Quando Começar, p. 140).

Para obter as classificaçoes completas, ver Crerios Mcdicos de Elegibilidade para Uso de Anticoncepcionais, p. 324. Não deixe de explicar os benefcios e riscos à saúde bem como os efeitos colaterais do método que a cliente utilizarรก. Além disso, destaque quaisquer situaçoes que possam tornar o método desaconselhável, quando relevante para a cliente.

Uso de Critério Clínico em Casos Especiais

Geralmente, uma mulher que apresente qualquer um dos fatores relacionados abaixo não deveria colocar um DIU. Em circunstâncias especiais, entretanto, quando outros métodos, mais apropriados, não estiverem disponíveis ou sejam aceitáveis para ela, um profissional de saúde qualificado que tenha condiçoes de avaliar cuidadosamente a situaço e as condiçoes específicas de uma mulher poderรก decidir quanto ao uso de um DIU. O profissional de saúde precisa levar em consideraço a gravidade de sua condiço e, na maioria das situaçoes, se ela terá acesso a acompanhamento.

- Entre 48 horas e 4 semanas após o parto
- Doença trofoblástica gestacional não cancerígena (benigna)
- Câncer ovariano no momento
- Apresenta risco individual muito elevado de gonorréia ou clamídia no momento da inserço
- Tem Aids, não está em terapia anti-retroviral e está clinicamente bem

Perguntas de Triagem para Exame Pélvico antes da Inserção de DIU

Ao realizar o exame pélvico, responder às perguntas abaixo ajuda a verificar se há sinais de problemas que poderiam excluir a colocação de um DIU. Se a resposta a todas as questões for “não,” então a cliente poderá colocar um DIU. Se a resposta a alguma questão for “sim,” não faça a inserção do DIU.

Para as perguntas de 1 a 5, se a resposta for “sim,” encaminhe-a para diagnóstico e tratamento conforme apropriado. Ajude-a a escolher outro método e aconselhe-a sobre o uso de preservativos caso ela enfrente risco de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs). Forneça-lhe preservativos, se possível. Se for confirmada uma DST ou doença inflamatória pélvica (DIP) e ela ainda queira um DIU, o mesmo poderá ser colocado assim que ela tiver alta do tratamento, caso ela não ofereça risco de reinfecção antes da inserção.

1. Há algum tipo de úlcera na vulva, vagina ou cérvix?

☐ NÃO ☐ **SIM** Possibilidade de DST.

2. A cliente sente dor na parte inferior do abdômen quando move o cérvix?

☐ NÃO ☐ **SIM** Possibilidade de DIP.

3. Há sensibilidade no útero, ovários ou nas trompas (sensibilidade nos anexos)?

☐ NÃO ☐ **SIM** Possibilidade de DIP.

4. Há descarga cervical purulenta?

☐ NÃO ☐ **SIM** Possibilidade de DST ou DIP.

5. O cérvix sangra com facilidade quando se toca nele?

☐ NÃO ☐ **SIM** Possibilidade de DST ou câncer cervical.

6. Há alguma anormalidade anatômica da cavidade uterina que impeça a correta inserção do DIU?

☐ NÃO ☐ **SIM** Se houver uma anormalidade anatômica que distorça a cavidade uterina, talvez não seja possível realizar a colocação adequada do DIU. Ajude-a a escolher outro método.

7. Você não conseguiu determinar o tamanho e/ou a posição do útero?

☐ NÃO ☐ **SIM** Determinar o tamanho e a posição do útero antes da inserção do DIU é fundamental para assegurar uma boa colocação do mesmo e minimizar o risco de perfuração. Caso o tamanho e a posição não possam ser determinados, não insira um DIU. Ajude-a a escolher outro método.

Dispositivos Intrauterinos para Mulheres com HIV

- Mulheres que tenha risco de contrair ou estejam infectadas com o HIV podem, com segurança, colocar um DIU.
- Mulheres que tenham Aids, estejam em terapia anti-retroviral (ARV) e estejam clinicamente bem pode, com segurança, colocar um DIU.
- Mulheres quem tenham Aids mas não estejam em terapia ARV ou que não estejam clinicamente bem não devem colocar o DIU.
- Caso uma mulher desenvolva Aids durante o tempo em que esteja utilizando um DIU, o mesmo não precisa ser removido.
- As usuárias de DIU com Aids devem ser monitoradas quanto a doença inflamatória pélvica.
- Incentive as mulheres a utilizarem preservativos juntamente com o DIU. Quando usados de maneira consistente e correta, os preservativos ajudam a prevenir a transmissão do HIV e de outras DSTs.

Avaliação de Mulheres quanto ao Risco de Doenças Sexualmente Transmissíveis

Uma mulher que tenha gonorréia ou clamídia no momento não deve colocar um DIU. O fato de ela ter doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) quando da colocação do DIU poderá aumentar o risco de doença inflamatória pélvica. Contudo, estas doenças podem ser de difícil diagnóstico clínico, e os testes laboratoriais confiáveis levam muito tempo, são caros e, frequentemente, não estão disponíveis. Não havendo sinais clínicos ou sintomas e sem os testes laboratoriais, o único indício de que uma mulher possa ter uma DST é verificar se seu comportamento ou situação de vida a coloca em *risco individual muito elevado* de contrair uma infecção. Se o *risco individual* da cliente é muito alto, de modo geral não se deve colocar um DIU nela.[‡] (As taxas locais de prevalência de DSTs não são base para se avaliar o risco individual.)

Não há um conjunto universal de perguntas que possam determinar se uma mulher apresenta risco individual muito elevado de contrair gonorréia e clamídia. Ao invés de fazer perguntas, os profissionais de saúde pode conversar com a cliente sobre comportamentos pessoais e situações na comunidade que levam, com maior probabilidade, a expor as mulheres às DSTs.

Medidas a tomar:

- 1.** Diga à cliente que uma mulher que enfrenta risco individual muito alto de contrair algumas DSTs, de modo geral, não deve colocar um DIU.

[‡] Por sua vez, se a situação de uma usuária atual de DIU se alterar e ela se encontrar em risco individual muito elevado de pegar gonorréia ou clamídia, ela pode continuar utilizando seu DIU.

2. Peça a mulher para avaliar seu próprio risco e considerar se ela deve colocar um DIU. A própria mulher é, frequentemente, o melhor juiz de seu próprio risco.[§] Ela não precisa falar ao profissional de saúde sobre seu comportamento ou o de seu parceiro. Os profissionais podem explicar as possíveis situações de risco que possam colocar uma mulher em risco individual muito elevado. A cliente pode refletir se tais situações ocorreram recentemente (mais ou menos nos últimos 3 meses). Sendo assim, ela pode ter uma DST no momento e talvez ela queira escolher um método diferente do DIU. Dentre as possíveis situações de risco estão:

- Um parceiro sexual tem sintomas de DST tais como pus saindo do pênis, dor ou ardência ao urinar ou uma ferida aberta na área genital
- Ela ou um parceiro sexual foi diagnosticado com DST recentemente
- Ela teve mais de um parceiro sexual recentemente
- Ela tem um parceiro sexual que teve relação com outras pessoas recentemente

Todas estas situações oferecem menos risco se a mulher ou seu parceiro utilizam preservativos de forma consistente e correta

Além disso, o profissional de saúde pode mencionar outras situações de alto risco que existam naquela localidade.

3. Pergunte se ela acha que cumpre os requisitos para colocar DIU ou se gostaria de considerar a possibilidade de usar outros métodos anticoncepcionais. Se, após refletir sobre seu risco individual, ela achar que atende aos requisitos e estiver apta, forneça a ela um DIU. Se ela quiser considerar outros métodos ou caso se tenha fortes motivos que levem a crer que ela apresenta risco individual muito elevado de contrair uma infecção, ajude-a a escolher outro método.

Observação: Se ela ainda assim quiser colocar o DIU mesmo tendo risco individual muito alto de contrair gonorréia e clamídia e houver testes confiáveis à disposição, pode-se colocar o DIU numa mulher cujos testes sejam negativos. Uma mulher com resultado positivo pode colocar um DIU assim que tiver alta do tratamento, se não tiver risco de reinfeção no momento da inserção.

Em circunstâncias especiais, se não houver outros métodos, mais apropriados, ou se eles não forem aceitáveis, o profissional de saúde em condições de avaliar cuidadosamente as condições e a situação específica de uma mulher poderá decidir que uma mulher em risco individual muito alto possa colocar o DIU mesmo se não houver testes de DST disponíveis. (Dependendo das circunstâncias, o profissional poderá considerar presuntivamente tratá-la com uma dose integral curativa de antibióticos eficazes tanto contra gonorréia quanto contra clamídia e colocar o DIU depois que ela terminar o tratamento.)

Independente dela receber ou não tratamento presuntivo, o profissional de saúde deverá assegurar-se que a cliente possa retornar para a consulta de acompanhamento, que ela será cuidadosamente examinada para verificar se há infecção e que a mesma será tratada imediatamente, se necessário. Deve-se solicitar que ela retorne imediatamente caso desenvolva uma febre e/ou dor na parte inferior do abdômen ou descarga vaginal anormal, ou ambas.

[§] Qualquer mulher que ache que possa ter uma DST deve procurar atendimento imediatamente

Fornecimento do Dispositivo Intrauterino

Quando Começar

IMPORTANTE: Em muitos casos, uma mulher pode começar a usar o DIU a qualquer momento se houver certeza razoável de que ela não está grávida. Para se ter esta certeza razoável, utilize a Lista de Verificação de Gravidez (p. 372).

Situação da mulher	Quando começar
Apresenta ciclos menstruais	A qualquer momento no mês • Se ela estiver começando em até 12 dias após o início de sua menstruação, não há necessidade de um método de apoio. • Se passaram mais de 12 dias desde o início de sua menstruação, ela poderá colocar o DIU a qualquer momento se houver certeza razoável de que ela não está grávida. Não há necessidade de um método de apoio.
Mudando de outro método	• Imediatamente, se estava usando o método de forma consistente e correta ou ainda se houver certeza razoável de que ela não está grávida. Não há necessidade de esperar até sua próxima menstruação. Não há necessidade de um método de apoio. • Se ela estiver mudando de injetáveis, ela poderá colocar o DIU no momento em que seria aplicada a próxima injeção. Não há necessidade de um método de apoio.
Logo após o parto	• A qualquer momento até 48 horas depois de dar à luz (exigirá um profissional com treinamento específico em inserção pós-parto). • Se já se passaram mais de 48 horas após o parto, retarde a inserção do DIU por 4 semanas ou mais depois de dar à luz.
Amamentando de forma exclusiva ou quase	
Menos de 6 semanas após o parto	• Se sua menstruação não tiver retornado, ela poderá colocar o DIU a qualquer momento entre 4 semanas e 6 meses após o parto. Não há necessidade de um método de apoio. • Se sua menstruação tiver retornado, ela poderá colocar o DIU tal como aconselhado para mulheres que apresentem ciclos menstruais (ver acima).

Situação da mulher Quando começar

Amamentando de forma exclusiva ou quase (continuação)

Mais de 6 semanas após o parto

- Se sua menstruação não tiver retornado, ela poderá colocar o DIU a qualquer momento em que houver certeza razoável de que ela não está grávida. Não há necessidade de um método de apoio.
- Se sua menstruação tiver retornado, ela poderá colocar o DIU tal como aconselhado para mulheres que apresentem ciclos menstruais (ver na página anterior).

Amamentando parcialmente ou não amamentando

Mais de 4 semanas após o parto

- Se sua menstruação não tiver retornado, ela poderá colocar o DIU *se for possível determinar que ela não está grávida*. Não há necessidade de um método de apoio.
- Se sua menstruação tiver retornado, ela poderá colocar o DIU tal como aconselhado para mulheres que apresentam ciclos menstruais (ver na página anterior).

Ausência de menstruação (não relacionada ao parto ou à amamentação)

- A qualquer momento *se for possível determinar que ela não está grávida*. Não há necessidade de um método de apoio.

Após um aborto espontâneo ou induzido

- Imediatamente, caso o DIU seja colocado em até 12 dias após um aborto espontâneo ou induzido no primeiro ou segundo trimestre e se não houver nenhuma infecção. Não há necessidade de um método de apoio.
- Se passaram mais de 12 dias após um aborto espontâneo ou induzido no primeiro ou segundo trimestre e não há infecção, ela poderá colocar o DIU a qualquer momento se houver certeza razoável de que ela não está grávida. Não há necessidade de um método de apoio.
- Se houver infecção, trate-a ou encaminhe a cliente e ajude-a a escolher outro método. Se ela ainda quiser colocar o DIU, o mesmo poderá ser inserido após a infecção ter desaparecido completamente.
- A inserção de DIU após um aborto espontâneo ou induzido no segundo trimestre exige treinamento específico. Caso não haja alguém com este treinamento específico, retarde a inserção por no mínimo 4 semanas após o aborto espontâneo ou induzido.

Situação da mulher	Quando começar
Em caso de contracepção de emergência	• Até 5 dias após sexo desprotegido. • Quando se pode estimar o momento da ovulação, ela poderá colocar o DIU até 5 dias após a ovulação. Às vezes, isto poderá ocorrer mais de 5 dias depois de ter feito sexo desprotegido.
Após a ingestão de pílulas anticoncepcionais de emergência (PAEs)	• O DIU pode ser colocado no mesmo dia em que ela tomar as PAEs. Não há necessidade de um método de apoio.

Prevenção de infecções na inserção do DIU

A correta técnica de inserção poderá ajudar a prevenir muitos problemas, tais como infecção, expulsão e perfuração.

- Follow Siga os procedimentos adequados para prevenção de infecções.
- Utilize instrumentos estéreis ou de alto nível de desinfecção. Obtenha desinfecção de alto nível através da fervura, vapor ou deixando-os de molho em produtos desinfetantes.
- Utilize um DIU novo, pré-esterilizado cuja embalagem incluiu o seu aplicador.
- A técnica de inserção “sem toque” é a melhor. Isto inclui não permitir que o DIU ou sonda uterina toquem quaisquer superfícies não-estéreis (por exemplo, as mãos, espéculo, vagina, topo da mesa). A técnica sem toque abrange:
 - Carregar o DIU no aplicador enquanto o DIU ainda está na embalagem estéril, a fim de evitar que se toque diretamente o DIU
 - Limpar o cérvix completamente com antisséptico antes da inserção do DIU
 - Tomar cuidado para não tocar a parede vaginal ou lâminas do espéculo como a sonda uterina ou o aplicador do IUD carregado
 - Passar a sonda uterina e o aplicador de DIU carregado somente uma vez, cada um, pelo canal cervical



Aconselhamento acerca dos Efeitos Colaterais

IMPORTANTE: O aconselhamento completo a respeito de mudanças na menstruação deve ocorrer antes da inserção do DIU. A orientação sobre alterações no sangramento talvez seja a ajuda mais importante que uma mulher necessita para continuar utilizando o método.

Descreva os efeitos colaterais mais comuns

- Alterações no padrão de menstruação:
 - Menstruação prolongada e intensa
 - Menstruação irregular
 - Mais cólicas e dor durante a menstruação

Explique tais efeitos colaterais

- Mudanças na menstruação não são sinais de doença.
- Geralmente perde intensidade passados os primeiros meses após a inserção.
- A cliente pode retornar e solicitar ajuda caso algum problema a incomode.

Inserção do DIU

Converse com a cliente antes de realizar o procedimento

- Explique o procedimento de inserção (ver p. 144).
- Mostre a ela o espéculo, o tenáculo e o DIU e o aplicador, dentro da embalagem.
- Diga que ela terá um pouco de desconforto ou cólicas durante o procedimento, e que isso é algo esperado.
- Peça a ela para lhe dizer, a qualquer momento, se ela sentir desconforto ou dor.
- Pode-se dar Ibuprofeno (200–400 mg), paracetamol (325–1000 mg) ou outro analgésico 30 minutos antes da inserção para ajudar a reduzir as cólicas e a dor. Não dê aspirina, pois ela retarda a coagulação do sangue.

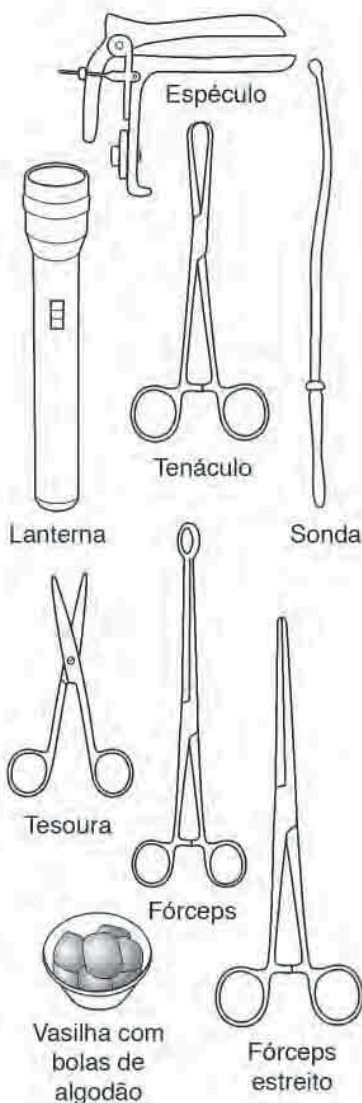
Converse com a cliente durante o procedimento

- Conte a ela o que está acontecendo, passo a passo, para que fique tranquila.
- Alerta-a antes de executar um passo que possa causar dor ou possa sobressaltá-la.
- Pergunte, de tempos em tempos, se ela está sentindo dor.

Explicação do Procedimento de Inserção

Uma mulher que tenha optado pelo DIU precisa saber o que acontecerá durante a inserção. A descrição a seguir pode ajudar a explicar o procedimento a ela. Para se aprender como colocar um DIU é necessário treinamento e prática sob supervisão direta. Portanto, esta descrição é apenas um resumo não representando as instruções detalhadas.

1. O profissional de saúde realiza um exame pélvico a fim de avaliar se a cliente está apta (ver Perguntas de Triagem para Exame Pélvico antes da Inserção do DIU, p. 137). O profissional executa, primeiramente, o exame bimanual e, em seguida, insere um espéculo na vagina do modo a inspecionar o cérvix.
2. O profissional limpa o cérvix e a vagina com antisséptico apropriado.
3. O profissional insere lentamente o tenáculo através do espéculo e fecha o tenáculo o suficiente para manter fixo e suavemente o cérvix e o útero.
4. O profissional passa lenta e suavemente a sonda uterina através do cérvix a fim de medir a profundidade e a posição do útero.
5. O profissional carrega o DIU no aplicador enquanto ambos ainda estão na embalagem estéril fechada.
6. O profissional insere, lenta e suavemente, o DIU e remove o aplicador.
7. O profissional corta os fios existentes no DIU, deixando-os pendurados cerca de 3 centímetros fora do cérvix.
8. Após a inserção, a mulher descansa. Ela permanece na mesa de exame até que se sinta segura para se vestir.



Apoio à Usuária

Fornecimento de Instruções Específicas

São esperadas cólicas e dor

- É de se esperar que haja cólicas e dor por alguns dias após a inserção.
- Sugira ibuprofeno (200–400 mg), paracetamol (325–1000 mg) ou outro analgésico conforme a necessidade.
- Além disso, também deve se esperar sangramento ou manchas logo após a inserção. Isto poderá continuar por 3 a 6 meses.

Ela pode verificar os fios

- Se ela quiser, poderá verificar os fios do DIU de tempos em tempos, especialmente nos primeiros meses e após a menstruação, para confirmar que seu DIU ainda está no lugar (ver Pergunta 10, p. 156).

Tempo de proteção contra gravidez

- Converse sobre formas de se lembrar da data de retorno.
- Forneça a cada mulher as seguintes informações por escrito num cartão-lembrete, tal como o mostrado abaixo, se possível, e explique a ela:
 - O tipo de DIU que ela tem
 - A data da inserção do DIU
 - O mês e ano em que o DIU precisará ser removido ou substituído
 - Onde ir se ela tiver problemas ou dúvidas a respeito do seu DIU

9

Dispositivo Intrauterino com Cobre

Cartão de Lembrete de DIU

Nome da cliente: _____

Tipo de implante: _____

Data da colocação: _____

Remover ou substituir em: Mês Ano

Caso venha a ter algum problema ou dúvida, dirija-se a:

(nome e local do serviço)

Consulta de acompanhamento

- Recomenda-se uma consulta de acompanhamento após sua primeira menstruação ou de 3 a 6 semanas após a inserção do DIU. Contudo, a nenhuma mulher deve ser negado um DIU porque o acompanhamento seria difícil ou não seria possível.
-

“Volte Quando Quiser”: Motivos para Retornar

Encoraje cada cliente para que se sinta à vontade para retornar quando quiser—por exemplo, caso ela tenha problemas, dúvidas ou queira usar outro método; ou caso ela tenha alguma alteração importante em sua saúde. Também deve voltar caso:

- Ela ache que o DIU possa ter saído do lugar. Por exemplo, ela:
 - não sente a presença dos fios.
 - sente o plástico rígido de DIU que saiu parcialmente.
- Ela tenha sintomas de doença inflamatória pélvica (aumento ou dor aguda na parte inferior do abdômen, dor durante o sexo, descarga vaginal incomum, febre, calafrios, náusea e/ou vômitos), especialmente nos primeiros 20 dias após a inserção.
- Ela ache que possa estar grávida.

Orientação geral de saúde: qualquer mulher que ache que algo muito grave esteja acontecendo com sua saúde deve buscar atendimento médico imediatamente junto a uma enfermeira ou médico. É provável que o método anticoncepcional usado por ela não seja a causa do problema, mas ela deve contar à enfermeira ou ao médico qual método ela está utilizando.

Ajuda a Usuárias Regulares

Consulta de Acompanhamento Pós-Inserção (3 a 6 semanas)

1. Ask Pergunte à cliente como está sendo a utilização do método e se ela está satisfeita. Pergunte se ela tem dúvidas ou alguma coisa sobre a qual queira conversar.
2. Pergunte, particularmente, se ela está preocupada com as mudanças na menstruação. Forneça-lhe as informações ou ajuda que ela necessitar (ver Como Lidar com Problemas, p. 149).
3. Pergunte se ela tem:
 - Aumento ou dor abdominal aguda ou dor durante o sexo ou ao urinar
 - Descarga vaginal incomum
 - Febre ou calafrios
 - Sinais ou sintomas de gravidez (ver p. 371 para uma lista de sinais e sintomas comuns)
 - Não tem sentido os fios (caso ela os tenha verificado)
 - Sentido que o plástico rígido do DIU saiu parcialmente

4. Não é necessário haver um exame pélvico de rotina na consulta de acompanhamento. Contudo, poderá ser adequado em alguns locais ou para algumas clientes. Realize um exame pélvico especialmente se as respostas da cliente levarem a suspeitar de:
 - Uma doença sexualmente transmissível ou doença inflamatória pélvica
 - O DIU saiu parcial ou totalmente do lugar

Em Qualquer Consulta

1. Pergunte à cliente como está sendo a utilização do método e sobre as mudanças na menstruação (ver Consulta de Acompanhamento Pós-Inserção, Itens 1 e 2, na página anterior).
2. Pergunte a uma cliente antiga se ela teve problemas de saúde novos. Trate destes problemas da forma apropriada. No caso de problemas de saúde novos que possam exigir a mudança de métodos, ver p. 153.
3. Pergunte a uma cliente antiga se ocorreram mudanças importantes em sua vida que possam afetar suas necessidades—particularmente seus planos em ter filhos e risco de DST/HIV. Faça o acompanhamento necessário.
4. Lembre-a sobre o tempo restante durante o qual o DIU ainda a protegerá de engravidar.

Remoção do Dispositivo Intrauterino

IMPORTANTE: Os profissionais de saúde não devem se recusar ou retardar a solicitação de uma mulher de que seu DIU seja removido, não importando a razão, seja ela de ordem pessoal ou médica. Todos os funcionários devem compreender e estar de acordo que a mulher não deve ser pressionada ou forçada a continuar utilizando o DIU.

Se uma mulher está achando que é difícil tolerar os efeitos colaterais, converse em primeiro lugar sobre os problemas que ela está enfrentando (ver Como Lidar com Problemas, p. 149). Verifique se ela gostaria de tentar lidar com o problema ou se prefere que o DIU seja removido imediatamente.

A remoção de um DIU é, geralmente, simples. Pode ser feito em qualquer época do mês. A remoção pode ser mais fácil durante a menstruação, quando o cervix fica naturalmente mais amolecido. Nos casos de perfuração uterina ou se a remoção apresentar dificuldade, encaminhe a mulher a um clínico experiente que possa utilizar uma técnica de remoção apropriada.

Explicação do Procedimento de Remoção

Antes de remover um DIU, explique o que acontecerá durante a remoção:

1. O profissional insere um espéculo para observar o cervix e os fios do DIU. Cuidadosamente limpa o cervix e a vagina com uma solução antisséptica, como, por exemplo, iodo.
2. O profissional pede à mulher para respirar vagarosa e profundamente e relaxar. A mulher deve dizer se sente dor durante o procedimento.
3. Usando fórceps estreito, o profissional puxa os fios do DIU lenta e suavemente até que o DIU saia completamente do cervix.

Mudando do DIU para Outro Método

Estas diretrizes asseguram que a cliente fique protegida contra gravidez sem interrupção no momento em que mudar de um DIU com cobre ou DIU hormonal para outro método. Ver também a seção Quando Começar de cada método.

Mudando para	Quando começar
Anticoncepcionais orais combinados (AOCs), pílulas só progestógeno (PSPs), injetáveis só de progestógeno, injetáveis mensais, adesivo combinado, anel vaginal combinado ou implantes	• Se estiver começando durante os primeiros 7 dias da menstruação (primeiros 5 dias no caso de AOCs e PSPs), inicie o método hormonal agora e remova o IUD. Não há necessidade de um método de apoio. • Se estiver começando após os primeiros 7 dias da menstruação (após os primeiros 5 dias no caso de AOCs e PSPs) e ela fez sexo desde sua última menstruação, inicie o método hormonal agora. Recomenda-se que o DIU seja mantido na posição até a próxima menstruação. • Se estiver começando após os primeiros 7 dias da menstruação (após os primeiros 5 dias no caso de AOCs e PSPs) e ela não fez sexo desde a última menstruação, o DIU pode ficar na posição e ser removido durante sua próxima menstruação, ou o DIU pode ser removido e ela deverá utilizar um método de apoio nos próximos 7 dias (2 dias no caso de PSPs).
Preservativos masculinos ou femininos, espermicidas, diafragmas, capuzes cervicais ou coito interrompido	• Imediatamente na próxima vez em que ela fizer sexo após o DIU ter sido removido.
Métodos baseados na percepção da fertilidade	• Imediatamente após o DIU ser removido.
Esterilização feminina	• Se estiver começando durante os primeiros 7 dias da menstruação, remova o DIU e execute o procedimento de esterilização feminina. Não há necessidade de um método de apoio. • Se estiver começando após os primeiros 7 dias da menstruação, execute o procedimento de esterilização. O DIU pode ser mantido no lugar até a consulta de acompanhamento ou a próxima menstruação. Se não for possível haver uma consulta de acompanhamento, remova o DIU no momento da esterilização. Não há necessidade de um método de apoio.

Mudando para	Quando começar
Vasectomia	• A qualquer momento • A mulher pode manter o DIU por 3 meses após a vasectomia do parceiro a fim de evitar engravidar até que a vasectomia alcance sua eficácia plena.

Como Lidar com Problemas

Problemas Relatados como Efeitos Colaterais ou Complicações

Podem ou não ser devidos ao método.

- Os problemas com efeitos colaterais ou complicações prejudicam a satisfação das mulheres e o uso dos DIUs. Merecem a atenção do profissional de saúde. Se a cliente relatar quaisquer efeitos colaterais ou complicações, ouça suas preocupações, aconselhe-a e, se possível, trate-os.
- Ofereça ajuda na escolha de outro método—na hora, se ela deseja, ou caso os problemas não possam ser superados.

Menstruação intensa ou prolongada (o dobro do usual ou com duração superior a 8 dias)

- Assegure a ela que algumas mulheres que utilizam DIU apresentam menstruação intenso ou prolongado. De modo geral, não é algo prejudicial e normalmente perde intensidade ou cessa após alguns meses de uso.
- Para um modesto alívio de curto prazo, ela poderá tentar o seguinte (uma coisa de cada vez):
 - Ácido tranexâmico (1500 mg) 3 vezes ao dia por 3 dias, depois 1000 mg uma vez ao dia por 2 dias, começando quando o sangramento intenso tiver início.
 - Drogas antiinflamatórias não-esteróides (DANE) tais como ibuprofeno (400 mg) ou indometacina (25 mg) 2 vezes por dia após as refeições 5 dias, começando quando o sangramento intenso tiver início. Outras DANEs—exceto aspirina—também podem proporcionar algum alívio para menstruação intensa ou prolongada
- Se possível, forneça tabletes de ferro e diga a ela que é importante comer alimentos que contenham ferro (veja Possibilidade de anemia, p. 150).
- Se o sangramento intenso ou prolongado continuar ou se iniciar após vários meses de menstruação normal ou muito tempo depois da colocação do DIU, ou caso se suspeite de que possa haver algo errado por outros motivos, deve-se considerar as condições subjacentes não relacionadas ao uso do método (ver Sangramento vaginal inexplicável, p. 153).

Menstruação irregular (sangramento em momentos inesperados que incomodam a usuária)

- Assegure a ela que muitas mulheres que utilizam DIU apresentam sangramento irregular. Não é prejudicial e geralmente perde intensidade ou cessa após os primeiros meses de uso.

- Para um modesto alívio de curto prazo, ela poderá tentar DANEs tais como ibuprofeno (400 mg) ou indometacina (25 mg) 2 vezes ao dia após as refeições por 5 dias, começando quando o sangramento irregular tiver início.
- Se o sangramento irregular continuar ou começar após vários meses de menstruação normal ou caso se suspeite que haja algo errado por outros motivos, deve-se considerar as condições subjacentes que não estejam relacionadas ao uso do método (ver Sangramento vaginal inexplicável, p. 153).

Cólicas e dor

- É de se esperar que ela tenha um pouco de cólicas e dor um ou dois dias após a colocação do DIU.
- Explique que as cólicas também são comuns nos primeiros 3 a 6 meses de uso do DIU, particularmente durante a menstruação. De modo geral, não é algo prejudicial e normalmente diminui com o tempo.
- Sugira aspirina (325–650 mg), ibuprofeno (200–400 mg), paracetamol (325–1000 mg) ou outro analgésico. Se ela também tiver menstruação intensa ou prolongada, não deverá utilizar aspirina pois poderá aumentar o sangramento.
- Se as cólicas continuarem e ocorrem fora da menstruação:
- Avalie se há problemas de saúde subjacentes e trate-os ou encaminhe.
- Se não for constatado nenhum problema subjacente e as cólicas forem agudas, converse sobre a possibilidade de retirar o DIU.
 - Se o DIU removido tiver aparência distorcida ou se dificuldades durante a remoção sugerirem que o DIU estava fora da posição correta, explique à cliente que ela pode colocar um novo DIU, o qual possivelmente lhe causará menos cólicas.

Possibilidade de anemia

- O DIU com cobre pode contribuir para um quadro de anemia caso a mulher já tenha baixo teor de ferro no sangue antes da inserção e o DIU provoca menstruação mais intensa.
- Preste atenção particularmente a usuárias de DIU com algum dos sinais e sintomas a seguir:
 - o interior das pálpebras e sob as unhas têm aparência pálida, pele pálida, fadiga ou fraqueza, tontura, irritabilidade, dor de cabeça, zumbido nos ouvidos, ferimentos na língua e unhas quebradiças.
 - Se houver exame de sangue disponível, quando a hemoglobina está abaixo de 9 g/dl ou hematócrito inferior a 30.
- Forneça tabletes de ferro, se possível.
- Diga que é importante que ela coma alimentos que contenham ferro, tais como carne e aves (especialmente carne bovina e fígado de frango), peixe, folhas verdes e legumes (feijões, tofu, lentilhas e ervilhas).

O parceiro sente os fios do DIU durante o sexo

- Explique que isso acontece algumas vezes quando os fios são cortados curtos demais.
- Se o parceiro achar que os fios incomodam, apresente algumas opções:
 - Os fios podem ser cortados ainda mais de modo a não ficarem para fora no canal. O parceiro dela não sentirá os fios, mas a mulher não poderá verificar os fios do seu DIU.
 - Se a mulher deseja poder verificar os fios do seu DIU, este pode ser removido e um novo ser colocado em seu lugar. (Para evitar desconforto, os fios devem ser cortados de modo a ficarem 3 centímetros para fora do cérvix.)

Dor aguda na parte inferior do abdômen (suspeita de doença inflamatória pélvica [DIP])

- Alguns sinais e sintomas comuns de DIP também ocorrem, com frequência, junto com outros problemas abdominais, tais como gravidez ectópica. Se estiver descartada a hipótese de gravidez ectópica, avalia se há uma DIP.
- Se possível, realize exames abdominal e pélvico (ver Sinais e Sintomas de Problemas Graves de Saúde, p. 320, quanto a sinais advindos de um exame pélvico que possa ser indício de uma PID).
- Se não for possível fazer um exame pélvico e ela apresenta uma combinação dos seguintes sinais e sintomas, além da dor na parte inferior do abdômen, suspeite de DIP:
 - Descarga vaginal incomum
 - Febre ou calafrios
 - Dor durante o sexo ou ao urinar
 - Sangramento após o sexo ou entre menstruações
 - Náusea e vômitos
 - Uma massa pélvica amolecida
 - Dor quando se pressiona o abdômen suavemente (sensibilidade abdominal direta) ou quando se pressiona suavemente e em seguida se libera a pressão (sinal de Blumberg)
- Trate a DIP ou encaminhe-a imediatamente para tratamento:
 - Devido às sérias consequências de uma DIP, os profissionais de saúde devem tratar todos os casos suspeitos, com base nos sinais e sintomas indicados acima. O tratamento deve ser iniciado o mais rapidamente possível. O tratamento é mais eficaz na prevenção de complicações de longo prazo quando são fornecidos antibióticos adequados imediatamente.
 - Trate gonorréia, clamídia e infecções bacterianas anaeróbicas. Aconselhe a cliente quanto ao uso de preservativos e, se possível, forneça a ela preservativos.
 - Não há necessidade de remover o DIU se ela quiser continuar a utilizar o mesmo. Caso ela deseje removê-lo, retire-o após iniciar o tratamento com antibióticos. (Se o DIU for removido, ver Mudança de um DIU para Outro Método, p. 148.)

Dor aguda na parte inferior do abdômen (suspeita de gravidez ectópica)

- Muitas situações podem provocar dor abdominal aguda. Fique particularmente atento ao aumento de sinais ou sintomas de gravidez ectópica, que é rara mas que pode oferecer risco de vida (ver Pergunta 11, p. 156).
- Nos estágios iniciais da gravidez ectópica, os sintomas podem estar ausentes ou serem moderados, mas ao final se agravarão. Uma combinação sinais ou sintomas a seguir devem elevar a suspeita de gravidez ectópica:
 - Dor ou sensibilidade abdominal incomum
 - Sangramento vaginal anormal ou ausência de menstruação—especialmente se se tratar de uma alteração do padrão usual de menstruação da mulher
 - Zonzeira ou tontura
 - Desmaios
- Se houver suspeita de gravidez ectópica ou outro problema de saúde grave, encaminhe-a imediatamente para diagnóstico e pronto-atendimento. (Ver Esterilização Feminina, Como Lidar com Gravidez Ectópica, p. 179, para obter mais informações sobre gravidez ectópica.)
- Se a cliente não apresentar estes sintomas ou sinais adicionais, avalie se há doença inflamatória pélvica (ver Dor aguda na parte inferior do abdômen, p. 151).

Suspeita de perfuração uterina

- Se houver suspeita de perfuração no momento da inserção ou sondagem do útero, interrompa o procedimento imediatamente (e remova o DIU caso tenha sido inserido).
- Observe a cliente na clínica cuidadosamente:
 - Na primeira hora, mantenha a mulher em repouso na cama e verifique seus sinais vitais (pressão arterial, pulso, respiração e temperatura) a cada 5 a 10 minutos.
 - Se a mulher permanecer estável depois de uma hora, verifique se há sinais de sangramento intra-abdominal, tais como baixo nível de hematócrito ou hemoglobina, se possível, e seus sinais vitais. Observe por diversas horas mais. Se ela não apresentar sinais ou sintomas, poderá ser mandada para casa, mas deverá evitar fazer sexo por 2 semanas. Ajude-a a escolher outro método.
 - Se ela tiver um pulso rápido e a pressão arterial em queda ou uma nova dor ou aumento da dor ao redor do útero, encaminhe-a para um nível superior de atendimento.
 - Se houver suspeita de perfuração uterina até 6 semanas após a inserção ou se houver suspeita posterior que esteja causando os sintomas, encaminhe a cliente para avaliação a um clínico experiente em remoção de tais DIUs (ver Questão 6, p. 155).

O DIU saiu parcialmente (expulsão parcial)

- Se o DIU sair parcialmente, remova-o. Converse com a cliente se ela deseja outro DIU ou um método diferente. Caso ela queira outro DIU, ela poderá colocar outro a qualquer momento se houver certeza razoável de que ela não está grávida. Se a cliente não quiser continuar utilizando um DIU, ajude-a a escolher outro método.

O DIU saiu completamente (expulsão total)

- Se a cliente relatar que o DIU saiu, converse com ela para saber se ela deseja outro DIU ou um método diferente. Caso ela queira outro DIU, poderá colocá-lo a qualquer momento em que se tenha certeza razoável de que ela não está grávida.
- Caso se suspeite de expulsão total e a cliente não souber se o DIU saiu ou não, encaminhe-a para um raio x ou ultrassom a fim de avaliar se o DIU se deslocou para a cavidade abdominal. Forneça a ela um método de apoio para ser usado durante este período.

Ausência dos fios (sugerindo possível gravidez, perfuração uterina ou expulsão)

- Pergunte à cliente:
 - Se e quando ela viu o DIU sair
 - Quando ela sentiu os fios pela última vez
 - Quando ela teve sua última menstruação
 - Se ela tem algum sintoma de gravidez
 - Se ela usou um método de apoio desde que ela deu pela falta dos fios
- Sempre inicie com procedimentos menores e seguros e aja com suavidade. Verifique se há fios nas dobras do canal cervical com o fórceps. Em metade dos casos de ausência dos fios de um DIU, os mesmos podem ser encontrados no canal cervical.
- Se não se conseguir localizar os fios no canal cervical, ou eles subiram para o útero ou o DIU foi expelido sem se notar. Exclua a possibilidade de gravidez antes de tentar procedimentos mais invasivos. Encaminhe-a para avaliação. Forneça a ela um método de apoio para ser usado no período, caso o DIU tenha saído.

Novos Problemas que Possam Requerer a Troca de Método

Podem ou não ser devidos ao método.

Sangramento vaginal inexplicável (que sugere um problema médico não relacionado ao método)

- Encaminhe ou avalie de acordo com a história e exame pélvico. Diagnostique e trate da maneira apropriada.
- Ela poderá continuar utilizando o DIU enquanto o problema estiver sendo avaliado.
- Se o sangramento é causado por uma doença sexualmente transmissível ou inflamação pélvica, ela poderá continuar usando o DIU durante o tratamento.

Suspeita de gravidez

- Avalie se há gravidez, inclusive gravidez ectópica.
- Explique que um DIU no útero durante a gravidez aumenta o risco de parto prematuro ou aborto espontâneo, inclusive aborto espontâneo infectado (séptico) durante o primeiro ou o segundo trimestre, o que pode colocar em risco a vida da mulher.

- Caso a mulher deseje prosseguir com a gravidez, aconselhe-a de acordo com as diretrizes do programa.
- Se ela prosseguir com a gravidez:
 - Avise a ela que é melhor remover o DIU.
 - Explique os riscos de uma gravidez se houver um DIU colocado. A remoção precoce do DIU reduz estes riscos, embora o próprio procedimento de remoção envolva um pequeno risco de aborto espontâneo.
 - Se ela concordar com a remoção, retire o DIU suavemente ou encaminhe-a para remoção.
 - Explique que ela deve retornar imediatamente caso ela apresente quaisquer sinais de aborto espontâneo ou séptico (sangramento vaginal, cólicas, dor, descarga vaginal anormal ou febre).
 - Se ela optar por manter o DIU, sua gravidez deverá ser acompanhada de perto por uma enfermeira ou médico. Ela deve consultar uma enfermeira ou médico imediatamente caso apresente quaisquer sinais de aborto espontâneo séptico.
- Caso não se consiga encontrar os fios do DIU no canal cervical e o DIU não possa ser recuperado com segurança, encaminhe-a para o ultrassom, se possível, a fim de determinar se o DIU ainda está no útero. Caso esteja, ou haja um ultrassom disponível, sua gravidez deve ser acompanhada de perto. Ela deverá procurar atendimento imediatamente caso ela venha a apresentar quaisquer sinais de aborto espontâneo séptico.

Perguntas e Respostas Sobre o Dispositivo Intrauterino

1. O DIU provoca doença inflamatória pélvica (DIP)?

Por si próprio, o DIU não provoca DIP. As causas diretas básicas de uma DIP são gonorréia e clamídia. Contudo, a inserção do DIU quando uma mulher tem gonorréia ou clamídia pode conduzir a uma DIP. Isto não acontece com frequência. Quando ocorre, é mais provável nos primeiros 20 dias após a inserção do DIU. Foi estimado que, num grupo de clientes em que as DSTs sejam comuns e perguntas de triagem identificam metade dos casos de DST, pode haver 1 cada de DIP em cada 666 inserções de DIU (ou menos de 2 por 1.000) (ver Avaliação de Mulheres com Risco de Doenças Sexualmente Transmissíveis, p. 138).

2. Mulheres jovens ou mais velhas podem usar DIU?

Sim. Não uma idade limite mínima ou máxima. O DIU deve ser removido após a menopausa—até 12 meses após a ocorrência da última menstruação (ver Mulheres Perto da Menopausa, p. 272).

3. Se uma usuária atual de DIU tiver uma doença sexualmente transmissível (DST) ou venha a ter um risco individual muito alto de se infectar com uma DST, ela deve retirar o DIU?

Não. Se uma mulher desenvolver uma nova DST depois do DIU ter sido colocado, ela não apresenta um risco especial de desenvolver uma DIP por causa do DIU. Ela pode continuar usando o DIU enquanto estiver sendo tratada pela DST. Remover o DIU não traz nenhum benefício e poderá expô-la ao risco de uma gravidez não desejada. Aconselhe-a sobre o uso de preservativos ou outras estratégias para evitar DSTs no futuro.

4. O DIU torna a mulher IUD estéril?

Não. Uma mulher pode engravidar logo após a retirada do DIU da mesma forma que uma mulher que nunca utilizou um DIU, embora a fertilidade diminua à medida que as mulheres envelhecem. Estudos seguros não constataram aumento do risco de infertilidade entre mulheres que utilizavam DIUs, inclusive mulheres jovens e mulheres sem filhos. Contudo, independente de uma mulher ter ou não um DIU, se ela desenvolver uma DIP e esta não for tratada, há alguma chance de que ela fique estéril.

5. Uma mulher que nunca teve um bebê pode usar um DIU?

Sim. Uma mulher que nunca teve filhos geralmente pode usar um DIU, mas ela deve entender que o DIU tem maior probabilidade de sair porque seu útero poderá ser menor do que o de uma mulher que já deu à luz.

6. O DIU pode se deslocar do útero da mulher para outras partes do seu corpo, como o coração ou o cérebro?

O DIU nunca se desloca para o coração, cérebro ou qualquer outra parte do corpo fora do abdômen. O DIU normalmente permanece dentro do útero como uma semente dentro de uma casca. Em raras situações, o DIU poderá atravessar a parede do útero para atingir a cavidade abdominal. Se isso ocorrer, na maioria das vezes será devido a um erro durante a inserção. Se for descoberto em aproximadamente até 6 semanas após a inserção ou se estiver causando sintomas a qualquer momento, o DIU precisará ser removido por cirurgia laparoscópica ou laparotômica. De modo geral, contudo, o DIU que esteja fora do lugar não causa problemas e deve ser deixado onde está. A mulher não necessitará de outro método contraceptivo.

7. Uma mulher deve ter um “período de descanso” depois de utilizar um DIU por vários anos ou depois do DIU alcançar o período recomendado para sua remoção?

Não. Não é necessário e poderia até ser prejudicial. A retirada do antigo DIU e a imediata inserção de um novo oferece menos risco de infecção do que 2 procedimentos distintos. Além disso, uma mulher poderia engravidar durante o “período de descanso” antes do novo DIU ser colocado.

8. Antibióticos devem ser dados rotineiramente antes da inserção de um DIU?

Não, geralmente não. As pesquisas mais recentes feitas em locais onde as DSTs são comuns sugerem que o risco de DIP é baixo, com ou sem antibióticos. Quando se usam perguntas adequadas para avaliar o risco de DST e a inserção do DIU é feita com procedimentos apropriados anti-infecção (dentre eles a técnica de inserção sem toque), há pouco risco de infecção. Os antibióticos poderão ser considerados, contudo, em regiões em que as DST sejam comuns e os testes para as mesmas sejam limitados.

9. Um DIU deve ser inserido somente durante a menstruação de uma mulher?

Não. No caso de uma mulher que tenha ciclos menstruais, um DIU pode ser colocado a qualquer momento durante seu ciclo menstrual se houver certeza razoável de que a mulher não está grávida. A inserção do DIU durante a menstruação pode ser um bom momento porque a probabilidade é de que ela não esteja grávida e a inserção poderá ser mais fácil. Entretanto, não é fácil observar sinais de infecção durante o período de menstruação.

10. Deve-se negar a uma mulher um DIU porque ela não deseja fazer a verificação dos fios do seu DIU?

Não. Não se deve negar a uma mulher um DIU porque ela não está disposta a fazer a verificação dos fios. A importância de verificar os fios do DIU tem sido exagerada. Não é comum que um DIU saia e é raro que saia sem que a mulher perceba. O DIU tem maior probabilidade de sair durante os primeiros meses após a inserção, durante a menstruação, entre mulheres que colocaram o DIU logo após o parto, um aborto induzido no segundo semestre ou um aborto espontâneo, e entre mulheres que nunca engravidaram. Uma mulher pode verificar os fios do seu DIU caso queira assegurar-se de que o mesmo se encontra no lugar. Ou, se ela não quiser verificar os fios, poderá observar cuidadosamente no primeiro mês e durante a menstruação para ver se o DIU saiu.

11. Os DIUs aumentam o risco de gravidez ectópica?

Não. Ao contrário, o DIUs reduzem enormemente o risco de gravidez ectópica.

Gravidezes ectópicas são raras entre usuárias de DIU. A taxa de gravidez ectópica entre mulheres com DIU é de 12 por 10.000 mulheres por ano. A taxa de gravidez ectópica entre mulheres nos Estados Unidos que não utilizam nenhum método contraceptivo é de 65 por 10.000 mulheres por ano.

Em raras ocasiões em que o DIU falha e ocorre uma gravidez, 6 a 8 de cada 100 destas gravidezes são ectópicas. Assim, a grande maioria de gravidezes após uma falha do DIU não é ectópica. Ainda assim, uma gravidez ectópica representa risco de vida para a mulher; por isso o profissional de saúde deve estar ciente sobre a possibilidade de gravidez ectópica caso haja falha do DIU.

Dispositivo Intrauterino com Levonorgestrel

Pontos Básicos para Profissionais de Saúde e Clientes

- **Proteção de longo prazo contra gravidez.** Muito eficaz por 5 anos, sendo imediatamente reversível.
- **É colocado no útero por um profissional especificamente treinado para tal.**
- **Pouca ação requerida da cliente uma vez que o DIU-LNG tenha sido colocado.**
- **Mudanças na menstruação são comuns.** Tipicamente, sangramento de menor intensidade e menos dias de menstruação, menstruação ocasional ou irregular.

O Que É o Dispositivo Intrauterino com Levonorgestrel?

- O dispositivo intrauterino com levonorgestrel (DIU- LNG) é um dispositivo plástico em forma de T que libera constante e regularmente pequenas quantidades de levonorgestrel por dia. (O levonorgestrel é um progestógeno largamente utilizado em implantes e pílulas anticoncepcionais orais.)
- Um profissional de saúde especificamente treinado para tal insere o DIU-LNG no útero de uma mulher através de sua vagina e cérvix.
- É também conhecido como sistema intrauterino de liberação de levonorgestrel, LNG-IUS, ou DIU hormonal.
- Comercializado sob a marca de Mirena.
- Funciona basicamente pela supressão do crescimento da membrana que recobre a parede da cavidade uterina (endométrio).

Qual a Eficácia?

É um dos métodos mais eficazes mas apresenta um pequeno risco de falha:

- Ocorre menos de 1 gravidez por 100 mulheres que utilizam DIU-LNG durante o primeiro ano (2 por 1.000 mulheres). Isto significa que de 998 de cada 1.000 mulheres que utilizam DIU-LNG não engravidarão.
- Um pequeno risco de gravidez permanece além do primeiro ano de uso e continua durante o tempo em que uma mulher utiliza o DIU-LNG.
 - Mais de 5 anos de uso do DIU-LNG: menos de 1 gravidez por 100 mulheres (5 a 8 por 1.000 mulheres).
- Uso aprovado para até 5 anos.



Retorno da fertilidade depois que o DIU-LNG é removido: não há demora

Proteção contra doenças sexualmente transmissíveis (DSTs): nenhuma

Efeitos colaterais, Benefícios e Riscos à Saúde e Complicações

Efeitos colaterais

Algumas usuárias relatam o seguinte:

- Alterações nos padrões de menstruação, dentre as quais:
 - Sangramento de menor intensidade e menos dias de menstruação
 - Menstruação ocasional
 - Menstruação irregular
 - Ausência de menstruação
 - Menstruação prolongada
- Acne
- Dores de cabeça
- Dor ou sensibilidade nos seios
- Náusea
- Ganho de peso
- Tontura
- Mudanças de humor

Outras possíveis mudanças físicas:

- Cistos ovarianos

Benefícios à Saúde Conhecidos

Ajuda a proteger contra:

- Riscos de gravidez
- Anemia por falta de ferro
- Pode ajudar a proteger contra:
- Doença inflamatória pélvica

Reduz:

- Cólicas menstruais
- Sintomas de endometriose (dor pélvica, menstruação irregular)

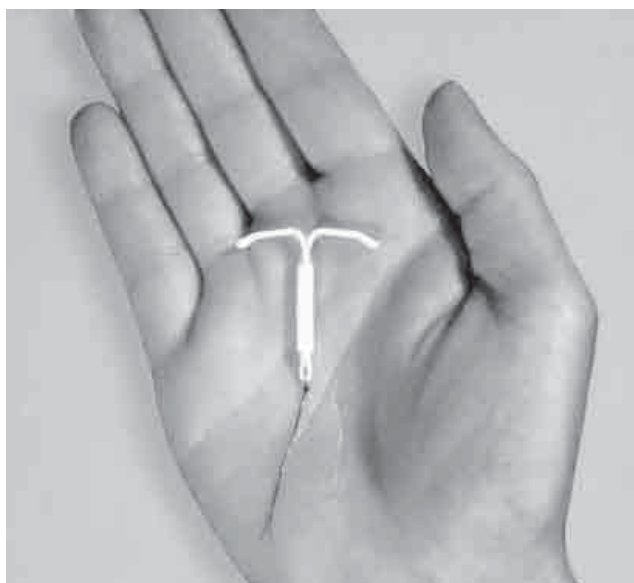
Riscos à Saúde Conhecidos

Nenhum

Complicações

Raras:

- Perfuração da parede do útero pelo DIU-LNG ou por instrumento utilizado na colocação. Geralmente cura-se sem tratamento.
- Aborto espontâneo, parto prematuro ou infecção na rara eventualidade de a mulher engravidar tendo colocado um DIU-LNG.



Quem Pode e Quem Não Pode Usar DIU com Levonorgestrel

Seguro e Adequado para Quase Todas as Mulheres

Praticamente todas as mulheres podem usar o DIU-LNG com segurança e eficácia.

Critérios Médicos de Elegibilidade para uso dos DIUs com Levonorgestrel

Faça à cliente as perguntas de Critérios Médicos de Elegibilidade para o DIU com Cobre (ver p. 135). Também faça as perguntas quanto a problemas médicos que sejam de seu conhecimento. Se ela responder “não” a todas as perguntas desta seção e a todas do DIU com cobre, então ela poderá colocar um DIU-LNG se assim desejar. Caso ela responda “sim” a alguma questão, siga as instruções indicadas. Em alguns casos mesmo assim ela poderá colocar um DIU-LNG.

1. Você deu à luz há menos de 4 semanas?

- ☐ NÃO ☐ **SIM** Ela poderá colocar o DIU-LNG passadas 4 semanas após o parto (ver Quando Começar, na próxima página).

2. Você tem no momento um coágulo sanguíneo em veias profundas das pernas ou pulmões?

- ☐ NÃO ☐ **SIM** Caso ela relate existência atual de coágulo sanguíneo (exceto coágulos superficiais), ajude-a a escolher um método sem hormônios.

3. Você tem cirrose no fígado, alguma infecção ou tumor hepático? (Os olhos ou a pele dela têm aspecto amarelo incomum?[sinais de icterícia])

- ☐ NÃO ☐ **SIM** Caso ela relate doença hepática ativa grave (icterícia, hepatite ativa, cirrose aguda, tumor no fígado), não forneça o DIU-LNG. Ajude-a a escolher um método sem hormônios.

4. Você tem ou já teve câncer de mama?

- ☐ NÃO ☐ **SIM** Não coloque o DIU-LNG. Ajude-a a escolher um método sem hormônios.

Para obter as classificações completas, ver Critérios Médicos de Elegibilidade para Uso de Anticoncepcionais, p. 324. Não deixe de explicar os benefícios e riscos à saúde bem como os efeitos colaterais do método que a cliente utilizará. Além disso, destaque quaisquer situações que possam tornar o método desaconselhável, quando relevante para a cliente.

Uso de Critério Clínico em Casos Especiais

Geralmente, uma mulher que apresente qualquer um dos fatores relacionados abaixo não deveria colocar um DIU-LNG. Em circunstâncias especiais, entretanto, quando outros métodos, mais apropriados, não estiverem disponíveis ou sejam aceitáveis para ela, um profissional de saúde qualificado que tenha condições de avaliar cuidadosamente a situação e as condições específicas de uma mulher poderá decidir quanto ao uso de um DIU-LNG. O profissional de saúde precisa levar em consideração a gravidade de sua condição e, na maioria das situações, se ela terá acesso a acompanhamento.

- Menos de 4 semanas desde o parto
- Existência atual de coágulo sanguíneo em veias profundas das pernas ou dos pulmões
- Teve câncer de mama há mais de 5 anos e o mesmo não retornou
- Tumor, infecção ou doença aguda no fígado

Ver também DIU com Cobre, Uso de Critério Clínico em Casos Especiais, p. 136.

Fornecimento do Dispositivo Intrauterino com Levonorgestrel

Quando Começar

IMPORTANTE: Em muitos casos, uma mulher pode começar a usar o DIU-LNG a qualquer momento em que houver certeza razoável de que ela não está grávida. Para se ter esta certeza razoável, utilize a Lista de Verificação de Gravidez (p. 372).

Situação da mulher	Quando começar
Apresenta ciclos menstruais ou está mudando de um método não hormonal	A qualquer momento no mês • Se ela estiver começando até 7 dias após o início de sua menstruação, não há necessidade de um método de apoio. • Se se passaram mais de 7 dias desde o início de sua menstruação, ela poderá colocar o DIU-LNG a qualquer momento se houver certeza razoável de que ela não está grávida. Ela necessitará de um método de apoio* nos primeiros 7 dias após a inserção.

* Entre os métodos de apoio estão a abstinência, preservativos masculinos e femininos, espermicidas e “coito interrompido” (retirada do pênis antes de ejacular). Diga a ela que os espermicidas e o coito interrompido são os métodos contraceptivos menos eficazes. Se possível, forneça-lhe preservativos.

Situação da mulher	Quando começar
Mudando de um método hormonal	• Imediatamente, se estava usando o método de forma consistente e correta ou ainda se houver certeza razoável de que ela não está grávida. Não há necessidade de esperar até sua próxima menstruação. Não há necessidade de um método de apoio. • Se ela estiver mudando de injetáveis, ela poderá colocar o DIU-LNG no momento em que seria aplicada a injeção de repetição. Ela necessitará de um método de apoio nos primeiros 7 dias após a inserção.
Amamentando de forma exclusiva ou quase Menos de 6 semanas após o parto	• Se ela deu à luz há menos 4 semanas, retarde a inserção até completar 4 semanas após o parto. • Se sua menstruação não tiver retornado, ela poderá colocar o DIU-LNG a qualquer momento entre 4 semanas e 6 meses após o parto. Não há necessidade de um método de apoio. • Se sua menstruação tiver retornado, ela poderá colocar o DIU-LNG tal como aconselhado para mulheres que apresentem ciclos menstruais (ver p. 161).
Mais de 6 semanas após o parto	• Se sua menstruação não tiver retornado, ela poderá colocar o DIU-LNG a qualquer momento em que houver certeza razoável de que ela não está grávida. Ela precisará de um método de apoio nos primeiros 7 dias após a inserção. • Se sua menstruação tiver retornado, ela poderá colocar o DIU-LNG tal como aconselhado para mulheres que apresentem ciclos menstruais (ver p. 161).
Amamentando parcialmente ou não amamentando	
Menos 4 semanas após o parto	• Retarde a inserção do DIU-LNG até pelo menos 4 semanas após dar à luz.

Amamentando parcialmente ou não amamentando
(continuação)

Menos 4 semanas após o parto

- Se sua menstruação não tiver retornado, ela poderá colocar o DIU-LNG se *for possível determinar que ela não está grávida*. Ela precisará de um método de apoio nos primeiros 7 dias após a inserção.
- Se sua menstruação tiver retornado, ela poderá colocar o DIU-LNG tal como aconselhado para mulheres que apresentam ciclos menstruais (ver p. 161).

Ausência de menstruação (não relacionada ao parto ou à amamentação)

- A qualquer momento se *for possível determinar que ela não está grávida*. Ela precisará de um método de apoio nos primeiros 7 dias após a inserção.

Após um aborto espontâneo ou induzido

- Imediatamente, caso o DIU-LNG seja colocado em até 7 dias após um aborto espontâneo ou induzido no primeiro ou segundo trimestre e se não houver nenhuma infecção. Não há necessidade de um método de apoio.
- Se se passaram mais de 7 dias após um aborto espontâneo ou induzido no primeiro ou segundo trimestre e não há infecção, ela poderá colocar o DIU-LNG a qualquer momento se houver certeza razoável de que ela não está grávida. Ela precisará de um método de apoio nos primeiros 7 dias após a inserção.
- Se houver infecção, trate-a ou encaminhe a cliente e ajude-a a escolher outro método. Se ela ainda quiser colocar o DIU-LNG, o mesmo poderá ser inserido após a infecção ter desaparecido completamente.
- A inserção de DIU-LNG após um aborto espontâneo ou induzido no segundo trimestre exige treinamento específico. Caso não haja alguém com este treinamento específico, retarde a inserção por no mínimo 4 semanas após o aborto espontâneo ou induzido.

Após a ingestão de pílulas anticoncepcionais de emergência (PAEs)

- O DIU-LNG pode ser colocado até 7 dias após o início de sua próxima menstruação ou a qualquer momento em que houver certeza razoável de que ela não está grávida. Forneça-lhe um método de apoio ou anticoncepcionais orais para começar no dia em que ela terminar de tomar as PAEs, para serem utilizadas até que o DIU-LNG seja colocado.

Aconselhamento acerca dos Efeitos Colaterais

IMPORTANTE: O aconselhamento completo a respeito de mudanças na menstruação deve ocorrer antes da inserção do DIU. A orientação sobre alterações no sangramento talvez seja a ajuda mais importante que uma mulher necessita para continuar utilizando o método

Descreva os efeitos colaterais mais comuns

- Alterações no padrão de menstruação:
 - Ausência de menstruação, menstruação com menor intensidade, menos dias de menstruação, menstruação ocasional ou irregular
 - Acne, dores de cabeça, dor e sensibilidade nos seios e possivelmente outros efeitos
-

Explique tais efeitos colaterais

- Mudanças na menstruação, de modo geral, não são sinais de doença.
 - Geralmente perde intensidade passados os primeiros meses após a inserção.
 - A cliente pode retornar e solicitar ajuda caso os efeitos colaterais a incomodem.
-

Esterilização Feminina

Pontos Básicos para Profissionais de Saúde e Clientes

- **Permanente.** A intenção é que proporcione proteção muito eficaz, permanente e pela vida toda contra a gravidez. De modo geral, não é possível revertê-la.
- **Envolve um exame físico e uma cirurgia.** O procedimento é realizado por um profissional de saúde especificamente habilitado para tal.
- **Não tem efeitos colaterais a longo prazo.**

11

Esterilização Feminina

O Que é a Esterilização Feminina?

- É a contracepção permanente para mulheres que não querem mais ter filhos.
- Há 2 abordagens cirúrgicas que são as utilizadas com maior frequência:
 - A minilaparotomia envolve a realização de uma pequena incisão no abdômen. As trompas de falópio são trazidas até a incisão para serem cortadas ou bloqueadas.
 - A laparoscopia envolve a introdução de um tubo longo e fino com lentes no abdômen por meio de uma pequena incisão. Este laparoscópio permite que o médico observe e bloqueie ou corte as trompas de falópio no abdômen.
- Também conhecida como esterilização das trompas, ligação das trompas, contracepção cirúrgica voluntária, ligação dupla das trompas, amarração das trompas, minilap e “a operação.”
- Funciona através do corte ou bloqueio das trompas de falópio. Os óvulos liberados pelos ovários não conseguem se deslocar pelas trompas e, por este motivo, não encontram o espermatozoide.

Qual a Eficácia?

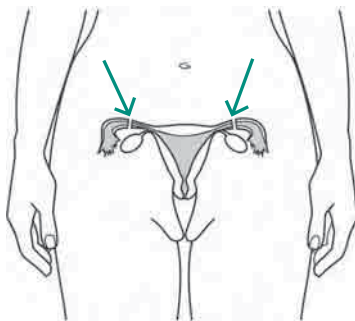
É um dos métodos mais eficazes mas apresenta um pequeno risco de falha:

- Ocorre menos de 1 gravidez por 100 mulheres no primeiro ano após a realização do procedimento de esterilização (5 por 1.000). Isto significa que 995 de cada 1.000 mulheres que confiam na esterilização feminina não engravidarão.



- A Um pequeno risco de gravidez permanece além do primeiro ano de uso e até que a mulher atinja a menopausa.
- Mais de 10 anos de uso: Cerca de 2 gravidezes por 100 mulheres (18 a 19 por 1.000 mulheres).

A eficácia varia ligeiramente dependendo da forma como as trompas foram bloqueadas, mas as taxas de gravidez são baixas para todas as técnicas. Uma das técnicas mais eficazes é a de cortar e amarrar as pontas cortadas das trompas de falópio após o parto (ligação das trompas pós-parto).



A fertilidade não tem retorno porque a esterilização, de modo geral, não tem como ser interrompida ou revertida. O procedimento tem por objetivo ser definitivo. A cirurgia de reversão é difícil, dispendiosa e não está disponível na maioria dos lugares. Quando realizada, a cirurgia de reversão frequentemente não conduz à gravidez (ver Pergunta 7, p. 181).

Proteção contra doenças sexualmente transmissíveis (DSTs): nenhuma

Efeitos colaterais, Benefícios e Riscos à Saúde e Complicações

Efeitos colaterais

Nenhum

Benefícios à Saúde Conhecidos

Ajuda a proteger contra:

- Riscos de gravidez
- Doença inflamatória pélvica (DIP)
- Pode ajudar a proteger contra

Riscos à Saúde Conhecidos

Incomuns a extremamente raros:

- Complicações da cirurgia e da anestesia (ver abaixo)

Complicações da Cirurgia

Incomuns a extremamente raras:

- A esterilização feminina é um método de contracepção seguro. Contudo, requer cirurgia e anestesia, as quais apresentam alguns riscos tais como infecção ou abscesso da ferida. Complicações graves são incomuns. Óbito, devido ao procedimento ou à anestesia, é extremamente rara.

O risco de complicações com anestesia local é significativamente menor do que com anestesia geral. As complicações podem ser mantidas num patamar mínimo se forem utilizadas técnicas apropriadas e se o procedimento for executado em local adequado.

Desfazendo mitos (ver também Perguntas e Respostas, p. 180)

A esterilização feminina:

- Não enfraquece as mulheres.
- Não provoca dor duradoura nas costas, no útero ou no abdômen.
- Não retira o útero da mulher ou leva à necessidade de removê-lo.
- Não provoca desequilíbrios hormonais.
- Não causa menstruação mais intensa ou irregular ou de alguma forma altera os ciclos menstruais das mulheres.
- Não provoca alterações no peso, no apetite ou na aparência.
- Não altera o comportamento sexual da mulher ou seu desejo sexual.
- Reduz substancialmente o risco de gravidez ectópica.

Quem Pode Fazer a Esterilização Feminina

É Segura para Todas as Mulheres

Havendo um aconselhamento adequado e consentimento esclarecido, qualquer mulher pode fazer a esterilização feminina com segurança, dentre elas mulheres que:

- Não têm filhos ou têm poucos filhos
- Não são casadas
- Não têm permissão do marido
- São jovens
- Acabaram de dar à luz (nos últimos 7 dias)
- Estão amamentando
- Estão infectadas com o HIV, independente de estarem ou não em terapia anti-retroviral (ver Esterilização Feminina para Mulheres com HIV, p. 171)

Em algumas destas situações, é importante prestar um aconselhamento especialmente cuidadoso de modo a assegurar que a mulher não se arrependará de sua decisão (ver Porque a Esterilização é Permanente, p. 174).

As mulheres podem fazer a esterilização feminina:

- Sem exames de sangue ou testes laboratoriais de rotina
- Sem testagem para câncer cervical
- Mesmo quando uma mulher não está ficando menstruada naquele momento, se houver certeza razoável de que ela não esteja grávida (ver Lista de Verificação de Gravidez, p. 372)

Porque Algumas Mulheres Dizem que Gostam da Esterilização Feminina

- Não tem efeitos colaterais
- Não precisam se preocupar novamente com contracepção
- É fácil de usar, não é preciso fazer ou se lembrar de nada



CrITÉRIOS MÉDICOS DE Elegibilidade para Uso da Esterilização Feminina

Todas as mulheres podem fazer a esterilização feminina. Não há condições médicas que impeçam uma mulher de realizar a esterilização feminina. A lista de verificação a seguir indaga à cliente sobre problemas médicos que sejam do seu conhecimento que possam limitar quando, onde ou como o procedimento de esterilização feminina deve ser realizado. Faça à cliente as perguntas abaixo. Se ela responder “não” a todas as perguntas, então o procedimento de esterilização feminina pode ser executado em local de rotina sem demora. Caso ela responda “sim” a alguma questão, siga as instruções indicadas, as quais recomendam cautela, adiamento ou medidas especiais.

Na lista de verificação a seguir:

- *Cautela* significa que o procedimento pode ser realizado em local de rotina mas com preparação e precauções extras, dependendo da situação.
- *Adiamento* significa retardar a esterilização feminina. Estes problemas devem ser tratados e solucionados antes que a esterilização feminina possa ser executada. Forneça à cliente outro método para que ela o utilize até que o procedimento possa ser realizado.
- *Especial* significa medidas especiais que devem ser tomadas para se realizar o procedimento num local onde haja um cirurgião e equipe de experientes, equipamentos para aplicar anestesia geral e outros itens de suporte médico. Para estas condições, também é necessária a capacidade para se decidir

quanto ao procedimento e esquema de anestesia mais apropriados. Forneça à cliente outro método a ser usado até que o procedimento possa ser realizado.

1. Você tem algum problema feminino atual ou passado (problemas ginecológicos ou obstétricos), tais como infecção ou câncer? Em caso afirmativo, quais problemas?

☐ NÃO ☐ **SIM** Se ela tiver algum dos seguintes problemas, use *cautela*:

- Doença inflamatória pélvica anterior desde a última gravidez
- Câncer de mama
- Fibroma uterino
- Cirurgia abdominal ou pélvica anterior
- ▶ Se ela estiver em alguma das seguintes situações, adie a esterilização feminina:
 - Gravidez atual
 - Em pós-parto há 7–42 dias
 - Pós-parto após uma gravidez com eclampsia ou pré-eclampsia aguda
 - Graves complicações pós-parto ou pós aborto (tais como infecção, hemorragia ou trauma) exceto ruptura ou perfuração uterina (*especial*; ver abaixo)
 - Um grande acúmulo de sangue no útero
 - Sangramento vaginal inexplicável que sugere um problema médico subjacente
 - Doença inflamatória pélvica
 - Cervicite purulenta, clamídia ou gonorréia
 - Cânceres pélvicos (o tratamento poderá torná-la estéril de qualquer modo)
 - Doença trofoblástica maligna
- ▶ Se ela tiver um dos seguintes, providencie medidas especiais:
 - Aids (ver Esterilização Feminina para Mulheres com HIV, p. 171)
 - Útero fixo devido a cirurgia ou infecção prévia
 - Endometriose
 - Hérnia (parede abdominal ou umbilical)
 - Ruptura ou perfuração pós-parto ou pós-aborto

(Continua na próxima página)

Critérios Médicos de Elegibilidade para Uso de Esterilização Feminina (continuação)

2. Você tem algum problema cardiovascular tal como doenças cardíacas, derrame, pressão arterial alta ou complicações de diabetes? Em caso afirmativo, quais?

- ☐ **NÃO** ☐ **SIM** Se ela apresentar alguma das seguintes situações, tenha cautela:
- Controlled Pressão arterial alta controlada
 - Pressão arterial alta moderada (140/90 a 159/99 mm Hg)
 - Ocorrência passada de derrame ou doença do coração sem complicações
 - ▶ Se ela tiver um dos seguintes, *adie* a esterilização feminina:
 - Doença cardíaca devido a artérias bloqueadas ou estreitas
 - Coágulos sangüíneos em veias profundas das pernas ou dos pulmões
 - ▶ Se tiver um dos seguintes, tome medidas especiais:
 - Diversos problemas juntos que aumentem as chances de doença cardíaca ou derrame, tais como idade avançada, ser fumante, pressão alta ou diabetes
 - Pressão arterial moderadamente alta ou severamente alta (160/100 mm Hg ou acima)
 - Diabetes por mais de 20 anos *ou* dano às artérias, visão, rins ou sistema nervoso causados por diabetes
 - Doença cardíaca valvular complicada

3. Você tem alguma doença de longa duração ou quaisquer outros problemas de saúde? Em caso afirmativo, quais?

- ☐ **NÃO** ☐ **SIM** Se ela apresentar alguma das seguintes situações, tenha cautela:
- Epilepsia
 - Diabetes sem danos às artérias, visão, rins ou sistema nervoso
 - Hipotireoidismo
 - Cirrose moderada do fígado, tumores hepáticos (Os olhos ou a pele dela tem aparência amarelada incomum?), ou esquistossomíase com fibrose no fígado
 - Anemia moderada por deficiência de ferro (hemoglobina entre 7–10 g/dl)
 - Anemia falciforme
 - Anemia hereditária (talassemia)
 - Doença renal
 - Hérnia diafragmática

- Desnutrição aguda (Ela é extremamente magra?)
- Obesidade (Ela está extremamente acima do peso?)
- Cirurgia abdominal eletiva no momento em que deseja a esterilização
- Depressão
- É muito jovem
- ▶ Se ela tiver algum dos seguintes elementos, adie a esterilização feminina:
 - Doença da vesícula biliar com sintomas
 - Hepatite viral ativa
 - Anemia aguda por deficiência de ferro (hemoglobina inferior a 7 g/dl)
 - Doença pulmonar (bronquite ou pneumonia)
 - Infecção sistêmica ou gastroenterite
 - Infecção dermatológica abdominal
 - Está submetendo-se a cirurgia abdominal de emergência ou por infecção ou cirurgia de grande porte com imobilização prolongada
- ▶ Ela apresentar algum dos seguinte problemas, tome medidas especiais:
 - Cirrose aguda no fígado
 - Hipertireoidismo
 - Desordens de coagulação (o sangue não coagula)
 - Doença pulmonar crônica (asma, bronquite, enfisema, infecção no pulmão)
 - Tuberculose pélvica

Esterilização Feminina para Mulheres com HIV

- Mulheres que estejam infectadas com o HIV, que tenham Aids ou estejam em terapia anti-retroviral (ARV) podem submeter-se à esterilização feminina com segurança. São necessárias medidas especiais para realizar a esterilização feminina numa mulher com Aids.
- Incentive estas mulheres a utilizar preservativos além da esterilização feminina. Quando usados de forma consistente e correta, os preservativos ajudam a prevenir a transmissão do HIV e outras DSTs.
- Ninguém deve ser coagido ou pressionado a fazer a esterilização feminina, inclusive as mulheres com HIV.

Fornecimento da Esterilização Feminina

Quando Executar o Procedimento

IMPORTANTE: Se não houver algum motivo de ordem médica para adiar, uma mulher pode submeter-se ao procedimento de esterilização feminina a qualquer momento em que desejar se houver certeza razoável de que não está grávida. Para obter estar certeza razoável, utilize a Lista de Verificação de Gravidez (ver p. 372).

Situação da mulher	Quando executar
Apresenta ciclos menstruais ou está mudando de outro método	A qualquer momento do mês • A qualquer momento até 7 dias após o início de sua menstruação. Não há necessidade de usar outro método antes do procedimento. • Se se passaram mais de 7 dias após o início de sua menstruação, ela poderá realizar o procedimento a qualquer momento em que houver certeza razoável de que ela não está grávida. • Se ela estiver mudando dos anticoncepcionais orais, poderá continuar tomando as pílulas até que tenha terminado a cartela a fim de manter seu ciclo regular. • Se ela estiver mudando de um DIU, ela poderá realizar o procedimento imediatamente (ver DIU com Cobre, Mudança de um DIU para Outro Método, p. 148).
Ausência de menstruação	• A qualquer momento em que houver certeza razoável de que ela não está grávida.
Após o parto	• Imediatamente ou até 7 dias após o parto, caso ela tenha manifestado opção voluntária esclarecida antecipadamente. • A qualquer momento a 6 semanas ou mais após do parto se houver certeza razoável de que ela não está grávida.
Após aborto espontâneo ou induzido	• Até 48 horas após um aborto sem complicação, caso ela tenha manifestado opção voluntária e esclarecida antecipadamente
Depois de tomar pílulas anticoncepcionais de emergência (PAEs)	• O procedimento de esterilização pode ser realizado até 7 dias após o início da próxima menstruação ou em qualquer outro momento em que houver certeza razoável de que ela não está grávida. Forneça-lhe um método de apoio ou anticoncepcionais orais para iniciar no dia seguinte ao término da ingestão das PAEs, a ser utilizado até que ela realize o procedimento.



Garantia de uma Decisão Esclarecida

IMPORTANTE: Conversar com um(a) aconselhador(a) amigoso(a) que escute as preocupações da mulher, que responda às suas dúvidas e lhe forneça informações claras e práticas sobre o procedimento—particularmente quanto ao caráter permanente—ajudará a mulher a tomar uma decisão esclarecida e a ser uma usuária bem-sucedida e satisfeita com o método, sem que haja arrependimento posterior (ver Porque a Esterilização é Permanente, p. 174). Envolver o parceiro dela no aconselhamento pode ser útil, mas não é obrigatório.

Os 6 Pontos do Consentimento Esclarecido

O aconselhamento deve abranger todos os 6 pontos do consentimento esclarecido. Em alguns programas, a cliente e o(a) aconselhador(a) poderão assinar um termo de consentimento esclarecido. Para dar consentimento esclarecido à esterilização, a cliente deve compreender os seguintes pontos:

1. Também há anticoncepcionais temporários à disposição da cliente.
2. A esterilização é um procedimento cirúrgico.
3. Existem certos riscos, bem como benefícios, na execução do mesmo. (Tanto os riscos quanto os benefícios devem ser explicados de uma maneira que a cliente possa entender.)
4. Se bem sucedido, o procedimento evitará que a mulher tenha mais filhos para sempre.
5. O procedimento é considerado permanente e provavelmente não poderá ser revertido.
6. A cliente pode mudar de idéia e decidir não mais fazer o procedimento a qualquer momento antes da realização do mesmo (sem que, com isso, perca seus direitos a outros serviços e benefícios médicos e de saúde).

Porque a Esterilização é Permanente

Uma mulher ou um homem que estejam cogitando submeter-se à esterilização devem refletir com cuidado: “Será que posso vir a querer ter mais filhos no futuro?” Os profissionais de saúde devem ajudar o/a cliente a refletir sobre esta questão para que tomem uma decisão esclarecida. Se a resposta for “Sim, talvez eu venha a querer ter mais filhos,” seria melhor escolher um outro método de planejamento familiar.

Fazer as perguntas abaixo poderá ajudar. O profissional poderá perguntar:

- “Você gostaria de ter mais filhos no futuro?”
- “Caso não queira, você acha que poderia vir a mudar de idéia mais tarde? O que poderia fazer com que você mudasse de idéia? Por exemplo, imagine que um de seus filhos morresse...”
- “Imagine que você perdeu seu marido ou esposa e você se casasse novamente...”
- “O seu parceiro ou parceira deseja ter mais filhos no futuro?”

Clientes que não consigam responder a estas perguntas talvez precisem ser incentivados a refletir mais sobre suas decisões envolvendo a esterilização.

De modo geral, as pessoas com maior probabilidade de se arrepender da esterilização:

- São jovens
- Têm poucos filhos ou nenhum
- Sofreram recentemente a perda de um filho
- Não são casadas
- Estão passando por problemas conjugais
- Têm um parceiro que se opõe à esterilização

Nenhuma destas características exclui a esterilização, mas os profissionais de saúde devem certificar-se, particularmente, de que pessoas com estas características tomem uma decisão esclarecida e ponderada.

Além disso, no caso de uma mulher, o momento logo após o parto ou aborto é conveniente e seguro para se fazer a esterilização voluntária, mas as mulheres esterilizadas neste período são as com maior probabilidade de se arrependerem posteriormente. Um aconselhamento abrangente durante a gravidez e uma decisão tomada antes do trabalho de parto e do nascimento ajudam a evitar arrependimentos.

A Decisão Sobre a Esterilização Pertence Exclusivamente ao ou à Cliente

Um homem ou uma mulher poderá consultar o parceiro e outras pessoas quanto à decisão de submeter-se à esterilização e poderá levar em conta suas opiniões, mas a decisão não pode ser tomada no lugar deles por um parceiro ou outra pessoa da família, por um profissional de saúde, uma liderança da comunidade ou qualquer outro indivíduo. Os profissionais de planejamento familiar têm o dever de certificar-se de que a decisão a favor ou contra a esterilização seja tomada pelo ou pela cliente e que não sido pressionada ou forçada por ninguém.

Execução do Procedimento de Esterilização

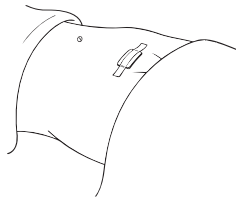
Explicação do Procedimento

Uma mulher que tenha optado pela esterilização feminina precisa saber o que acontecerá durante o procedimento. A descrição a seguir pode ajudar a explicar o procedimento a ela. A aprendizagem para a execução da esterilização feminina exige treinamento e prática sob supervisão direta. Portanto, esta descrição não é um resumo nem representa as instruções detalhadas.

(A descrição abaixo refere-se a procedimentos realizados a mais de 6 semanas após o parto. O procedimento utilizado até 7 dias depois do parto é ligeiramente diferente.)

O Procedimento de Minilaparotomia

1. O profissional de saúde utiliza, o tempo todo, procedimentos adequados de prevenção de infecções (ver Prevenção de Infecções na Clínica, p. 312).
2. O profissional realiza um exame físico e um exame pélvico. O exame pélvico destina-se a avaliar a condição e a mobilidade do útero.
3. A mulher geralmente recebe uma leve sedação (por meio de comprimidos ou na veia) para relaxá-la. Ela permanece acordada. Injeta-se anestesia local acima da linha dos pelos púbicos.
4. O profissional de saúde faz uma pequena incisão vertical (2–5 centímetros) na área anestesiada. Isto geralmente causa pouca dor. (No caso de mulheres que acabaram de dar à luz, a incisão é feita horizontalmente na extremidade inferior do umbigo.)
5. O profissional insere um instrumento especial (elevador uterino) na vagina, através do cérvix, e para dentro do útero a fim de elevar cada uma das 2 trompas de falópio de modo que elas fiquem mais próximas da incisão. Isto poderá provocar desconforto.
6. Cada trompa é amarrada e cortada ou senão fechada com um clipe ou anel.
7. O profissional fecha a incisão com pontos e a cobre com bandagem adesiva.
8. A mulher recebe instruções sobre o que fazer depois que ela sair da clínica ou hospital (ver Explicação sobre Auto-Cuidado em Esterilização Feminina, p. 177). Geralmente, ela tem alta após algumas horas.



O Procedimento de Laparoscopia

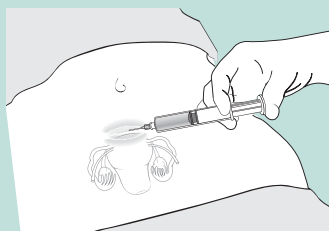
1. O profissional de saúde utiliza, o tempo todo, procedimentos adequados de prevenção de infecções (ver Prevenção de Infecções na Clínica, p. 312).
2. O profissional realize um exame físico e um exame pélvico. O exame pélvico destina-se a avaliar a condição e a mobilidade do útero.
3. A mulher geralmente recebe uma leve sedação (por meio de comprimidos ou na veia) para relaxá-la. Ela permanece acordada. Injeta-se anestesia local sob o umbigo.
4. O profissional coloca uma agulha especial no abdômen da mulher e, através da agulha, infla (insufla) o abdômen com gás ou ar. Isto eleva a parede do abdômen afastando-o dos órgãos pélvicos.

5. O profissional de saúde faz uma pequena incisão (cerca de um centímetro) na área anestesiada e insere um laparoscópio. O laparoscópio é um tubo longo e fino que contém lentes. Por meio das lentes, o profissional pode observar o interior do corpo e localizar as 2 trompas de falópio.
6. O profissional insere um instrumento através do laparoscópio (ou, às vezes, através de uma segunda incisão) para vedar as trompas de falópio.
7. Cada trompa é fechada com um clipe ou um anel, ou ainda por meio de corrente elétrica aplicada de modo a bloquear a trompa (electrocoagulação).
8. O profissional então remove o instrumento e o laparoscópio. Deixa-se o gás ou ar sair do abdômen da mulher. O profissional fecha a incisão com pontos e a cobre com uma bandagem adesiva.
9. A mulher recebe instruções sobre o que fazer quando sair da clínica ou hospital (ver Explicação de Auto-Cuidado em Esterilização Feminina, na próxima página). Em geral, ela pode ter alta depois de algumas horas.

Anestesia Local é Melhor para Esterilização Feminina

A anestesia local, usada com ou sem sedação moderada, é preferível à anestesia geral. A anestesia local:

- É mais segura do que anestesia geral, raquídea ou epidural.
- Permite que a mulher deixe a clínica ou hospital mais cedo
- Permite uma recuperação mais rápida
- Possibilita realizar a esterilização feminina em mais locais



A esterilização sob anestesia local pode ser realizada quando um membro da equipe cirúrgica estiver habilitado para promover a sedação e o cirurgião estiver capacitado para aplicar a anestesia local. A equipe cirúrgica deve ser treinada para lidar com emergências e o local deve possuir os equipamentos e medicamentos básicos necessários para enfrentar qualquer emergência.

Os profissionais de saúde podem explicar à mulher, antecipadamente, que ficar acordada durante o procedimento é mais seguro para ela. Durante o procedimento, os profissionais podem conversar com a mulher para tranquilizá-la, se necessário.

Podem ser utilizados muitos tipos diferentes de anestésicos e sedativos. A dosagem de anestésico deve ser ajustada ao peso corporal. Deve-se evitar sedação excessiva porque a mesma pode reduzir a capacidade da cliente de permanecer consciente e poderia tornar sua respiração mais lenta ou interrompê-la.

Em alguns casos, poderá ser necessário recorrer à anestesia geral. Ver Critérios Médicos de Elegibilidade para Uso de Esterilização Feminina, p. 168, para obter as condições médicas que necessitam de medidas especiais, entre as quais pode estar a anestesia geral.

Explicação sobre Auto-Cuidado em Esterilização Feminina

Antes do procedimento a mulher deve

- Usar outro método contraceptivo até o procedimento.
- Não comer nada por 8 horas antes da cirurgia. Ela poderá beber líquidos até 2 horas antes da cirurgia.
- Não tomar qualquer medicação nas 24 horas anteriores à operação (a menos que seja instruída a fazê-lo).
- Vestir roupas limpas e largas no local do procedimento, se possível.
- Não usar esmalte de unha ou jóias.
- Se possível, venha com um/a amigo(a) ou parente para ajudá-la a voltar para casa depois.

Após o procedimento a mulher deve



- Descansar por 2 dias e evitar trabalho vigoroso ou levantar peso por uma semana.
- Manter a incisão limpa e seca por 1 a 2 dias.
- Evitar esfregar a incisão por 1 semana.
- Não fazer sexo por pelo menos 1 semana. Se a dor se prolongar por mais de 1 semana, evitar o sexo até que a dor passe.

O que fazer em relação aos problemas mais comuns

- Ela poderá ter um pouco de dor abdominal e inchaço após o procedimento. Geralmente desaparece em alguns dias. Sugira ibuprofeno (200–400 mg), paracetamol (325–1000 mg) ou outro analgésico. Ela não deve tomar aspirina, pois retarda a coagulação do sangue. Raramente há necessidade de um analgésico mais forte. Se teve realizado laparoscopia, ela poderá ter dor nos ombros ou sentir-se inchada por alguns dias.

“Volte Quando Quiser”: Motivos para Retornar

Encoraje cada cliente para que se sinta à vontade para retornar quando quiser—por exemplo, caso ela tenha problemas ou dúvidas, ou caso ela ache que possa estar grávida. (Ocorre falha num pequeno número de esterilizações e a mulher engravida). Também deve voltar caso:

- Ela venha a ter sangramento, dor, pus, calor, inchaço ou vermelhidão na ferida que possa se agravar ou não desapareça
- Ela apresente febre alta (acima de 38° C/101° F)
- Ela tenha desmaios, zonzera persistente ou tontura acentuada nas primeiras 4 semanas e, especialmente, na primeira semana

Orientação geral de saúde: qualquer mulher que ache que algo muito grave esteja acontecendo com sua saúde deve buscar atendimento médico imediatamente junto a uma enfermeira ou médico. É provável que o método anticoncepcional usado por ela não seja a causa do problema, mas ela deve contar à enfermeira ou ao médico qual método ela está utilizando.

Ajuda a Usuárias

Como Lidar com Problemas

Problemas Relatados como Complicações

- A ocorrência de problemas afeta a satisfação das mulheres quanto à esterilização feminina. Merecem a atenção do profissional de saúde. Se a cliente relatar complicações advindas da esterilização feminina, ouça as suas preocupações e, se adequado, trate.

Infecção no local da incisão (vermelhidão, calor, dor, pus)

- Limpe a área infectada com água e sabão ou anti-séptico.
- Forneça antibióticos orais por 7 a 10 dias.
- Peça à cliente para retornar depois de tomar todos os antibióticos caso a infecção não tenha desaparecido.

Abscesso (um bolsão de pus sob a pele causado por infecção)

- Limpe a área com antisséptico.
- Corte para abrir (faça uma incisão) e drene o abscesso.
- Trate a ferida.
- Forneça antibióticos orais por 7 a 10 dias.
- Peça a cliente para retornar após tomar todos os antibióticos caso ela tenha calor, vermelhidão, dor ou drenagem da ferida.

Dor aguda na parte inferior do abdômen (suspeita de gravidez ectópica)

- Ver Como Lidar com Gravidez Ectópica, abaixo.

Suspeita de gravidez

- Avalie se há gravidez, inclusive gravidez ectópica.

Como Lidar com Gravidez Ectópica

- Ectopic Gravidez ectópica é qualquer gravidez que ocorra fora da cavidade uterina. É importante diagnosticá-la precocemente. É raro haver uma gravidez ectópica mas esta pode colocar em risco a vida da mulher (ver Pergunta 11, p. 182).
- Nos estágios iniciais da gravidez ectópica, os sintomas podem não aparecer ou serem moderados, mas ao final tornar-se-ão agudos. Uma combinação dos sinais ou sintomas abaixo deverá aumentar a suspeita de gravidez ectópica:
 - Sensibilidade ou dor abdominal incomum
 - Sangramento vaginal anormal ou ausência de menstruação— especialmente se houver uma mudança em seu padrão de menstruação usual
 - Zonzeira ou tontura
 - Demaios
- *Ruptura da gravidez ectópica*: Súbita dor aguda ou pungente na parte inferior do abdômen, às vezes num lado e às vezes por todo o corpo, sugere uma gravidez ectópica rota (quando a trompa de falópio se rompe devido à gravidez). Poderá ocorrer dor no ombro devido ao sangue proveniente de uma gravidez ectópica rota que faz pressão no diafragma. Geralmente, em algumas horas o abdômen enrijece e a mulher entra em choque.
- *Cuidado*: Uma gravidez ectópica pode colocar a vida da mulher em risco, é uma situação de emergência que exige intervenção cirúrgica imediata. Se houver suspeita de gravidez ectópica execute um exame pélvico somente se houver instalações disponíveis para uma cirurgia imediata. Caso contrário, encaminhe e/ou transporte imediatamente a mulher para um local onde possa ser dado um diagnóstico definitivo e atendimento cirúrgico.

Perguntas e Respostas Sobre Esterilização Feminina

1. A esterilização alterará a menstruação de uma mulher ou fará com que a menstruação não ocorra mais?

Não. A maioria das pesquisas constata que não ocorrem mudanças significativas nos padrões de menstruação após a esterilização feminina. Se uma mulher estava utilizando um DIU ou método hormonal antes da esterilização, seu padrão de menstruação retornará ao que era antes dela utilizar estes métodos. Por exemplo, mulheres que mudam de anticoncepcionais orais combinados para esterilização feminina podem notar um sangramento mais intenso à medida que sua menstruação retorna aos padrões usuais. Observe-se, no entanto, que a menstruação de uma mulher geralmente torna-se menos regular à medida que se aproxima da menopausa.

2. A esterilização fará com que a mulher perca seu desejo sexual? Ela engordará por causa disso?

Não. Após a esterilização, uma mulher terá a mesma aparência e sensações que tinha antes. Ela poderá fazer sexo da mesma forma que antes. Ela poderá achar que gosta mais de fazer sexo porque não precisa mais se preocupar com o risco de engravidar. Não ganhará peso por causa do procedimento de esterilização.

3. Só se deve oferecer a esterilização a mulheres que já tiveram um determinado número de filhos, que tenham alcançado uma certa idade ou que sejam casadas?

Não. Não há justificativa para se negar a esterilização a uma mulher só por causa de sua idade, do número de filhos vivos ou de seu estado civil. Os profissionais de saúde não devem impor regras rígidas quanto à idade, ao número de filhos, à idade do último filho ou ao estado civil. Deve-se permitir a cada mulher que decida por si mesma se ela deseja ou não ter mais filhos e se quer ou não submeter-se à esterilização.

4. Não é mais fácil para a mulher e para o profissional de saúde utilizar a anestesia geral? Por que usar anestesia local?

A anestesia local é mais segura. A anestesia geral oferece mais risco que o procedimento de esterilização em si. O uso correto de anestesia local retira a maior fonte única de risco nos procedimentos de esterilização feminina—a anestesia geral. Além disso, após a anestesia geral, as mulheres geralmente sentem náusea. Isto não acontece com a mesma frequência com a anestesia local.

Contudo, ao se utilizar a anestesia local com sedação, os profissionais de saúde devem tomar cuidado para não aplicar na mulher uma dose excessiva de sedativo. Eles também devem lidar com a mulher de forma gentil e conversar com ela durante todo o procedimento. Isto ajuda a mantê-la tranqüila. Em muitas mulheres, pode-se evitar o uso de sedativos, especialmente quando há um bom aconselhamento e um profissional habilidoso.

5. Uma mulher que submeteu-se a um procedimento de esterilização precisa se preocupar com a possibilidade de engravidar novamente?

De modo geral, não. A esterilização feminina é muito eficaz na prevenção de gravidez e tem por finalidade ser permanente. Contudo, não é 100% eficaz. Mulheres que tenham sido esterilizadas apresentam um ligeiro risco de engravidarem: cerca de 5 em cada 1.000 mulheres engravidam até um ano após o procedimento. O pequeno risco de gravidez permanece depois do primeiro ano e até que a mulher atinja a menopausa.

6. A gravidez após a esterilização feminina é rara, mas ela de fato acontece algumas vezes?

Na maioria dos casos, isto se deve ao fato da mulher já estar grávida no momento da esterilização. Algumas vezes surge uma abertura na trompa de falópio. A gravidez também pode ocorrer caso o profissional faça um corte no lugar errado ao invés das trompas de falópio.

7. A esterilização pode ser revertida caso a mulher decida que ela quer ter outro filho?

Geralmente, não. Realiza-se a esterilização com a intenção de que seja permanente. Pessoas que possam vir a querer ter mais filhos devem escolher um outro método de planejamento familiar. A cirurgia para reverter a esterilização é possível somente para algumas mulheres—as que tenham permanecido com pelo menos uma trompa de falópio de comprimento suficiente. Mesmo entre estas mulheres, a reversão freqüentemente não conduz à gravidez. O procedimento é difícil e dispendioso, e também não é fácil encontrar profissionais aptos a realizar tal cirurgia. Quando a gravidez de fato ocorre após a reversão, o risco de que a mesma seja ectópica é maior do que o normal. Deste modo, deve-se considerar a esterilização irreversível.

8. É melhor para a mulher fazer a esterilização feminina ou o homem fazer uma vasectomia?

Cada casal deve decidir por si próprio qual método é o melhor para eles. Ambos são métodos muito eficazes, seguros e permanentes para casais que sabem que não irão desejar ter mais filhos. Idealmente, um casal deve levar em consideração os dois métodos. Se ambos forem aceitáveis para o casal, a vasectomia seria preferível porque é mais simples, mais segura, mais fácil de realizar e mais barata que a esterilização feminina.

9. O procedimento de esterilização dói?

Sim, um pouco. As mulheres recebem anestesia local para evitar a dor, e, exceto em casos especiais, permanecem acordadas. Uma mulher pode sentir o profissional de saúde mexendo em seu útero e trompas de falópio. Isto pode ser desconfortável. Se houver um anestesta ou anestesiolista habilitado e equipamentos adequados à disposição, pode-se optar pela anestesia geral no caso de mulheres que se assustem muito com a dor. Uma mulher poderá sentir-se dolorida e fraca por alguns dias ou até algumas semanas após a cirurgia, mas logo ela recuperará sua força.

10. De que modo os profissionais de saúde podem ajudar uma mulher a decidir quanto à esterilização feminina?

Forneça informações claras e equilibradas sobre a esterilização feminina e outros métodos de planejamento familiar; e ajude a mulher a refletir cuidadosamente sobre sua decisão. Discuta minuciosamente com ela seus sentimentos sobre ter filhos e por um fim à sua fertilidade. Por exemplo, um profissional pode ajudar uma mulher a pensar como ela se sentiria no caso de ocorrerem mudanças em sua vida tais como a troca de parceiro ou a morte de um filho. Repasse os 6 Pontos do Consentimento Esclarecido a fim de certificar-se de que a mulher compreende o procedimento de esterilização (ver p. 173).

11. A esterilização feminina aumenta o risco de gravidez ectópica?

Não. Ao contrário, a esterilização feminina reduz enormemente o risco de gravidez ectópica. Gravidezes ectópicas são muito raras entre mulheres que se submeteram a um procedimento de esterilização. A taxa de gravidez ectópica entre mulheres após a esterilização feminina é de 6 por 10.000 mulheres por ano. A taxa de gravidez ectópica entre mulheres nos Estados Unidos que não utilizam nenhum método contraceptivo é de 65 por 10.000 mulheres por ano.

Nas raras ocasiões em que há falha na esterilização e ocorre gravidez, 33 de cada 100 (1 em cada 3) destas gravidezes são ectópicas. Deste modo, a maioria das gravidezes após uma falha na esterilização não é ectópica. Ainda assim, uma gravidez ectópica pode ser um risco de vida à mulher; portanto o profissional de saúde deve estar ciente de que é possível ocorrer gravidez ectópica caso haja falha na esterilização.

12. Onde pode ser realizada a esterilização feminina?

Se não houver problemas médicos pré-existentes que exijam medidas especiais:

- A minilaparotomia pode ser executada em maternidades e unidades básicas de saúde onde se possa realizar a cirurgia. Estas incluem tanto locais permanentes como temporários que possam encaminhar a mulher para um nível mais elevado de atendimento em caso de emergência.
- A laparoscopia requer um centro melhor equipado, onde o procedimento seja realizado de forma regular e haja um anestesiologista disponível.

13. O que são os métodos transcervicais de esterilização?

Os métodos transcervicais envolvem novas formas de se alcançar as trompas de falópio, através da vagina e do útero. Uma micro-rosca, Essure, já se encontra disponível em alguns países. Essure é um dispositivo semelhante a uma mola que um clínico especificamente habilitado, utilizando um instrumento de visualização (histeroscópio), insere através da vagina e do útero em cada trompa de falópio. Mais de 3 meses após o procedimento, o tecido da cicatriz cresce no dispositivo. O tecido da cicatriz tampa permanentemente as trompas de falópio de modo que o esperma não consiga atravessá-las para fertilizar um óvulo. Contudo, é pouco provável que se introduza em breve o Essure em locais com poucos recursos, por causa do alto custo e da complexidade do instrumento de visualização requerido para efetuar a inserção.

Vasectomia

Pontos Básicos para Profissionais de Saúde e Clientes

- **Permanente.** A intenção é que proporcione proteção muito eficaz, permanente e pela vida toda contra a gravidez. De modo geral, não é possível revertê-la.
- **Envolve um procedimento cirúrgico simples e seguro.**
- **Demora 3 meses para fazer efeito.** O homem ou o casal deve utilizar preservativos ou um outro método contraceptivo por 3 meses após a vasectomia.
- **Não afeta o desempenho sexual masculino.**

12

Vasectomia

O Que É a Vasectomia?

- É a contracepção permanente para homens que não queiram mais ter filhos.
- Através de uma punctura ou pequena incisão no escroto, o profissional localiza cada um dos 2 tubos por onde o esperma é transportado até o pênis (vaso deferente) e corta e bloqueia o mesmo, cortando e amarrando-o de modo a fecha-lo ou aplicando calor ou eletricidade (cautério).
- Também conhecida por esterilização masculina e contracepção cirúrgica masculina.
- Funciona por meio do fechamento de cada vaso deferente, fazendo com que o sêmen não contenha espermatozóides. O sêmen é ejaculado, mas não pode provocar uma gravidez.

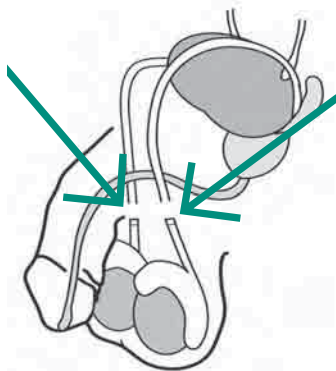
Qual a Eficácia?

É um dos métodos mais eficazes mas apresenta um pequeno risco de falha:

- Em locais onde não é possível examinar o sêmen dos homens operados 3 meses após o procedimento para verificar se o mesmo ainda contém espermatozóides, as taxas de gravidez são de cerca de 2 a 3 por 100 mulheres no primeiro ano após seus parceiros terem se submetido a uma vasectomia. Isto significa que 97 a 98 de cada 100 mulheres cujos parceiros fizeram vasectomias não engravidarão.
- Em locais onde é possível examinar o sêmen dos homens operados após a vasectomia, ocorre menos de 1 gravidez por 100 mulheres no primeiro ano após seus parceiros terem feito vasectomias (2 por 1.000). Isto significa que 998 de cada 1.000 mulheres cujos parceiros se submeteram à vasectomia não engravidarão.



- A vasectomia não é inteiramente eficaz por 3 meses após o procedimento.
 - Algumas gravidezes ocorrem no primeiro ano porque o casal não utilizou preservativos ou outro método eficaz de forma consistente e correta nos primeiros 3 meses, antes que a vasectomia atingisse sua eficácia plena.
- Um pequeno risco de gravidez permanece para além do primeiro ano depois da vasectomia e até que a parceira do homem atinja a menopausa.
 - Acima de 3 anos de uso: cerca de 4 gravidez por 100 mulheres
- Se a parceira de um homem que fez uma vasectomia engravidar, poderá ser porque:
 - O casal nem sempre utilizou outro método durante os primeiros 3 meses após o procedimento
 - O profissional cometeu um erro
 - As pontas cortadas do vaso deferente cresceram de novo e se uniram



A fertilidade não retorna porque a vasectomia, de modo geral, não pode ser interrompida ou revertida. A finalidade do procedimento é que seja permanente. A cirurgia de reversão é difícil, cara e não está disponível na maioria das regiões. Quando realizada, a cirurgia de reversão frequentemente não conduz à gravidez (ver Pergunta 7, p. 196).

Proteção contra doenças sexualmente transmissíveis (DSTs): nenhuma

Porque Alguns Homens Dizem que Gostam da Vasectomia

- É segura, permanente e prática
- Tem menos efeitos colaterais e complicações que muitos métodos destinados às mulheres
- O homem assume a responsabilidade pela contracepção—retira o fardo dos ombros da mulher
- Aumenta o prazer e a frequência do sexo

Efeitos Colaterais, Benefícios e Riscos à Saúde e Complicações

Efeitos colaterais, Benefícios e Riscos à Saúde Conhecidos

Nenhum

Complicações (ver também Como Lidar com Problemas, p. 194)

Incomuns a raras:

- Dor aguda no escroto ou no testículo que dura por meses ou anos (ver Questão 2, p. 195).

Incomuns a muito raras:

- Infecção no local da incisão ou interior da mesma (incomum no caso de uso da técnica de incisão convencional; muito rara no caso da técnica sem escalpelo; ver Técnicas de Vasectomia, p. 190).

Raras:

- Sangramento sob a pele que pode provocar inchaço ou equimose (hematoma).

Desfazendo mitos (ver também Perguntas e Respostas, p. 195)

A vasectomia:

- Não remove os testículos. Na vasectomia, os tubos que transportam o esperma vindo dos testículos são bloqueados. Os testículos permanecem intactos.
- Não diminui o desejo sexual.
- Não afeta a função sexual. A ereção de um homem continua a mesma, dura o mesmo tempo e ele ejacula tal como antes.
- Não faz com que um homem engorde ou fique mais fraco, menos masculino ou menos produtivo.
- Não provoca quaisquer doenças mais adiante na vida.
- Não previne a transmissão de doenças sexualmente transmissíveis, entre elas o HIV.

Quem Pode Fazer uma Vasectomia

Segura para Todos os Homens

Mediante aconselhamento adequado e consentimento esclarecido, qualquer homem pode submeter-se a uma vasectomia com segurança, inclusive homens que:

- Tenham alguns filhos ou nenhum
- Não sejam casados
- Não tenham a permissão da esposa
- Sejam jovens
- Tenham anemia falciforme
- Apresentem risco elevado de infecção com o HIV ou outra DST
- Estejam infectados com o HIV, estejam ou não em terapia anti-retroviral (ver Vasectomia para Homens com HIV, p. 188).

Em algumas destas situações, é importante haver um aconselhamento especialmente cuidadoso a fim de se assegurar que o homem não se arrepende de sua decisão (ver Esterilização Feminina, Porque a Esterilização é Permanente, p. 174).

Os homens podem fazer uma vasectomia:

- Sem exames de sangue ou testes laboratoriais de rotina
- Sem verificação da pressão arterial
- Sem um teste de hemoglobina
- Sem um exame de colesterol ou da função hepática
- Mesmo que o sêmen não possa ser examinado com microscópio posteriormente para verificar se ainda contém espermatozoides.



Critérios Médicos de Elegibilidade para o Uso de Vasectomia

Qualquer homem pode fazer a vasectomia. Nenhuma situação de ordem médica impede que um homem se submeta à vasectomia. A lista de verificação abaixo pergunta ao cliente a respeito que problemas médicos que sejam do seu conhecimento e que possam limitar quando, onde ou de que modo o procedimento da vasectomia deverá ser realizado. Faça ao cliente as perguntas abaixo. Se ele responder “não” a todas as questões, então pode-se executar o procedimento de vasectomia num local de rotina sem mais demora. Caso ele responda “sim” a alguma das perguntas abaixo, siga as instruções indicadas, as quais recomendam cautela, adiamento ou medidas especiais.

Na lista de verificação a seguir:

- *Cautela* significa que o procedimento pode ser realizado em local de rotina mas com preparação e precauções extras, dependendo da situação.
- *Adiamento* significa retardar a vasectomia. Estes problemas devem ser tratados e solucionados antes que a vasectomia possa ser executada. Forneça ao cliente outro método para que ele o utilize até que o procedimento possa ser realizado.
- *Especial* significa medidas especiais que devem ser tomadas para se realizar o procedimento num local onde haja uma equipe de apoio e cirurgião experientes, equipamentos para aplicar anestesia geral e outros itens de suporte médico. Para estas condições, também é necessária a capacidade para se decidir quanto ao procedimento e tipo de anestesia mais apropriados. Forneça ao cliente um método de apoio* a ser usado até que o procedimento possa ser realizado.

I. **Você tem algum problema com seus genitais, tais como infecções, inchaço, feridas ou caroços em seu pênis ou escroto? Em caso afirmativo, quais problemas?**

- ☐ **NÃO** ☐ **SIM** Se ele se enquadrar num dos itens seguintes, aja com cautela:
- Ferida anterior no escroto
 - Escroto inchado devido a inchaço nas veias ou membranas no cordão espermático ou testículos (hidrocele ou varicocele de grande porte)
 - Testículo que não desceu ao escroto (criptorquidia)—testículo no escroto apenas num dos lados. (A vasectomia é realizada apenas no lado normal. Em seguida, se houver algum espermatozóide numa amostra de sêmen após 3 meses, o outro lado precisará ser operado também.)

(Continua na próxima página)

* Entre os métodos de apoio encontram-se a abstinência, preservativos masculinos e femininos, espermicidas e coito interrompido. Diga a ele que os espermicidas e o coito interrompido são os métodos contraceptivos menos eficazes. Se possível, forneça preservativos a ele.

Crítérios Médicos de Elegibilidade para Uso de Vasectomia (continuação)

- ▶ Se ele apresentar um dos seguintes elementos, adie a vasectomia:
 - Doença sexualmente transmissível ativa
 - Ponta do pênis inchada, macia (inflamada), dos dutos que transportam os espermatozoides (epididimo) ou testículos
 - Infecção dermatológica no escroto ou uma massa no mesmo
- ▶ Se ele tiver em uma das seguintes situações, tome medidas especiais
 - Hérnia na virilha. (Se apto, o profissional de saúde pode realizar a vasectomia ao mesmo tempo em que faz o reparo da hérnia. Se isto não for possível, a hérnia deve ser reparada antes.)
 - Testículos que não descenderam em ambos os lados

2. Você tem algum outro problema ou infecção? Em caso afirmativo, quais?

- ☐ NÃO ☐ **SIM** Se ele tiver um dos seguintes, use cautela:
- Diabetes
 - Depressão
 - Pouca idade
- ▶ Se ele apresentar um dos seguintes elementos, adie a vasectomia:
- Infecção sistêmica ou gastroenterite
 - Filaríase ou elefantíase
- ▶ Caso ele tenha um dos seguintes itens, tome medidas especiais:
- AIDS (ver Vasectomia para Homens com HIV, abaixo)
 - O sangue não consegue coagular (desordens de coagulação)

Vasectomia para Homens com HIV

- Homens que estejam infectados com o HIV, tenham AIDS ou estejam em terapia anti-retroviral (ARV) podem fazer uma vasectomia com segurança. São necessárias medidas especiais para realizar a vasectomia num homem com AIDS.
- A vasectomia não previne a transmissão do HIV.
- Incentive estes homens a utilizar preservativos juntamente com a vasectomia. Quando usados de forma consistente e correta, os preservativos ajudam a prevenir a transmissão do HIV e outras DSTs.
- Ninguém deve ser coagido ou pressionado a submeter-se a uma vasectomia,
- Inclusive homens com HIV.

Fornecimento da Vasectomia

Quando Realizar o Procedimento

- A qualquer momento em que um homem solicitá-la (se não houver nenhum motivo médico para adiá-la).



Garantia de uma Decisão Esclarecida

IMPORTANTE: A Conversar com um aconselhador amigoso que escute as preocupações do homem, que responda às suas dúvidas e lhe forneça informações claras e práticas sobre o procedimento—particularmente quanto ao caráter permanente—ajudará o homem a tomar uma decisão esclarecida e a ser um usuário bem-sucedido e satisfeito com o método, sem que haja arrependimento posterior (ver Porque a Esterilização é Permanente, p. 174). Envolver a parceira dele no aconselhamento pode ser útil, mas não é obrigatório.

12

Vasectomia

Os 6 Pontos do Consentimento Esclarecido

O aconselhamento deve abranger todos os 6 pontos do consentimento esclarecido. Em alguns programas, o cliente e o aconselhador assinam um termo de consentimento esclarecido. Para dar consentimento esclarecido à vasectomia, o cliente deve compreender os seguintes pontos:

1. Também há anticoncepcionais temporários à disposição do cliente.
2. A vasectomia é um procedimento cirúrgico.
3. Existem certos riscos, bem como benefícios, na execução do mesmo. (Tanto os riscos quanto os benefícios devem ser explicados de uma maneira que o cliente possa entender.)
4. Se bem sucedido, o procedimento fará com que o cliente nunca mais possa ter filhos.
5. O procedimento é considerado permanente e provavelmente não poderá ser revertido.
6. O cliente pode mudar de idéia e decidir não mais fazer o procedimento a qualquer momento antes da realização do mesmo (sem que, com isso, perca seus direitos a outros serviços e benefícios médicos e de saúde).

Técnicas de Vasectomia

Para Alcançar o Deferente: Vasectomia Sem Escalpo

A vasectomia do tipo “sem escalpo” é a técnica recomendada para se alcançar cada um dos 2 tubos existentes no escroto (conduto deferente) que transporta o espermatozoides até o pênis. Está se tornando o padrão no mundo todo.

Diferenças em relação ao procedimento convencional com uso de incisões:

- Utiliza uma pequena punctura ao invés de 1 ou 2 incisões no escroto.
- Não é necessário dar pontos para fechar a pele.
- A técnica de anestesia especial só precisa de uma punctura de agulha ao invés de 2 ou mais.

Vantagens:

- Menos dor e equimose e recuperação mais rápida.
- Menor número de infecções e menos acúmulo de sangue no tecido (hematoma).
- O tempo total da vasectomia tem sido menor quando profissionais qualificados utilizam a abordagem sem escalpo.
- Tanto o procedimento sem escalpo quanto o convencional são rápidos, seguros e eficazes.

Bloqueio do Deferente

Na maioria das vasectomias, utilizam-se ligação e excisão. Isto conduz ao corte e à remoção de um pequeno pedaço de cada tubo e, em seguida, amarram-se as duas pontas cortadas remanescentes do conduto. Este procedimento tem uma taxa de insucesso baixa.

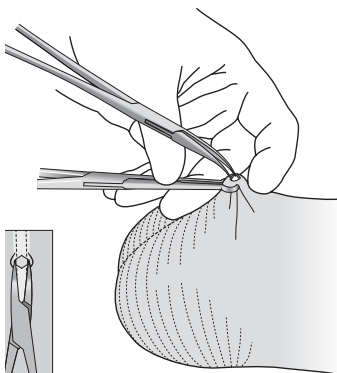
A aplicação de calor ou eletricidade às pontas de cada deferente (cauterização) tem uma taxa de insucesso ainda mais baixa que a ligação e excisão. As chances de que a vasectomia não dê certo podem ser reduzidas ainda mais pelo fechamento de uma ponta cortada do vaso, após as pontas terem sido amarradas ou cauterizadas, na fina camada de tecido existente ao redor do vaso (interposição fascial). Se houver equipamento e treinamento à disposição, recomenda-se fazer interposição fascial e/ou cautério. Não se recomenda o bloqueio do conduto com cliques, pois acarreta taxas de gravidez mais altas.

Execução do Procedimento de Vasectomia

Explicação do Procedimento

Um homem que tenha optado pela vasectomia precisa saber o que acontecerá durante o procedimento. A descrição a seguir pode ajudar a explicar o procedimento a ele. A aprendizagem da execução de uma vasectomia exige treinamento e prática sob supervisão direta. Portanto, a descrição abaixo é apenas um resumo não representando as instruções detalhadas.

1. provider uses proper infection-prevention procedures at all times (see InfecO profissional utiliza, o tempo todo, procedimentos apropriados de prevenção de infecções (ver Prevenção de Infecções na Clínica, p. 312).
2. O homem recebe uma injeção de anestésico local em seu escroto a fim de evitar a dor. Ele permanece acordado durante todo o procedimento.
3. O profissional apalpa a pele do escroto buscando localizar cada um dos vasos deferentes—os 2 tubos existentes no escroto que transportam o esperma.
4. O profissional faz uma punctura ou incisão na pele:
 - Usando a técnica de vasectomia sem escalpelo, o profissional segura firmemente o tubo com um fórceps especialmente projetado e faz uma pequena punctura na pele na linha mediana do escroto com um instrumento cirúrgico pontiagudo especial.
 - Usando o procedimento convencional, o profissional faz 1 ou 2 pequenas incisões na pele com escalpelo.
5. O profissional eleva uma pequena alça de cada vaso a partir da punctura ou incisão. A maioria dos profissionais pode, então, cortar cada tubo e amarrar uma ou ambas as pontas cortadas fechando-as com fio. Alguns vedam os tubos com calor ou eletricidade. Podem também fechar um dos vasos na fina camada de tecido que fica ao redor do vaso (ver Técnicas de Vasectomia, página anterior).
6. A punctura é coberta com uma bandagem adesiva, ou a incisão poderá ser fechada com pontos.
7. O homem recebe instruções sobre o que fazer depois que sair da clínica ou hospital (ver Explicação de Auto-Cuidado para Vasectomia, p. 192). O homem poderá sentir-se fraco por um breve momento após o procedimento. Ao ficar de pé pela primeira vez, deve receber ajuda devendo descansar de 15 a 30 minutos. De modo geral, ele pode sair da clínica em uma hora.



Apoio ao Usuário

Explicação do Auto-Cuidado para Vasectomia

Antes do procedimento o homem deve

- Vestir roupas limpas e largas no posto de saúde.

Após o procedimento o homem deve

- Descansar por 2 dias, se possível.
- Se possível, colocar compressas frias no escroto nas primeiras 4 horas, o que poderá diminuir a dor e o sangramento. Ele sentirá um pouco de incômodo, inchaço e equimose. Estes sintomas devem desaparecer em 2 a 3 dias.
- Vestir calça ou cueca confortável por 2 a 3 dias para ajudar na sustentação do escroto. Isto diminuirá o inchaço, o sangramento e a dor.
- Mantenha o local da punctura/incisão limpo e seco por 2 a 3 dias. Ele poderá utilizar uma toalha para limpar o corpo não deve mergulhar na água.
- Não fazer sexo por pelo menos 2 a 3 dias.
- Usar preservativos ou outro método de planejamento familiar eficaz por 3 meses após o procedimento. (A opção anteriormente recomendada, de aguardar 20 ejaculações, mostrou-se menos confiável que a espera de 3 meses, por isso não é mais recomendada.)



O que fazer com relação aos problemas mais comuns

- O desconforto no escroto geralmente dura de 2 a 3 dias. Sugira ibuprofeno (200–400 mg), paracetamol (325–1000 mg) ou outro analgésico. Ele não deve tomar aspirina, pois esta torna lenta a coagulação do sangue.

Planeja a consulta de acompanhamento

- Peça a ele que retorne depois de 3 meses para fazer a análise do sêmen, se disponível (ver Pergunta 4, p. 196).
- Contudo, não deve negar a nenhum homem a vasectomia em função da dificuldade ou impossibilidade de haver acompanhamento.

“Volte Quando Quiser”: Motivos para Retornar

Encoraje cada cliente para que se sinta à vontade para retornar quando quiser—por exemplo, caso ele tenha problemas ou dúvidas, ou caso ele ache que sua parceira possa estar grávida. (Ocorre falha num pequeno número de vasectomias e a parceira do homem engravida). Também deve voltar caso:

- Ele tenha sangramento, dor, pus, calor, inchaço ou vermelhidão na área genital que se agrave ou não desapareça.

Orientação geral de saúde: qualquer pessoa que subitamente ache que algo muito grave esteja acontecendo com sua saúde deve buscar atendimento médico imediatamente junto a uma enfermeira ou médico. É provável que o método anticoncepcional usado por ele não seja a causa do problema, mas ele deve contar à enfermeira ou ao médico qual método ela está utilizando.



Ajuda a Usuários

Como Lidar com Problemas

Problemas Relatados como Complicações

- A ocorrência de problemas afeta a satisfação do homem com a vasectomia. Merecem a atenção do profissional de saúde. Se o cliente relatar complicações da vasectomia, ouça suas preocupações e, se adequado, trate.

Sangramento ou coágulos de sangue após o procedimento

- Assegure ao cliente que pequenos sangramentos ou coágulos de sangue não infectados geralmente desaparecem sem tratamento em cerca de duas semanas.
- Coágulos maiores poderão necessitar drenagem cirúrgica.
- Coágulos infectados requerem o uso de antibióticos e internação.

Infecção no local da punctura ou incisão (vermelhidão, calor, dor, pus)

- Limpe a área infectada com água e sabão ou antisséptico.
- Forneça antibióticos orais por 7 a 10 dias.
- Peça ao cliente para retornar depois de tomar todos os antibióticos caso a infecção não tenha desaparecido.

Abscesso (um bolsão de pus sob a pele causado por infecção)

- Limpe a área com antisséptico.
- Corte para abrir (faça uma incisão) e drene o abscesso.
- Trate a ferida.
- Forneça antibióticos orais por 7 a 10 dias.
- Peça a cliente para retornar após tomar todos os antibióticos caso ele tenha calor, vermelhidão, dor ou drenagem da ferida.

Dor que dure por meses

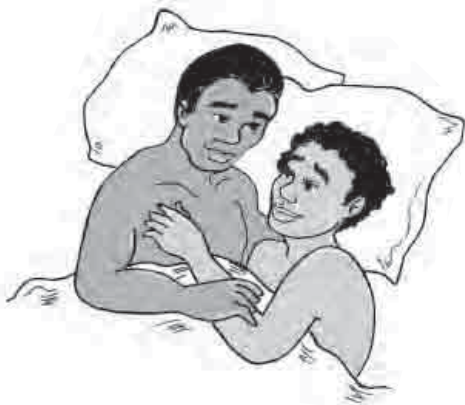
- Sugira elevar o escroto com calças ou cueca confortável um suporte atlético.
- Sugira imersão em água morna.
- Sugira aspirina (325–650 mg), ibuprofeno (200–400 mg), paracetamol (325–1000 mg) ou outro analgésico.
- Forneça antibióticos caso haja suspeita de infecção.
- Se a dor persistir e for intolerável, encaminhe para atendimento em nível superior (ver Pergunta 2, na próxima página).

Perguntas e Respostas Sobre Vasectomia

1. A vasectomia fará com que um homem perca sua capacidade sexual?

Fará com que fique fraco ou engorde?

Não. Após a vasectomia, um homem poderá ter a mesma aparência e sentir as mesmas coisas que antes. Poderá fazer sexo da mesma forma que fazia antes. Suas ereções terão a mesma rigidez e duração que antes e as ejaculações de sêmen serão iguais. Poderá trabalhar com a mesma intensidade e não ganhará peso em função da vasectomia.



2. Haverá alguma dor duradoura por causa da vasectomia?

Alguns homens relatam ter desconforto ou dor crônica no escroto ou nos testículos que pode durar de 1 a 5 anos ou mais após a vasectomia. Nos estudos de maior porte, envolvendo milhares de homens, menos de 1% relatou dor no escroto ou nos testículos que precisasse ser tratada com cirurgia. Em estudos menores, com cerca de 200 homens, chegou a 6% o número dos que relatavam dor aguda no escroto ou testículos por mais de 3 anos após a vasectomia. Contudo, num grupo de homens semelhante que não se submeteu à vasectomia, 2% relataram uma dor parecida. Poucos homens com dor aguda dizem que se arrependeram de fazer a vasectomia. A causa da dor é desconhecida. Pode ser resultante da pressão causada pelo acúmulo de esperma que vazou de um vaso deferente incorretamente vedado ou amarrado ou ainda por causa de um dano ao nervo. O tratamento inclui a elevação do escroto e a ingestão de analgésico. Pode-se injetar um anestésico no cordão espermático para tirar a sensibilidade dos nervos que chegam aos testículos. Alguns profissionais relatam que a cirurgia para remoção do local dolorido ou reversão da vasectomia alivia a dor. Não é comum haver dor aguda e prolongada após uma vasectomia, mas esta informação sobre este risco deve ser prestada a todo e qualquer homem que esteja cogitando submeter-se a este procedimento.

3. Um homem precisa utilizar outro método contraceptivo após uma vasectomia?

Sim, durante os primeiros 3 meses. Se sua parceira estiver utilizando um método contraceptivo, ela poderá continuar a praticá-lo durante este período de tempo. Não utilizar outro método nos primeiros 3 meses é a principal causa de gravidez entre casais que recorrem à vasectomia.

4. É possível verificar se uma vasectomia está funcionando?

Sim. Um profissional pode examinar uma amostra de sêmen num microscópio para observar se a mesma ainda contém espermatozóides. Caso o profissional não observe movimento dos espermatozóides, a vasectomia está funcionando. Recomenda-se um exame de sêmen a qualquer momento depois de passados 3 meses após o procedimento, mas não é essencial.

Se houver menos de um espermatozóide imóvel por 10 campos de alta potência (menos de 100.000 espermatozóides por mililitro) na amostra fresca, então o homem pode confiar em sua vasectomia e parar de usar um método anticoncepcional de apoio. Caso seu sêmen contenha mais espermatozóides móveis, o homem deve continuar utilizando um método de apoio e retornar à clínica mensalmente para realizar uma análise do sêmen. Se seu sêmen continuar apresentando espermatozóides móveis, talvez ele precisa realizar uma segunda vasectomia.

5. O que dizer se a parceira de um homem fica grávida?

Todo homem que se submete a uma vasectomia deve saber que este procedimento às vezes falha e sua parceira pode, conseqüentemente, engravidar. Ele não deve presumir que sua parceria foi infiel caso engravide. Se a parceira de um homem engravida durante o período de 3 meses após a vasectomia, lembre ao homem que nos primeiros 3 meses o casal precisará utilizar outro método contraceptivo. Se possível, ofereça uma análise de sêmen e, se for constatada presença de esperma, uma segunda vasectomia.

6. A vasectomia deixará de funcionar após um tempo?

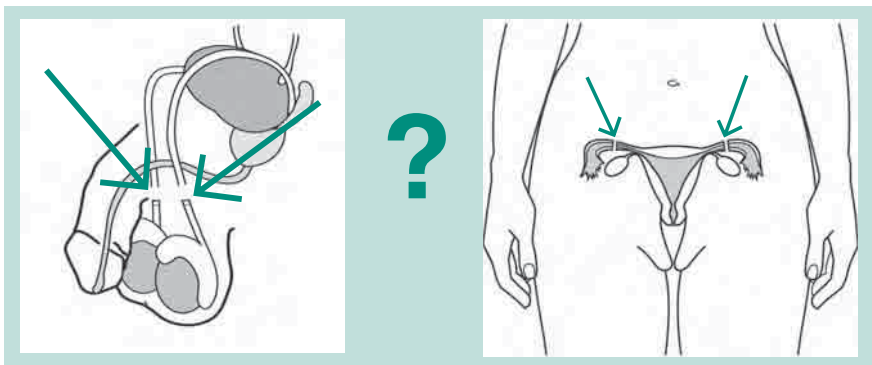
Geralmente, não. A intenção é que a vasectomia tenha caráter permanente. Em casos raros, contudo, os tubos que transportam o esperma voltam a crescer e o homem precisará realizar uma segunda vasectomia.

7. Um homem pode reverter sua vasectomia caso ele decida que quer ter mais filhos?

Geralmente, não. A intenção é que a vasectomia tenha caráter permanente. Pessoas que possam vir a querer ter mais filhos devem escolher um método de planejamento familiar diferente. A cirurgia de reversão de vasectomia só é possível para alguns homens e a reversão frequentemente não resulta em gravidez. O procedimento é difícil e dispendioso, não sendo fácil encontrar profissionais aptos a realizar tal cirurgia. Para todos os efeitos, a vasectomia deve ser considerada irreversível.

8. É melhor para o homem submeter-se a uma vasectomia ou a mulher fazer uma esterilização feminina?

Cada casal deve decidir por si próprio qual é o melhor método para eles. Ambos constituem métodos muito eficazes, seguros e permanentes para casais que sabem que não irão querer ter mais filhos no futuro. Idealmente, um casal deve considerar ambos os métodos. Se ambos forem aceitáveis ao casal, a vasectomia seria preferível porque é mais simples, mais segura, mais fácil e menos dispendiosa que a esterilização feminina.



9. De que modo os profissionais de saúde podem ajudar um homem a se decidir pela vasectomia?

Forneça informações claras e equilibradas sobre a vasectomia e outros métodos de planejamento familiar, e ajude o homem a refletir minuciosamente sobre sua decisão. Converse sobre tudo: seus sentimentos em relação a ter filhos e a por fim à sua fertilidade. Por exemplo, um profissional pode ajudar um homem a refletir sobre como ele se sentiria com relação a possíveis mudanças em sua vida, tais como a troca de parceira ou a morte de um de seus filhos. Repasse os 6 Pontos do Consentimento Esclarecido para certificar-se de que o homem compreende o procedimento de vasectomia (ver p. 189).

10. A vasectomia só deve ser oferecida a homens que tenham atingido uma certa idade ou tenham um certo número de filhos?

Não. Não há justificativa para se negar a vasectomia a um homem só por causa de sua idade, do número de filhos vivos ou de seu estado civil. Os profissionais de saúde não devem impor regras rígidas quanto à idade, número de filhos, idade do último filho ou estado civil. Deve-se permitir que cada homem decida por si próprio se irá ou não quer ter mais filhos e se deseja ou não submeter-se à vasectomia.

11. A vasectomia aumenta o risco de câncer ou de doença cardíaca de um homem posteriormente em sua vida?

Não. As evidências advindas de estudos de grande porte bem projetados demonstram que a vasectomia não aumenta os riscos de câncer dos testículos (câncer testicular) ou de câncer da próstata ou ainda de doença cardíaca.

12. Um homem que fez uma vasectomia pode transmitir ou se infectar com uma doença sexualmente transmissível (DST), inclusive o HIV?

Sim. As vasectomias não protegem contra as DSTs, inclusive o HIV. Todos os homens com risco de contrair uma DST, entre elas o HIV, tenham ou não se submetido a uma vasectomia, precisam utilizar preservativos para protegerem a si e às suas parceiras do risco de se infectarem.

13. Onde pode ser realizada uma vasectomia?

Se não houver problemas médicos preexistentes que exijam medidas especiais, a vasectomia pode ser realizada em praticamente qualquer local, inclusive centros de saúde, clínicas de planejamento familiar, e consultórios de atendimento de médicos particulares. Nos locais onde não houver serviços de vasectomia disponíveis, equipes ambulantes podem realizar vasectomias e quaisquer exames de acompanhamento em unidades básicas de saúde e em veículos especialmente equipados, contanto se possa disponibilizar os medicamentos fundamentais, suprimentos, instrumentos e equipamentos.

Preservativos Masculinos

Este capítulo descreve os preservativos masculinos de látex. Os preservativos femininos, que geralmente são de plásticos e inseridos na vagina da mulher, encontram-se disponíveis em algumas regiões (ver Preservativos Femininos, p. 211, e Comparação de Preservativos, p. 360).

Pontos Básicos para Profissionais/Serviços de Saúde e Clientes

- **Os preservativos masculinos ajudam a proteger contra as doenças sexualmente transmissíveis, entre elas o HIV.** O preservativo é o único método contraceptivo que protege tanto contra a gravidez quanto as doenças sexualmente transmissíveis.
- **Exigem o uso correto em cada relação sexual para se obter máxima eficácia.**
- **Requerem a colaboração tanto do homem quanto da mulher.**
- **Conversar sobre o uso de preservativos antes do sexo aumenta as chances de que o mesmo será utilizado.**
- **Pode amortecer a sensação do sexo em alguns homens.**
A conversa entre parceiro e parceira às vezes pode ajudar a superar a objeção.

13

Preservativos Masculinos

O Que São os Preservativos Masculinos?

- São capas ou revestimentos que são colocadas no pênis ereto do homem.
- Também são chamados de camisinhas, borrachas, “capa de chuva,” “guarda-chuvas,” peles e profiláticos; conhecidos por muitos nomes comerciais (marcas) diferentes.
- A maioria é feita de borracha de látex fina.
- Funcionam formando uma barreira que mantém os espermatozoides fora da vagina, prevenindo a gravidez. Também impedem que infecções existentes no sêmen, no pênis ou na vagina sejam contraídas pelo outro parceiro.

Qual a Eficácia?

A eficácia depende do usuário: o risco de gravidez ou doença sexualmente transmissível (DST) é maior quando não se utilizam os preservativos em todas as relações sexuais.

Ocorre um número muito pequeno de gravidezes ou infecções devido ao uso incorreto, ao resvalamento ou ao rompimento da camisinha.

Proteção contra gravidez:

- Em uso comum, ocorrem cerca de 15 gravidezes por 100 mulheres cujos parceiros usam preservativos masculinos ao longo do primeiro ano. Isto significa que 85 de cada 100 mulheres cujos parceiros usam camisinha não engravidarão.
- Quando usados corretamente em cada relação sexual, ocorrem cerca de 2 gravidezes por 100 mulheres cujos parceiros usam preservativos no primeiro ano.

Retorno da fertilidade após a interrupção do uso de preservativos: não há demora

Proteção contra o HIV e outras DSTs:

- Os preservativos masculinos reduzem significativamente o risco de uma pessoa se infectar com o HIV quando utilizados de maneira correta em toda relação sexual.
- Quando usados de forma consistente e correta, o uso da camisinha previne de 80% a 95% a transmissão do HIV que aconteceria se não fossem usados (ver Pergunta 2, p. 208).
- Os preservativos reduzem o risco de alguém se infectar com muitas DSTs quando usados de modo consistente e correto.
 - Protege melhor contra DSTs disseminadas por descarga de sêmen, tais como o HIV, gonorréia e clamídia.
 - Também protege contra DSTs disseminadas por contato de pele com pele, tais como herpes e o papilomavirus humano.



Efeitos Colaterais, Benefícios e Riscos à Saúde

Efeitos Colaterais

Nenhum

Benefícios à Saúde Conhecidos

Ajudam a proteger contra:

- Riscos de gravidez
- DSTs, inclusive o HIV

Pode ajudar a proteger contra:

- Problemas causados por DSTs:
 - Doença inflamatória pélvica recorrente e dor pélvica crônica
 - Câncer cervical
 - Infertilidade (masculina e feminina)

Riscos à Saúde Conhecidos

Extremamente raros:

- Reação alérgica aguda (entre pessoas com alergia ao látex)

Porque Alguns Homens Dizem que Gostam de Preservativos

- Não têm efeitos colaterais hormonais
- Podem ser utilizados como método temporário ou de apoio
- Podem ser usados sem necessidade de uma consulta a um profissional de saúde
- São vendidos em muitos lugares e, de modo geral, são fáceis de se obter
- Ajudam a proteger tanto da gravidez quanto das DSTs, inclusive o HIV

Como Trazer à Tona o Uso de Preservativos

Para algumas mulheres, é difícil conversar sobre a vontade que elas têm de utilizar preservativos com seus parceiros. Para outras, a dificuldade está em convencer seus parceiros a utilizar preservativos toda vez que fazem sexo. Os homens dão motivos diferentes para não usar a camisinha. Alguns não gostam do modo como os preservativos amortecem a sensação do sexo. Às vezes, as razões dadas pelos homens baseiam-se em boatos ou mitos. Esclarecer com dados reais pode ajudar uma mulher a responder às objeções postas pelo seu parceiro (ver *Desfazendo Mitos*, p. 202).



Conversar Primeiro é de Grande Valia. Uma mulher que converse com seu(s) parceiro(s) quanto ao uso da camisinha antes de começar a fazer sexo poderá aumentar suas chances de que os preservativos sejam de fato utilizados. As mulheres podem tentar as abordagens que elas considerem melhores, dependendo do parceiro e das circunstâncias. Entre alguns pontos que têm sido persuasivos em diferentes contextos, estão:

- **Emphasizing** Enfatizar o uso de preservativos para a prevenção de gravidez ao invés de mencionar a proteção contra DSTs.
- Apelar para a preocupação que cada um deve ter para com o outro—por exemplo: “Muitas pessoas aqui do bairro estão infectadas com o HIV, então precisamos tomar cuidado.”
- Assumir uma opinião ou postura irredutível—por exemplo: “Eu não posso fazer sexo a menos que você use camisinha.”
- Sugerir que se tente usar um preservativo feminino, se disponível. Alguns homens os preferem aos preservativos masculinos.
- No caso de mulheres grávidas, conversar sobre o risco que as DSTs oferecem à saúde do bebê e enfatizar como os preservativos podem ajudar a proteger o bebê.

Adicionalmente, uma mulher pode sugerir que seu parceiro ou o casal compareçam juntos à clínica para o aconselhamento quanto à importância do uso de preservativos.

Desfazendo Mitos (ver também Perguntas e Respostas, p. 208)

Os preservativos masculinos:

- Não tornam o homem estéril, impotente ou fraco.
- Não diminuem o desejo sexual do homem.
- Não se perdem dentro do corpo da mulher.
- Não têm furos pelos quais o HIV possa passar.
- Não estão ligados ao HIV.
- Não provocam doença na mulher porque impedem o sêmen ou espermatozóide de entrar em seu corpo.
- Não causam doença no homem porque o sêmen “fica retido.”
- São usados por casais casados. Não se destinam exclusivamente ao uso fora do casamento.

Quem Pode e Quem Não Pode Usar Preservativos Masculinos

Critérios Médicos de Elegibilidade para o Uso de

Preservativos Masculinos

Qualquer homem ou mulher pode fazer uso, com segurança, de preservativos masculinos, exceto as pessoas com:

- Reação alérgica aguda à borracha de látex

Para obter maiores informações sobre alergia ao látex, ver Irritação moderada na ou em volta da vagina ou pênis ou reação alérgica moderada ao preservativo, p. 207; Reação alérgica aguda ao preservativo, p. 207; e Pergunta 11, p. 210.

Fornecimento de Preservativos Masculinos

Quando Começar

- A qualquer momento quando o ou a cliente quiser.

Explicação do Modo de Usar

IMPORTANTE: Sempre que possível, mostre aos clientes como colocar uma camisinha. Use um modelo de pênis, se disponível, ou outro objeto, como uma banana, para fazer a demonstração.

Explique os 5 Passos Básicos no Uso de um Preservativo Masculino

Passos Básicos	Detalhes Importantes
1. Use um preservativo novo em cada relação sexual	• Verifique a embalagem do preservativo. Não o utilize se ela estiver rasgada ou danificada. Evite utilizar uma camisinha com data de validade vencida—só faça isso se não houver um preservativo mais recente. • Rasgue a embalagem, abrindo-a com cuidado. Não use unhas, dentes ou algo que possa danificar o preservativo. 
2. Antes de qualquer contato físico, coloque a camisinha na ponta do pênis ereto com o lado enrolado para fora	• Para maior proteção, coloque o preservativo antes que o pênis tenha algum contato genital, oral ou anal. 
3. Desenrole o preservativo totalmente até a base do pênis ereto	• O preservativo deve ser desenrolado com facilidade. Forçar para colocá-lo pode fazer com que se rompa durante o uso. • Se o preservativo não desenrolar com facilidade, pode ser que esteja do avesso ou danificado ou que seja muito antigo. Jogue-o fora e use uma camisinha nova. • Se o preservativo estiver do avesso e não houver outro disponível, vire-o do outro lado e desenrole-o pelo pênis. 
4. Imediatamente após a ejaculação, segure a borda do preservativo no lugar e retire o pênis enquanto o mesmo ainda está ereto	• Retire o penis. • Deslize o preservativo para fora, evitando que o sêmen respingue. • Se for fazer sexo novamente ou mudar de uma posição sexual para outra, utilize uma nova camisinha. 
5. Jogue fora o preservativo usado de modo seguro	• Embrulhe o preservativo em sua embalagem e jogue-o no lixo ou na latrina. Não jogue a camisinha numa privada, pois poderá causar problemas ao encanamento. 

Apoio ao Usuário

Certifique de que o cliente compreenda o uso correto

- Peça ao cliente para explicar os 5 passos básicos do uso de um preservativo colocando-o num modelo de pênis ou outro objeto e retirando-o depois. Quando estiver ministrando o aconselhamento, utilize o gráfico existente na p. 363, **Uso Correto de um Preservativo Masculino**.

Pergunte aos clientes quantos preservativos irão precisar até seu próximo retorno

- Forneça bastante preservativos e, se disponível, um lubrificante à base de água ou silicone.
- Diga aos clientes onde eles podem comprar camisinhas, se precisarem.

Explique porque é importante usar um preservativo em cada relação sexual

- Uma única relação sexual desprotegida pode levar a uma gravidez ou DST—ou ambas.
- Se não utilizou a camisinha numa relação sexual, tente usar uma na próxima vez. Um erro cometido uma ou duas vezes não significa que não tem sentido usar preservativos no futuro.

Explique os que são as pílulas anticoncepcionais de emergência (PAEs)

- Explique o uso de PAEs em caso de erro no uso do preservativo—inclusive quando o mesmo não foi utilizado—para ajudar a prevenir a gravidez (ver **Pílulas Anticoncepcionais de Emergência**, p. 45). Forneça PAEs, se disponíveis.

Discuta maneiras de conversar sobre o uso de preservativos

- Converse sobre habilidades e técnicas na negociação do uso do preservativo com parceiros (ver **Como Trazer a Tona o Uso do Preservativo**, p. 201).

Lubrificantes para Preservativos de Látex

A lubrificação ajuda a evitar que o preservativo se rompa. Há 3 maneiras de se obter lubrificação—as secreções vaginais naturais, a adição de um lubrificante ou o uso de preservativos que já lubrificados na embalagem.

Às vezes, pode-se encontrar lubrificantes feitos de glicerina ou silicone, que são seguros para serem usados com preservativos de látex. Água limpa e saliva também podem ser usados como lubrificação. Os lubrificantes devem ser aplicados no lado de fora do preservativo, na vagina ou no ânus. Os lubrificantes não devem ser colocados no pênis, pois podem fazer com que a camisinha escorregue e saia do lugar. Uma gota ou duas de lubrificante no lado de dentro do preservativo antes dele ser desenrolado pode ajudar a aumentar a sensação do sexo para alguns homens. Mas, uma quantidade excessiva de lubrificante poderá fazer com que o preservativo escorregue e saia.

Não utilize produtos à base de óleo ou petróleo para lubrificar preservativos de látex. Eles poderão danificar o latex. Entre os materiais que não devem ser usados encontram-se: quaisquer óleos (de cozinha, de bebê, de coco, mineral), vaselina, loções, cremes frios, manteiga, manteiga de cacau e margarina.

O Que os Usuários de Preservativo Não Devem Fazer

Algumas práticas podem aumentar o risco de que o preservativo se rompa devendo por isso serem evitadas.

- Não desenrole o preservativo antes para em seguida tentar colocá-lo no pênis
- Não utilize lubrificantes à base de óleo porque danificam o látex
- Não use uma camisinha se sua cor estiver desigual ou alterada
- Não utilize um preservativo que pareça quebradiço, ressecado ou muito grudento
- Não reaproveite os preservativos
- Não faça sexo a seco

Além disso, não utilize o mesmo preservativo quando estiver mudando entre diferentes posições de penetração, tais como de sexo anal para vaginal. Isto poderá transferir bactérias que causam infecções.

“Volte Quando Quiser”: Motivos para Retornar

Encoraje cada cliente para que se sinta à vontade para retornar quando quiser—por exemplo, caso ele ou ela tenha problemas ou dúvidas, ou caso deseje usar outro método ou se achar que a mulher possa estar grávida. Também deve voltar caso:

- O/A cliente tem dificuldade de usar preservativos corretamente ou toda vez que faz sexo.
- O/A cliente tenha sinais ou sintomas de reação alérgica ao preservativo de látex (ver Reação alérgica aguda ao preservativo, p. 207).
- A mulher fez sexo desprotegido e quer evitar a gravidez. Ela poderá estar em condições de tomar PAEs (ver Pílulas Anticoncepcionais de Emergência, p. 45).

Ajuda a Usuários Regulares

1. Pergunte aos clientes como está sendo o uso do método e se estão satisfeitos. Pergunte se têm alguma dúvida ou algo sobre o que queiram conversar.
2. Pergunte especialmente se estão tendo problemas para usar corretamente os preservativos e toda vez que fazem sexo. Forneça aos clientes qualquer informação ou ajuda que necessitem (ver Como Lidar com Problemas, p. 206).
3. Forneça aos clientes mais preservativos e incentive-os a voltar para buscarem mais antes que seu estoque acabe. Lembre-os de outros lugares onde podem conseguir camisinhas.
4. Pergunte a um usuário antigo se houve mudanças importantes em sua vida que possa afetar suas necessidades—particularmente sobre seus planos de ter filhos e quando ao risco de DST/HIV. Faça o acompanhamento necessário.

Como Lidar com Problemas

Problemas Relacionados ao Uso

Podem ou não ser devidos ao método.

- A ocorrência de problemas afeta a satisfação dos clientes e o uso do método. Merecem a atenção do profissional de saúde. Se o cliente relatar algum problema, ouça suas preocupações e faça o aconselhamento.
- Ofereça ajuda para que o cliente escolha outro método—na hora, se ele ou ela quiser, ou se os problemas não puderem ser superados—a menos que os preservativos sejam necessários para a proteção contra DSTs, entre elas o HIV.

O preservativo rompeu, escorregou e saiu do pênis ou não foi utilizado

- As PAEs podem ajudar a prevenir a gravidez em tais casos (ver Pílulas Anticoncepcionais de Emergência, p. 45). Caso um homem observe que a camisinha se rompeu ou escorregou, ele deve contar à parceira de modo que ela possa tomar PAEs caso deseje.
- Não há muito o que fazer para reduzir o risco de DSTs caso um preservativo se rompa, escorregue ou deixe de ser usado (ver Pergunta 7, p. 209). Caso o/a cliente apresente sinais ou sintomas de DSTs depois de fazer sexo desprotegido, avalie ou encaminhe.
- Se o/a cliente relatar que a camisinha se rompeu ou escorregou:
 - Peça aos clientes que mostrem como estão abrindo a embalagem de preservativo e como estão colocando o mesmo, usando um modelo ou outro objeto. Corrija os erros, se houver.
 - Pergunte se estão usando lubrificantes. O uso de lubrificante incorreto ou em pouca quantidade pode aumentar a possibilidade de ruptura (ver Lubrificantes para Preservativos de Látex, p. 204). O excesso de lubrificante pode fazer com que o preservativo escorregue e saia.
 - Pergunte quanto o homem retira o pênis. Uma demora muito longa para tirar, quando a ereção começa a diminuir, pode aumentar a chance da camisinha escorregar.

Dificuldade em colocar o preservativo

- Peça aos clientes que mostrem como estão abrindo a embalagem de preservativo e como estão colocando o mesmo, usando um modelo ou outro objeto. Corrija os erros, se houver.

Dificuldade em convencer o parceiro a usar preservativos ou não consegue usar um preservativo em toda relação sexual

- Discuta as maneiras de se conversar sobre preservativos com o parceiro (ver Como Trazer à Tona o Uso de Preservativos, p. 201) e também os argumentos racionais de dupla proteção (ver Escolha de uma Estratégia de Dupla Proteção, p. 280).
- Considere a possibilidade de combinar os preservativos com:
 - Outro método contraceptivo eficiente para obter uma melhor proteção contra a gravidez.
 - Se não houver risco de DSTs, um método baseado na percepção da fertilidade e o uso de preservativos somente durante o período fértil (ver Métodos Baseados na Percepção da Fertilidade, p. 239).
- Especialmente se o/a cliente ou parceiro/a tiver risco de contrair DSTs, incentive o uso de preservativos ao mesmo tempo em que busca solucionar os problemas.

Se nenhum dos parceiros tiver alguma infecção, um relacionamento sexual com fidelidade mútua proporciona a proteção às DST sem que seja necessário o uso de preservativos mas não protege contra a gravidez.

Irritação moderada na ou ao redor da vagina ou do pênis ou reação alérgica moderada ao preservativo (coceira, vermelhidão, erupção e/ou inchaço dos genitais, virilha ou coxas durante ou após o uso de preservativos)

- Sugira tentar outra marca de camisinhas. Uma pessoa pode ser mais sensível a uma marca de preservativos do que a outras.
- Sugira colocar lubrificante ou água no preservativo para reduzir o atrito que pode estar causando a irritação.
- Se os sintomas persistirem, avalie ou encaminhe para verificar uma possível infecção vaginal ou DST, conforme o caso.
 - Se não houver infecção e a irritação continua ou é recorrente, o/a cliente pode ter uma alergia ao látex.
 - Se não tiver risco de contrair DSTs, inclusive HIV, ajude o/a cliente a escolher outro método.
 - Se o/a cliente ou o/a parceira/o tiver risco de DST, sugira o uso de preservativos femininos ou preservativos masculinos de plástico, se disponíveis. Se não estiverem disponíveis, incentive-os ao uso contínuo de preservativos de látex. Diga ao ou à cliente para parar de usar os preservativos de látex se os sintomas se agravarem (ver Reação alérgica aguda ao preservativo, abaixo).
 - Se nenhum dos parceiros tiver uma infecção, um relacionamento sexual com fidelidade mútua proporciona proteção contra as DSTs sem que seja necessário utilizar preservativos mas não protege contra a gravidez.

Novos Problemas Que Possam Exigir a Troca de Métodos

Podem ou não ser devidos ao método.

A parceira está utilizando miconazol ou econazol (para tratamento de infecções vaginais)

- Uma mulher não deve recorrer aos preservativos de látex durante o uso vaginal de miconazol ou econazol. Eles danificam o látex. (O tratamento oral não prejudicará os preservativos.)
- Ela deve utilizar preservativos femininos ou preservativos masculinos de plástico, outro método contraceptivo ou abster-se de fazer sexo até que o tratamento seja concluído.

Reação alérgica aguda ao preservativo (urticária ou erupção em boa parte do corpo, tontura, dificuldade para respirar ou perda de consciência durante ou após o uso do preservativo). Ver Sinais e Sintomas de Problemas de Saúde Graves, p. 320.

- Diga ao ou à cliente para parar de usar preservativos de látex.
- Encaminhe para atendimento, se necessário. A reação alérgica aguda ao látex pode resultar em choque anafilático com risco de vida. Ajude o/a cliente a escolher outro método.
- Se o/a cliente ou seu parceiro/a não puder evitar o risco de DSTs, sugira que utilizem preservativos femininos ou preservativos masculinos de plástico, se disponíveis. Se nenhum dos parceiros tiver alguma infecção, um relacionamento sexual com fidelidade mútua proporciona proteção às DSTs sem que seja neces-

Perguntas e Respostas Sobre os Preservativos Masculinos

1. Os preservativos são eficazes na prevenção de gravidez?

Sim, os preservativos masculinos são eficazes, mas somente se usados de forma correta em toda relação sexual. Quando usados de modo consistente e correto, apenas 2 de cada 100 mulheres cujos parceiros usam preservativos engravidam no primeiro ano de uso. Muitas pessoas, contudo, não usam preservativos toda vez que fazem sexo ou não os utilizam corretamente. Isto reduz a proteção contra gravidez.

2. Qual é o grau de proteção dos preservativos contra a infecção pelo HIV?

Em média, os preservativos são de 80% a 95% eficazes na proteção da infecção pelo HIV quando usados corretamente em toda relação sexual. Isto significa que a utilização de preservativos previne de 80% a 95% das transmissões do HIV que ocorreriam sem o uso dos mesmos. (Não significa que 5% a 20% dos usuários de preservativos se infectarão com o HIV.) Por exemplo, entre 10.000 mulheres não infectadas cujos parceiros sejam portadores do HIV, se cada casal praticou sexo vaginal apenas uma vez e não tem fatores de risco adicionais de contrair uma infecção, em média:

- Se todas as 10.000 não tivessem usado preservativos, haveria a probabilidade de cerca de 10 mulheres se infectarem com o HIV.
- Se todas as 10.000 tivessem usado preservativos corretamente, 1 ou 2 mulheres teriam a probabilidade de se infectarem pelo HIV.

As chances que um pessoa exposta ao HIV tem de se infectar podem variar enormemente. Estas chances dependem do estágio da infecção pelo HIV do parceiro (os estágios iniciais e adiantados são os mais infecciosos), se a pessoa exposta tem outras DSTs (aumenta a suscetibilidade), a presença ou ausência de circuncisão masculina (homens não circuncidados tem maior probabilidade de se infectarem com o HIV) e a gravidez (mulheres grávidas podem ter risco maior de infecção), entre outros fatores. Em média, as mulheres apresentam o dobro do risco de se infectarem, caso expostas ao HIV, do que os homens.

3. O uso de um preservativo apenas em algumas vezes oferece alguma proteção contra as DSTs, entre elas o HIV?

Para obter uma melhor proteção, deve-se utilizar um preservativo em cada relação sexual. Em alguns casos, contudo, o uso eventual pode dar proteção. Por exemplo, se uma pessoa tem um parceiro regular fiel e tem uma relação sexual fora do relacionamento, o uso do preservativo nesta relação poderá proporcionar alta proteção. Entretanto, no caso de pessoas expostas frequentemente às DSTs, inclusive o HIV, o uso do preservativo apenas algumas vezes possibilitará uma proteção limitada.

4. O uso de preservativos reduzirá o risco da transmissão de DST durante o sexo anal?

Sim. As DSTs podem ser passadas de uma pessoa a outra durante qualquer ato sexual com penetração do pênis em qualquer parte do corpo da outra pessoa. Alguns atos sexuais são mais arriscados dos que outros. Por exemplo, o risco de se infectar com o HIV é 5 vezes maior no sexo anal receptivo desprotegido do que no sexo vaginal receptivo desprotegido. Ao utilizar um preservativo de látex para fazer sexo anal, é fundamental usar lubrificante à base de água ou silicone para ajudar a impedir que o preservativo se rompa.

5. Os preservativos de plástico (sintéticos) são eficazes na prevenção das DSTs, inclusive o HIV?

Sim. A expectativa é que os preservativos de plástico proporcionem a mesma proteção que as camisinhas de látex, mas ainda não foram estudados exaustivamente. A FDA (Administração de Alimentos e Drogas) dos Estados Unidos recomenda que os preservativos feitos de plástico sejam utilizados para proteção contra as DSTs, entre elas o HIV, somente se a pessoa não puder usar preservativos de látex. Entretanto, os preservativos feitos de pele animal tais como pele de cordeiro (também chamados de preservativos de pele natural) não são eficazes para prevenir a infecção de DSTs, inclusive o HIV.

6. Os preservativos freqüentemente se rompem ou escorregam para fora durante o sexo?

Não. Em média, cerca de 2% dos preservativos se rompem ou escorregam para fora completamente durante o sexo, basicamente porque foram utilizados de forma incorreta. Quando usados adequadamente, as camisinhas raramente se rompem. Em alguns estudos com taxas mais elevadas de ruptura, frequentemente alguns poucos usuários vivenciaram a maioria das rupturas ao longo de todo o estudo. Outros estudos também sugerem que, enquanto a maioria das pessoas utiliza os preservativos corretamente, há uns poucos que, de modo consistente, os usam de forma errada, o que faz com que se rompam ou escorreguem. Assim, é importante ensinar as pessoas o modo certo de abrir, de colocar e de tirar os preservativos (ver *Uso Correto de um Preservativo Masculino*, p. 363) também de evitar práticas que aumentam o risco de ruptura (ver *O que os Usuários de Preservativos Devem Saber*, p. 205).

7. O que homens e mulheres podem fazer para reduzir o risco de gravidez e de DSTs caso um preservativo escorregue ou se rompa durante o sexo?

Se um preservativo escorregar ou se romper, a ingestão de pílulas anticoncepcionais de emergência podem reduzir o risco da mulher engravidar (ver *Pílulas Anticoncepcionais de Emergência*, p. 45). Contudo, pouco se pode fazer para reduzir o risco de DSTs, exceto no caso do HIV. Lavar o pênis não adianta. Fazer ducha vaginal não é muito eficaz na prevenção de gravidez, e ela aumenta o risco da mulher adquirir uma DST, inclusive o HIV, e doença inflamatória pélvica. Se houver certeza quanto à exposição ao HIV, o tratamento com medicamentos anti-retrovirais (profilaxia pós-exposição), nos locais em que estiver disponível, poderá ajudar a reduzir a transmissão do HIV. Caso haja certeza da exposição a outras DSTs, o profissional de saúde poderá tratar, de acordo com esta hipótese, tais DSTs—isto é, tratar o/a cliente como se estivesse infectado/a.

8. Um homem pode colocar 2 ou 3 camisinha ao mesmo tempo para ter mais proteção?

Há poucas evidências sobre os benefícios de se usar 2 ou mais preservativos ao mesmo tempo. De modo geral, não se recomenda este procedimento devido a preocupações de que a fricção entre os dois preservativos poderia aumentar a chance de ruptura. Num dos estudos, entretanto, os usuários relataram menos ruptura quando utilizavam 2 camisinhas ao mesmo tempo, quando comparado ao uso de apenas 1 preservativo.

9. Os preservativos farão com que um homem não tenha mais ereção (torne-se impotente)?

Não, não para a maioria dos homens. A impotência tem muitas causas. Algumas causas são físicas, outras são psíquicas. Os preservativos por si próprios não causam impotência. Contudo, alguns homens podem ter problemas em manter uma ereção ao utilizarem preservativos. Outros—especialmente homens de mais idade—poderão ter dificuldade de manter uma ereção devido ao fato do preservativo amortecer a sensação obtida na relação sexual. O uso de mais lubrificação pode ajudar a aumentar a sensação de homens que usam preservativos.

10. Os preservativos são usados principalmente em relações casuais ou por pessoas que fazem sexo por dinheiro?

Não. Se por um lado muitos parceiros casuais recorrem ao preservativo para se protegerem das DST, por outro, há também casais matrimoniais no mundo todo que usam preservativos para evitarem a gravidez. No Japão, por exemplo, 42% dos casais usam preservativos—mais do qualquer outro método de planejamento familiar.

11. A alergia ao látex é comum?

Não. A alergia ao látex é incomum na população em geral, sendo muito raros os relatos de reações alérgicas moderadas ao preservativo. Reações alérgicas agudas ao látex são extremamente raras. Pessoas que têm reação alérgica a balões ou luvas de borracha podem ter uma reação semelhante aos preservativos de látex. Uma reação moderada provoca vermelhidão, coceira, erupção ou inchaço da pele que entra em contato com a borracha de látex. Uma reação aguda provoca urticária ou erupção em boa parte do corpo, tontura, dificuldade para respirar ou perda da consciência após entrar em contato com o material. Tanto homens quanto mulheres podem ser alérgicos ao látex e a preservativos fabricados como este material.

Preservativos Femininos

Este capítulo descreve os preservativos femininos de plástico (sintéticos).

Pontos Básicos para Profissionais de Saúde e Clientes

- **Os preservativos femininos ajudam a proteger contra doenças sexualmente transmissíveis, entre elas o HIV.** O preservativo é o único método contraceptivo que pode proteger tanto contra a gravidez quanto das doenças sexualmente transmissíveis.
- **Requer o uso correto em toda relação sexual para se obter máxima eficácia.**
- **Uma mulher pode iniciar o uso do preservativo feminino,** mas o método exige a colaboração de seu parceiro.
- **Pode exigir um pouco de prática.** Colocar e retirar o preservativo da vagina torna-se mais fácil com a experiência.

14

Preservativos Femininos

O que São os Preservativos Femininos?

- São feitos de filme plástico fino, transparente e macio, como forma de bairha, que se inserem, de modo frouxo, dentro da vagina da mulher.
 - Têm anéis flexíveis em ambas as pontas
 - Um anel na extremidade fechada ajuda na colocação do preservativo
 - O anel na extremidade aberta retém parte do preservativo fora da vagina
- Apresenta diferentes nomes comerciais entre os quais Care, Dominique, Preservativo Feminino FC, Femidom, Femy, Myfemy, Protectiv' e Reality.
- É lubrificado com lubrificante à base de silicone tanto interna quanto externamente.
- Os preservativos femininos de látex estão disponíveis em alguns países.
- Funcionam formando uma barreira que impede os espermatozoides de entrar na vagina, prevenindo a gravidez. Também evita que infecções existentes no sêmen, no pênis ou na vagina sejam contraídas pelo/a parceiro/a.

Qual a Eficácia?

A eficácia depende da usuária: o risco de gravidez ou de doença sexualmente transmissível (DST) é maior quando os preservativos femininos não são usados em cada relação sexual. As poucas gravidezes ou infecções ocorrem devido ao uso incorreto, por escorregarem ou se romperem.

Proteção contra gravidez:

- Tal como comumente usado, ocorrem cerca de 21 gravidezes por 100 mulheres que utilizam preservativos femininos no primeiro ano. Isto significa que 79 de cada 100 mulheres que usam a camisinha feminina não engravidarão.
- Quando usado de forma correta em cada relação sexual, ocorrem cerca de 5 gravidezes por 100 mulheres que utilizam preservativos femininos no primeiro ano.

Retorno da fertilidade após a interrupção do uso do preservativo feminino: não há demora

Proteção contra o HIV e outras DST:

- Os preservativos femininos reduzem o risco de infecção por DSTs, inclusive o HIV, quando usados corretamente em toda relação sexual.



Porque Algumas Mulheres Dizem que Gostam dos Preservativos Femininos

- As mulheres podem iniciar o seu uso
- Dispõem de uma textura suave e úmida que produz uma sensação mais natural que a dos preservativos masculinos de látex durante o sexo
- Ajuda a proteger tanto da gravidez quanto das DSTs, inclusive o HIV
- O anel externo proporciona estimulação sexual adicional em algumas mulheres
- Podem ser utilizados sem necessidade de consulta a um profissional de saúde

Porque Alguns Homens Dizem que Gostam dos Preservativos Femininos

- Podem ser colocados antes de modo a não interromper o ato sexual
- Não são apertados ou constritivos como os preservativos masculinos
- Não amortecem a sensação do sexo como os preservativos masculinos
- Não precisam ser retirados imediatamente após a ejaculação



Efeitos Colaterais, Riscos e Benefícios à Saúde

Efeitos Colaterais

Nenhum

Benefício à Saúde Conhecidos

Protegem contra:

- Riscos de gravidez
- DSTs, inclusive o HIV

Riscos à Saúde Conhecidos

Nenhum

Desfazendo Mitos (ver também Perguntas e Respostas, p. 219)

Os preservativos femininos:

- Não se perdem no corpo da mulher.
- Não são difíceis de utilizar, mas o uso correto precisa ser aprendido.
- Não possui orifícios pelos quais o HIV possa passar.
- São utilizados por casais matrimoniais. Não se destinam exclusivamente ao uso fora do casamento.
- Não provocam doença numa mulher porque impedem o sêmen ou o esperma de entrarem no corpo dela.

Quem Pode Usar Preservativos Femininos

Critérios Médicos de Elegibilidade para Uso dos

Preservativos Femininos

Todas as mulheres podem utilizar os preservativos femininos de plástico. Nenhum problema de ordem médica impede o uso deste método.

(Para informações quanto aos critérios de elegibilidade para uso dos preservativos femininos de látex, ver Critérios Médicos de Elegibilidade para Uso dos Preservativos Masculinos, p. 202. Para informações sobre como lidar com clients com alergia ao látex, ver Preservativos Masculinos, Irritação moderada na ou ao redor da vagina e do pênis ou reação alérgica moderada ao preservativo, p. 207; e Reação alérgica aguda ao preservativo, p. 207.)

Fornecimento de Preservativos Femininos

Quando Começar

- A qualquer momento em que a cliente assim desejar.

Explicação Sobre o Uso

IMPORTANTE: Sempre que possível, mostre à cliente como colocar o preservativo feminino. Use um modelo ou uma imagem, se disponível, ou suas mãos para demonstrar. Pode-se criar uma abertura semelhante à de uma vagina com uma mão e mostrar como colocar o preservativo feminino com a outra.

Explique os 5 Passos Básicos do Uso de um Preservativo Feminino

Passos Básicos

Detalhes Importantes

1. Use um preservativo feminino novo em cada relação sexual

- Verifique a embalagem do preservativo. Não o utilize caso esteja rasgada ou danificada. Evite usar um preservativo após sua data de validade—só faça isso se não houver preservativos mais novos disponíveis.
- Se possível, lave suas mãos com sabão neutro e água limpa antes de colocar o preservativo.

2. Antes de qualquer contato físico, coloque o preservativo na vagina



- Pode ser colocado até 8 horas antes do sexo. Para obter maior proteção, coloque o preservativo antes que o pênis entre em contato com a vagina.
- Escolha uma posição que seja confortável para a colocação—agache, levante uma perna, sente-se ou deite-se.
- Esfregue os lados do preservativo feminino um no outro para espalhar o lubrificante de maneira uniforme.
- Segure com força o anel na ponta fechada e comprima-o de modo que fique alongado e estreito.
- Com a outra mão, separe os lábios externos e localize a abertura da vagina.
- Pressione suavemente o anel interno para dentro da vagina tanto quanto conseguir. Insira um dedo no preservativo para empurrá-lo até se encaixar. Cerca de 2 a 3 centímetros do preservativo e do anel externo ficarão fora da vagina.

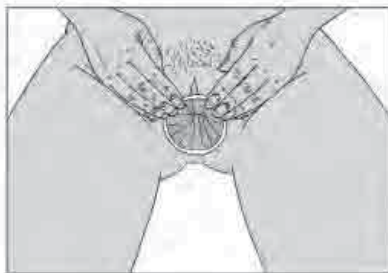


Passos Básicos

Detalhes Importantes

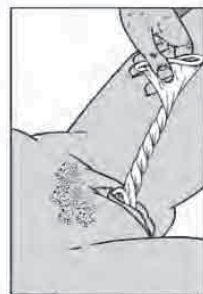
3. Certifique-se de que o pênis entre no preservativo e permaneça dentro dele

- O homem ou a mulher devem guiar cuidadosamente a ponta do pênis dele para dentro do preservativo— não entre o preservativo e a parede da vagina.
- Se o pênis dele sair do preservativo, retire e tente novamente.
- Caso o preservativo, por acidente, seja puxado para fora da vagina ou empurrado para dentro durante o sexo, recoloque o preservativo no lugar.



4. Depois que o homem tirar o pênis, segure o anel externo do preservativo, torça-o para vedar os fluídos lá dentro e suavemente puxe-o para fora da vagina

- O preservativo feminino não precisa ser retirado imediatamente após o sexo.
- Remova o preservativo antes de ficar de pé para evitar espirrar o sêmen.
- Se o casal for fazer sexo novamente, devem utilizar um novo preservativo.
- Não se recomenda reaproveitar preservativos femininos (ver Pergunta 5, p. 220).



5. Jogue o preservativo usado fora de forma segura

- Envolve o preservativo em sua embalagem e jogue-o no lixo ou latrina. Não jogue o preservativo numa privada, pois pode causar problemas no encanamento.



Apoio à Usuária

Certifique-se de que a cliente entenda como usar corretamente

- Peça à cliente para explicar os 5 passos básicos da utilização do preservativo feminino enquanto manipula um.
- Se houver um protótipo disponível, a cliente pode praticar colocando o preservativo no mesmo e retirando-o em seguida.

Pergunte à cliente quantos preservativos ela acha que vai precisar até seu retorno

- Forneça preservativos suficientes e, se disponível, lubrificante.
- Diga à cliente onde ela pode comprar preservativos femininos, se necessário.

Explique porque é importante usar um preservativo em cada relação sexual

- Basta uma única relação sexual desprotegida para que possa ocorrer uma gravidez ou DST—ou ambas.
- Se o preservativo não for usado num único ato sexual, tente usá-lo na próxima vez. Um erro cometido uma vez ou duas não significa que não haja sentido em usar preservativos no futuro.

Explique o que são as pílulas anticoncepcionais de emergência (PAEs)

- Explique o uso das PAEs em caso de erro no uso do preservativo—inclusive o não uso do mesmo—para ajudar a prevenir a gravidez (ver Pílulas Anticoncepcionais de Emergência, p. 45). Forneça PAEs, se disponível.

Converse sobre maneiras de falar sobre o uso de preservativos

- Discuta habilidades e técnicas para negociar o uso de preservativos com os parceiros (ver Como Trazer à Tona o Uso de Preservativos, p. 201).

Lubrificantes para Preservativos Femininos

Os preservativos femininos de plástico vêm lubrificados com um lubrificante à base de silicone. Ao contrário da maioria dos preservativos masculinos, que são feitos de látex, os preservativos de plástico podem ser usados com qualquer tipo de lubrificante—sejam eles feitos de água, silicone ou óleo.

Alguns preservativos femininos vêm com lubrificante adicional na embalagem. Algumas clínicas poderão ter condições de fornecer mais lubrificante às clientes. Se uma cliente precisar de lubrificação adicional, ela também pode utilizar água limpa, saliva, qualquer óleo ou loção ou ainda um lubrificante feito de glicerina ou silicone.

Dicas para Novas Usuárias

- Sugira a uma nova usuária que pratique o ato de colocar e retirar o preservativo antes da próxima vez em que ela for fazer sexo. Assegure a ela que o uso correto torna-se mais fácil com a prática. Uma mulher poderá precisar usar o preservativo feminino diversas vezes antes de se sentir à vontade com o mesmo.
- Sugira que ela tente posições diferentes para ver qual é o modo de colocar mais fácil para ela.
- O preservativo feminino é escorregadio. Algumas mulheres acham que a inserção é mais fácil se o colocarem lentamente, especialmente nas primeiras vezes.
- Se uma cliente estiver mudando de outro método para o preservativo feminino,
- sugira que ela continue com o método anterior até que ela possa usar o preservativo feminino com confiança.

“Volte Quando Quiser”: Motivos para Retornar

Encoraje cada cliente para que se sinta à vontade para retornar quando quiser—por exemplo, caso ela tenha problemas ou dúvidas, ou se desejar usar outro método; se ela tiver alguma mudança importante em sua saúde ou se ela achar que possa estar grávida. Também deve voltar caso:

- Ela tenha dificuldade de usar preservativos femininos corretamente ou toda vez que ela faz sexo.
- Ela fez recentemente sexo desprotegido e quer evitar a gravidez. Ela poderá estar em condições de tomar PAEs (ver Pílulas Anticoncepcionais de Emergência, p. 45).

Ajuda a Usuárias

1. Pergunte à cliente como está sendo a utilização do método e se ela está satisfeita. Pergunte se ela tem dúvidas ou alguma coisa sobre a qual queira conversar.
2. Pergunte, particularmente, se ela tem algum problema ao utilizar os preservativos femininos corretamente e toda vez que ela faz sexo. Forneça a ela as informações que precisar ou ajude-a em suas necessidades (ver Como Lidar com Problemas, p. 218).
3. Forneça a ela mais preservativos femininos e incentive-a voltar para buscar mais antes que seu suprimento termine. Lembre-a dos outros locais onde ela pode obter preservativos femininos.
4. Pergunte a uma cliente antiga a respeito de mudanças importantes em sua vida que possam afetar suas necessidades—particularmente planos de ter filhos e risco de DST/HIV. Faça o acompanhamento necessário.

Como Lidar com Problemas

Problemas Decorrentes do Uso

Podem ou não ser devidos ao método.

- Os problemas com preservativos afetam a satisfação das clientes e o uso do método. Merecem a atenção do profissional de saúde. Se a cliente relatar quaisquer problemas, ouça suas preocupações e faça o aconselhamento.
- Ofereça ajuda à cliente na escolha de outro método—na hora, caso ela assim o queira, ou caso os problemas relatados não possam ser superados—a menos que seja necessário o uso de preservativos para proteção contra DSTs, inclusive o HIV.

Dificuldade de colocação do preservativo feminino

- Pergunte à cliente de que maneira ela coloca um preservativo feminino. Se houver um protótipo à disposição, peça a ela para demonstrar e deixe-a praticar como o modelo. Caso contrário, peça a ela para demonstrar usando suas mãos. Corrija os eventuais erros.

O anel interno fica desconfortável ou dolorido

- Sugira que ela torne a colocar ou reposicione o preservativo de modo que o anel interno fique enfiado para trás do osso púbico e fora do caminho.

O preservativo chia ou faz barulho durante o sexo

- Sugira adicionar mais lubrificante no lado de dentro do preservativo ou no pênis.

O preservativo escorrega, não é utilizado ou é utilizado incorretamente

- As PAEs podem ajudar a prevenir a gravidez (ver Pílulas Anticoncepcionais de Emergência, p. 45).
- Há pouco a fazer para reduzir o risco de DSTs caso um preservativo se rompa, escorregue ou não seja utilizado (ver Preservativos Masculinos, Pergunta 7, p. 209). Se a cliente apresentar sinais ou sintomas de DSTs depois de fazer sexo desprotegido, avalie ou encaminhe.
- Se a cliente relatar que escorregou, pode ser que ela esteja colocando o preservativo feminino de maneira incorreta. Peça a ela para mostrar como ela está colocando o pre preservativo, usando um protótipo ou demonstrando com suas mãos. Corrija os eventuais erros.

Dificuldade em convencer o parceiro a utilizar preservativos ou não ter condições de usar um preservativo a cada vez

- Discuta maneiras de conversar com seu parceiro sobre a importância do uso do preservativo para proteção contra gravidez e as DSTs. (Ver Preservativos Masculinos, Dificuldade de convencer o parceiro a usar preservativos ou não ter condições de usar um preservativo a cada vez, p. 206.)
 - Se não for possível utilizar preservativos masculinos, sugira que continue utilizando preservativos femininos apesar do desconforto.

- Se nenhum dos dois parceiros apresentar infecção, um relacionamento sexualmente em que ambos são fiéis protegerá os dois das DST que seja necessário o uso de preservativos, mas não os protegerá de uma gravidez.

Irritação moderada na ou ao redor da vagina ou do pênis (coceira, vermelhidão ou erupção)

- Geralmente desaparece sozinha sem tratamento.
- Sugira adicionar mais lubrificante na parte interna do preservativo no pênis para reduzir o atrito que pode estar causando a irritação.
- Se os sintomas persistirem, avalie ou trate como sendo uma possível infecção vaginal ou DST, conforme o caso.
 - Se não houver infecção, ajude a cliente a escolher outro método a menos que a cliente tenha risco de contrair DSTs, inclusive o HIV.
 - No caso de clientes em risco de DST, inclusive HIV, sugira o uso de preservativos masculinos. Se não for possível usar preservativos masculinos, incentive a manter o uso contínuo dos preservativos femininos apesar do incômodo.
 - Se nenhum dos parceiros tiver uma infecção, um relacionamento sexual com fidelidade mútua proporciona proteção contra as DSTs sem que seja necessário utilizar preservativos mas não protege contra a gravidez.

Suspeita de gravidez

- Avalie se há gravidez.
- Uma mulher pode usar preservativos femininos com segurança durante a gravidez para manter a proteção contínua contra as DSTs.

Perguntas e Respostas Sobre os Preservativos Femininos

1. O preservativo feminino é difícil de usar?

Não, mas requer prática e paciência. Ver Dicas para Usuárias Novas, p. 217.

2. Os preservativos femininos podem, com eficácia, prevenir tanto a gravidez quanto as DSTs, inclusive o HIV?

Sim. Os preservativos femininos oferecem dupla proteção, tanto contra gravidez quanto contra as DSTs, entre elas o HIV, se usados de forma consistente e correta. Contudo, muitas pessoas não utilizam preservativos a cada vez que fazem sexo ou não os utilizam corretamente. Isto reduz a proteção tanto contra gravidez quanto contra as DSTs.

3. Um preservativo feminino e um preservativo masculino podem ser usados ao mesmo tempo?

Não. Não se deve usar preservativos masculinos e femininos juntos. Isto poderia provocar fricção que poderia fazer com que os preservativos escorregassem ou se rompessem.

4. Qual é a melhor maneira de se certificar que o pênis está entrando no preservativo ou não fora do mesmo?

Para evitar o uso incorreto, o homem deve guiar cuidadosamente seu pênis colocando a ponta no mesmo dentro do anel externo do preservativo. Se o pênis ficar entre a parede da vagina e o preservativo, o homem deve retirá-lo e tentar novamente.

5. O preservativo feminino pode ser usado mais de uma vez?

Não se recomenda a reutilização do preservativo feminino. Entretanto, devido à falta de preservativos femininos em quantidade suficiente em alguma regiões, e como algumas clientes os reaproveitam, a Organização Mundial da Saúde desenvolveu instruções para a desinfecção e lavagem dos preservativos femininos para reutilização. As instruções estão sendo testadas quanto à segurança e eficácia. Alguns programas poderão introduzir instruções de reutilização caso a disponibilidade de preservativo feminino seja limitada.

6. O preservativo feminino pode ser usado quando uma mulher está menstruada?

As mulheres podem utilizar o preservativo feminino durante seu período de menstruação. Contudo, o preservativo feminino não pode ser usado juntamente com um absorvente. O absorvente deve ser retirado antes de se colocar um preservativo feminino.

7. O preservativo feminino não é grande demais para ser confortável?

Não. Os preservativos femininos têm o mesmo comprimento dos preservativos masculinos, só que são mais largos. São muito flexíveis e adequados ao formato da vagina. Os preservativos femininos foram cuidadosamente projetados e testados para atender a qualquer mulher, qualquer que seja o tamanho de sua vagina, e a qualquer homem, qualquer que seja o tamanho do seu pênis.

8. Um preservativo feminino pode se perder dentro do corpo da mulher?

Não. O preservativo feminino permanece na vagina da mulher até que ela o retire de lá. Não pode ultrapassar o cérvix de uma mulher e ir em direção ao útero porque é grande demais para isso.

9. O preservativo feminino pode ser usado em diferentes posições sexuais?

Sim. O preservativo feminino pode ser utilizado em qualquer posição sexual.

10. Por que os preservativos femininos são mais caros que os masculinos?

Adquiridos no atacado em 2006, os preservativos femininos custaram US \$0,66 (cerca de R\$ 1,32) cada um, ao passo que os preservativos masculinos custam apenas US \$0,03 (cerca de R\$ 0,06) cada. O motivo disto é que o material de poliuretano custa mais do que o látex e também porque a produção de preservativos femininos é muito menor. Para ajudar a reduzir o custo, foi desenvolvido um preservativo feminino de látex. Aquirido no atacado, este novo preservativo feminino de látex poderá custar o equivalente a US \$0,22 (cerca de R\$ 0,44) por peça. Espera-se que os programas comprem mais destes preservativos femininos de látex e os distribuam mais amplamente assim que estiverem disponíveis.

Espermicidas e Diafragmas

Espermicidas

Pontos Básicos para Profissionais de Saúde e Clientes

- Os espermicidas são colocados profundamente no interior da vagina pouco antes do sexo.
- Requer o uso correto em cada ato sexual para se obter máxima eficácia.
- Um dos métodos contraceptivos menos eficazes.
- Pode ser usado como método primário ou como método de apoio.

15

Espermicidas e Diafragmas

O que São Espermicidas?

- São substâncias que matam os espermatozóides que são inseridas profundamente no interior da vagina, perto do cérvix, antes do sexo.
 - A mais largamente utilizada é o Nonoxynol-9.
 - Além dessas, há também o cloreto de benzalcônio, clorexidina, menfegol, octoxynol-9 e docusate sódico.
- Disponíveis em tabletes de espuma, supositórios de espuma ou que derretem, latas de espuma pressurizada, fina camada que derrete, geléia e creme.
 - As geléias, cremes e espuma que vêm em latas podem ser usadas sozinhas, com um Diafragma ou com preservativos.
 - Filmes, supositórios, tabletes de espuma ou supositórios de espuma podem ser usados sozinhos ou com preservativos.
- Funcionam provocando a ruptura da membrana das células dos espermatozóides, matando-as ou desacelerando seu movimento. Isto impede que o espermatozóide encontre um óvulo.

Qual a Eficácia?

A eficácia depende da usuária: o risco de gravidez é maior quando os espermicidas não são usados em cada relação sexual.

- É um dos métodos de planejamento familiar menos eficazes.
- Tal como comumente utilizado, ocorrem cerca de 29 gravidezes por 100 mulheres que usam espermicidas no primeiro ano. Isto significa que 71 de cada 100 mulheres usando espermicidas não engravidarão.
- Quando usado corretamente em cada relação sexual, ocorrem cerca de 18 gravidezes por 100 mulheres que usam espermicidas no primeiro ano.

Retorno da fertilidade após a interrupção do uso de espermicidas: não há demora

Proteção contra doenças sexualmente transmissíveis (DSTs): nenhuma. O uso freqüente de nonoxynol-9 pode aumentar o risco de infecção pelo HIV (ver Pergunta 3, p. 235).



Efeitos Colaterais, Riscos e Benefícios à Saúde

Efeitos Colaterais (ver Como Lidar com Problemas, p. 233)

Algumas usuárias relatam o seguinte:

- Irritação na ou ao redor da vagina ou do pênis

Outras possíveis alterações físicas:

- Lesões vaginais

Benefícios à Saúde Conhecidos

Ajuda a proteger contra:

- Riscos de gravidez



Riscos à Saúde Conhecidos

Incomuns:

- Infecção do trato urinário, especialmente quando se usam espermicidas 2 ou mais vezes por dia

Raras:

- O uso freqüente de nonoxynol-9 pode aumentar o risco de infecção pelo HIV (ver Pergunta 3, p. 235)

Desfazendo Mitos (ver também Perguntas e Respostas, p. 235)

Os espermicidas:

- Não reduzem as secreções vaginais ou fazem as mulheres sangrarem durante o sexo.
- Não causam câncer cervical ou defeitos (malformações) de nascença.
- Não protegem contra as DSTs.
- Não alteram o desejo sexual do homem ou da mulher nem reduzem o prazer sexual para a maioria dos homens.
- Não interrompem a menstruação das mulheres.

Porque Algumas Mulheres Dizem que Gostam de Espermicidas

- São controlados pela mulher
- Não tem efeitos colaterais hormonais
- Aumentam a lubrificação vaginal
- Podem ser usados sem necessidade de uma consulta com um profissional de saúde
- Podem ser colocados antes de modo a não interromper o sexo

Quem Pode e Quem Não Pode Usar Espermicidas

Seguro e Adequado para Quase Todas as Mulheres

CrITÉRIOS MÉDICOS DE Elegibilidade para Uso dos Espermicidas

Todas as mulheres podem, com segurança, utilizar espermicidas exceto as seguintes:

- Em elevado risco de contraírem infecção pelo HIV
- Estejam infectadas com o HIV
- Tenham Aids

Fornecimento de Espermicidas

Quando Começar

- A qualquer momento em que a cliente assim o desejar.

Explicação Sobre o Modo de Usar Espermicidas

Forneça o espermicida

- Forneça o máximo possível de espermicida—mesmo que chegue ao suprimento para um ano, se disponível.

Explique como colocar espermicida no interior da vagina

1. Verifique a data de validade e evite usar espermicidas com a data vencida. Lave as mãos com sabão neutro e água limpa, se possível.
2. Espuma ou creme: agite as latas de espuma com força. Despeje espermicida da lata ou tubo num aplicador de plástico. Coloque o aplicador bem fundo na vagina, próximo do cérvix e empurre o êmbolo.
3. Tabletes, supositórios, geléias: Coloque o espermicida bem fundo na vagina, próximo do cérvix, usando um aplicador ou os dedos.
4. Filme: dobre o filme na metade e insira-o com os dedos que estão secos (caso contrário o filme grudará nos dedos e não no cérvix).

Explique quando colocar o espermicida na vagina

- Espuma ou creme: a qualquer momento, menos de uma hora antes do sexo.
- Tabletes, supositórios, geléias, filme: entre 10 minutos e uma hora antes do sexo, dependendo do tipo.

Explique quanto a múltiplos atos sexuais

- Coloque espermicida adicional antes de cada ato sexual vaginal.

Não lave a vagina (ducha íntima) depois do sexo

- Não se recomenda fazer uma ducha íntima porque lavará junto o espermicida e aumentará o risco de doenças sexualmente transmissíveis.
 - Se precisar realmente fazer uma ducha, aguarde no mínimo 6 horas após o sexo antes de fazê-la.
-

Apoio à Usuária de Espermicida

Certifique-se de que a cliente compreende o uso correto

- Peça à cliente para repetir como e quando deve colocar seu espermicida.

Descreva os efeitos colaterais mais comuns

- Coceira e irritação na ou ao redor da vagina e do pênis.

Explique a respeito das pílulas anticoncepcionais de emergência (PAEs)

- Explique o uso das PAEs no caso do espermicida não ser usado ou ter sido utilizado incorretamente (ver Pílulas Anticoncepcionais de Emergência, p. 45). Forneça a ela PAEs, se disponível.

Diafragmas

Pontos Básicos para Profissionais de Saúde e Clientes

- **O diafragma é colocado no fundo da vagina antes do sexo.** Cobre o cérvix. O espermicida proporciona proteção contraceptiva adicional.
- **É necessário um exame pélvico antes de iniciar o uso.** O profissional deve escolher um diafragma que se ajuste corretamente.
- **Exige o uso correto em toda relação sexual para se obter máxima eficácia.**

O Que é o Diafragma?

- Um “copo” de látex macio que cobre o cérvix. Há também diafragmas de plásticos disponíveis.
- A borda contém uma mola flexível e firme que mantém o diafragma no lugar.
- É usado junto com creme, geléia ou espuma espermicida para aumentar a eficácia.
- Vem em diferentes tamanhos e o ajuste deve ser feito por um profissional especificamente treinado para tal.
- Funciona por meio de um bloqueio que impede o espermatozóide de entrar no cérvix; o espermicida mata os espermatozóides ou os torna inativos. Ambos impedem que o espermatozóide encontre um óvulo.

Qual a Eficácia?

A eficácia depende da usuária: o risco de gravidez é maior quando o diafragma com espermicida não é utilizado em cada relação sexual.

- Tal como usado comumente, ocorrem cerca de 16 gravidezes por 100 mulheres que utilizam o diafragma com espermicida no primeiro ano. Isto significa que 84 de cada 100 mulheres utilizando o diafragma não engravidarão.
- Quando usado corretamente em toda relação sexual, ocorrem cerca de 6 gravidezes por 100 mulheres que usam o diafragma com espermicida no primeiro ano.

Retorno da fertilidade após a interrupção do uso do diafragma: não há demora

Proteção contra DSTs: pode proporcionar alguma proteção contra certas DSTs mas não se deve confiar para a prevenção de DSTs (ver Pergunta 8, p. 236).



Efeitos Colaterais, Benefícios e Riscos à Saúde

Efeitos Colaterais (ver Como Lidar com Problemas, p. 233)

Algumas usuárias relatam o seguinte:

- Irritação na ou ao redor da vagina ou do pênis

Outras possíveis mudanças físicas:

- Lesões vaginais

Benefícios à Saúde Conhecidos

Ajudam a proteger contra:

- Riscos de gravidez

Pode ajudar a proteger contra:

- Certas DSTs (clamídia, gonorréia, doença inflamatória pélvica, tricomoniase)
- Pré-câncer e câncer cervical

Riscos à Saúde Conhecidos

Comuns a incomuns:

- Infecção no trato urinário

Incomum:

- Vaginose bacteriana
- Candidíase

Raros:

- O uso freqüente de nonoxynol-9 pode aumentar o risco de infecção pelo HIV (ver Pergunta 3, p. 235)

Extremamente raros:

- Síndrome do choque tóxico

Desfazendo Mitos (ver também Perguntas e Respostas, p. 235)

Os diafragmas:

- Não afetam as sensações do sexo. Poucos homens relatam sentir o diafragma durante o sexo, mas a maioria não o sente.
- Não conseguem passar pelo cérvix. Não conseguem entrar no útero ou de alguma forma se perder no corpo da mulher.
- Não causam câncer cervical.

Porque Algumas Mulheres Dizem que Gostam do Diafragma

- É controlado pela mulher
- Não tem efeitos colaterais hormonais
- Pode ser colocado antes de modo a não interromper o sexo

Quem Pode e Quem Não Pode Usar Diafragmas

Seguro e Adequado para Quase Todas as Mulheres

Praticamente todas as mulheres podem usar o diafragma com segurança e eficácia.

Critérios Médicos de Elegibilidade para Uso dos Diafragmas

Faça à cliente as perguntas abaixo sobre problemas médicos que sejam do seu conhecimento. Não é necessário realizar exames e testes. Se ela responder “não” a todas as questões, então ela pode começar a usar o diafragma se assim desejar. Caso ela responda “sim” a alguma pergunta, siga as instruções indicadas. Em alguns casos, ela ainda assim poderá começar a usar o diafragma. Estas questões também se aplicam ao capuz cervical (ver p. 238).

1. Você teve um bebê recentemente ou um aborto espontâneo ou induzido no segundo trimestre? Em caso afirmativo, quando?

- ☐ NÃO ☐ **SIM** O diafragma não deve ser ajustado até completar 6 semanas após o parto ou aborto no segundo trimestre, quando o útero e o cérvix tiverem retornado ao tamanho normal. Forneça a ela um método de apoio* para ser usado até então

(Continua na próxima página)

* Entre os métodos de apoio, encontram-se a abstinência, os preservativos masculinos e femininos, os espermicidas e o coito interrompido. Diga a ela que os espermicidas e o coito interrompido são os métodos contraceptivos menos eficazes. Se possível, forneça a ela preservativos

2. Você é alérgica à borracha de látex?

- ☐ NÃO ☐ **SIM** Ela não deve usar um diafragma de látex. Ela deve usar um diafragma feito de plástico.

3. Você está infectado com o HIV ou tem Aids? Você acredita estar em alto risco de se infectar com o HIV? (Converse sobre o que coloca uma mulher em risco elevado perante o HIV [ver Doenças Sexualmente Transmissíveis, Inclusive o HIV, Quem Está em Risco?, p. 276]. Por exemplo, se o parceiro dela tem o HIV.)

- ☐ NÃO ☐ **SIM** Não forneça um diafragma. Para obter proteção contra o HIV, recomende o uso de preservativos sozinhos ou junto com outro método.

Para obter classificações completas, ver Critérios Médicos de Elegibilidade para Uso de Anticoncepcionais, p. 324. Não deixe de explicar os benefícios e riscos à saúde bem como os efeitos colaterais do método a ser usado pela cliente. Além disso, enfatize quaisquer problemas que poderiam tornar o método desaconselhável, quando relevante para a cliente.

Uso de Critério Clínico em Casos Especiais de Uso do Diafragma

Geralmente, uma mulher com qualquer dos problemas de saúde relacionados abaixo não deve utilizar o diafragma. Em circunstâncias especiais, entretanto, quando outros métodos mais apropriados não estiverem disponíveis ou forem aceitáveis para a cliente, um profissional de saúde habilitado – em condições de avaliar cuidadosamente as condições e a situação específica da mulher – poderá decidir se ela pode usar o diafragma com espermicida. O profissional precisa levar em consideração a gravidade do problema dela e, na maioria das situações, se ela terá acesso a acompanhamento.

- História de síndrome de choque tóxico
- Alergia ao látex, especialmente se a reação alérgica for moderada (ver Irritação moderada na ou ao redor da vagina ou pênis ou reação alérgica moderada ao preservativo, p. 207)
- Risco elevado de infecção pelo HIV, Infecção pelo HIV ou Aids

Fornecimento de Diafragmas

Quando Começar

Situação da Mulher	Quando Começar
A qualquer momento	A qualquer momento • Se ela teve um parto após uma gestação completa ou um aborto espontâneo ou induzido há menos de 6 semanas, forneça a ela um método de apoio para ser usado, se necessário, até atingir 6 semanas.
Aconselhamento especial para mulheres mudando de outro método	• Sugira que ela tente usar o diafragma por um tempo enquanto esteja utilizando outro método. Desta forma, ela pode adquirir confiança e segurança para que ela possa usar o diafragma corretamente.

Explicação do Procedimento para Escolha do Diafragma Apropriado

Aprender a avaliar qual diafragma é adequado a cada mulher é algo que requer treino e prática. Portanto, abaixo encontra-se um resumo e não as instruções detalhadas.

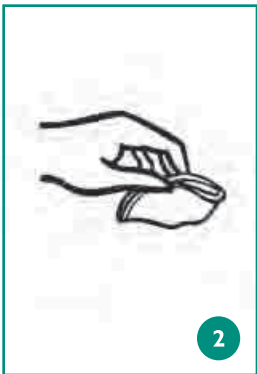
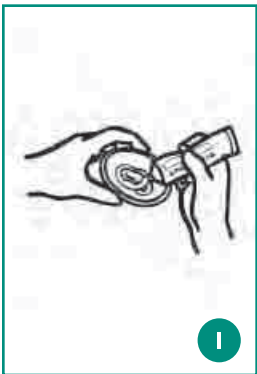
1. O profissional de saúde utiliza procedimentos apropriados de prevenção de infecções (ver Prevenção de Infecções na Clínica, p. 312).
2. A mulher deita-se para que seja feito um exame pélvico.
3. O profissional verifica se há condições que possam inviabilizar o uso do diafragma, tais como prolapso uterino.
4. O profissional insere os dedos indicador e médio na vagina a fim de determinar o tamanho correto do diafragma.
5. O profissional insere um diafragma de ajuste especial na vagina da cliente de modo a cobrir o cérvix. O profissional então verifica a localização do cérvix e certifica-se de que o diafragma se encaixa corretamente e não sairá com facilidade.
6. O profissional fornece à mulher um diafragma com ajuste adequado e bastante espermicida para usar com o mesmo, e ensina a ela a usá-lo corretamente (ver Explicação Sobre Como Usar um Diafragma, p. 230).

Tendo um diafragma corretamente ajustado no lugar, a cliente não deve sentir nada no interior de sua vagina, mesmo quando anda ou durante o sexo.

Explicação Sobre Como Usar o Diafragma

IMPORTANTE: Sempre que possível, mostre à mulher a localização do osso púbico e do cérvix usando um protótipo ou uma ilustração. Explique que o diafragma é colocado atrás do osso púbico e cobre o cérvix.

Explique os 5 Passos Básicos do Uso de um Diafragma	
Passos Básicos	Detalhes Importantes
1. Injete uma colherada de creme, geléia ou espuma espermicida no diafragma e ao redor da borda	• Lave as mãos com sabão neutro e água limpa, se possível. • Verifique se há orifícios, rachaduras ou partes quebradas no diafragma, segurando sob a luz. • Verifique a data de validade do espermicida e evite utilizar algum que esteja vencido. • Coloque o diafragma menos de 6 horas antes de fazer sexo.
2. Pressione a borda para juntá-la; empurre-a para dentro da vagina o máximo que ela puder entrar	• Escolha uma posição que seja confortável para a colocação—agachando, levantado uma perna, sentada ou deitada.
3. Apalpe o diafragma para certificar-se que o mesmo cobre o cérvix	• Através da cúpula do diafragma, o cérvix dá a sensação de ser a ponta do nariz. • Se o diafragma produzir desconforto, retire-o e insira-o novamente.



Passos Básicos	Detalhes Importantes
4. Mantenha-o no lugar por pelo menos 6 horas após fazer sexo	• Mantenha o diafragma no lugar por pelo menos 6 horas depois de fazer sexo mas não mais do que 24 horas. • <i>Deixar o diafragma no lugar por mais do que um dia pode aumentar o risco de síndrome do choque tóxico.</i> Pode também causar mau cheiro e descarga vaginal. (O cheiro e a descarga desaparecem por si mesmos depois que o diafragma é removido.) • No caso de múltiplos atos sexuais, certifique-se de que o diafragma esteja na posição correta e também aplique espermicida adicional na frente do diafragma antes de cada ato sexual.
5. Para remover, deslize um dedo por baixo da borda do diafragma para puxá-lo para baixo e para fora	• Lave as mãos com sabão neutro e água limpa, se possível. • Insira um dedo na vagina até sentir a borda do diafragma. • Deslize suavemente um dedo por baixo da borda e puxe o diafragma para baixo e para fora. Tome cuidado para não rasgar diafragma com a unha do dedo. • Lave o diafragma com sabão neutro e água limpa e seque-o após cada uso.

Apoio da Usuária de Diafragma

Certifique-se de que a cliente compreende o uso correto	• Peça à cliente para repetir como e quando deve colocar e retirar o diafragma.
Explique que o uso fica mais fácil com o tempo	• Quanto mais prática ela tiver em colocar e retirar o diafragma, mais fácil ficará a tarefa.
Descreva os efeitos colaterais mais comuns	• Coceira e irritação na e ao redor da vagina e do pênis.
Explique a respeito das pílulas anticoncepcionais de emergência (PAEs)	• Explique o uso das PAEs caso o diafragma se desloque e saia do lugar ou não seja utilizado corretamente (ver Pílulas Anticoncepcionais de Emergência, p. 45). Forneça a ela PAEs, se disponível.
Explique sobre a substituição	• Quando um diafragma fica fino, passa a ter furos ou endurece, não deve mais ser utilizado e precisa ser substituído. A cliente deve obter um novo diafragma a cada 2 anos, mais ou menos.

Dicas para Usuárias de Espermicidas ou do Diafragma com Espermicida

- Os espermicidas devem ser guardados em lugar fresco e seco, se possível, fora do alcance dos raios solares. Os supositórios podem derreter em clima quente. Se mantidos secos, os tabletes de espuma provavelmente não derreterão sob clima quente.
- O diafragma deve ser guardado em local fresco e seco, se possível.
- A cliente precisará que um novo diafragma seja ajustado caso ela tenha um bebê ou um aborto espontâneo ou induzido no segundo trimestre.

“Volte Quando Quiser”: Motivos para Retornar

Encoraje cada cliente para que se sinta à vontade para retornar quando quiser—por exemplo, caso ela tenha problemas ou dúvidas, ou se desejar usar outro método; se ela tiver alguma mudança importante em sua saúde ou se ela achar que possa estar grávida.

Orientação geral de saúde: qualquer mulher que ache que algo muito grave esteja acontecendo com sua saúde deve buscar atendimento médico imediatamente junto a uma enfermeira ou médico. É provável que o método anticoncepcional usado por ela não seja a causa do problema, mas ela deve contar à enfermeira ou ao médico qual método ela está utilizando.

Ajuda a Usuárias Regulares

- 1.** Pergunte à cliente como está sendo a utilização do método e se ela está satisfeita. Pergunte se ela tem dúvidas ou alguma coisa sobre a qual queira conversar.
- 2.** Pergunte, particularmente, se ela tem algum problema ao utilizar o método corretamente e toda vez que ela faz sexo. Forneça a ela as informações que precisar ou ajude-a em suas necessidades (ver Como Lidar com Problemas, na próxima página).
- 3.** Forneça a ela mais suprimentos e incentive a retornar antes que eles acabem. Lembre-a dos outros locais onde ela pode obter mais espermicidas, caso precise.
- 4.** Pergunte a uma cliente antiga se ela teve algum novo problema de saúde desde sua última consulta. Trate estes problemas da maneira adequada. No caso de novos problemas de saúde que possam exigir a mudança de método, ver p. 234.
- 5.** Pergunte a uma cliente antiga sobre mudanças importantes em sua vida que possam afetar suas necessidades—particularmente planos de ter filhos e risco de DST/HIV. Faça o acompanhamento necessário.

Como Lidar com Problemas

Problemas Relatados como Efeitos Colaterais ou Decorrentes do Uso

Podem ou não ser devidos ao método.

- Os problemas com espermicidas e diafragmas afetam a satisfação das clientes e o uso do método. Merecem a atenção do profissional de saúde. Se a cliente relatar quaisquer efeitos colaterais ou problemas, ouça suas preocupações, faça o aconselhamento e, se for o caso, trate adequadamente.
- Ofereça ajuda à cliente na escolha de outro método—na hora, caso ela assim o queira, ou caso os problemas relatados não possam ser superados.

Dificuldade em colocar ou retirar o diafragma

- Faça o aconselhamento quanto à colocação e à remoção. Peça a ela que coloque e retire o diafragma na clínica. Verifique seu posicionamento depois dela colocá-lo. Corrija os eventuais erros.

Incômodo ou dor decorrente do uso do diafragma

- Um diafragma que seja grande demais pode causar desconforto. Verifique se ele se encaixa bem.
 - Forneça a ela um diafragma menor se for grande demais.
 - Se o ajuste parecer correto e houver diferentes tipos de diafragmas disponíveis, tente um diafragma diferente.
- Peça a ela para colocar e retirar o diafragma na clínica. Verifique o posicionamento do diafragma depois dela colocá-lo. Faça o aconselhamento adicional se necessário.
- Verifique se há lesões vaginais:
 - Se houver feridas ou lesões vaginais, sugira que ela utilize outro método provisoriamente (preservativos ou anticoncepcionais orais) e dê a ela os respectivos suprimentos.
 - Avalie se há infecção vaginal ou doença sexualmente transmissível (DST). Trate ou encaminhe para tratamento conforme o caso.
 - As lesões desaparecerão por si próprias caso ela mude para outro método.

Irritação na ou ao redor da vagina ou do pênis (ela ou seu parceiro tem coceira, erupção ou irritação que dura um dia ou mais)

- Verifique se há infecção vaginal ou doença sexualmente transmissível (DST). Trate ou encaminhe para tratamento conforme o caso.
- Se não houver infecção, sugira que ela tente um tipo ou marca diferente de espermicidas.

Infecção no trato urinário (ardência ou dor junto no ato de urinar, urinação frequente em pequenas quantidades, presença de sangue na urina, dor nas costas)

- Trate com cotrimoxazol 240 mg oralmente uma vez por dia durante 3 dias, ou trimethoprim 100 mg oralmente uma vez ao dia por 3 dias ou ainda nitrofurantóina 50 mg oralmente duas vezes ao dia por 3 dias.

- Se a infecção for recorrente, considere a possibilidade de reajustar na cliente um diafragma menor.

Vaginose bacteriana (descarga vaginal branca ou cinza anormal com cheiro desagradável; pode também apresentar ardência na urinação e/ou coceira ao redor da vagina)

- Trate com metronidazol 2 g oralmente em dose única ou metronidazol 400–500 mg oralmente duas vezes ao dia por 7 dias.

Candidíase (descarga vaginal branca anormal que pode ser aquosa ou espessa e com grumos; pode também apresentar ardência durante a urinação e/ou vermelhidão e coceira ao redor da vagina)

- Trate com fluconazol 150 mg oralmente em dose única, supositório vaginal de miconazol 200 mg uma vez por dia por 3 dias ou ainda tabletes vaginais de clotrimazol 100 mg duas vezes ao dia por 3 dias.
- Supositórios de miconazol são à base de óleo e podem enfraquecer um diafragma de látex. Mulheres que usam miconazol vaginalmente não devem usar preservativos ou diafragmas de látex durante o tratamento. Podem usar um preservativo masculino ou feminino de plástico ou outro método até que toda a medicação tenha sido ingerida. (O tratamento oral não prejudicará o látex.)

Suspeita de gravidez

- Avalie se há gravidez.
- Não há riscos conhecidos ao feto concebido no período de uso de espermicidas..

Novos Problemas que Podem Exigir Mudança de Método

Podem ou não ser causados pelo método.

Infecções recorrentes do trato urinário ou vaginais (tais como vaginose bacteriana ou candidíase)

- Considere fazer um reajuste na cliente usando um diafragma menor.

Alergia ao látex (vermelhidão, coceira, erupção e/ou inchaço dos genitais, virilha ou coxas [reação moderada]; ou urticária ou erupções em boa parte do corpo, tontura, dificuldade em respirar, perda de consciência [reação aguda])

- Diga à cliente que pare de usar o diafragma de látex. Forneça a ela um diafragma de plástico, se disponível, ou ajude-a a escolher outro método, que não os preservativos de látex.

Síndrome do choque tóxico (febre alta súbita, erupções pelo corpo, vômitos, diarreia, tontura, garganta dolorida e dores musculares). Ver Sinais e Sintomas de Problemas de Saúde Graves, p. 320.

- Trate ou encaminhe para diagnóstico e atendimento imediatos. A síndrome de choque tóxico pode oferecer risco de morte.
- Diga à cliente que pare de usar o diafragma. Ajude-a a escolher outro método mas não o capuz cervical.

Perguntas e Respostas Sobre Espermicidas e Diafragmas

1. Os espermicidas causam defeitos (malformações) de nascença? O feto será afetado caso uma mulher use espermicidas acidentalmente enquanto estiver grávida?

Não. Evidências seguras mostram que os espermicidas não provocam defeitos (malformações) de nascença nem prejudicam o feto caso uma mulher engravide enquanto estiver usando espermicidas ou os utilize acidentalmente quando já estiver grávida.

2. Os espermicidas causam câncer?

Não, os espermicidas não causam câncer.

3. Os espermicidas aumentam o risco de se infectar com o HIV?

Mulheres que utilizam o nonoxynol-9 diversas vezes por dia podem enfrentar um aumento no risco de se infectarem com o HIV. Os espermicidas podem causar irritação vaginal, que por sua vez pode provocar a formação de pequenas lesões na membrana que recobre a vagina ou os genitais externos. Estas lesões podem facilitar o surgimento da infecção pelo HIV numa mulher. Os estudos que sugerem que o uso de espermicidas aumenta o risco ao HIV envolveram mulheres que usavam o produto muitas vezes por dia. Mulheres que têm múltiplas relações sexuais diariamente devem utilizar outro método contraceptivo. Contudo, um estudo entre mulheres que usam nonoxynol-9 em média 3 vezes por semana, não constatou aumento no risco de infecção com o HIV em usuárias de espermicidas quando comparadas com mulheres que não os utilizam.

4. O diafragma é desconfortável para a mulher?

Não, se o mesmo for ajustado e colocado corretamente. A mulher e seu parceiro geralmente não sentem o diafragma durante o sexo. O profissional de saúde escolhe o diafragma de tamanho apropriado para cada mulher de modo que ele se ajuste nela e não a incomode. Se estiver desconfortável, ela deve voltar para verificar se o ajuste está correto e certificar-se de que ela esteja colocando e retirando o diafragma adequadamente.

5. Se uma mulher utiliza o diafragma sem espermicidas, ainda assim ele prevenirá a contra a gravidez?

Não há evidências suficientes para se ter certeza. Alguns poucos estudos constataram que as usuárias de diafragma apresentam taxas de gravidez mais elevadas quando não utilizam um espermicida junto com ele. Por isso, não se recomenda o uso de um diafragma sem espermicida.

6. Uma mulher pode deixar um diafragma dentro dela o dia todo?

Sim, embora não se recomende este procedimento. Uma mulher pode deixar um diafragma em seu corpo o dia todo caso ela não possa colocá-lo antes de fazer sexo. Contudo, ela não deve permanecer com o diafragma colocado por mais de 24 horas. Isto poderia aumentar o risco de síndrome do choque tóxico.

7. Uma mulher pode usar lubrificantes junto com o diafragma?

Sim, mas somente lubrificantes à base de água ou silicone caso seu diafragma seja fabricado com látex. Produtos feitos com óleo não podem ser usados como lubrificantes porque danificam o látex. Entre os materiais que não devem ser utilizados junto com diafragmas de látex encontram-se: qualquer óleo (de cozinha, de bebê, de coco, mineral), vaselina, loções, cremes frios, manteiga, manteiga de cacau e margarina. Lubrificantes à base de óleo não danificam um diafragma de plástico. Os espermicidas geralmente proporcionam lubrificação suficiente para as usuárias de diafragma.

8. Os diafragmas ajudam a proteger as mulheres das DSTs, inclusive o HIV?

As pesquisas sugerem que o diafragma pode ajudar de alguma forma a proteger contra infecções do cérvix tais como gonorréia e clamídia. Alguns estudos também constataram que também pode ajudar a proteger contra a doença inflamatória pélvica e tricomoníase. Há estudos em andamento que buscam avaliar a proteção em relação ao HIV. Atualmente, somente os preservativos masculinos e femininos são recomendados como proteção contra o HIV e outras DSTs.

9. O que é a esponja vaginal e qual é a sua eficácia?

A esponja vaginal é feita de plástico e contém espermicidas. É umedecida com água e inserida profundamente na vagina de modo que repouse em contato com o cérvix. Cada esponja só pode ser usada uma única vez. Não se encontra amplamente disponível.

A eficácia depende da usuária: o risco de gravidez é maior quando a mulher não utiliza a esponja em cada relação sexual.

Mulheres que já deram à luz:

- Um dos métodos menos eficazes, tal como comumente usado.
- Tal como comumente usado, ocorrem cerca de 32 gravidez por 100 mulheres que utilizam a esponja no primeiro ano.
- Quando usada corretamente em toda relação sexual, ocorrem cerca de 20 gravidezes por 100 mulheres no primeiro ano.

Mais eficaz entre mulheres que não deram à luz:

- Tal como comumente usada, ocorrem cerca de 16 gravidezes por 100 mulheres que usam a esponja no primeiro ano.
- Quando usada corretamente em toda relação sexual, ocorrem cerca de 9 gravidezes por 100 mulheres no primeiro ano.

Capuz Cervical

Pontos Básicos para Profissionais de Saúde e Clientes

- O capuz cervical é colocado no fundo da vagina antes do sexo. Ele cobre o cérvix.
- Exige o uso correto em toda relação sexual para se obter máxima eficácia.
- É usado juntamente com espermicida para aumentar a eficácia.

O Que é o Capuz Cervical?

- Um “copo” de borracha plástica ou latex, macio e profundo que cobre confortavelmente o cérvix.
- É fornecido em diferentes tamanhos; requer o encaixe e ajuste por um profissional especificamente treinado para tal.
- O capuz cervical funciona bloqueando a entrada do espermatozóide no cérvix; os espermicidas matam os espermatozóides ou os tornam inativos. Ambos impedem o encontro dos espermatozóides com o óvulo.

Qual a Eficácia?

A eficácia depende da usuária: o risco de gravidez é maior quando o capuz cervical com espermicida não é utilizado em toda relação sexual.

Mulheres que já deram à luz:

- Um dos métodos menos eficazes, tal como comumente usado.
- Tal como comumente usado, ocorrem cerca de 32 gravidezes por 100 mulheres que usam o capuz cervical com espermicida no primeiro ano. Isto significa que 68 de cada 100 mulheres que usam o capuz cervical não engravidarão.
- Quando usado corretamente em toda relação sexual, ocorrem cerca de 20 gravidezes por 100 mulheres que usam o capuz cervical no primeiro ano.
- Mais eficaz entre mulheres que não deram à luz:
- Tal como comumente usado, ocorrem cerca de 16 gravidezes por 100 mulheres que usam o capuz cervical com espermicida no primeiro ano. Isto significa que 84 de cada 100 mulheres que usam o capuz cervical não engravidarão.
- Quando usado corretamente em cada relação sexual, ocorrem cerca de 9 gravidezes por 100 mulheres usando o capuz cervical no primeiro ano.

Retorno da fertilidade após a interrupção do uso do capuz cervical: não há demora

Proteção contra doenças sexualmente transmissíveis (DSTs): nenhuma



Efeitos Colaterais, Benefícios e Riscos à Saúde

Os mesmos indicados para diafragmas (ver Diafragmas, Efeitos Colaterais, Benefícios e Riscos à Saúde, p. 226).

Critérios Médicos de Elegibilidade para Uso do Capuz Cervical

Faça à cliente as perguntas dos Critérios Médicos de Elegibilidade para Uso de Diafragmas (ver p. 227). Também faça a pergunta abaixo quanto a problemas médicos que sejam de seu conhecimento. Não é necessário realizar exames ou testes. Se ela responder “não” a todas as perguntas aqui contidas bem como as do diafragma, então ela poderá começar a usar o capuz cervical se assim desejar. Caso a resposta seja “sim” a alguma pergunta, siga as instruções indicadas. Em alguns casos, ainda assim ela poderá começar a usar o capuz cervical.

1. Você já tratou ou vai tratar um pré-câncer cervical (neoplasia intraepitelial cervical [NIC]) ou cancer cervical?

☐ NÃO ☐ **SIM** Não forneça o capuz cervical.

Para obter as classificações completas, ver Critérios Médicos de Elegibilidade para Uso de Anticoncepcionais, p. 324. Não esqueça de explicar os benefícios e riscos à saúde bem como os efeitos colaterais do método que a cliente utilizará. Além disso, destaque quaisquer situações que tornariam o método desaconselhável, quando relevante para a cliente.

Fornecimento de Capuz Cervical

O fornecimento de capuz cervical é semelhante ao fornecimento (ver p. 229) e à ajuda a usuárias de diafragma (ver p. 232). Entre as diferenças encontram-se:



Colocação

- Encha um terço do capuz com creme, geléia ou espuma espermicida.
- Pressione a borda do capuz ao redor do cérvix até que o mesmo esteja completamente coberto, pressionando suavemente na cúpula para aplicar sucção e vedar o cap.
- Coloque o capuz cervical a qualquer momento até 42 horas antes de fazer sexo.

Retirada

- Deixe o capuz cervical no corpo por pelo menos 6 horas após a última ejaculação do parceiro, mas não mais do que 48 horas desde o momento em que foi colocado.
- Deixar o capuz no lugar por mais de 48 horas pode aumentar o risco de síndrome do choque tóxico e pode provocar mau cheiro e descarga vaginal.
- Toque levemente o capuz lateralmente para romper o lacre contra o cérvix, em seguida puxe suavemente o capuz para baixo e para fora da vagina.

Métodos Baseados na Percepção da Fertilidade

Pontos Básicos para Profissionais de Saúde e Clientes

- **Os métodos baseados na percepção da fertilidade exigem a colaboração do parceiro.** O casal deve assumir o compromisso de se abster ou de usar outro método nos dias férteis.
- **Deve-se permanecer atento quanto às mudanças corporais ou fazer um controle dos dias, de acordo com as regras do método específico.**
- **Não têm efeitos colaterais nem oferecem riscos à saúde.**

O que São os Métodos Baseados na Percepção da Fertilidade?

- “Percepção da fertilidade” significa que uma mulher sabe dizer quando começa e quando termina o período fértil de seu ciclo menstrual. (O período fértil é quando ela pode engravidar.)
- Às vezes é chamado de abstinência periódica ou planejamento familiar natural.
- Uma mulher pode recorrer a diversas maneiras, individualmente ou combinadas, para dizer quando começa e quando termina seu período fértil.
- *Os métodos baseados no calendário* envolvem fazer um registro dos dias do ciclo a fim de identificar o início e o término do período fértil.
 - Exemplos: Método dos Dias Fixos e método rítmico do calendário.
- *Os métodos baseados em sintomas* dependem da observação dos sinais de fertilidade.
 - Secreções cervicais: quando uma mulher observa ou sente secreções cervicais, ela pode estar fértil. Ela pode sentir apenas uma pequena umidade vaginal.
 - Temperatura corporal basal (TCB): A temperatura corporal de uma mulher em repouso sobe ligeiramente após a liberação de um óvulo (ovulação), momento em que ela poderia engravidar. Sua temperatura permanece mais elevada até o início de sua próxima menstruação.
 - Exemplos: Método dos Dois Dias, método TCB, método da ovulação (também conhecido como método de Billings ou método do muco cervical) e o método sintotérmico.

- Funciona basicamente ajudando uma mulher a saber o momento em que ela ficaria grávida. O casal previne a gravidez evitando sexo vaginal desprotegido durante estes dias férteis—geralmente abstendo-se de fazer sexo ou usando preservativos ou um diafragma. Alguns casais usam espermicidas ou o coito interrompido, mas estes estão entre os métodos menos eficazes.

Qual a Eficácia?

A eficácia depende da usuária: o risco de gravidez é maior quando os casais fazem sexo nos dias férteis sem usar outro método.

- Tal como comumente usado, no primeiro ano ocorrem cerca de 25 gravidezes por 100 mulheres que recorrem à abstinência periódica. (Não se sabe como tais mulheres identificaram seu período fértil. Não estão disponíveis as taxas de gravidez para a maioria dos métodos específicos, baseados na percepção da fertilidade, tal como comumente usados.) Isto significa que 75 de cada 100 mulheres que confiam na abstinência periódica não engravidarão. Alguns métodos baseados na percepção do período fértil, mais recentes, são mais fáceis de utilizar sendo, portanto, mais eficazes (ver Pergunta 3, p. 254).
- As taxas de gravidez com o uso correto e consistente variam de acordo com os tipos de métodos baseados na percepção da fertilidade (ver tabela abaixo).
- Em geral, abster-se de sexo durante os períodos férteis é mais eficaz do que usar outro método durante tais períodos.



Taxas de Gravidez com Uso Correto e Consistente e Abstinência nos Dias Férteis

Método	Gravidezes por 100 Mulheres no Primeiro Ano
Métodos baseados no calendário	
Método dos Dias Fixos	5
Método do Ritmo do Calendário	9
Métodos baseados em sintomas	
Método dos Dois Dias	4
Método da Temperatura Corporal Basal (TCB)	1
Método da ovulação	3
Método sintotérmico	2

Retorno da fertilidade após a interrupção dos métodos baseados na percepção da fertilidade: não há demora

Proteção contra doenças sexualmente transmissíveis (DSTs): nenhuma

Efeitos Colaterais, Benefícios e Riscos à Saúde

Efeitos Colaterais

Nenhum

Benefícios à Saúde Conhecidos

Ajudam a proteger contra:

- Riscos de gravidez

Riscos à Saúde Conhecidos

Nenhum

Porque Algumas Mulheres Dizem que Gostam dos Métodos Baseados na Percepção da Fertilidade

- Não têm efeitos colaterais
- Não requerem procedimentos e geralmente não requerem suprimentos
- Ajudam as mulheres a aprender sobre seus próprios corpos e a fertilidade
- Permitem que alguns casais mantenham suas normas religiosas ou culturais no tocante à contracepção
- Podem ser usados para identificar os dias férteis tanto pelas mulheres que querem engravidar quanto pelas mulheres que desejam evitar a gravidez

Desfazendo Mitos (ver também Perguntas e Respostas, p. 253)

Os métodos baseados na percepção da fertilidade:

- Podem ser muito eficazes se usados de forma correta e consistente.
- Não requerem que a pessoa saiba ler ou tenha muita escolaridade.
- Não prejudicam os homens que se abstém de fazer sexo.
- Não funcionam quando o casal se engana a respeito de quando ocorre o período fértil, tal como quando acham que ele ocorre durante a menstruação.



Métodos Baseados na Percepção da Fertilidade para Mulheres com HIV

- Mulheres que estejam infectadas com o HIV, que tenham Aids ou estejam em terapia anti-retroviral (ARV) podem, com segurança, usar os métodos baseados na percepção da fertilidade.
- Incentive estas mulheres a usarem preservativos juntamente com os métodos baseados na percepção do período fértil. Se usados de forma consistente e correta, os preservativos ajudam a prevenir a transmissão do HIV e de outras DSTs. Os preservativos proporcionam proteção contraceptiva extra para mulheres em terapia ARV.

Quem Pode Usar os Métodos Baseados no Calendário

Critérios Médicos de Elegibilidade para Uso dos

Métodos Baseados no Calendário

Todas as mulheres podem usar os métodos baseados no calendário. Nenhum problema médico impede o uso destes métodos, mas algumas situações podem fazer com que sejam mais difíceis de usar com eficácia.

Cautela significa que pode ser necessário dar aconselhamento adicional ou especial para assegurar o uso correto do método.

Adiamento significa que o uso de um método baseado na percepção da fertilidade em particular deve ser retardado até que o problema seja avaliado ou solucionado. Forneça à cliente outro método até que ela possa utilizar o método baseado em calendário.

Nas seguintes situações aja com cautela nos métodos baseados no calendário:

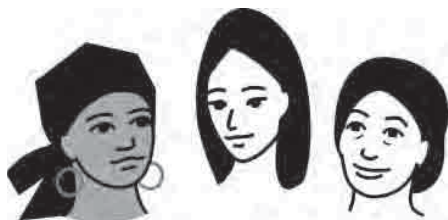
- Os ciclos menstruais acabaram de começar ou tornaram-se menos frequentes ou foram interrompidos devido à idade mais avançada (Irregularidades no ciclo menstrual são comuns em mulheres jovens nos primeiros anos após a primeira menstruação e em mulheres mais velhas que estejam se aproximando da menopausa. Pode ser difícil identificar o período fértil.)

Nas seguintes situações, deve-se *adiar* o início dos métodos baseados em calendário:

- Deu à luz recentemente ou está amamentando (*Adie* até que ela tenha tido no mínimo 3 ciclos menstruais e seus ciclos estejam regulares novamente. Por vários meses após o retorno dos ciclos regulares, use *cautela*.)
- Passou recentemente por um aborto espontâneo ou induzido (*Adie* até o início de sua próxima menstruação.)
- Sangramento vaginal irregular

Nas seguintes situações *adie* ou use *cautela* nos métodos baseados no calendário:

- Se estiver tomando quaisquer drogas que alterem o humor tais como terapias de combate à ansiedade (exceto benzodiazepínicos), antidepressivos (inibidores seletivos de retomada de serotonina [ISRSs], tricíclicos ou tetracíclicos), uso por longo prazo de certos antibióticos ou de qualquer droga antiinflamatória não esteroide



Fornecimento de Métodos Baseados no Calendário

Quando Começar

Uma vez treinada, uma mulher ou um casal geralmente pode começar a usar os métodos baseados no calendário a qualquer momento. Forneça às clientes que não possam começar imediatamente outro método a ser usado até que possam iniciá-lo.

Situação da mulher	Quando começar
Apresenta ciclos menstruais regulares	A qualquer momento no mês • Não há necessidade de aguardar até o início da próxima menstruação.
Ausência de menstruação	• Adie os métodos baseados em calendário até o retorno da menstruação.
Após o parto (amamentando ou não)	• Adie o Método dos Dias Fixos até que ela tenha tido 3 ciclos menstruais e o último tenha tido duração de 26–32 dias. • Os ciclos regulares retornarão mais tarde em mulheres amamentando do que em mulheres que não estejam amamentando.
Após um aborto espontâneo ou induzido	• Adie o Método dos Dias Fixos até o início de sua próxima menstruação, quando ela poderá começar caso ela não apresente sangramento devido a alguma ferida no aparelho genital.
Mudança de um método hormonal	• Adie o início do Método dos Dias Fixos até o início de sua próxima menstruação. • Se ela estiver abandonando os injetáveis, adie o Método dos Dias Fixos pelo menos até o momento em que seria dada a dose de repetição e então comece-o no início de sua próxima menstruação.
Após a ingestão de pílulas anticoncepcionais de emergência	• Adie o Método dos Dias Fixos até o início de sua próxima menstruação.

Explicação Sobre Como Usar os Métodos Baseados em Calendário

Método dos Dias Fixos

IMPORTANTE: Uma mulher pode usar o Método dos Dias Fixos se a maioria dos seus ciclos menstruais tiverem duração de 26 a 32 dias. Caso ela tenha mais do que 2 ciclos mais longos ou mais curtos no decorrer de um ano, o Método dos Dias Fixos será menos eficaz e ela talvez queira escolher outro método.

Mantenha o controle dos dias do ciclo menstrual

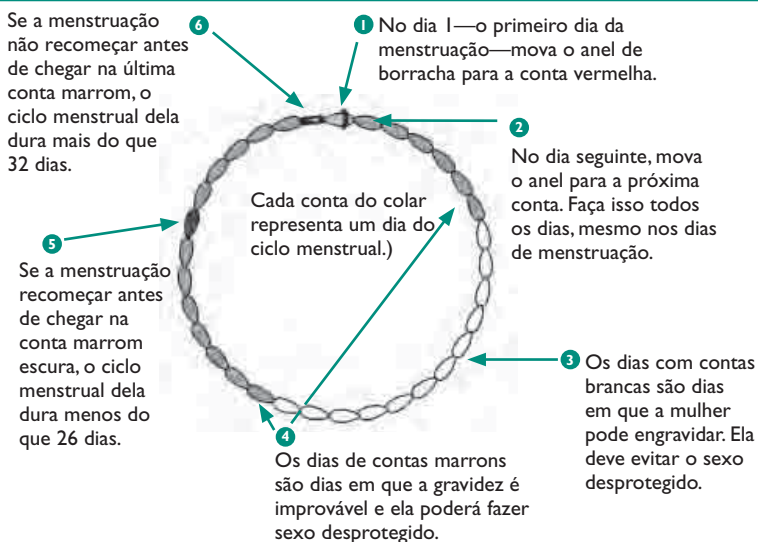
- Uma mulher faz o controle dos dias de seu ciclo menstrual contando o primeiro dia de sua menstruação como sendo o dia 1.

Evite o sexo desprotegido nos dias 8–19

- Os dias 8 a 19 de cada ciclo são considerados os limites do período de dias férteis para todas as usuárias do Método dos Dias Fixos (está fértil do dia 8 ao dia 19).
- O casal evita o sexo vaginal ou utiliza preservativos ou um diafragma do dia 8 ao dia 19. Também podem praticar o coito interrompido ou espermicidas, mas estes são os métodos menos eficazes.
- O casal pode fazer sexo desprotegido em todos os outros dias do ciclo—dias 1 a 7 no início do ciclo e do dia 20 até o início da próxima menstruação.

Use ajuda-memória se necessário

- O casal pode usar *CycleBeads*, um colar de contas codificadas por cor que indica os dias férteis e não férteis de um ciclo ou podem marcar num calendário ou ainda usar algum outro tipo de ajuda-memória.



Método do Ritmo Calendário

Manter registro (controle) dos dias do ciclo Menstrual

- Antes de recorrer a este método, a mulher registra o número de dias de cada ciclo menstrual durante pelo menos 6 meses. O primeiro dia de menstruação é sempre contado como sendo o dia 1.

Estime o período fértil

- A mulher subtrai 18 da duração do seu ciclo registrado mais curto. Isso informa qual é a estimativa do primeiro dia de seu período fértil. Em seguida, ela subtrai 11 dias da duração do seu ciclo registrado mais longo. Isso informa qual é a estimativa do último dia de seu período fértil.

Evite sexo desprotegido durante o período fértil

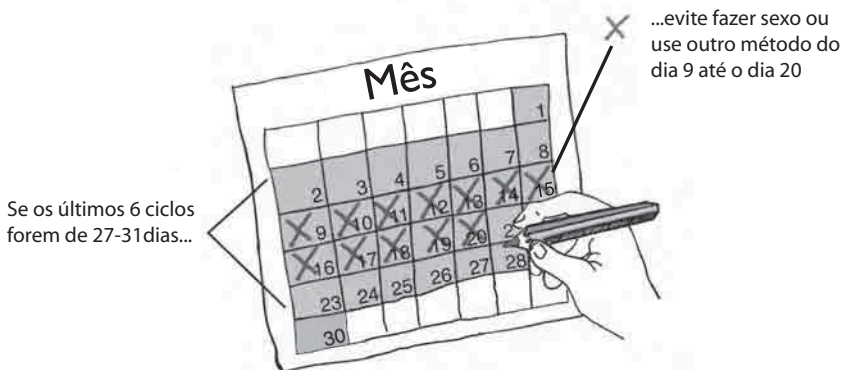
- O casal evita sexo vaginal ou usa preservativos ou um diafragma, durante o período fértil. Também podem utilizar o coito interrompido ou espermicidas, mas estes são menos eficazes.

Atualize os cálculos mensais

- Ela atualiza estes cálculos a cada mês, utilizando sempre o 6 ciclos mais recentes.

Exemplo:

- Se o mais curto dos seus últimos 6 ciclos foi de 27 dias, $27 - 18 = 9$. Ela começa a evitar sexo desprotegido no dia 9.
- Se o mais longo dos seus últimos 6 ciclos foi de 31 dias, $31 - 11 = 20$. Ela pode ter sexo desprotegido novamente a partir do dia 21.
- Assim, ela deve evitar fazer sexo desprotegido do dia 9 ao dia 20 do seu ciclo.



Quem Pode Usar Métodos Baseados em Sintomas

CrITÉRIOS MÉDICOS DE Elegibilidade para Uso dos

Métodos Baseados em Sintomas

Todas as mulheres podem usar métodos baseados em sintomas. Nenhum problema médico impede o uso destes métodos, mas algumas situações podem tornar seu uso eficaz mais difícil.

Cautela significa que poderá ser necessário ministrar aconselhamento adicional ou especial para se garantir o uso correto do método.

Adiamento significa que o uso de método baseado na percepção da fertilidade em particular deve ser retardado até que o problema seja avaliado ou solucionado. Forneça à cliente outro método para ser usado até que ela pode começar o método baseado em sintomas.

Nas seguintes situações use *cautela ao aplicar métodos baseados em sintomas*:

- Teve recentemente um aborto espontâneo ou induzido
- Os ciclos menstruais acabam de começar ou tornaram-se menos frequentes ou cessaram devido a idade mais avançada (Irregularidades nos ciclos menstruais são comuns em mulheres jovens nos primeiros anos após sua primeira menstruação e em mulheres mais velhas in que estejam se aproximando da menopausa. Pode ser difícil identificar o período fértil.)
- Um problema crônico que eleve sua temperatura corporal (no caso dos métodos de temperatura corporal basal e sintotérmico)

Nas seguintes situações *adie* o início dos métodos baseados em sintomas:

- Deu à luz recentemente ou está amamentando (*Adie* até que as secreções normais tenha retornado—geralmente pelo menos 6 meses após o parto para mulheres amamentando e no mínimo 4 semanas após o parto para mulheres que não esteja amamentando. Durante vários meses após o retorno dos ciclos regulares, use o método com *cautela*.)
- Um problema agudo que eleva sua temperatura corporal (no caso dos métodos de temperatura corporal basal e sintotérmico)
- Sangramento vaginal irregular
- Descarga vaginal anormal

Nas seguintes situações *adie* ou use *cautela com métodos baseados em sintomas*:

- Se estiver tomando alguma droga que altera o humor tais como terapias de combate à ansiedade (exceto benzodiazepínicos), antidepressivos (inibidores seletivos de retomada de serotonina [ISRSs], tricíclicos ou tetracíclicos), antipsicóticos (inclusive clorpromazina, tioridazina, haloperidol,

risperidona, clozapina ou lítio), uso por longo prazo de certos antibióticos, qualquer droga anti-inflamatória não esteroidal (tais como aspirina, ibuprofeno ou paracetamol) ou antihistamínicos. Estas drogas podem afetar as secreções cervicais, elevar a temperatura corporal ou retardar a ovulação.

Fornecimento de Métodos Baseados em Sintomas

Quando Começar

Uma vez treinada, uma mulher ou um casal geralmente pode começar a usar os métodos baseados em sintomas a qualquer momento. Mulheres que não estejam usando um método hormonal podem praticar o monitoramento de seus sinais de fertilidade antes de começar a usar os métodos baseados em sintomas. Forneça às clientes que não possam começar imediatamente outro método a ser usado até que possam iniciá-lo.

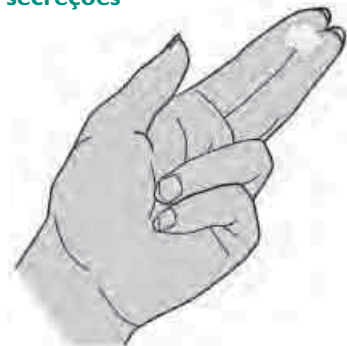
Situação da Mulher	Quando Começar
Apresenta ciclos menstruais regulares	A qualquer momento do mês • Não há necessidade de aguardar até o início da próxima menstruação.
Ausência de menstruação	• Adie os métodos baseados em sintomas até a menstruação voltar.
Depois do parto (amamentando ou não)	• Ela poderá começar os métodos baseado em sintomas assim que as secreções normais retornarem. • As secreções normais retornarão mais tarde em mulheres amamentando do que em mulheres que não estejam amamentando.
Depois de estar usando um método hormonal	• Ela poderá começar os métodos baseados em sintomas no seu próximo ciclo menstrual após interromper um método hormonal.
Após a ingestão de pílulas anticoncepcionais de emergência	• Ela poderá começar os métodos baseados em sintomas assim que as secreções normais tiverem retornado.

Explicação de Como Utilizar os Métodos Baseados em Sintomas

Método dos Dois Dias

IMPORTANTE: Caso uma mulher tenha uma infecção vaginal ou outro problema que altere o muco cervical, será difícil utilizar o Método dos Dois Dias.

Verifique se há secreções



- A mulher verifica se há secreções cervicais toda tarde e/ou noite, nos dedos, calcinha ou lenço de papel ou através da sensação na ou ao redor da vagina.
- Quando ela observar alguma secreção de qualquer tipo, cor ou consistência, ela se considera fértil naquele dia e no dia seguinte.

Evite fazer sexo ou use outro método nos dias férteis

- O casal evita sexo vaginal ou utiliza preservativos ou um diafragma em cada um dos dois dias considerados férteis (com secreção e o seguinte). Também podem recorrer ao coito interrompido ou aos espermicidas, mas estes são menos eficazes.

Torne a fazer sexo desprotegido após 2 dias secos

- O casal poderá fazer sexo desprotegido novamente depois que a mulher passar 2 dias secos (dias sem secreções de qualquer tipo) seguidos.

Método da Temperatura Corporal Basal (TCB)

IMPORTANTE: Se uma mulher tiver febre ou outras alterações na temperatura corporal, será difícil utilizar o método TCB.

Tire a temperatura corporal todos os dias

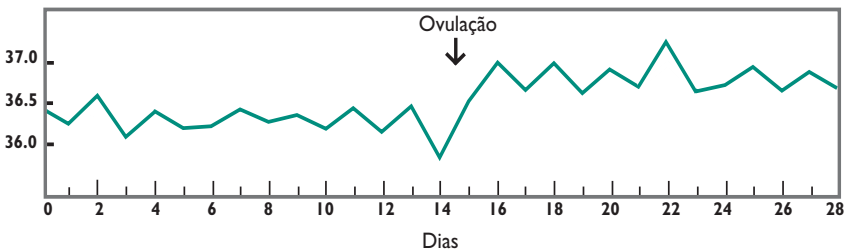
- A mulher tira sua temperatura corporal na mesma hora toda manhã antes de sair da cama e antes de comer alguma coisa. Ela registra sua temperatura num gráfico especial.
- Ela observa se sua temperatura se eleva ligeiramente—0,2° a 0,5°C—logo após a ovulação (geralmente por volta da metade do ciclo menstrual).

Evite fazer sexo ou use outro método até 3 dias após o aumento da temperatura

- O casal evita sexo vaginal sex ou usa preservativos ou um diafragma do primeiro dia da menstruação até 3 dias após a temperatura da mulher ter subido acima de sua temperatura regular. Também podem recorrer ao coito interrompido ou aos espermicidas, mas estes são menos eficazes.

Torne a fazer sexo desprotegido até que menstruação comece

- Quando a temperatura da mulher tiver se elevado, acima de sua temperatura regular e tenha permanecido mais alta por 3 dias inteiros, terá ocorrido a ovulação e o período fértil já passou.
- O casal poderá fazer sexo desprotegido no 4° dia e até começar sua próxima menstruação.



Método da Ovulação

IMPORTANTE: Caso uma mulher tenha uma infecção vaginal ou outro problema que altere seu muco cervical, poderá ser difícil utilizar este método.

Verifique se há secreções cervicais todos os dias

- A mulher verifica todos os dias se há secreções cervicais nos dedos, na calcinha ou lenço de papel ou pela sensação na ou ao redor da vagina.

Evite sexo desprotegido nos dias de menstruação intensa

- A ovulação pode ocorrer no início do ciclo, durante os últimos dias da menstruação, e o sangramento intenso poderá dificultar a observação do muco.

Torne a fazer sexo desprotegido até que comecem as secreções

- Entre o final da menstruação e o início das secreções, o casal poderá fazer sexo desprotegido, mas não em 2 dias seguidos. (Evitar o sexo no segundo dia dá tempo para que o sêmen desapareça e o muco seja observado.)
- Recomenda-se que façam sexo à noite, depois da mulher ter ficado em posição ereta por pelo menos algumas horas e tenha conseguido observar se apresenta muco cervical.

Evite sexo desprotegido quando começarem as secreções e até 4 dias depois do “dia de pico”

- Assim que ela observa a presença de secreções, ela se considera fértil e evita fazer sexo desprotegido.
- Ela continua a observar se há secreções cervicais todos os dias. As secreções tem um “dia de pico”—o último dia em que estão claras, escorregadias, elásticas e úmidas. Ela saberá isto já passou quando, no dia seguinte, suas secreções estiverem grudentas ou secas, ou se não tiver mais nenhuma secreção.
- Ela continua a se considerar fértil por 3 dias após o dia de pico e evita fazer sexo desprotegido.



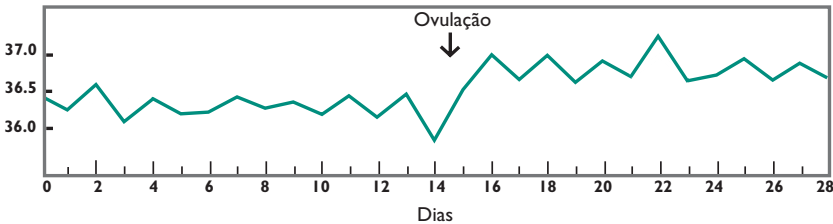
Torne a fazer sexo desprotegido

- O casal poderá fazer sexo desprotegido no 4º dia após seu dia de pico e até começar sua próxima menstruação.

Método Sintotérmico (temperatura corporal basal + secreções cervicais + outros sinais de fertilidade)

Evite fazer sexo desprotegido nos dias férteis

- As usuárias identificam os dias férteis e não férteis combinando as instruções do método TCB com o método da ovulação.
- As mulheres também podem identificar o período fértil por meio de outros sinais tais como sensibilidade dos seios e dor ovulatória (dor na parte inferior do abdômen ou cólicas por volta da época da ovulação).
- O casal evita fazer sexo desprotegido entre o primeiro dia da menstruação e ou o quarto dia após o pico das secreções cervicais ou o terceiro dia inteiro após a elevação da temperatura (TCB), o que acontecer depois.
- Algumas mulheres que utilizam este método fazem sexo desprotegido entre o fim da menstruação e o início das secreções, mas não em 2 dias seguidos.



Apoio à Usuária

“Volte Quando Quiser”: Motivos Para Retornar

Não há necessidade de uma consulta de retorno. Os profissionais de saúde convidam a mulher ou o casal para uma conversa algumas vezes durante os primeiros ciclos caso eles desejem alguma ajuda. Lembre a cada cliente que é seu retorno é bem-vindo a qualquer hora—por exemplo, se ela tiver problemas ou dúvidas ou se quiser outro método; se ela tiver alguma mudança importante em sua saúde; ou caso ela ache que possa estar grávida. Também deve retornar caso:

- Ela esteja tendo dificuldade em identificar seus dias férteis.
- Ela esteja tendo problemas em evitar fazer sexo ou em utilizar outro método no período fértil. Por exemplo, o parceiro não colabora.

Ajuda a Clientes Regulares

Ajuda a Clientes em Qualquer Consulta

1. Pergunte às clientes como está sendo a utilização do método e se estão satisfeitas com o mesmo. Pergunte se têm alguma dúvida ou algo sobre o que queiram conversar.
2. Pergunte particularmente se estão tendo dificuldade em identificar os dias férteis ou problema em evitar fazer sexo desprotegido nestes dias.
3. Verifique se o casal está utilizando o método corretamente. Analise as observações ou registros dos sinais de fertilidade. Se necessário, planeje outra consulta.
4. Pergunte a uma cliente antiga se ela teve algum problema de saúde novo desde sua última consulta. Trate destes problemas da maneira requerida.
5. Pergunte a uma cliente antiga a respeito de mudanças importantes em sua vida que possam afetar suas necessidades—particularmente planos de ter filhos ou risco de contrair DST/HIV. Faça o acompanhamento necessário.

Como Lidar com Problemas

Problemas Decorrentes do Uso

- Problemas com os métodos baseados na percepção da fertilidade afetam a satisfação da mulheres e o uso do método. Merecem a atenção do profissional de saúde. Se a cliente relatar algum problema, ouça suas preocupações e dê o devido aconselhamento.
- Ofereça ajuda à cliente na escolha de outro método—na hora, caso ela assim deseje, ou se os problemas não puderem ser superados.

O casal não consegue se abster de sexo durante o período fértil

- Converse abertamente sobre o problema com o casal e ajude-os a se sentirem à vontade e não envergonhados.
- Converse sobre a possibilidade de usar preservativos, diafragma, coito interrompido ou espermicidas, ou ainda contato sexual sem sexo vaginal durante o período fértil.

- Caso ela tenha feito sexo desprotegido nos últimos 5 dias, ela pode considerar a possibilidade de tomar PAEs (ver Pílulas Anticoncepcionais de Emergência, p. 45).

Métodos Baseado no Calendário

Os ciclos estão fora da faixa de 26–32 dias para o Método dos Dias Fixos

- Se ela apresenta 2 ou mais ciclos fora faixa de 26 a 32 dias num período de 12 meses, sugira que ela utilize em seu lugar o método do ritmo calendário ou um método baseado em sintomas.

Ciclos menstruais muito irregulares entre usuárias dos métodos baseados em calendário

- Sugira que ela utilize em seu lugar um método baseado em sintomas.

Métodos Baseados em Sintomas

Dificuldade em reconhecer os diferentes tipos de secreções para o método de ovulação

- Aconselhe a cliente e ajude-a a aprender como interpretar as secreções cervicais.
- Sugira que ela utilize o Método dos Dois Dias, que não requer que usuária saiba a diferença entre os tipos de secreções.

Dificuldade em reconhecer a presença de secreções para o método de ovulação o o Método dos Dois Dias

- Forneça orientação adicional sobre como reconhecer as secreções.
- Sugira que ela utilize em seu lugar um método baseado no calendário.

Perguntas e Respostas Sobre os Métodos Baseados na Percepção da Fertilidade

1. Só os casais com alta escolaridade podem usar os métodos baseados na percepção do período fértil?

Não. Casais com pouca ou nenhuma escolaridade podem e, de fato, utilizam métodos baseados na percepção da fertilidade com eficácia. Os casais devem estar altamente motivados, bem treinados em seu método e terem assumido o compromisso de evitar o sexo desprotegido durante o período fértil.

2. Os métodos baseados na percepção da fertilidade são confiáveis?

Para muitos casais, estes métodos fornecem informações confiáveis sobre os dias férteis. Caso o caso evite o sexo vaginal ou utilize preservativos ou um diafragma durante o período fértil da mulher, os métodos baseados na percepção do período fértil podem ser muito eficazes. Utilizar o coito interrompido ou espermicidas durante o período fértil é menos eficaz.

3. O que há de novo sobre os novos métodos baseados na percepção da da fertilidade, o Método dos Dias Fixos e o Método dos Dois Dias?

Estes novos métodos baseados na percepção da fertilidade são mais fáceis de usar corretamente do que alguns dos métodos antigos. Assim, podem oferecer um apelo a mais casais e ser mais eficazes para algumas pessoas. Entretanto, eles são semelhantes aos métodos mais antigos, no fato de recorrerem às mesmas maneiras de se julgar quando uma mulher está fértil—mantendo um registro e controle dos dias do ciclo no Método dos Dias Fixos e das secreções cervicais no Método dos Dois Dias. Até o momento, há poucos estudos sobre estes métodos. Um ensaio clínico constatou que, uma vez que o Método dos Dias Fixos era comumente usado por mulheres que tinha a maioria dos ciclos entre 26 e 32 dias de duração, havia 12 gravidezes por 100 mulheres no primeiro ano de uso. Num ensaio clínico do Método dos Dois Dias, tal como era comumente utilizado, havia 14 gravidezes por 100 mulheres no primeiro ano de uso. Esta taxa baseia-se nas mulheres que permaneceram no estudo. Foram excluídas as mulheres que detectaram secreções em menos de 5 dias ou mais de 14 dias em cada ciclo.

4. Qual é a probabilidade de uma mulher engravidar se ela fizer sexo durante a menstruação?

Durante a menstruação, as chances de gravidez são baixas, mas não zero. O sangramento em si não previne a gravidez mas também não a promove. Nos primeiros dias da menstruação, as chances de gravidez são as mais baixas. Por exemplo, no 1º dia do ciclo (contando o primeiro dia de menstruação como sendo o dia 1), a chance de engravidar é extremamente baixa (menos de 1%). À medida que os dias passam, as chances de gravidez aumentam, ela a mulher ainda menstruada ou não. O risco de gravidez se eleva até a ovulação. No dia seguinte à ovulação, as chances de gravidez começam a cair fortemente. Alguns métodos baseados na percepção da fertilidade que dependem da observação das secreções cervicais aconselham a evitar o sexo desprotegido durante a menstruação porque as secreções cervicais não podem ser detectadas durante a mesma e há um pequeno risco de ovulação neste período.

5. Quantos dias de abstinência ou uso de outro método podem ser necessários em cada método baseados na percepção da fertilidade?

O número de dias varia de acordo com a duração do ciclo da mulher. O número médio de dias em que uma mulher seria considerada fértil—e assim precisaria se abster de fazer sexo ou usar outro método—em cada método é: Método dos Dias Fixo, 12 dias; Método dos Dois Dias, 13 dias; método sintotérmico, 17 dias; método da ovulação, 18 dias.

Coito Interrompido

Pontos Básicos para Profissionais de Saúde e Clientes

- **Sempre disponível em todas as ocasiões.** Pode ser utilizado como método principal ou como método de apoio.
- **Não requer suprimentos ou consulta à clínica ou à farmácia.**
- **É um dos métodos contraceptivos menos eficazes.** Contudo, alguns homens utilizam este método com eficácia. Oferece mais proteção contra gravidez do que não usar absolutamente nenhum método.
- **Promove o envolvimento do homem e a comunicação do casal.**

O Que É o Coito Interrompido?

- O homem retira seu pênis da vagina da parceira e ejacula fora dela, mantendo seu sêmen afastado dos genitais externos da mulher.
- Também conhecido como “tirar na hora” ou “gozar nas coxas”.
- Funciona mantendo o esperma fora do corpo da mulher.

Qual a Eficácia?

A eficácia depende do usuário: o risco de gravidez é maior quando o homem não retira seu pênis da vagina antes de ejacular em cada relação sexual.

- É um dos métodos menos eficazes, tal como comumente utilizado.
- Tal como comumente usado, ocorrem cerca de 27 gravidezes por 100 mulheres cujo parceiro utiliza o coito interrompido no primeiro ano. Isto significa que 73 de cada 100 mulheres cujos parceiros recorrem ao coito interrompido não engravidarão.
- Quando usado corretamente e em cada relação sexual, cerca de 4 gravidezes por 100 mulheres cujos parceiros usam o coito interrompido no primeiro ano.

Retorno da fertilidade após a interrupção do uso do coito interrompido: não há demora

Proteção contra doenças sexualmente transmissíveis (DSTs): nenhuma



Efeitos Colaterais, Benefícios e Riscos à Saúde

Nenhum

Quem Pode e Quem Não Pode Usar o Coito Interrompido

Critérios Médicos de Elegibilidade para Uso do

Coito Interrompido

Todos os homens podem utilizar o coito interrompido. Não há problemas médicos que possam impedir o seu uso.

Uso do Coito Interrompido

- Pode ser usado a qualquer momento.



Explicação Sobre Como Usar

Quando o homem sente que está prestes a ejacular

- Ele deve retirar seu pênis da vagina da mulher e ejacular fora dela, mantendo seu sêmen afastado da genitália externa dela.

Se o homem tiver ejaculado recentemente

- Antes de fazer sexo, ele deve urinar e limpar seu pênis de modo a remover qualquer espermatozóide remanescente.

Aconselhamento Sobre o Uso

Aprender a usar corretamente pode levar tempo

- Sugira que o casal também utilize outro método até que o homem sinta que ele pode recorrer ao coito interrompido corretamente em cada relação sexual.

Há modos melhores de proteção contra a gravidez disponíveis

- Sugira um método de planejamento familiar alternativo ou adicional. (Os casais que estejam utilizando o coito interrompido com eficácia não devem ser desestimulados a continuar usando.)

Alguns homens podem ter dificuldade em recorrer ao coito interrompido

- Homens que não conseguem sentir de forma consistente quando a ejaculação está prestes a ocorrer. Homens que têm ejaculação precoce.

Pode-se usar pílulas anticoncepcionais de emergência (PAEs)

- Explique o uso das PAEs caso um homem ejacule antes de retirar o pênis (ver Pílulas Anticoncepcionais de Emergência, p. 45). Forneça PAEs, se disponíveis.

Método de Amenorréia Lactacional

Pontos Básicos para Profissionais/Serviços de Saúde e Clientes

- **É um método de planejamento familiar baseado na amamentação.** Proporciona contracepção para a mãe e melhor alimentação para o bebê.
- **Pode ser eficaz até 6 meses após o parto,** contanto que a menstruação não tenha retornado e a mulher esteja em amamentação integral ou quase.
- **Exige amamentação freqüente, dia e noite.** Praticamente toda a alimentação do bebê deve vir do leite materno.
- **Dá a oportunidade de se fornecer à mulher um método permanente que ela pode continuar a utilizar após 6 meses.**

O Que É o Método de Amenorréia Lactacional?

- É um método de planejamento familiar provisório baseado no efeito natural que a amamentação tem sobre a fertilidade. (“Lactacional” significa relativo à amamentação. “Amenorréia” significa ausência de menstruação.)
- O método de amenorréia lactacional (MAL) impõe 3 condições. Todas as 3 devem ser cumpridas:
 1. Que a menstruação da mãe não tenha retornado
 2. Que o bebê esteja sendo alimentado no peito de forma integral ou quase e que seja amamentado com freqüência, dia e noite
 3. Que o bebê tenha menos de 6 meses de idade
- “Em amamentação integral” abrange tanto a amamentação exclusiva (o bebê não recebe nenhum outro líquido ou alimento, nem mesmo água, além do leite materno) quanto amamentação quase exclusiva (o bebê recebe vitaminas, água, suco ou outros nutrientes de vez em quando em adição ao leite materno).
- “Em amamentação quase integral” significa que o bebê recebe um pouco de líquido ou alimento além do leite materno, mas a maior parte de sua alimentação (mais de 3/4 de tudo o que ingere) é de leite materno.

- Funciona basicamente impedindo a liberação de óvulos pelos ovários (ovulação). A amamentação frequente impede temporariamente a liberação dos hormônios naturais que provocam a ovulação.

Qual a Eficácia?

A eficácia depende da usuária: o risco de gravidez é maior quando uma mulher não consegue amamentar de forma exclusiva ou quase o seu bebê.

- Tal como comumente usado, ocorrem cerca de 2 gravidezes por 100 mulheres usando o MAL nos primeiros 6 meses após o parto. Isto significa que 98 de cada 100 mulheres que recorrem ao MAL não engravidarão.
- Quando usado de forma correta, ocorre menos de 1 gravidez por 100 mulheres que usam o MAL nos primeiros 6 meses após o parto.

Return Retorno da fertilidade após a interrupção do uso do MAL: depende do quanto a mulher continuar a amamentar

Proteção contra doenças sexualmente transmissíveis (DSTs): nenhuma



Efeitos Colaterais, Benefícios e Riscos à Saúde

Efeitos Colaterais

Nenhum. Alguns problemas são os mesmos que ocorrem em outras mulheres amamentando.

Benefícios à Saúde Conhecidos

Ajuda a proteger contra:

- Riscos de gravidez

Incentiva:

- Os melhores padrões de amamentação, com benefícios à saúde tanto da mãe quanto do bebê

Riscos à Saúde Conhecidos

Nenhum

Desfazendo Mitos (ver também Perguntas e Respostas, p. 265)

O método de amenorréia lactacional:

- É altamente eficaz quando a mulher cumpre a todos os 3 critérios do MAL.
- É igualmente eficaz entre mulheres gordas ou magras.
- Pode ser usado por mulheres com nutrição normal. Não são necessários alimentos especiais.
- Pode ser usado durante 6 meses inteiros sem necessidade de alimentação suplementar. O leite materno sozinho tem condições de alimentar um bebê nos primeiros 6 meses de vida. De fato, é o alimento ideal para este período da vida de um bebê.
- Pode ser usado durante 6 meses sem se preocupar se a mulher ficará sem leite. O leite continuará a ser produzido pelos 6 meses e mais tempo ainda em resposta à sucção pelo bebê ou à expressão pela mãe de seu leite.

Quem Pode Usar o Método de Amenorréia Lactacional

CrITÉRIOS MÉDICOS de Elegibilidade para Uso do

Método de Amenorréia Lactacional

Todas as mulheres que estejam amamentando podem usar, com segurança, o MAL, mas uma mulher nas seguintes circunstâncias talvez possa querer recorrer a outros métodos contraceptivos:

- Se ela estiver infectada com o HIV e inclusive ter AIDS (ver Método de Amenorréia Lactacional para Mulheres com HIV, p. 260)
- Se estiver usando certos medicamentos durante a alimentação (inclusive drogas que alteram o humor, reserpina, ergotamina, anti-metabólicos, ciclosporina, doses elevadas de corticosteróides, bromocriptina, drogas radioativas, lítio e certos anti-coagulantes)
- Se o recém-nascido tiver algum problema que dificulte a amamentação (inclusive ter tamanho menor que o normal ou ser prematuro e necessitar de terapia neonatal intensiva, não ter condições de digerir o alimento normalmente ou ter deformidades na boca, mandíbula ou palato)

Porque Algumas Mulheres Dizem que Gostam do Método de Amenorréia Lactacional

- É um método de planejamento familiar natural
- Apóia uma ótima amamentação, promovendo benefícios à saúde do bebê e da mãe
- Não tem custo direto para o planejamento familiar ou a alimentação do bebê

O Método de Amenorréia Lactacional para Mulheres com HIV

- Mulheres que estejam infectadas com o HIV ou que tenham Aids podem usar o MAL. A amamentação não agravará sua situação. Há uma chance, contudo, de que uma mãe com HIV transmita o vírus a seus bebês através da amamentação. Tal como em geral se pratica a amamentação, 10 a 20 de cada 100 bebês amamentados por mães com HIV também se infectarão com o vírus através do leite materno além dos que já são infectados durante a gravidez e o parto. A transmissão do HIV através do leite materno é mais provável entre mães com a doença avançada ou que tenham se infectado recentemente.
- Mulheres tomando medicamentos anti-retroviral (ARV) podem usar o MAL. De fato, a terapia ARV durante as primeiras semanas de amamentação pode reduzir o risco de transmissão do HIV através do leite materno.
- A alimentação substituta não oferece risco de transmissão do HIV. Se—e somente se—a alimentação substituta for aceitável, viável, custeável, sustentável e segura, recomenda-se a mesma nos primeiros 6 meses após o parto. Se a alimentação substituta disponível não atender a estes 5 critérios, a amamentação exclusiva nos primeiros 6 meses é a maneira mais segura de alimentar o bebê, sendo compatível com o MAL. (Para obter orientação sobre alimentação do bebê para mulheres com HIV, ver Saúde Materna e do Recém-Nascido, Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, p. 294.)
- Uma estratégia para tornar a amamentação mais segura é espremendo o leite materno e dando-lhe tratamento térmico. Para mulheres recorrendo ao MAL, espremer o leite poderá ser ligeiramente menos eficaz em prevenir a gravidez do que a amamentação.
- Incentive as mulheres com HIV a usarem preservativos juntamente com o MAL. Quando usados de forma consistente e correta, os preservativos ajudam a prevenir a transmissão do HIV e de outras DSTs.

Fornecimento do Método de Amenorréia Lactacional

Quando Começar

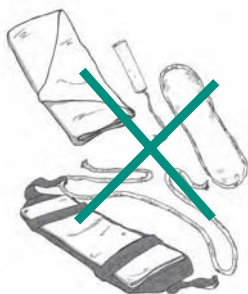
Situação da mulher	Quando começar
Até 6 meses após o parto	• Comece a amamentar imediatamente (até uma hora) ou assim que possível depois que o bebê tiver nascido. Nos primeiros dias após o parto, o fluido amarelado produzido pelos seios da mãe (colostró) contém substâncias muito importantes para a saúde do bebê. • A qualquer momento se a mulher estiver amamentando o bebê integralmente ou quase desde o parto e sua menstruação ainda não tiver retornado.



Quando uma Mulher Pode Usar o MAL?

Uma mulher amamentando pode usar o MAL para espaçar seu próximo parto e como transição para outro método contraceptivo. Ela poderá começar o MAL a qualquer momento caso ela atenda aos 3 critérios requeridos para se usar o método.

Faça à mãe estas 3 perguntas:

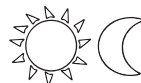


1

Sua menstruação já retornou?



2



Você tem dado regularmente ao bebê outros alimentos além do leite materno ou tem ficado longos períodos sem amamentar, seja de dia ou de noite?

3



Seu bebê tem mais de 6 meses de idade?

Se a resposta a todas estas perguntas for não...

...ela pode usar o MAL. Há somente 2% de chance de gravidez neste período. Uma mulher pode escolher outro método de planejamento familiar a qualquer momento—mas preferencialmente não um método com estrógeno enquanto seu bebê tiver menos do que 6 meses de idade. Entre os métodos com estrógeno estão os anticoncepcionais orais combinados, os injetáveis mensais, o adesivo combinado e o anel vaginal combinado.

Mas, quando a resposta a alguma destas perguntas for sim...

...suas chances de gravidez aumentam.

Aconselhe-a a começar a usar outro método de planejamento familiar e a continuar amamentando visando a saúde da criança.

Explicação Sobre o Modo de Usar

Amamentação freqüente

- Um padrão ideal é amamentar quando solicitado (isto é, na hora em que o bebê deseja ser alimentado) e no mínimo de 10 a 12 vezes por dia nas primeiras semanas após o parto e, a partir daí, 8 a 10 vezes por dia, inclusive pelo menos uma vez à noite nos primeiros meses.
- As mamadas durante o dia não devem ser separadas por mais de 4 horas e as mamadas noturnas não mais do que 6 horas uma da outra.
- Pode ser que alguns bebês não queiram mamar 8 a 10 vezes por dia e queiram dormir a noite inteira. Estes bebês podem precisar de um carinhoso incentivo para mamar com mais freqüência.

Comece a dar outros alimentos aos 6 meses

- Ela deve começar a dar outros alimentos além do leite materno quando o bebê estiver com 6 meses.
- Nesta idade, o leite materno não tem mais condições de nutrir sozinho um bebê em crescimento.

Planeje a consulta de acompanhamento



- Planeje a próxima consulta para quando os critérios do MAL ainda se aplicarem, de modo que ela possa escolher outro método e continuar a se proteger contra a gravidez.
- Se possível, forneça a ela preservativos ou pílulas só de progestógeno neste momento. Ela poderá começar a usá-los caso o bebê não esteja mais em amamentação integral ou quase, caso sua menstruação retorne ou caso o bebê chegue aos 6 meses de idade antes que ela possa retornar para obter outro método. Planeje um método que possa ser acompanhado. Forneça quaisquer suprimentos neste momento.

Apoio à Usuária

“Volte Quando Quiser”: Motivos para Retornar

Afirme a cada cliente que ela será bem-vinda se retornar a qualquer momento—por exemplo, se ela tiver problemas ou dúvidas ou caso queira outro método; se tiver alguma mudança importante em sua saúde; ou se achar que possa estar grávida. Também deve voltar caso:

- Ela não mais atenda a um ou mais dos 3 critérios do MAL e, por isso, não possa mais continuar confiando neste método.

Ajuda a Usuárias Regulares

Ajuda a Clientes na Mudança a um Método Regular

1. Uma mulher pode mudar para outro método a qualquer momento em que desejar enquanto estiver utilizando o MAL. Se ela ainda atender a todos os 3 critérios do MAL, é razoável crer que ela não está grávida. Ela pode começar um novo método sem necessidade de realizar um teste de gravidez, exames ou avaliação.
2. Para continuar a se prevenir da gravidez, uma mulher precisa mudar para outro método assim que um dos 3 critérios do MAL não mais se aplicar a ela.
3. Ajude a mulher a escolher um novo método antes que ela necessite de um. Se ela for continuar a amamentar, ela poderá escolher dentre diversos métodos hormonais e não hormonais, dependendo de quanto tempo já tenha se passado desde o parto (ver Saúde Materna e do Recém-Nascido, Momento Mais Precoce que uma Mulher Pode Começar um Método de Planejamento Familiar após o Parto, p. 293).



Como Lidar com Problemas

Problemas Decorrentes do Uso

- Os problemas com a amamentação ou com o MAL afetam a satisfação das mulheres e o uso do método. Se a cliente relatar algum problema, ouça suas preocupações, faça o aconselhamento e, se for caso, trate-os.
- Ofereça ajuda à cliente na escolha de outro método—na hora, caso ela assim o deseje, ou se os problemas não puderem ser superados.
- Para problemas com a amamentação, ver Saúde Materna e do Recém-Nascido,
- Como Lidar com Problemas de Amamentação, p. 295.

Perguntas e Respostas Sobre o Método de Amenorréia Lactacional

1. O MAL pode ser um método de planejamento familiar eficaz?

Sim. O MAL é muito eficaz se a menstruação da mulher não tiver retornado, se ela estiver amamentando de forma exclusiva ou quase e se o bebê tiver menos do 6 meses de idade.

2. Quando uma mãe deve começar a dar ao bebê outros alimentos além do leite materno?

Idealmente, quando o bebê completar 6 meses. Junto com outros alimentos, o leite materno deve ser a maior parte da dieta da criança até o segundo ano de vida ou mais.

3. As mulheres podem usar o MAL caso trabalhem fora de casa?

Sim. Mulheres que possam manter seus bebês junto delas no trabalho ou próximos e que possam amamentá-lo com frequência podem recorrer ao MAL contanto que atendam a todos os 3 critérios do método. Mulheres separadas de seus bebês podem usar o LAM se as mamadas forem, no máximo, a cada 4 horas. As mulheres também podem espremer seu leite materno no mínimo de 4 em 4 horas, mas as taxas de gravidez podem ser ligeiramente mais altas no caso de mulheres separadas de seus filhos. O único estudo que avaliou o uso de MAL entre mulheres que trabalham estimou uma taxa de gravidez de 5 por 100 mulheres durante os primeiros 6 meses após o parto, comparadas com cerca de 2 por 100 mulheres tal como o MAL é comumente utilizado.

4. O que fazer caso uma mulher descubra que ela tem o HIV enquanto estiver usando o MAL? Ela poderá continuar amamentando e usando o MAL?

Se uma mulher tiver se infectado recentemente com o HIV, o risco de transmissão através da amamentação é muito mais alto do que se tivesse se infectado antes, porque a quantidade do vírus é maior em seu corpo. Contudo, a recomendação da amamentação é a mesma que para outras mulheres soropositivas. Se a alimentação substituta for aceitável, viável, custeável, sustentável e segura, o aconselhamento a ser dado a ela é que, com tal alimentação substituta, seu bebê não terá risco de se infectar com o HIV através da amamentação. Se a alimentação substituta não puder atender a estes 5 critérios, ela deve amamentar exclusivamente nos 6 primeiros meses. Assim, ela poderá continuar confiando no MAL. Se ela optar por interromper a amamentação, ela deve parar completamente durante um período de 2 dias a 3 semanas. Após 6 meses, o leite materno sozinho não provê mais a quantidade nutricional suficiente para o bebê e ela deve passar do MAL para outro método contraceptivo (ver também Método de Amenorréia Lactacional para Mulheres com HIV, p. 260).

Atendimento a Grupos Diferenciados

Pontos Básicos para Profissionais/Serviços de Saúde e Clientes

Adolescentes

- **Jovens casadas e não casadas têm diferentes necessidades em termos de saúde sexual e reprodutiva.** Todos os métodos contraceptivos são seguros para pessoas jovens.

Homens

- **Informações corretas podem ajudar aos homens a tomar decisões melhores quanto à sua própria saúde e de suas parceiras também.** Quando os casais conversam sobre contracepção, eles têm maior probabilidade de fazer planos que serão capazes de cumprir.

Mulheres Próximas da Menopausa

- **Para ter certeza de que evitará a gravidez, uma mulher deve recorrer aos métodos anticoncepcionais até que não tenha mais menstruação por 12 meses seguidos.**

Adolescentes

Pessoas jovens poderão vir a um serviço de planejamento familiar não apenas em busca de contracepção, mas também à procura de aconselhamento quanto a mudanças físicas, sexo, relacionamentos, família e problemas relativos ao crescimento e amadurecimento. Suas necessidades dependem da situação particular em que se encontrem. Algumas não são casadas e sexualmente ativas, outras ainda não têm vida sexual, ao passo que outras já são casadas. Algumas têm filhos. A idade em si faz uma grande diferença, uma vez que as jovens amadurecem rapidamente durante a adolescência. Estas diferenças tornam importante informar-se sobre cada cliente em primeiro lugar, para se compreender o motivo que a trouxe a uma consulta e para adaptar o aconselhamento bem como a oferta de serviços de acordo com a situação específica.

Preste Serviços com Atenção e Respeito

As pessoas jovens merecem um atendimento que não as julgue e as respeite independente do quão jovem possam ser. Críticas e atitudes de censura manterão as jovens distantes do atendimento que necessitam. O aconselhamento e os serviços não incentivam as jovens a fazer sexo. Ao contrário, ajudam as pessoas jovens a cuidar de sua saúde.

Para tornar os serviços acolhedores aos jovens, pode-se:

- Mostrar aos jovens que você gosta de trabalhar com eles.
- Fazer o aconselhamento em locais reservados onde você não será visto nem ouvido. Garanta a confidencialidade e assegure à cliente que ninguém saberá do teor da conversa.
- Ouça cuidadosamente e faça perguntas abertas tais como “Em que posso ajudar você?” ou “Que dúvidas você tem?”
- Utilize linguagem simples e evite os termos médicos.
- Use termos que se adequem aos jovens. Evite termos tais como “planejamento familiar,” que podem parecer irrelevantes para as pessoas que não são casadas.
- Seja caloroso e receptivo com os parceiros e incorpore-os ao aconselhamento, caso a cliente assim deseje.
- Tente certificar-se de que as opções de uma jovem sejam decisão sua e não resultado da pressão de seu parceiro ou família. Em particular, se ela estiver sendo pressionada a fazer sexo, ajude esta jovem a refletir sobre o que pode dizer e fazer para resistir e diminuir a pressão. Faça-a praticar suas habilidades em negociar o uso de preservativos.
- Fale sem expressar julgamento (por exemplo, diga “você pode” ao invés de “você deve”). Não critique mesmo que você não aprove o que a jovem está dizendo ou fazendo. Ajude as clientes jovens a tomar decisões que sejam de seu melhor interesse.
- Dedique tempo para abordar as dúvidas, receios e falta de informação sobre sexo, doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e métodos anticoncepcionais. Muitas jovens precisam de alguém que lhes diga que as mudanças em seu corpo e emoções são normais. Esteja preparado para responder a questões mais frequentes sobre puberdade, menstruação, masturbação, ejaculação noturna e higiene genital.



Todos os Métodos Contraceptivos São Seguros para as Pessoas Jovens

Os jovens podem usar, com segurança, qualquer método anticoncepcional.

- As jovens são, freqüentemente, menos tolerantes com os efeitos colaterais que as mulheres mais velhas. Porém, por meio do aconselhamento, saberão o que podem esperar e assim ser menos provável que abandonem o método que estejam utilizando.
- Jovens não casadas podem ter mais parceiros que as mais velhas e, por isso, podem enfrentar um risco maior de contrair DSTs. É parte importante do aconselhamento levar em conta o risco de DSTs e a maneira de reduzi-lo.

Para alguns métodos contraceptivos não há observações específicas em relação aos jovens (ver os capítulos de cada método anticoncepcional para obter uma orientação completa sobre os mesmos):

Anticoncepcionais hormonais (anticoncepcionais orais, injetáveis, adesivo combinado, anel vaginal combinado e implantes)

- Os injetáveis e o anel combinado podem ser usados sem que outras pessoas fiquem sabendo.
- Para algumas jovens, tomar pílulas com regularidade é particularmente difícil.

Pílulas anticoncepcionais de emergência (PAEs)

- As jovens podem ter menos controle do que mulheres mais velhas com relação a fazer sexo e usar contracepção. Talvez necessitem de PAEs com mais frequência.
- Antecipe-se fornecendo PAEs às jovens, para que as usem quando necessário.
- As PAEs podem ser usadas sempre que a jovem tiver feito sexo desprotegido, inclusive sexo contra sua vontade, ou quando tiver cometido algum engano no método contraceptivo que estiver usando.

Esterilização feminina e vasectomia

- Forneça estes métodos com muita cautela. Jovens e pessoas com poucos ou nenhum filho estão entre aquelas com maior probabilidade de se arrependerem da esterilização.

Preservativos masculinos e femininos

- Protegem tanto contra as DSTs quanto a gravidez, sendo ambas uma grande necessidade dos jovens.
- Prontamente disponíveis, não são caros e são práticos no caso de sexo ocasional.
- Homens jovens podem ter menos êxito que os mais velhos no uso correto de preservativos. Podem necessitar praticar o ato de colocar a camisinha.

Dispositivo intrauterino (DIU com cobre e hormonal)

- Os DIUs tem maior probabilidade de saírem entre jovens que não deram à luz porque seu útero é menor.

Diafragmas, espermicidas e capuz cervical

- Embora estejam entre os métodos menos eficazes, as jovens podem controlar o uso dos mesmos e utilizá-los de acordo com suas necessidades.

Métodos baseados na percepção da fertilidade

- Até que uma jovem passe a ter ciclos menstruais regulares, os métodos baseados na percepção da fertilidade devem ser usados com cautela.
- Precisam ter um método de apoio ou PAEs à mão em caso da abstinência falhar.

Coito interrompido

- Exige que o homem saiba o momento em que está prestes a ejacular para que possa retirar o pênis a tempo. Isso pode ser de difícil execução para alguns rapazes.
 - É um dos métodos menos eficazes de prevenção à gravidez, mas pode ser o único método disponível—e disponível sempre—no caso de alguns jovens.
-

Homens

Seu apoio é fundamental, são clientes importantes

Para os profissionais de saúde, os homens são importantes por 2 motivos. Primeiro, eles influenciam as mulheres. Alguns homens se preocupam com a saúde reprodutiva de suas parceiras e as apóiam nisso. Outros atrapalham ou tomam decisões por elas. Por isso, as atitudes dos homens podem determinar se as mulheres conseguirão praticar efetivamente comportamentos saudáveis. Em algumas circunstâncias, como por exemplo evitar a infecção pelo HIV ou obter ajuda rápida numa emergência obstétrica, as ações de um homem implicarão na vida ou na morte de uma mulher.

Os homens são também clientes importantes. Os principais métodos de planejamento familiar—preservativos masculinos e vasectomia—são realizados pelos homens. Os homens também têm suas próprias necessidades e preocupações em termos de saúde reprodutiva—em particular com relação às doenças sexualmente transmissíveis (DSTs)—que merecem a atenção do sistema de saúde e seus profissionais.

Há Muitas Maneiras de Ajudar aos Homens

Os profissionais de saúde podem dar apoio e prestar serviços aos homens tanto no caso de serem apoiadores das mulheres quanto como clientes.

Incentive os Casais a Conversarem

Casais que conversam sobre planejamento familiar—com ou sem a ajuda de um profissional de saúde—têm maior de fazer planos que poderão cumprir. Os profissionais podem:

- Coach Treinar homens e mulheres sobre como conversar com suas parceiras e parceiros sobre sexo, planejamento familiar e DSTs.
- Estimular a tomada de decisão conjunta sobre assuntos de saúde sexual e reprodutiva.
- Convidar e incentivar que as mulheres tragam seus parceiros à clínica para que façam juntos o aconselhamento, a tomada de decisão e o atendimento.
- Sugerir às clientes que conversem com seus parceiros sobre os serviços de saúde para homens. Forneça materiais informativos para levarem para casa, se disponíveis.



Forneça Informações Precisas

Para embasar as opiniões e decisões dos homens, eles precisam de informações corretas e que se desfaçam alguns mitos e percepções equivocadas. Entre os assuntos importantes a abordar com os homens, estão:

- Os métodos de planejamento familiar, tanto os destinados aos homens quanto os para as mulheres, inclusive a segurança e eficácia de cada um deles
- As DSTs, entre elas HIV/AIDS—como são e como não são transmitidas, seus sinais e sintomas, testes e tratamento
- Os benefícios de se esperar até que o filho mais novo complete 2 anos de idades antes de a mulher engravidar novamente
- A anatomia e função sexual e reprodutiva masculina e feminina
- Gravidez e parto seguros

Ofereça Serviços ou Encaminhamento

Entre os serviços importantes que os homens podem vir a querer, encontram-se:

- Preservativos, vasectomia e aconselhamento sobre outros métodos
- Aconselhamento e ajuda em casos de problemas sexuais
- Aconselhamento, testes e tratamento para DST/HIV
- Aconselhamento sobre infertilidade (ver Infertilidade, p. 304)
- Testes preventivos para câncer peniano, testicular e da próstata

Tal como as mulheres, homens de todas as idades, casados ou não, têm suas próprias necessidades em saúde sexual e reprodutiva. Merecem receber serviços de boa qualidade e aconselhamento respeitoso capaz de lhes transmitir apoio ao invés de críticas e censuras.



Mulheres Próximas da Menopausa

Uma mulher chegou à menopausa quando seus ovários param de liberar óvulos (ovulação). Devido ao fato da menstruação não vir mais todos os meses à medida que a menopausa se aproxima, considera-se que uma mulher deixou de ser fértil uma vez que ela tenha passado 12 meses seguidos sem ter sangramento menstrual.

A menopausa geralmente ocorre entre 45 e 55 anos de idade. Cerca de metade das mulheres chegam à menopausa até os 50 anos. Por volta do 55, cerca de 96% das mulheres atingiram a menopausa.

Para prevenir a gravidez até que esteja claro que ela não é mais fértil, uma mulher mais velha pode utilizar qualquer método, caso não apresente nenhum problema médico que limite seu uso. Por si própria, a idade não impede que uma mulher utilize qualquer método contraceptivo.

Considerações Especiais Sobre a Escolha do Método

Ao ajudar as mulheres que se aproximam da menopausa a escolher um método, deve-se considerar:

Os métodos hormonais combinados (anticoncepcionais orais combinados [AOCs], injetáveis mensais, adesivo combinado, anel vaginal combinado)

- Mulheres com 35 anos ou mais que fumem—independente da quantidade de cigarros—não devem usar AOCs, o adesivo ou o anel vaginal.
- Mulheres com 35 anos ou mais que fumem 15 cigarros ou mais por dia não devem usar os injetáveis mensais.
- Mulheres com 35 anos ou mais não devem AOCs, injetáveis mensais, o adesivo ou o anel vaginal caso tenham dores de cabeça com enxaqueca (com ou sem aura).

Métodos só de progestógeno (pílulas só de progestógeno, injetáveis só de progestógeno, implantes)

- Uma boa escolha para mulheres que não possam usar métodos com estrógeno.
- Durante o uso, o DMPA diminui a densidade mineral óssea ligeiramente. Não se sabe se esta diminuição na densidade óssea aumenta o risco de fratura óssea posteriormente, após a menopausa.

Pílulas anticoncepcionais de emergência

- Podem ser utilizadas por mulheres de qualquer idade, inclusive aquelas que não possam usar métodos hormonais de forma regular.
-

Esterilização feminina e vasectomia

- Pode ser uma boa opção para mulheres mais velhas e seus parceiros que estejam certos que não irão querer ter mais filhos.
- Mulheres de mais idade têm maior probabilidade de apresentar problemas que exijam o adiamento, o encaminhamento ou cautela no caso de esterilização feminina.

Preservativos masculinos e femininos, diafragmas, espermicidas, capuz cervical e coito interrompido

- Protegem bem as mulheres mais velhas, considerando-se a redução própria da fertilidade feminina nos anos que precedem a menopausa.
- Acessível economicamente e práticos para mulheres que possam ter relações sexuais ocasionais.

Dispositivo intrauterino (DIUs com cobre e hormonais)

- As taxas de expulsão caem à medida que as mulheres ficam mais velhas e são as mais baixas em mulheres acima de 40 anos de idade.
- A colocação pode ser mais difícil devido ao canal cervical ficar mais apertado.

Métodos Baseados na Percepção da Fertilidade

- A falta de ciclos regulares antes da menopausa dificulta a confiança no uso destes métodos.
-



Em que Momento uma Mulher Pode Parar de Usar o Planejamento Familiar

Devido à menstruação não ocorrer mais a cada mês no tempo certo antes da menopausa, é difícil para uma mulher cuja menstruação parece ter se interrompido saber quando deve parar de usar algum meio anticoncepcional. Por isso, recomenda-se que se utilize um método de planejamento familiar durante os 12 meses após a última menstruação, caso a menstruação ocorra novamente.

Os métodos hormonais afetam a menstruação, e assim, pode ser difícil saber se uma mulher que os utiliza já chegou à menopausa. Depois de interromper o uso de um método hormonal, ela poderá usar um método não hormonal. Ela não precisará mais de contracepção uma vez que não menstrue mais por 12 meses seguidos.

Os DIUs com cobre podem ser mantidos no lugar após a menopausa. Devem ser removidos até 12 meses após a última menstruação de uma mulher.

Alívio dos Sintomas da Menopausa

As mulheres passam por efeitos físicos antes, durante e após a menopausa: ondas de calor, suor excessivo, dificuldade em reter a urina, secura vaginal pode tornar o sexo doloroso e dificuldade para dormir.

Os profissionais de saúde podem sugerir formas de reduzir alguns destes sintomas:

- A respiração profunda a partir do diafragma pode fazer cessar uma onda de calor mais rapidamente. Uma mulher também pode tentar comer alimentos que contenham soja ou ingerir 800 unidades internacionais de vitamina E por dia.
- Comer alimentos ricos em cálcio (tais como laticínios, grãos, peixe) e realizar atividades físicas moderadas para ajudar a diminuir o ritmo da perda de densidade óssea que acompanha a menopausa.
- Pode-se utilizar lubrificantes ou umedecedores vaginais caso a secura da vagina persista e provoque irritação. Durante o sexo, utilize um lubrificante vaginal disponível no mercado, água ou saliva como lubrificante, caso a secura vaginal seja um problema.

Doenças Sexualmente Transmissíveis, Inclusive o HIV

Pontos Básicos para Profissionais de Saúde e Clientes

- **Pessoas portadoras de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) Inclusive o HIV, podem usar a maioria dos métodos de planejamento familiar de maneira segura e eficaz.**
- **Os preservativos masculinos e femininos podem prevenir as DSTs** quando usados de forma consistente e correta.
- **As DSTs podem ser reduzidas por outros meios também—** limitação do número de parceiros, abstinência de sexo e ter um relacionamento mutuamente fiel com um parceiro não infectado.
- **Algumas DSTs não apresentam sinais ou sintomas nas mulheres.** Caso uma mulher ache que seu parceiro possa ter uma DST, ela deve procurar atendimento.
- **Algumas DSTs podem ser tratadas.** Quanto antes tratadas, menos probabilidade têm de causar problemas a longo prazo, tais como infertilidade ou dor crônica.
- **Na maioria dos casos, há descarga vaginal proveniente de infecções que não são sexualmente transmitidas.**

Os profissionais que prestam planejamento familiar podem ajudar suas clientes de diversas maneiras a se prevenir contra as DSTs, entre elas a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Os gerentes e profissionais de programa podem optar por abordagens que acomodem as necessidades de suas clientes, a seu treinamento e recursos bem como à disponibilidade de serviços existentes para encaminhamento.

O Que São as Doenças Sexualmente Transmissíveis?

As DSTs são causadas por bactérias e vírus que se disseminam através do contato sexual.

As infecções podem ser encontradas em fluidos corporais tais como o sêmen, na pele dos genitais e áreas próximas e algumas também na boca, garganta e no reto.

Algumas DSTs não provocam sintomas. Outras podem causar desconforto ou dor. Se não forem tratadas, algumas podem provocar doença inflamatória pélvica, infertilidade, dor pélvica crônica e câncer cervical. Com o passar do tempo, o HIV suprime o sistema imunológico. Algumas DSTs também podem aumentar enormemente a chance de se infectar com o HIV.

As DSTs se espalham numa comunidade através de uma pessoa infectada que faz sexo com outra não infectada. Quanto mais parceiros sexuais a pessoa tiver, maior será o seu risco de se infectar ou de transmitir DSTs.

Quem é Vulnerável?

Muitas mulheres que buscam os serviços de planejamento familiar—mulheres em relações duradouras, estáveis e com fidelidade mútua—enfrentam risco muito pequeno de contrair uma DST. Contudo, algumas clientes podem apresentar alta vulnerabilidade para as DSTs ou até mesmo serem portadoras de uma DST naquele momento. Entre as clientes que podem se beneficiar mais da discussão sobre o risco de DSTs estão aquelas que não possuem um parceiro fixo, não são casadas ou qualquer outra que, casada ou não tenha dúvidas ou expresse preocupação referente às DSTs ou ao HIV ou cujo parceiro possa ter outras parceiras.

O risco de adquirir uma DST, inclusive o HIV, depende do comportamento da pessoa, do comportamento do(s) parceiro(s) daquela pessoa e da incidência destas doenças na comunidade em que vive. Sabendo quais são as DSTs e o comportamento sexual prevalente naquela localidade, um profissional de saúde tem melhores condições de ajudar um/a cliente a avaliar os riscos que corre.

Compreender o próprio risco frente ao HIV e outras DSTs ajuda as pessoas a decidir a proteger a si mesmas e aos outros. As mulheres estão, frequentemente, em melhor posição para julgar seu próprio risco de contrair uma DST, especialmente quando são informadas sobre os comportamentos e situações que potencializam o risco.

Os comportamentos sexuais que aumentam a exposição às DSTs são:

- Sexo com um parceiro que tenha sintomas de DST
- Um parceiro sexual que foi recentemente diagnosticado ou tratado por ter uma DST
- Sexo com mais de um parceiro—quanto mais parceiros, maior o risco
- Sexo com um parceiro que faça sexo com outras pessoas e nem sempre use preservativos
- Em lugares em que muitas pessoas da comunidade estejam infectadas com DSTs fazer sexo sem camisinha pode ser arriscado com praticamente qualquer parceiro

Em certas situações, as pessoas tendem a mudar de parceiros sexuais com frequência, a ter muitos parceiros ou a ter um parceiro que tenha outros parceiros/as—todos estes são comportamentos que aumentam o risco de transmissão das DSTs, inclusive pessoas que:

- Fazem sexo por dinheiro, por comida, para ganhar presentes, um abrigo ou favores
- Mudam-se para outro bairro ou cidade em função de trabalho ou que viajem frequentemente a trabalho, como é o caso dos motoristas de caminhões
- Não têm relacionamento sexual fixo duradouro, como é comum entre adolescentes sexualmente ativos e adultos ainda jovens
- Seja parceiro(a) sexual das pessoas mencionadas acima

O Que Causa as DSTs?

Diversos tipos de organismos provocam as DSTs. As que são causadas por organismos tais como bactérias geralmente podem ser curadas. De modo geral, as DSTs provocadas por vírus não podem ser curadas, embora seja possível aliviar seus sintomas.

DST	Tipo	Transmissão Sexual	Transmissão Não Sexual	Curável
Cancro	Bacteriana	Sexo vaginal, anal e oral	Nenhuma	Sim
Clamídia	Bacteriana	Sexo vaginal e anal Raramente, dos genitais para a boca	Da mãe para a criança durante a gravidez	Sim
Gonorréia	Bacteriana	Sexo vaginal e anal ou contato entre a boca e os genitais	Da mãe para a criança durante o parto	Sim
Hepatite B	Viral	Sexo vaginal e anal ou do pênis para a boca	No sangue, da mãe para a criança durante o parto ou no leite materno	Não
Herpes	Viral	Contato genital ou oral com uma úlcera, inclusive sexo vaginal e anal; também contato genital na área sem úlcera	Da mãe para a criança durante a gravidez ou o parto	Não
HIV	Viral	Sexo vaginal e anal Muito raramente, sexo oral	No sangue, da mãe para a criança durante a gravidez ou parto ou no leite materno	Não
Papilomavirus humano	Viral	Contato pele com pele e genital ou contato entre a boca e os genitais	Da mãe para a criança durante o parto	Não
Sífilis	Bacteriana	Contato genital ou oral com uma úlcera, inclusive sexo vaginal e anal	Da mãe para a criança durante a gravidez ou parto	Sim
Tricomoniase	Parasita	Sexo vaginal, oral e anal	Da mãe para a criança durante o parto	Sim

Mais informações sobre o HIV e Aids

- O HIV é o vírus que causa a síndrome de imunodeficiência adquirida (Aids). O HIV lentamente provoca danos ao sistema imunológico do corpo reduzindo sua capacidade de combater outras doenças.
- Uma pessoa pode conviver com o HIV por muitos anos sem que apresente quaisquer sinais ou sintomas da infecção. Mas ao final, essa pessoa desenvolverá Aids—uma situação clínica em que o sistema imunológico do corpo da pessoa entra em colapso e não tem mais condições de combater determinadas infecções, conhecidas como doenças oportunistas.
- Não há cura para a infecção pelo HIV ou para a Aids, mas a terapia anti-retroviral (ARV) pode retardar o ritmo de avanço da doença, melhorar a saúde da pessoa portadora da Aids e prolongar sua vida. Os ARVs também podem reduzir a transmissão vertical (da mãe para a criança) no momento do parto. As doenças oportunistas são passíveis de tratamento.
- Os profissionais de saúde que oferecem planejamento familiar podem colaborar nos esforços de prevenção e tratamento de HIV/Aids, particularmente em países onde o número de pessoas soropositivas seja grande, da seguinte maneira:
 - Dando aconselhamento sobre as maneiras de se reduzir o risco de infecção (ver Escolha de uma Estratégia de Dupla Proteção, p. 280).
 - Encaminhando clientes para testagem e aconselhamento em HIV bem como para o atendimento e tratamento de casos de HIV caso a clínica não ofereça tais serviços.

Sintomas de Doenças Sexualmente Transmissíveis

Nem sempre é possível a identificação precoce das DSTs. Por exemplo, clamídia e gonorréia frequentemente não apresentam sinais ou sintomas observáveis nas mulheres. A identificação precoce, contudo, é importante tanto para evitar que se passe a infecção adiante a outras pessoas quanto para evitar consequências mais graves à saúde a longo prazo. Para ajudar a detectar as DSTs precocemente, um profissional de saúde poderá:

- Perguntar se a cliente ou o seu parceiro tem feridas nos genitais ou alguma descarga incomum.
- Procurar sinais de DSTs ao realizar um exame pélvico ou genital por alguma outra razão.
- Saber como aconselhar uma cliente que possa ter uma DST.
- Se a cliente tiver sinais ou sintomas, prontamente diagnostique e trate ou, se isto não for possível, encaminhe para o atendimento apropriado.
- Aconselhe as clientes a observarem se há feridas, verrugas ou descarga incomum nos genitais, em si mesmas e em seus parceiros sexuais.

Entre os sinais e sintomas comuns que podem sugerir a presença de uma DST estão:

Sintomas	Possível causa
Descarga do pênis—pus, gotejamento claro ou verde-amarelado	Comumente: clamídia, gonorréia Às vezes: tricomoníase
Sangramento vaginal anormal ou sangramento após o sexo	Clamídia, gonorréia, doença inflamatória pélvica
Queimadura ou dor ao urinar	Clamídia, gonorréia, herpes
Dor na parte inferior do abdômen ou dor durante o sexo	Clamídia, gonorréia, doença inflamatória pélvica
Testículos inchados e/ou doloridos	Clamídia, gonorréia
Coceira ou formigamento na área genital	Comumente: tricomoníase Às vezes: herpes
Pústulas ou feridas nos genitais, ânus, áreas circundantes ou na boca	Herpes, sífilis, cancro
Verrugas nos genitais, ânus ou áreas circundantes	Papilomavirus humano
Descarga vaginal incomum—mudanças da descarga vaginal normal na cor, consistência, quantidade e/ou odor	Mais comumente: vaginose bacteriana, Candidíase (não são DSTs; ver Infecções Vaginais Comuns Frequentemente Confundida com Doenças Sexualmente Transmissíveis, abaixo) Comumente: tricomoníase Às vezes: clamídia, gonorréia

Infecções Vaginais Comuns Frequentemente Confundidas com Doenças Sexualmente Transmissíveis

As infecções vaginais mais comuns não são transmitidas sexualmente. Ao contrário, geralmente se devem a um crescimento excessivo de organismos normalmente presentes na vagina. Entre as infecções comuns do aparelho reprodutivo que não são transmitidas sexualmente encontram-se a vaginose bacteriana e a candidíase (também conhecida como monilíase).

- Em muitas regiões geográficas, estas infecções são muito mais comuns do que as DSTs. Os pesquisadores estimam que entre 5% e 25% das mulheres têm vaginose bacteriana e entre 5% e 15% têm candidíase em algum momento.
- A descarga vaginal decorrente destas infecções podem ser semelhantes à descarga causada por algumas DSTs como é o caso da tricomoníase. É importante esclarecer às clientes que tais sintomas que elas possam ter não constituem uma DST—particularmente se não apresentarem outros sintomas e

- A vaginose bacteriana e a tricomoníase podem ser curadas com antibióticos tais como metronidazole; a candidíase pode ser curada com medicamentos fungicidas tais como fluconazole. Sem tratamento, a vaginose bacteriana pode conduzir a complicações da gravidez e a candidíase pode ser transmitida ao recém-nascido durante o parto.

São boas práticas de higiene lavar a área genital externa com sabão neutro e água limpa bem como não fazer ducha ou usar detergentes, desinfetantes ou agentes de limpeza ou secagem vaginal. Eles também podem ajudar algumas mulheres a evitar infecções vaginais.

Prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis

As estratégias básicas de prevenção às DSTs envolvem evitar ou reduzir as chances de exposição. Os profissionais que trabalham com planejamento familiar podem conversar com a cliente sobre as maneiras que elas têm ao alcance para se protegerem tanto das DSTs, entre elas o HIV, quanto da gravidez (dupla proteção).

Escolha de uma Estratégia de Dupla Proteção

Toda cliente de planejamento familiar precisa refletir sobre a prevenção às DSTs, inclusive o HIV—mesmo aquelas pessoas que supõem que não enfrentam nenhum risco. Um profissional pode discutir quais são as situações que tornam uma pessoa mais vulnerável às DST, entre elas o HIV (ver *Quem é Vulnerável?*, p. 276), e as clientes podem refletir se estas situações de risco estão presentes em suas vidas. Caso estejam, podem considerar a possibilidade de adotarem uma das 5 estratégias de dupla proteção a seguir.

Uma pessoa poderá usar diferentes estratégias em diferentes contextos; um casal pode usar estratégias diversas em momentos diferentes. A melhor estratégia é aquela que a pessoa tem condições de realizar efetivamente na situação em que se encontra. (A dupla proteção não necessariamente significa apenas usar preservativos juntamente com algum outro método de planejamento familiar.)

Estratégia 1: Usar um preservativo masculino ou feminino de forma correta em cada relação sexual.

- É um método que ajuda a proteger contra a gravidez e DSTs, inclusive o HIV.

Estratégia 2: Usar preservativos de maneira consistente e correta junto com outro método de planejamento familiar.

- Adiciona proteção extra contra gravidez na eventualidade de um preservativo não ser usado ou caso seja usado incorretamente.
- Pode ser uma boa opção para mulheres que querem estar seguras de que estão evitando a gravidez mas nem sempre podem contar com seus parceiros quanto ao uso de preservativos.

Estratégia 3: Se ambos os parceiros têm certeza de que não estão infectados, usar qualquer método de planejamento familiar e permanecer num relacionamento com fidelidade mútua.

- Muitas clientes de planejamento familiar se encaixarão neste grupo e, por isso, estarão protegidas das DSTs, inclusive o HIV.
- Depende da comunicação e da confiança existente entre os parceiros.

Outras estratégias, que não envolvem o uso de anticoncepcionais, incluem:

Estratégia 4: Praticar somente intimidade sexual segura evitando o ato sexual e prevenindo assim que o sêmen e fluidos vaginais entrem em contato com os genitais do parceiro.

- Depende da comunicação, confiança e auto-controle.
- Se esta for a primeira opção de estratégia da pessoa, é melhor ter preservativos à mão na eventualidade do casal fazer sexo.

Estratégia 5: Retarde ou evite a atividade sexual (seja evitando o sexo toda vez que ele possa ser arriscado ou abstendo-se dele por um período mais longo).

- Se esta for a primeira opção de estratégia da pessoa, é melhor ter preservativos à mão na eventualidade do casal fazer sexo.
- Esta estratégia está sempre à disposição caso não haja um preservativo à mão.

Muitas clientes precisarão de ajuda e orientação para fazer com que sua estratégia de dupla proteção funcione com sucesso. Por exemplo, poderão necessitar de ajuda para se preparar para conversar com seus parceiros sobre proteção contra as DST, para aprender o modo de usar um preservativo e outros métodos e para lidar com questões práticas tais como onde obter tais insumos e onde guardá-los. Se for possível auxiliar em tais assuntos, ofereça ajuda. Caso contrário, encaminhe a cliente para alguém que possa proporcionar aconselhamento e capacitação, tal como exercícios de dramatização para praticar a negociação do uso de preservativos.

Contraceptivos para Clientes com DSTs, HIV e Aids

Pessoas que tenham DSTs, HIV, Aids ou que estejam em terapia anti-retroviral (ARV) podem começar e continuar a usar a maioria dos métodos anticoncepcionais com segurança. Há, entretanto, umas poucas limitações. Consulte a tabela abaixo. (Além disso, o capítulo dedicado a cada método contraceptivo fornece mais informações e considerações para clientes com HIV e AIDS, inclusive aqueles que estejam tomando medicamentos ARV.)

De modo geral, os contraceptivos e os medicamentos ARV não interferem entre si. Não há certeza se alguns medicamentos ARV tornam os anticoncepcionais hormonais de baixa dosagem menos eficazes. Mesmo que isto ocorra, o uso de preservativos pode compensar este fato.

Considerações Especiais de Planejamento Familiar para Clientes com DSTs, HIV, Aids ou em Terapia Anti-Retroviral

Método	Tem DSTs	Tem HIV ou Aids	Em Terapia Anti-Retroviral (ARV)
Dispositivo intrauterino (DIUs com cobre ou hormonais)	Não coloque um DIU numa mulher que tenha risco muito alto de pegar gonorréia e clamídia ou tenha no momento gonorréia, clamídia, cervicite purulenta ou DIP. (Uma usuária atual de DIU que se infecte com gonorréia ou clamídia ou desenvolva PID pode continuar a usar, com segurança um IUD durante e após o tratamento.)	Uma mulher portadora do HIV pode colocar um DIU. Uma mulher com Aids não deve colocar um DIU a menos que esteja clinicamente bem ou em terapia ARV. (Uma mulher que desenvolva Aids quando estiver usando DIU pode continuar a fazê-lo com segurança.)	Não coloque um DIU se a cliente não estiver clinicamente bem.

Método	Tem DSTs	Tem HIV ou Aids	Em Terapia Anti-Retroviral (ARV)
Esterilização feminina	Se a cliente tiver gonorréia, clamídia, cervicite purulenta ou DIP, retarde a esterilização até que o problema seja tratado e curado.	Mulheres infectadas com o HIV, que tenham Aids ou estejam em terapia anti-retroviral podem submeter-se, com segurança, à esterilização feminina. Medidas especiais serão necessárias para realizar a esterilização feminina numa mulher com Aids. Retarde o procedimento se ela apresentar no momento alguma doença relacionada à Aids.	
Vasectomia	Se o cliente tiver infecção na pele do escroto, uma DST ativa, na ponta do pênis inchada ou sensível, nos dutos de esperma ou nos testículos, retarde a esterilização até que o problema seja tratado e curado.	Homens que estejam infectados com o HIV, tenham Aids ou estejam em terapia anti-retroviral podem, com segurança, submeter-se à vasectomia. Medidas especiais serão necessárias para realizar a vasectomia num homem com Aids. Retarde o procedimento caso ele esteja no momento com alguma doença relacionada à Aids.	
Espermicidas (inclusive quando usados com diafragma ou cap cervical)	Podem usar espermicidas com segurança.	Não devem usar espermicidas se houver alto risco de HIV, se estiverem infectadas com HIV, ou se tiverem Aids.	Não devem usar espermicidas.

Câncer Cervical

O Que É Câncer Cervical?

O câncer cervical é resultado do crescimento descontrolado de células anormais no cérvix. Uma doença sexualmente transmitida, o papilomavirus humano (HPV), faz com que tais células se desenvolvam e cresçam.

O HPV é encontrado na pele na área genital, no sêmen e também nos tecidos da vagina, do cérvix e da boca. É basicamente transmitido por meio do contato de pele com pele. O sexo vaginal, anal e oral sex também podem disseminar o HPV. Mais de 50 tipos de HPV podem infectar o cérvix; 6 deles são responsáveis por praticamente todos os cânceres cervicais. Outros tipos de HPV causam verrugas genitais.

Estima-se que 50% a 80% das mulheres sexualmente ativas sejam infectadas com HPV pelo menos uma vez durante sua vida. Na maioria dos casos, a infecção pelo HPV desaparece sozinha. Em algumas mulheres, entretanto, o HPV persiste e provoca crescimento pré-cancerígenos, os quais podem desenvolver câncer. No geral, menos de 5% de todas as mulheres com infecção persistente pelo HPV desenvolvem câncer cervical.

O câncer do cérvix geralmente leva de 10 a 20 anos para se desenvolver e, por este motivo, há um longo período de oportunidade para se detectar e tratar alterações e crescimentos pré-cancerígenos antes deles se transformarem em câncer. Este é o objetivo dos testes preventivos de câncer cervical.

Quem Tem Maior Risco?

Alguns fatores aumentam a probabilidade das mulheres de se infectarem com o HPV. Outros ajudam a infecção pelo HPV de avançarem para se tornar câncer cervical mais rapidamente. Uma mulher com alguma das seguintes características deve beneficiar-se especialmente dos testes preventivos:

- Começou a fazer sexo antes dos 18 anos de idade
- Tem muitos parceiros no momento ou os teve ao longo dos anos
- Tem um parceiro sexual que tem ou teve muitas outras parceiras sexuais
- Passou por muitos partos (quanto maior o número de partos, maior o risco)
- Tem um sistema imunológico enfraquecido (inclusive mulheres com HIV/Aids)
- Fuma cigarros
- Queima lenha dentro de casa (para cozinhar)

- Teve outras doenças sexualmente transmissíveis
- Utilizou anticoncepcionais orais combinados por mais de 5 anos

Testes Preventivos e Tratamento

Fazer testes preventivos de câncer cervical é algo simples, rápido e, geralmente, sem dor. Um esfregaço de Papanicolaou (Pap) requer a raspagem de algumas células do cérvix e o exame das mesmas com um microscópio. A mulher deverá dirigir-se a um posto ou centro de saúde para obter os resultados e fazer o tratamento caso seja constatada alguma anormalidade.

Antes que elementos pré-cancerígenos se transmutem em câncer, os mesmos podem ser congelados (crioterapia) ou serem cortados usando-se excisão eletrocirúrgica com uma alça. O congelamento é menos eficaz no caso de crescimentos maiores, mas a excisão elétrica requer treinamento mais abrangente. Não é necessária internação hospitalar para qualquer dos dois tratamentos.

O tratamento de câncer cervical inclui cirurgia ou radioterapia, às vezes juntamente com quimioterapia.

Novas Abordagens Promissoras para Testes Preventivos e Prevenção

Uma alternativa ao exame de papanicolaou está sendo testada. O cervix é recoberto com vinagre ou iodo (Lugol), o que faz com que as células anormais fiquem visíveis para o profissional de saúde. Isso possibilita o tratamento imediato, se necessário.

Em 2006, a União Européia e a Administração de Alimentos e Drogas dos Estados Unidos aprovaram a primeira vacina contra o câncer cervical, pré-cancer e verrugas genitais. A vacina protege contra a infecção por 4 tipos de HPV que são responsáveis por cerca de 70% dos todos os cânceres cervicais e uma estimativa de 90% de todas as verrugas genitais. Foi aprovada para uso entre mulheres com idade de 9 a 26 anos.

Perguntas e Respostas Sobre as Doenças Sexualmente Transmissíveis, inclusive o HIV

1. Ter uma outra DST torna a pessoa mais vulnerável de se infectar caso seja exposta ao HIV?

Sim. Em particular, doenças que provocam feridas nos genitais tais como cancro e sífilis aumentam o risco da pessoa de se infectar caso se exponha ao HIV. Outras DSTs também podem elevar o risco de infecção pelo HIV.

2. O uso de preservativo apenas algumas vezes oferece alguma proteção contra as DSTs, entre elas o HIV?

Para uma melhor proteção, deve-se utilizar um preservativo em cada relação sexual. Em alguns casos, entretanto, o uso ocasional poderá dar proteção. Por exemplo, se a pessoa tiver um parceiro regular e fiel e tiver uma relação sexual fora do relacionamento, usar um preservativo naquela relação poder trazer grande proteção. Contudo, no caso de pessoas expostas a DSTs, frequentemente o uso de um preservativo apenas algumas vezes proporcionará uma proteção limitada.

3. Quem é mais vulnerável a se infectar com uma DST—os homens ou as mulheres?

Se expostas às DSTs, as mulheres têm maior probabilidade de se infectarem do que os homens devido a fatores biológicos. As mulheres têm uma área de exposição (o cérvix e a vagina) maior do que a do homens e pequenas fissuras ou rachaduras poderão ocorrer no tecido da vagina durante o sexo, tornando-se uma porta de entrada para a infecção.

4. O HIV pode ser transmitido por abraços? Pelo aperto de mãos? Por picadas de mosquitos?

O HIV não é transmitido através do contato casual. Isto abrange beijos de boca fechada, abraços, aperto de mão e o compartilhar alimentos, roupas ou assentos de sanitários. O vírus não consegue sobreviver por muito tempo fora do corpo humano. Os mosquitos também não transmitem o HIV.

5. Há alguma verdade nos boatos de que os preservativos são recobertos com HIV?

Não, tais boatos são falsos. Alguns preservativos são recobertos com um material úmido ou na forma de um pó como, por exemplo, espermicida ou amido de milho, mas são materiais usados visando a lubrificação, para reduzir o atrito no ato sexual.

6. Fazer sexo com uma virgem cura alguém que tenha uma DST, inclusive o HIV?

Não. Ao contrário, esta prática só oferece o risco de infectar a pessoa que nunca fez sexo antes.

7. Lavar o pênis ou a vagina depois do sexo reduz o risco de alguém se infectar com uma DST?

A higiene genital é importante e uma prática recomendada. Contudo, não há evidências que lavar os genitais previna uma DST. De fato, fazer uma ducha vaginal aumenta o risco da mulher de adquirir DSTs, inclusive o HIV, e a doença inflamatória pélvica. Se houver certeza que houve exposição ao HIV, o tratamento com medicamentos anti-retrovirais (profilaxia pós-exposição), nos locais onde isso for possível, poderá ajudar a reduzir a transmissão do HIV. Caso haja certeza de ter ocorrido exposição a outras DSTs, o profissional de saúde poderá tratar preventivamente tais infecções—isto é, tratar como se o ou a cliente já estivesse de fato infectado/a.

8. A gravidez aumenta a vulnerabilidade das mulheres de se infectarem com o HIV?

As evidências atuais estão em conflito com relação à gravidez aumentar ou não as chances de uma mulher de se infectar caso seja exposta ao HIV. Contudo, caso ela de fato se infecte com o HIV durante a gravidez, as chances de que o HIV seja transmitido ao bebê durante a gravidez e o parto podem ser maiores porque ela apresentará um nível elevado de vírus em seu sangue. Assim, é importante que as mulheres grávidas se protejam do HIV e de outras DSTs por meio do uso de preservativos, fidelidade mútua ou abstinência. Se uma mulher grávida achar que ela possa ser portadora do HIV, ela deve fazer o respectivo teste. Poderão existir recursos disponíveis para ajudá-la a impedir a transmissão do HIV ao bebê durante a gravidez e o parto.

9. A gravidez é particularmente arriscada para mulheres com HIV/Aids e seus filhos?

A gravidez não agravará a situação da mulher. Entretanto, o HIV/Aids poderá aumentar alguns dos riscos de saúde próprios da gravidez, podendo também afetar a saúde do recém-nascido. Mulheres com HIV têm maior risco de desenvolverem anemia e infecção após um parto vaginal ou uma cesariana. O nível do risco depende de fatores tais como a saúde da mulher durante a gravidez, sua nutrição e os cuidados médicos que ela receber. Além disso, o risco destes problemas de saúde aumenta à medida que a infecção pelo HIV avança para o aparecimento da Aids. Adicionalmente, mulheres com HIV/Aids têm maior risco de parto prematuro, natimorto ou um bebê de baixo peso ao nascer.

10. O uso de contracepção hormonal aumenta o risco de se infectar com o HIV?

As melhores evidências são tranquilizadoras. Estudos recentes entre clientes de planejamento familiar em Uganda e no Zimbábue e mulheres numa pesquisa na África do Sul constataram que as usuárias de DMPA, NET-EN ou anticoncepcionais orais combinados não apresentaram maior probabilidade de se infectar com o HIV do que mulheres que não utilizavam métodos ou utilizavam métodos não hormonais. O uso de métodos hormonais não está descartado para mulheres com alto risco de contrair HIV ou outras DSTs.

11. Qual é a eficiência dos preservativos na proteção contra a infecção pelo HIV?

Em média, os preservativos são de 80% a 95% eficazes na proteção das pessoas contra a infecção pelo HIV quando usados corretamente em cada relação sexual. Isto significa que o uso do preservativo previne 80% a 95% das transmissões do HIV que ocorreriam se não se usasse a camisinha. (Não significa que 5% a 20% dos usuários de preservativos se infectarão com o HIV.) Por exemplo, entre 10.000 mulheres não infectadas cujos parceiros tenham o HIV, se cada casal fizer sexo vaginal uma única vez e não tiver riscos adicionais de infecção, em média:

- Se todas as 10.000 não utilizaram preservativos, cerca de 10 mulheres provavelmente se infectariam com o HIV.
- Se todas as 10.000 utilizaram preservativos corretamente, 1 ou 2 mulheres provavelmente se infectariam com o HIV.

As chances de uma pessoa exposta ao HIV se infectar variam enormemente. Estas chances dependem do estágio da infecção pelo HIV do parceiro (os estágios iniciais e adiantados são os mais infecciosos), se a pessoa exposta tem outras DSTs (aumenta a suscetibilidade), o fato de ser ou não um homem circuncidado (homens não circuncidados tem maior probabilidade de se infectarem com o HIV) e presença de gravidez (mulheres grávidas têm maior risco de contrair a infecção), entre outros fatores. Em média, as mulheres são duas vezes mais vulneráveis ao risco de infecção, se expostas, do que os homens.

Saúde Materna e do Recém-Nascido

Pontos Básicos para Profissionais de Saúde e Clientes

- **Aguarde até que o filho mais novo tenha 2 anos de idade ou mais antes de tentar engravidar novamente.** O espaçamento entre os partos é bom para a saúde da mãe e do bebê.
- **Faça a primeira consulta de atendimento pré-natal em até 12 semanas de gravidez.**
- **Planeje com antecedência o planejamento familiar para depois do parto.**
- **Prepare a ocasião do parto.** Tenha um plano para parto normal e um plano de emergência também.
- **Amamente para assegurar um bebê mais saudável.**

Muitos profissionais de saúde atendem mulheres que querem engravidar, que estão grávidas ou que deram à luz recentemente. Os profissionais podem ajudar as mulheres a planejar a gravidez, a planejar a contracepção após o parto, a se preparar para o parto e para o atendimento médico de seus bebês.

Planejando a Gravidez

Uma mulher que deseja ter um filho pode recorrer ao aconselhamento de preparação a uma gravidez e parto seguros e a ter uma criança saudável:

- É melhor esperar no mínimo 2 anos após dar à luz antes de interromper a contracepção para engravidar novamente.
- Pelo menos 3 meses antes de interromper a contracepção para engravidar, a mulher deve tomar cuidado com a alimentação e ter uma dieta balanceada, continuando este procedimento durante toda a gravidez. Ácido fólico e ferro são particularmente importantes.
 - O ácido fólico é encontrado em alimentos tais como legumes (grãos, tofu, lentilhas e ervilhas), frutas cítricas, grãos integrais e vegetais de folhagem verde. Pode-se encontrar tabletes de ácido fólico à disposição.
 - O ferro é encontrado em alimentos tais como carne bovina e aves, peixe, vegetais de folhas verdes e legumes. Poderão ser encontrados tabletes de ferro.

- Se uma mulher tiver sido ou possa ter sido exposta a uma doença sexualmente transmissível (DST), inclusive o HIV, o tratamento poderá reduzir as chances de que a criança nasça com a infecção. Se uma mulher achar que foi ou possa ter sido infectada, ela deve buscar fazer os respectivos testes, se disponíveis.

Durante a Gravidez

A primeira consulta de atendimento pré-natal deve acontecer no início da gravidez, idealmente antes da 12ª semana. Para a maioria das mulheres, 4 consultas durante a gravidez são adequadas. Entretanto, mulheres com determinados problemas de saúde ou complicações da gravidez poderão necessitar de mais consultas. Preste o atendimento ou encaminhe para atendimento pré-natal.



Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças

- Aconselhe as mulheres quanto a uma boa nutrição e a comer alimentos que contenham ferro, folhagens, vitamina A, cálcio e iodo e que evitem tabaco, álcool e drogas (exceto os medicamentos recomendados pelo profissional de saúde).
- Ajude as mulheres grávidas a se protegerem de infecções.
 - Se ela for vulnerável a DSTs, converse sobre o uso de preservativos ou abstinência durante a gravidez (ver Doenças Sexualmente Transmissíveis, Inclusive HIV, p. 275).
 - Certifique-se que as mulheres grávidas estejam imunizadas contra tétano.
 - Para prevenir ou tratar anemia, onde seja comum haver infecção por ancilostomíase (amarelão), forneça tratamento (terapia antihelmíntica) após o primeiro trimestre.
- Ajude as mulheres grávidas a protegerem seus bebês de infecções.
 - Peça teste de sífilis o mais cedo possível na gravidez e trate conforme a necessidade.
 - Ofereça teste de HIV e o respectivo aconselhamento.
- As mulheres grávidas são particularmente suscetíveis a malária. Forneça telas para camas tratadas com inseticida para prevenção de malária e tratamento eficaz da mesma a toda mulher grávida em regiões onde a enfermidade estiver disseminada, independente da malária ter sido ou não diagnosticada (tratamento presuntivo). Monitore as mulheres grávidas em relação à malária e forneça tratamento imediato quando diagnosticada.

Planejando o Planejamento Familiar após o Parto

Ajude as mulheres grávidas e mães novas a decidir de que modo irão evitar a gravidez após o parto. Idealmente, o aconselhamento para o planejamento familiar deve começar durante o atendimento pré-natal.

- Esperar até que o bebê complete 2 anos de idade antes de tentar engravidar novamente é melhor para a criança e bom para a mãe também.
- Uma mulher que não esteja em amamentação exclusiva ou quase pode engravidar já entre 4 a 6 semanas após o parto.
- Uma mulher que esteja em amamentação exclusiva ou quase pode engravidar já a 6 meses depois do parto (ver Método de Amenorréia Lactacional, p. 257).
- Para obter máxima proteção, uma mulher não deve esperar até o retorno de sua menstruação para começar um método anticoncepcional, mas ao contrário deve iniciá-lo assim que a orientação dada permitir (ver Menor Prazo em Que uma Mulher Pode Iniciar um Método de Planejamento Familiar Após o Parto, p. 293).

Preparação para o Parto e Complicações

Complicações que podem colocar a vida da mulher em risco ocorrem em cerca de 15% das gravidezes, e todas estas mulheres necessitam de cuidados imediatos. A maioria das complicações não podem ser previstas mas os profissionais podem ajudar as mulheres e suas famílias a se prepararem para as mesmas.

- Ajude as mulheres a obterem atendimento habilitado para o parto e certifique-se de que elas saibam como entrar em contato com o atendimento de obstetrícia aos primeiros sinais do trabalho de parto.
- Explique os sinais de perigo durante a gravidez e o parto às mulheres e suas famílias (ver abaixo).
- Ajude a mulher e sua família a planejar como ela irá chegar ao atendimento de emergência caso surjam complicações : Para onde ela irá? Quem a levará até lá? Que transporte usarão? Como ela pagará pelo atendimento medico? Há pessoas prontas para doar sangue?



Sinais de Perigo Durante a Gravidez e o Parto

Se surgir algum destes sinais, a família deve seguir seu plano de emergência e levar a mulher ao atendimento de emergência imediatamente.

• Febre (38° C ou mais)	• Pressão arterial alta
• Descarga com cheiro fétido vindo da vagina	• Sangramento vaginal
• Dor de cabeça aguda/vista turva	• Dificuldade em respirar
• Diminuição ou ausência dos movimentos do feto	• Convulsões, desmaios
• Vazamento de líquido verde ou marrom da vagina	• Dor abdominal aguda

Após o Parto

- Coordene as consultas de planejamento familiar com o cronograma de imunização da criança.
- A amamentação otimizada oferece um triplo valor: importantes melhorias para a sobrevivência e saúde da criança, melhor saúde para as mães e contracepção temporária. De todo jeito, qualquer amamentação é melhor do que nenhuma (exceto se a mulher for soropositiva). Ver Prevenção de Transmissão Vertical (de Mãe para Filho) do HIV, p. 294.

Diretrizes Gerais para uma Melhor Amamentação

1. Comece a amamentação do recém-nascido assim que possível—até 1 hora após o parto

- Estimula as contrações uterinas que ajudam a prevenir sangramento intenso.
- Ajuda a criança a estabelecer a sucção precocemente, o que estimula a produção de leite.
- O colostro, o leite amarelado produzido nos primeiros dias após o parto, fornece importantes nutrientes para a criança e transfere imunidades da mãe para a criança.
- Evita os riscos de nutrir o bebê com líquidos ou alimentos contaminados.

2. Amamente de forma exclusiva ou quase durante 6 meses

- O leite materno sozinho tem condições de nutrir integralmente um bebê nos 6 primeiros meses de vida.

3. Aos 6 meses, adicione outros alimentos à amamentação

- Após 6 meses os bebês necessitam de uma variedade de alimentos além do leite materno.
- A cada alimentação, amamente antes de oferecer outros alimentos.
- A amamentação pode e deve continuar até o segundo ano de vida da criança ou mais.

Menor Prazo em Que Uma Mulher Pode Iniciar um Método de Planejamento Familiar Após o Parto

Método de Planejamento Familiar	Amamentação Integral ou Quase	Aumentação Parcial ou Ausência Dela
Método de Amenorréia Lactacional	Imediatamente	(Não se aplica)
Vasectomia	Imediatamente durante a gravidez da parceira [‡]	
Preservativos masculinos ou femininos	Imediatamente	
Espermicidas		
DIU com cobre	Até 48 horas, caso contrário aguarde 4 semanas	
Esterilização feminina	Até 7 dias, caso contrário aguarde 6 semanas	
DIU de Levonorgestrel	4 semanas após o parto	
Diafragma	6 semanas após o parto	
Métodos baseados na percepção da fertilidade	Comece quando as secreções normais tiverem voltado (no caso dos métodos baseados em sintomas) quando ela tiver tido 3 ciclos menstruais regulares (no caso de métodos baseados no calendário). Isso ocorrerá mais tarde em mulheres amamentando do que em mulheres que não estejam amamentando.	
Pílulas só de progestógeno	6 semanas após o parto [§]	Imediatamente se não estiver amamentando [§]
Injetáveis só de progestógeno		6 semanas após o parto se estiver amamentando parcialmente [§]
Implantes		
Anticoncepcionais orais combinados	6 meses após o parto [§]	21 dias após o parto se não estiver amamentando [§]
Injetáveis mensais		6 semanas após o parto se estiver amamentando parcialmente [§]
Adesivo combinado		
Anel vaginal combinado		

[‡] Se um homem fizer uma vasectomia durante os primeiros 6 meses da gravidez de sua parceira, será eficaz na época que ela der à luz.

[§] Não se recomenda o uso antes desse prazo a menos que outros métodos mais apropriados não estejam disponíveis ou não sejam aceitáveis.

Prevenção da Transmissão Vertical (de Mãe para Filho) do HIV

Uma mulher infectada com o HIV pode passar o vírus à criança durante a gravidez, o parto ou a amamentação. Medidas preventivas anti-retrovirais (profilaxia) dadas à mãe durante a gravidez e o trabalho de parto podem reduzir as chances de que o bebê seja infectado enquanto se desenvolve no útero ou durante o parto. A terapia anti-retroviral para a mãe, caso ela necessite da mesma para sua própria saúde, poderá ajudar a reduzir as chances de transmissão do HIV por meio do leite materno.

De que modo os profissionais de planejamento familiar podem ajudar a prevenir a transmissão vertical (da mãe para o bebê) do HIV?

- *Ajude as mulheres a evitar a infecção pelo HIV* (ver Doenças Sexualmente Transmissíveis, Inclusive HIV, Prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis, p. 280).
- *Previna gravidezes indesejadas*: ajude as mulheres que não querem um filho a escolher um método contraceptivo que elas possam usar com eficácia.
- *Ofereça testagem e aconselhamento em HIV*: ofereça aconselhamento e testagem a todas as mulheres grávidas, se possível, ou ofereça encaminhá-las ao serviço de testagem de HIV, de modo que possam conhecer seu status sorológico.
- *Encaminhe as mulheres com HIV que estejam grávidas, ou que queiram engravidar, aos serviços de prevenção da transmissão vertical, se disponível.*
- *Incentive a alimentação correta do bebê*: aconselhe as mulheres com HIV a práticas mais seguras de alimentação infantil a fim de reduzir o risco de transmissão e ajude-as a elaborar um plano de alimentação. Se possível, encaminhe-as para alguém treinado em aconselhamento de alimentação infantil.
 - Uma mulher soropositiva deve ser aconselhada a escolher a opção de alimentação que melhor atenda a sua situação. Se a alimentação substituta for aceitável, viável, custeável, sustentável e segura, ela deve evitar a amamentação.
 - Se a alimentação substituta não atender a estas condições, uma mulher soropositiva deve amamentar de forma exclusiva nos primeiros 6 meses. A alimentação mista—isto é, dar ao bebê tanto o leite materno quanto outros líquidos ou alimentos—é mais arriscada do que a amamentação exclusiva.
 - Para reduzir ainda mais o risco de transmissão, no momento em que as mães soropositivas passam a dar alimentos substitutos, elas devem evitar um período prolongado de alimentação mista. Interromper a amamentação durante um período de cerca de 2 dias a 3 semanas

oferece o menor risco de transmissão do HIV.

- Para destruir o HIV existente no leite materno, esprema e dê tratamento térmico ao leite antes de dá-lo ao bebê como alimento: aqueça o leite até o ponto de fervura numa pequena panela e em seguida esfrie o mesmo deixando-o repousar ou colocando-o a panela dentro de uma vasilha com água fria, o que resfriar o leite mais depressa.
- Mulheres soropositivas que estejam amamentando necessitam de aconselhamento sobre como manter sua nutrição adequada e seus seios saudáveis. Infecção dos dutos lácteos no seio (mastite), um bolsão de pus sob a pele (abscesso de mama), e mamilos rachados aumentam o risco de transmissão do HIV. Se ocorrer algum problema, é importante

Como Lidar com Problemas na Amamentação

Se uma cliente relatar algum dos problemas comuns abaixo, ouça suas preocupações e faça o aconselhamento.

O bebê não está obtendo leite suficiente

- Tranqüilize a mãe que a maioria das mulheres tem condição de produzir leite materno em quantidade suficiente para alimentar seus bebês.
- Se o recém-nascido estiver ganhando mais de 500 gramas por mês, pese mais do que o peso ao nascer a 2 semanas ou urine pelo menos 6 vezes por dia, tranqüilize-a que seu bebê está obtendo o leite materno que precisa.
- Diga a ela para alimentar seu recém-nascido a mais ou menos cada 2 horas para aumentar o suprimento de leite.
- Recomende que ela reduza quaisquer alimentos e/ou líquidos suplementares se o bebê tiver menos de 6 meses de idade.

Seios feridos

- Se os seios da mulher estiverem cheios, tesos e doloridos, então é possível que ela tenha seios ingurgitados. Se um dos seios tiver partes sensíveis, então ela pode ter ductos bloqueados.
- Seios ingurgitados ou ductos bloqueados podem evoluir para seios infectados sensíveis e vermelhos. Trate os seios infectados com antibióticos de acordo com as diretrizes da clínica. Para ajudar na cura, aconselhe-a a:
 - Continuar amamentando com frequência
 - Massagear seus seios antes durante a amamentação
 - Aplicar calor ou compressa morna aos seios
 - Tentar diferentes posições para amamentar
 - Assegurar que o bebê se conecte corretamente ao seio
 - Esprema um pouco de leite antes de amamentar

Mamilos feridos ou rachados

- Se o mamilo dela estiverem rachados, ela poderá continuar a amamentar. Assegure-a que eles ficarão curados com o tempo.
- Para ajudar na cura, aconselhe-a a:
 - Aplicar gotas de leite materno aos mamilos após a amamentação e deixar que sequem com o ar.
 - Após a mamada, use um dedo para interromper a sucção antes de tirar o bebê do peito.
 - Não esperar até que o seio esteja cheio para amamentar. Se estiver cheio, esprema um pouco de leite antes.
- Ensine-a quanto à pegar o seio corretamente e a como observar se há sinais de que o bebê não está pegando o peito corretamente.
- Diga a ela para limpar os mamilos somente com água uma vez por dia e a evitar sabão e soluções à base de álcool.
- Examine seus mamilos e a boca e as nádegas do bebê para ver se há sinais infecção por fungos (sapinho).

Questões de Saúde Reprodutiva

Pontos Básicos para Profissionais de Saúde e Clientes

Atendimento Pós-Aborto

- **A fertilidade retorna rapidamente, em poucas semanas, após um aborto espontâneo ou induzido.** As mulheres precisam começar a usar um método de planejamento familiar quase imediatamente para evitar uma gravidez indesejada.

Violência Contra as Mulheres

- **A violência não é culpa da mulher.** É muito comum. Pode haver recursos locais disponíveis onde obter ajuda.

Infertilidade

- **A infertilidade, freqüentemente, pode ser prevenida.** Evitar doenças sexualmente transmissíveis e receber pronto tratamento quando estas e outras infecções do aparelho reprodutivo ocorrem pode reduzir o risco de infertilidade de uma cliente.

Planejamento Familiar no Atendimento Pós-Aborto

Mulheres que acabam de ser tratadas em função de complicações pós-aborto necessitam de acesso fácil e imediato aos serviços de planejamento familiar. Quando tais serviços são integrados ao atendimento pós-aborto, são oferecidos imediatamente após o aborto ou encontram-se próximos geograficamente, as mulheres têm maior probabilidade de usar contracepção quando elas enfrentam o risco de uma gravidez indesejada.

Ajude as Mulheres a Obterem Planejamento Familiar

Oriente com o Coração

Uma mulher que passou por complicações pós-aborto precisa de apoio. Uma mulher que enfrentou o duplo risco da gravidez e de um aborto induzido inseguro necessita, especialmente, de ajuda e apoio. Um bom aconselhamento fornece apoio à mulher que acaba de ser tratada devido a complicações pós-aborto. Em particular:

- Tente entender a experiência pela qual ela passou
- Trate-a com respeito e evite julgamentos e críticas
- Assegure a privacidade e confidencialidade
- Pergunte se ela quer que alguém em quem ela confia esteja presente durante o aconselhamento

Forneça Informações Importantes

Uma mulher tem escolhas importantes a fazer após receber o atendimento pós-aborto. Para tomar decisões quanto à sua saúde e fertilidade, ela precisa saber que:

- A fertilidade retorna rapidamente—em 2 semanas após um aborto espontâneo ou induzido no primeiro trimestre e em 4 semanas após um aborto espontâneo ou induzido no segundo trimestre. Portanto, ela precisa de proteção contra gravidez quase que imediatamente.
- Ela pode escolher dentre os muitos e diversos métodos de planejamento família, os quais ela pode começar agora mesmo (ver na página seguinte). Os métodos que as mulheres não devem utilizar imediatamente depois de dar à luz não oferecem riscos especiais após o tratamento em caso de complicações pós-aborto.
- Ela pode esperar antes de escolher um contraceptivo para uso regular, mas ela deve considerar a possibilidade de usar um método de apoio durante este tempo, caso ela faça sexo.
- Se uma mulher decidir não utilizar contraceptivos neste momento, os profissionais podem oferecer informações sobre os métodos disponíveis e onde obtê-los. Além disso, os profissionais de saúde podem oferecer preservativos, anticoncepcionais orais ou pílulas de anticoncepcionais de emergência para que as mulheres as levem para casa e as utilizem posteriormente.
- Para evitar infecção, ela não deve fazer sexo até o sangramento parar—cerca de 5 a 7 dias. Se estiver sendo tratada por infecção ou ferimento vaginal ou cervical, ela deve aguardar para fazer sexo novamente até que ela tenha sido totalmente curada.
- Se ela quiser engravidar logo novamente, incentive a esperar. Aguardar pelo menos 6 meses poderá reduzir as chances do bebê nascer abaixo do peso, de um parto prematuro e de anemia materna. Uma mulher que esteja recebendo atendimento pós-aborto poderá precisar de outros serviços de saúde reprodutiva. Em particular, um profissional de saúde pode ajudá-la a refletir sobre a possibilidade de ela ter sido exposta a doenças sexualmente transmissíveis.

** Entre os métodos de apoio encontram-se a abstinência, os preservativos masculinos ou femininos, os espermicidas e o coito interrompido. Ela poderá usar espermicidas caso ela não tenha nenhuma ferida vaginal ou cervical. Diga a ela que os espermicidas e o coito interrompido são os métodos anticoncepcionais menos eficazes. Se possível, forneça preservativos a ela.*



Quando Começar Métodos Contraceptivos

- Os anticoncepcionais orais combinados, as pílulas só de progestógeno, os injetáveis só de progestógeno, os injetáveis mensais, o adesivo combinado, os implantes, os preservativos masculinos, os preservativos femininos e o coito interrompido podem ser iniciados imediatamente em cada um dos casos, mesmo que a mulher tenha algum ferimento no aparelho genital, tenha uma possibilidade de infecção ou uma infecção confirmada.
- Os DIUs, a esterilização feminina e os métodos baseados na percepção da fertilidade podem ser iniciados uma vez que tenha sido excluída a possibilidade de infecção ou uma eventual infecção tenha sido tratada.
- Os DIUs, o anel vaginal combinado, os espermicidas, os diafragmas, o capuz cervical, a esterilização feminina e os métodos de percepção da fertilidade podem ser iniciados uma vez que qualquer ferimento no aparelho genital tenha sido curado.

Considerações especiais:

- *A colocação de um DIU imediatamente após um aborto no segundo trimestre exige um profissional especificamente treinado para tal procedimento.*
- *A esterilização feminina deve ser decidida antes e não quando a mulher estiver sedada, sob estresse ou sentindo dor. Realize um aconselhamento cuidadoso e não se esqueça de mencionar os métodos reversíveis disponíveis (ver Esterilização Feminina, Porque a Esterilização é Permanente, p. 174).*
- *O anel vaginal combinado, os espermicidas, os diafragmas e os caps cervicais podem ser usado imediatamente mesmo em casos de perfuração uterina sem complicações.*
- *O diafragma deve ser reajustado após um aborto espontâneo ou induzido, sem complicações, no primeiro trimestre. Após um aborto espontâneo ou induzido, sem complicações, no segundo trimestre, o uso deve ser retardado por 6 semanas para que o útero retorne ao tamanho normal e, nesta ocasião, o diafragma deve ser reajustado.*
- *Métodos de percepção da fertilidade: uma mulher pode começar a usar os métodos baseados em sintomas uma vez que ela não tenha secreções provenientes de infecções ou sangramento devido a ferimento no aparelho genital. Ela pode começar métodos baseados no calendário junto com sua próxima menstruação, caso não tenha sangramento devido a alguma ferida no aparelho genital.*

Violência Contra as Mulheres

Todo profissional que trabalha com planejamento familiar provavelmente atende muitas mulheres que já sofreram alguma violência. A violência contra as mulheres é comum em todos os lugares e, em algumas localidades, ela é muito comum. Num estudo recente em 10 países mais de 1 de cada 10 mulheres e até cerca de 7 em cada 10 mulheres relataram que tinham sofrido violência física ou sexual em suas vidas. A violência física abrange uma ampla gama de comportamentos, entre os quais pancadas, tapas, chutes e surras. A violência sexual abrange atenção ou contato sexual indesejado, sexo coercitivo e sexo à força (estupro). A violência contra as mulheres também pode ser psicológica como no caso de comportamento controlador, intimidação, humilhação, isolamento da mulher da família e amigos e restrição de seu acesso a recursos.

Mulheres que enfrentam agressões têm necessidades especiais de saúde, muitas delas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva. A violência pode levar a uma gama de problemas de saúde entre os quais ferimentos, gravidez indesejada, doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) inclusive o HIV, diminuição do desejo sexual, dor durante o sexo e dor pélvica crônica. Para algumas mulheres, a violência pode começar ou se agravar durante a gravidez, o que coloca o feto em risco também. Além disso, a violência ou ameaça de violência por parte de um homem pode privar uma mulher de seu direito de escolher se quer utilizar um método de planejamento familiar e qual método gostaria de usar. Portanto, os profissionais de saúde reprodutiva tem probabilidade maior do que outros profissionais de saúde de atenderem mulheres que foram abusadas.

O Que os Profissionais de Saúde Podem Fazer?

- 1. Ajude as mulheres a se sentirem bem recebidas, seguras e livres para conversar.** Ajude as mulheres a se sentirem à vontade para falar livremente sobre qualquer assunto pessoal, inclusive a violência. Assegure a cada mulher que sua consulta será confidencial.

Dê às mulheres oportunidades de falar sobre violência, perguntando, por exemplo, a respeito das atitudes de seu parceiro para com o fato dela recorrer ao planejamento familiar, perguntando se ela prevê algum problema por usar o planejamento familiar e perguntando simplesmente se há alguma outra coisa sobre a qual ela gostaria de conversar.

- 2. Pergunte às mulheres se sofreram abuso sempre que suspeitar ter havido violência.** Se por um lado a maioria das mulheres não mencionará o fato de que estejam sendo abusadas, muitas falarão sobre isso se perguntadas sobre violência. Recomenda-se que se pergunte a todas as clientes se estão sofrendo algum tipo de agressão somente quando os profissionais forem bem treinados para prestar este tipo de aconselhamento, com privacidade e confidencialidade e se houver recursos suficientes para lidar adequadamente com os casos identificados de violência. Até que haja tais condições, os profissionais podem perguntar sempre que suspeitarem de abuso, centrando desta forma os recursos nas mulheres que necessitam de cuidados imediatos.

Esteja alerta para os sintomas, ferimentos ou sinais que possam sugerir violência. Os profissionais podem suspeitar que haja violência quando depressão, ansiedade, dores de cabeça crônicas, dor pélvica ou vagas dores de estômago não melhorarem com o tempo em função do tratamento. Outro sinal de violência pode ser quando o relato de uma cliente sobre a ocorrência de um ferimento não bate com o tipo de ferimento que ela apresenta.

Suspeite de violência diante de qualquer ferimento durante a gravidez, especialmente no abdômen e nos seios.

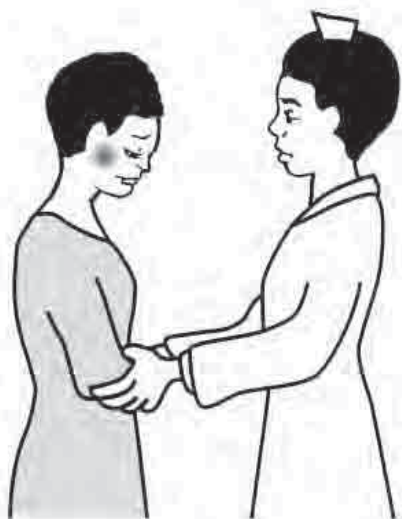
Algumas dicas de como trazer à tona o assunto da violência:

- Para aumentar a confiança, explique porque você está fazendo perguntas— porque você deseja apenas ajudar.
- Use termos em que você fique à vontade e que melhor se enquadrem no seu próprio estilo.
- Não faça este tipo de perguntas quando o parceiro da mulher ou qualquer outra pessoa estiver no recinto ou quando não houver certeza da privacidade.
- Você poderá dizer, “a violência doméstica é um problema comum na nossa comunidade por isso temos perguntado às nossas clientes se sofreram algum abuso.”
- Pode-se fazer perguntas semelhantes a estas:
 - “Seus sintomas podem ser devidos ao estresse. Você e seu parceiro costumam brigar muito? Você já se machucou alguma vez?”
 - “Seu parceiro às vezes quer fazer sexo quando você não quer? O que acontece nestas situações?”
 - “Você tem medo do seu parceiro?”

3. Oriente sem julgar, com sensibilidade e oferecendo apoio.

Um serviço importante para mulheres em relacionamentos violentos é o aconselhamento. O aconselhamento em questões de violência deve ser realizado em função das circunstâncias particulares daquela pessoa. As mulheres podem estar em estágios diferentes de vontade e determinação de buscar mudanças. Isto afetará a possibilidade e a receptividade da mulher em aceitar ajuda.

Algumas mulheres não estarão prontas para conversar sobre sua situação com um profissional de saúde. O sentido do aconselhamento não é descobrir, com certeza, se a cliente está sofrendo agressões, mas



lidar com o problema de maneira solidária e permitir que ela saiba que você se importa com o que está acontecendo.

- Se ela não quiser falar sobre a violência, tranquilize-a dizendo que você estará à disposição sempre que ela precisar de ajuda. Informe a ela quais são as opções e recursos disponíveis caso ela precise deles algum dia.
- Se ela quiser falar sobre sua experiência de violência, pode-se:
 - Assegurar a confidencialidade e manter a situação da mulher sob total sigilo. Conte apenas para as pessoas que precisam saber (por exemplo, os funcionários da segurança), e faça isso apenas com permissão da cliente.
 - Reconheça a experiência narrada por ela. Ouça, ofereça apoio e evite fazer julgamentos. Respeite sua capacidade e direito de fazer suas próprias escolhas de vida.
 - Tente aliviar os sentimentos de vergonha e culpa da mulher: “Ninguém merece apanhar.” “Você não merece sofrer abuso e não é culpa sua.”
 - Explique que a violência é um problema comum: “Isto acontece a muitas mulheres.” “Você não está sozinha e pode obter ajuda para enfrentar isso.”
 - Explique que o mais provável é que a violência não pare por si mesma: “As agressões tendem a continuar e geralmente vão piorando e acontecendo com mais frequência.”

4. Avalie o perigo imediato a que uma mulher está submetida, ajude-a a elaborar um plano de segurança e encaminhe-a aos serviços existentes na comunidade. Se a mulher enfrenta perigo imediato, ajude-a a pensar em diversas possibilidades de ação. Se não estiver em perigo iminente, ajude-a a elaborar um plano de longo prazo.

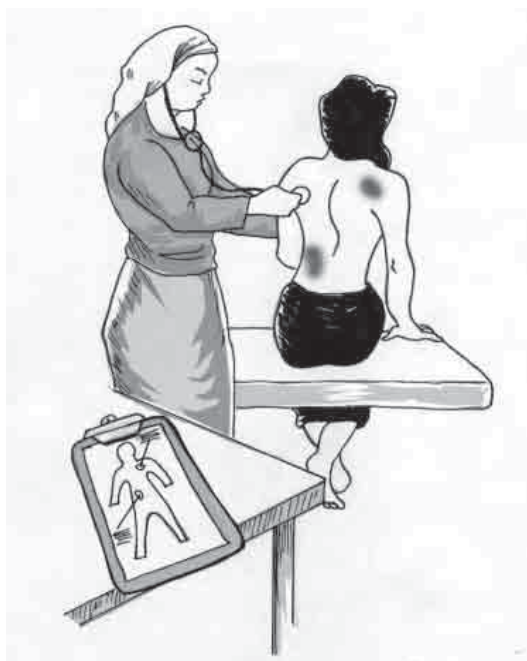
- Ajude-a avaliar sua situação atual:
 - “Ele está aqui no posto médico agora?”
 - “Você ou seus filhos estão em perigo agora?”
 - “Você se sente segura para voltar para casa?”
 - “Há algum/a amigo/a ou parente que possa ajudar você nesta situação em sua casa?”
- Ajude-a a proteger a si mesma e aos filhos caso a violência volte a acontecer. Sugira que ela mantenha uma mala pronta com documentos importantes e uma muda de roupa de modo que ela possa sair rapidamente se precisar. Sugira que ela estabeleça um sinal para avisar as crianças quando devem buscar a ajuda de vizinhos.
- Faça e mantenha atualizada uma lista dos recursos (serviços) disponíveis para socorrer vítimas de abuso, inclusive a polícia, os serviços de aconselhamento e as organizações de mulheres que possam prestar suporte psicológico, jurídico e talvez até financeiro. Forneça uma cópia da lista à cliente.

5. Preste o atendimento adequado. Adapte seu atendimento e aconselhamento às circunstâncias específicas da cliente.

- Trate seus ferimentos ou providencie para que ela obtenha tratamento.

- Avalie o risco de gravidez e forneça contracepção de emergência se for o caso e ela assim o desejar.
- Ofereça pílulas anticoncepcionais de emergência para uso futuro (ver Pílulas Anticoncepcionais de Emergência, p. 45).
- Se ela desejar, forneça a ela um método contraceptivo que possa ser usado sem o conhecimento de seu parceiro, como por exemplo um injetável.
- Ajude as mulheres a refletirem sobre se conseguiriam, sem correr riscos, propor o uso de preservativos, sem que isso implique em novas agressões.
- Em casos de estupro:
 - Primeiramente, faça a coleta de quaisquer amostras que possam ser usadas como provas (por exemplo, roupas rasgadas ou manchadas, cabelos e pelos, e manchas de sangue e sêmen).
 - Forneça ou encaminha para testagem e tratamento de HIV e outras DSTs. Algumas mulheres podem precisar de tais serviços repetidas vezes.
 - Considere a possibilidade de usar profilaxia pós-exposição ao HIV, se disponível, e tratamento presuntivo de gonorréia, clamídia, sífilis e outros DSTs prevalentes na região.

6. Documente a situação da mulher. Documente cuidadosamente os sintomas ou ferimentos da mulher, a causa dos ferimentos e sua história de abuso. Registre com clareza a identidade do homem que a abusou, seu relacionamento com a vítima e quaisquer outros detalhes a seu respeito. Estas anotações poderão ser muito úteis num futuro acompanhamento médico ou para medidas legais, caso sejam tomadas.



Infertilidade

O Que é Infertilidade?

Infertilidade é a incapacidade de gerar filhos. Embora frequentemente se culpe a mulher, a infertilidade pode ocorrer tanto nos homens quanto nas mulheres. Em média, a infertilidade afeta 1 de cada 10 casais. Considera-se um casal infértil se, após 12 meses de sexo desprotegido, não vier uma gravidez. Um casal pode ser infértil independente de a mulher ter engravidado no passado.

Entre os casais que não têm problemas de fertilidade, 85% das mulheres engravidarão em um ano. Em média, a gravidez ocorre após 3 a 6 meses de sexo desprotegido. Contudo, há uma grande variação em torno desta média.

O desperdício da gravidez é uma outra forma de infertilidade: uma mulher pode engravidar, mas um aborto espontâneo ou a vinda de um natimorto impede que dê à luz a um nascido vivo.

O Que Causa a Infertilidade?

Diferentes fatores ou condições podem reduzir a fertilidade, tais como:

- Doenças infecciosas (doenças sexualmente transmissíveis [DSTs], inclusive HIV, outras infecções do aparelho reprodutivo; caxumba que se desenvolve após a puberdade nos homens)
- Problemas anatômicos, endocrinológicos, genéticos ou do sistema imunológico
- Envelhecimento
- Procedimentos médicos que implicam em infecção no trato reprodutivo superior da mulher

As DSTs são a principal causa de infertilidade. Se não forem tratadas, a gonorréia e a clamídia podem infectar as trompas de Falópio, o útero e os ovários. Este fenômeno é conhecido como doença inflamatória pélvica (DIP). Uma DIP clínica é dolorosa, mas as vezes a DIP pode não apresentar sintomas e passar despercebida (DIP silenciosa). A gonorréia e a clamídia podem provocar cicatrizes nas trompas de Falópio das mulheres, impedindo que os óvulos se desloquem e desçam pelas trompas para encontrarem o espermatozóide. Os homens podem ter cicatrizes e bloqueio do ducto espermático (epidídimo ou conduto deferente) e da uretra por causa de gonorréia ou clamídia não tratadas (ver Anatomia Feminina, p. 364 e Anatomia Masculina, p. 367).

Entre outras razões para a infertilidade masculina estão a incapacidade natural, absoluta ou relativa, de produzir espermatozoides em quantidade suficiente para originar uma gravidez. Menos comum, os espermatozoides podem ser malformados e morrer antes de atingir um óvulo. Entre as mulheres, a incapacidade natural de engravidar frequentemente se deve ao bloqueio das trompas de Falópio ou impossibilidade de ovular.

A fertilidade também tem a ver com a idade. À medida que uma mulher envelhece, sua capacidade de engravidar diminui naturalmente com o tempo. Evidências emergentes sugerem que, de modo semelhante os homens também produzem menos espermatozoides à medida que envelhecem, reduzindo a capacidade de fertilizar um óvulo.

Infecções decorrentes de um parto ou aborto também podem causar uma DIP, o que poderá conduzir à infertilidade. Isto acontece quando os instrumentos cirúrgicos usados nos procedimentos médicos não são desinfetados ou esterilizados adequadamente. Uma mulher também pode desenvolver uma DIP caso haja uma infecção na parte inferior do trato reprodutivo que seja levada para a parte superior do mesmo durante um procedimento médico.

Prevenção da Infertilidade

Pode-se, em geral, prevenir que ocorra infertilidade. Os profissionais de saúde podem:

- Orientar as clientes sobre a prevenção de DSTs (ver Doenças Sexualmente Transmissíveis Inclusive HIV, Prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis, p. 280).
- Incentive as clientes a buscar tratamento assim que acharem que possam ter contraído ou ter sido exposta a uma DST.
- Trate ou encaminhe as clientes com sinais e sintomas de DSTs e PID clínica (ver Doenças Sexualmente Transmissíveis Inclusive HIV, Sintomas de Doenças Sexualmente Transmissíveis, p. 278). O tratamento destas infecções ajuda a preservar a fertilidade.
- Evite infecção adotando rigorosamente as práticas de prevenção de infecções quando realizar procedimentos médicos que passem instrumentos da vagina para o útero, como no caso da colocação do DIU (ver Prevenção de Infecções na Clínica, p. 312).

Os Contraceptivos Não Causam Infertilidade

- Com a maioria dos métodos contraceptivos, não há demora no retorno da fertilidade depois que se interrompe o uso do mesmo. O retorno da fertilidade após a interrupção dos contraceptivos injetáveis geralmente leva mais tempo que a maioria dos outros métodos (ver Injetáveis Só de Progestógeno, Perguntas 6 e 7, p. 79, e Injetáveis Mensais, Perguntas 10 e 11, p. 100). Com o tempo, contudo, as mulheres que utilizaram injetáveis ficam tão férteis quanto eram antes de utilizar o método, levando-se o envelhecimento em conta.
- Entre mulheres que estejam infectadas com gonorréia ou clamídia, a inserção do DIU aumenta ligeiramente o risco de doença inflamatória pélvica nos primeiros 20 dias após a colocação. Ainda assim, as pesquisas não constataram que ex-usuárias de DIU tenham mais probabilidade de ficarem inférteis que outras mulheres (ver DIU Com Cobre, Pergunta 4, p. 155).

Aconselhamento de Clientes Com Problemas de Fertilidade

Aconselhe os dois parceiros juntos, se possível. Os homens costumam culpar as mulheres pela infertilidade quando na verdade eles próprios podem ser os responsáveis. Diga aos casais:

- Um homem tem tanta probabilidade de ter problemas de fertilidade quanto uma mulher. Às vezes não é possível determinar quem é infértil e o que causou a infertilidade.
- Tentem engravidar pelo menos por 12 meses antes de se preocuparem com a infertilidade.
- O período mais fértil do ciclo de uma mulher é alguns dias antes e no momento que um óvulo é liberado pelo ovário (ver O Ciclo Menstrual, p. 366). Sugira que eles façam sexo com frequência durante este período. Os métodos baseados na percepção da fertilidade podem ajudar os casais a identificarem o período mais fértil de cada ciclo (ver Métodos Baseados na Percepção da Fertilidade, p. 239). Ensine ou encaminhe caso o casal desejar tentar fazer isto.
- Se após um ano as sugestões acima não tiverem ajudado, encaminhe ambos os parceiros para avaliação, se disponível. O casal também poderá considerar a adoção como uma possibilidade.

Fornecimento de Planejamento Familiar

Importância de Procedimentos Seleccionados no Fornecimento de Métodos de Planejamento Familiar

As classificações abaixo dos exames e testes aplicam-se a pessoas que se presume estarem com boa saúde. No caso de uma pessoa de quem se saiba ter um problema médico ou outra condição especial, consultar o capítulo sobre Critérios Médicos de Elegibilidade para Uso de Contraceptivos, p. 324)

Class A: Essencial e obrigatório em todas as circunstâncias para uso seguro e eficaz do método contraceptivo.
Class B: Contribui substancialmente para o uso seguro e eficaz. Entretanto, se não for possível realizar o exame ou teste, o risco de não realizá-lo deve ser ponderado em contraposição aos benefícios de se disponibilizar o método contraceptivo.
Class C: Não contribui substancialmente para o uso seguro e eficaz do método contraceptivo.

Situação específica

	Anticoncepcionais orais combinados	Injetáveis mensais	Pílulas só de progestógeno	Injetáveis só de progestógeno	Implantes	DIUs	Preservativos masculinos e femininos	Diafragmas e capuz cervical	Espermicidas	Esterilização feminina	Vasectomia
Exame das mamas pelo profissional	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	NA
Exame pélvico /genital	C	C	C	C	C	A	C	A	C	A	A
Testes preventivos de câncer cervical	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	NA
Testes laboratoriais de rotina	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Teste de hemoglobina	C	C	C	C	C	B	C	C	C	B	C
Avaliação do risco de DST: história médica e exame físico	C	C	C	C	C	A*	C	C†	C†	C	C
Teste preventivo de DST/HIV: Testes laboratoriais	C	C	C	C	C	B*	C	C†	C†	C	C
Exame preventivo da pressão arterial	‡	‡	‡	‡	‡	C	C	C	C	A	C§

* Se uma mulher tiver uma probabilidade individual muito alta de exposição a gonorréia ou clamídia, em geral ela não deve colocar um DIU a menos que outros métodos não estejam disponíveis ou não sejam aceitáveis. Se ela tem no momento cervicite purulenta, gonorréia ou clamídia, ela não deve colocar um DIU IUD até que estes problemas sejam resolvidos e ela atenda aos critérios médicos de elegibilidade.

† Mulheres com alta vulnerabilidade de infecção pelo HIV ou Aids não devem usar espermicidas. Geralmente, não se recomenda o uso de diafragmas e capuz cervical com espermicida para tais mulheres a menos que outros métodos mais apropriados não estejam disponíveis ou não sejam aceitáveis.
NA=Não se Aplica

‡ Desejável mas em locais onde os riscos de gravidez sejam elevados e os métodos hormonais estejam entre os poucos métodos amplamente disponíveis, não se devem negar às mulheres o uso de método hormonal exclusivamente em função do fato de não ser possível medir sua pressão arterial.

§ Para procedimentos realizados somente com o uso de anestesia local.

Aconselhamento Bem-Sucedido

O bom aconselhamento ajuda as clientes a escolher e utilizar métodos de planejamento familiar que sejam adequados a elas. As clientes são diferentes entre si bem como as situações em que vivem tanto quanto as necessidades de ajuda que manifestam. O melhor aconselhamento é aquele que atende ao perfil do cliente individual.

Tipo de Cliente	Tarefas Usuais do Aconselhamento
Clientes que retornam sem problemas	• Forneça mais insumos ou faça o acompanhamento de rotina • Pergunte, de modo amistoso, como a cliente está lidando com o método
Clientes que retornam com problemas	• Compreenda o problema e ajude a solucioná-lo—seja se o problema estiver nos efeitos colaterais, no uso do método, no parceiro que não colabora ou outro problema
Novas clientes que vêm com um método em mente	• Verifique se o entendimento da cliente sobre o método é exato • Apóie a escolha da cliente, caso seu perfil atenda à elegibilidade médica • Converse a respeito de como utilizar o método e como lidar com os efeitos colaterais
Novas clientes que chegam sem ter um método em mente	• Discuta com a situação da cliente, seus planos e o que é importante para ela em relação a um método • Ajude a cliente a considerar métodos que poderiam ser adequados a ela. Se necessário, ajude-a a chegar a uma decisão • Apóie a escolha da cliente, dê instruções sobre o uso e converse sobre como fazer para lidar com os efeitos colaterais

Dê tempo às clientes que precisem dele para refletir. Muitas clientes retornam sem problemas e pouca necessidade de aconselhamento. As que retornam com problemas e as novas clientes que não têm um método na cabeça precisam de mais tempo, mas geralmente são menos numerosas.

Dicas para um Aconselhamento Bem-Sucedido

- Demonstre respeito para com cada cliente e ajude-a sentir-se à vontade.
- Incentive a cliente a explicar suas necessidades, a expressar suas preocupações, a tirar dúvidas.
- Permita que os desejos e as necessidades da cliente guiem a conversa.
- Fique alerta quanto a necessidades afins tais como proteção contra doenças sexualmente transmissíveis, inclusive o HIV, e apóie o uso de preservativos.
- Ouça com atenção. Ouvir é tão importante quanto fornecer informações corretas.

- Forneça apenas as informações e instruções essenciais. Use termos que a cliente entenda.
 - Respeite e apoie as decisões a que a cliente tomar com base nas informações recebidas.
 - Traga à tona os efeitos colaterais, se houver, e leve a sério as preocupações da cliente.
 - Verifique se a cliente, de fato, compreendeu as explicações.
 - Convide a cliente a voltar quando quiser, não importa o motivo
- O aconselhamento foi bem sucedido quando:
- As clientes sentem que obtiveram a ajuda que precisavam
 - As clientes sabem o que fazer e têm confiança para fazê-lo
 - As clientes sentem-se respeitadas e valorizadas
 - As clientes retornam quando precisam
 - E, o mais importante, as clientes utilizam seus métodos com eficácia e com satisfação.

Ferramenta de Aconselhamento Disponível na Organização Mundial da Saúde e Projeto INFO

O texto *Decision-Making Tool for Family Planning Clients and Providers* (Ferramenta para Tomada de Decisões para Clientes e Profissionais de Planejamento Familiar), outro dos 4 pilares fundamentais da orientação em planejamento familiar da Organização Mundial da Saúde, ajuda as clientes e profissionais de saúde envolvidos em sessões de aconselhamento a escolher e aprender a usar os métodos contraceptivos. Esta ferramenta é um rotafólio ilustrado. Oferece ajuda ajustada a cada tipo de cliente mencionada na tabela da página anterior. As informações essenciais contidas neste manual podem ser encontradas na *Decision-Making Tool* (ferramenta para tomada de decisões), redigida de uma maneira que poderá ser útil no aconselhamento. Para visualizar a *Decision-Making Tool* e baixar seu arquivo pela Internet, entre em http://www.who.int/reproductive-health/family_planning/counselling.html. Para obter uma cópia impressa de amostra, escreva para Orders, INFO Project, Center for Communication Programs, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, MD 21202, USA, ver <http://www.infoforhealth.org/pubs/dmt/>, ou envie um email para orders@jhuccp.org

Quem Fornece Planejamento Familiar?

Muitas pessoas diferentes podem aprender a informar e aconselhar outras pessoas a respeito de planejamento familiar e a fornecer os correspondentes métodos contraceptivos. Os países e programas têm diversas diretrizes a respeito de quem pode disponibilizar tais métodos e onde, e alguns têm regras diferenciadas dependendo da cliente estar iniciando um novo método ou se está continuando um método já em andamento. Além disso, em países no mundo inteiro, estas pessoas fornecem normalmente o planejamento familiar:

- Enfermeiras, parteiras enfermeiras, técnicas de enfermagem
- Parteiras auxiliares
- Parteiras
- Médicos/as, inclusive ginecologistas e obstetras
- Outros profissionais da saúde
- Farmacêuticos, assistentes de farmácia
- Agentes de atendimento básico de saúde, agentes de saúde comunitários
- Funcionários de saúde comunitários (community-based health workers) e pessoas da comunidade que atuem como agentes de distribuição da mesma
- Parteiras tradicionais especificamente treinadas
- Lojistas e vendedores
- Voluntários, usuárias experientes de planejamento familiar, multiplicadoras e líderes comunitários

O treinamento específico ajuda todas estas pessoas a atuarem melhor ao oferecem planejamento familiar. O treinamento precisa dar conta de habilidades para informar e aconselhar as clientes a respeito da escolha e do uso de métodos específicos bem como ensinar quaisquer habilidades técnicas específicas, como por exemplo, como aplicar uma injeção ou colocar um DIU. Listas de checagem podem ajudar uma ampla gama de profissionais, agentes e gestores de diversas maneiras, tais como fazer triagem das clientes para os critérios de elegibilidade médica, certificar-se de que todos os passos de um processo tenham sido executados (por exemplo, a prevenção de infecções), e assegurar a boa qualidade dos serviços.

Método	Quem pode fornecer
Anticoncepcionais oral, adesivo combinado, anel vaginal combinado	• Todos os profissionais e agentes que tenham capacitação, mesmo que apenas uma capacitação breve e específica.
Pílulas anticoncepcionais de emergência	• Todos os profissionais e agentes.

Método	Quem pode fornecer
Injetáveis mensais e só de progestógeno	Qualquer pessoa treinada para aplicar injeções e manipular agulhas e seringas corretamente, inclusive o descarte adequado das mesmas.
Implantes	Qualquer pessoa com treinamento em procedimentos médicos e capacitação na colocação dos implantes específicos que estiverem sendo usados, inclusive médicos, enfermeiras, parteiras enfermeiras, técnicas de enfermagem, parteiras e assistentes de médicos.
Dispositivo intrauterino (DIUs com cobre e Hormonais)	Qualquer pessoa com treinamento em procedimentos médicos e capacitação específica em triagem, inserção e remoção de DIUs, dentre elas médicos, enfermeiras, parteiras enfermeiras, parteiras, técnicas de enfermagem, assistentes de médicos e estudantes de medicina. O treinamento para o DIU com cobre o DIU hormonal é diferente. Em alguns países, farmacêuticos vendem DIUs—a mulher leva o DIU até um profissional de saúde que o insere.
Esterilização feminina	Qualquer pessoa com treinamento específico no procedimento, dentre elas clínicos gerais, médicos especializados (como ginecologistas e cirurgiões), médicos assistentes ou estudantes de medicina em residência. A laparoscopia é melhor executada por cirurgiões experientes e especificamente treinados.
Vasectomia	Qualquer pessoa com capacitação específica para realizar o procedimento, inclusive médicos, enfermeiras, enfermeiras obstétricas e outros profissionais de saúde.
Preservativos masculinos e femininos e espermicidas	Qualquer profissional.
Coito interrompido, método da amenoréia lactacional	Estes métodos não exigem a atuação de um profissional. Ainda assim, profissionais de saúde capacitados e acolhedores podem ajudar as clientes a utilizarem estes métodos com maior eficácia.

Prevenção de Infecções na Clínica

Os procedimentos para prevenção de infecções são simples, eficazes e não dispendiosos. Os germes (organismos infecciosos) que merecem preocupação na clínica são as bactérias (p. ex, os estafilococos), os vírus (particularmente o HIV e a hepatite B), os fungos e as parasitas. Na clínica, os organismos infecciosos podem ser encontrados no sangue, nos fluidos corporais com sangue visível ou nos tecidos. (Fezes, secreções nasais, saliva, escarro, suor, lágrimas, urina e vômito não são considerados potencialmente infecciosos a menos que contenham sangue.) Os organismos podem ser transmitidos através das membranas mucosas ou rupturas na pele, tais como cortes e arranhões e por punções com agulhas usadas e outras feridas por punção. Os organismos infecciosos podem ir das clínicas para as comunidades quando o descarte do lixo não é adequado ou os funcionários não lavam suas mãos corretamente antes de sair da clínica.

Regras Básicas da Prevenção de Infecções

Estas regras se aplicam a precauções universais de prevenção de infecções na clínica de planejamento familiar.

Lavar as mãos



- *A lavagem das mãos pode ser, sozinha, o procedimento mais importante na prevenção de infecções.*
- Lave as mãos antes e após examinar e tratar cada cliente. (Não é preciso lavar as mãos se as clientes não necessitarem de um exame ou tratamento.)
- Use água limpa e sabão comum. Esfregue as mãos por pelo menos 10 a 15 segundos. Não esqueça de lavar entre os dedos e sob as unhas. Lave as mãos depois de manipular instrumentos ou outros objetos sujos ou tocar membranas mucosas, sangue ou outros fluidos corporais. Lave as mãos antes de vestir luvas, depois de tirar luvas e sempre que as mãos se sujarem. Lave as mãos quando chegar ao trabalho, depois de usar o vaso sanitário ou latrina e quando sair do trabalho. Seque as mãos com papel toalha com ou pano limpo e seco que não seja usado por outra pessoa ou seque com ar.

Processe os instrumentos que serão reutilizados

- Faça uma desinfecção de alto nível ou esterilize os instrumentos que toquem membranas mucosas intactas ou rupturas na pele.
 - Esterilize os instrumentos que tocam o tecido sob a pele (ver Os 4 Passos do Processamento de Equipamentos, p. 315).
-

Use luvas

- Use luvas em qualquer procedimento que tenha o risco de tocar sangue, outros fluidos corporais, membranas mucosas, rupturas da pele, objetos e superfícies sujas ou lixo.
- Use luvas cirúrgicas em procedimentos cirúrgicos tais como inserção de implantes. Use luvas de exame descartáveis em procedimentos que toquem membranas mucosas intactas ou, de modo geral, para evitar a exposição a fluidos corporais. Não é necessário usar luvas na aplicação de injeções.
- Troque de luvas entre procedimentos na mesma cliente e entre clientes.
- Não toque equipamentos ou superfícies limpas com luvas sujas ou com as mãos nuas.
- Lave as mãos antes de vestir as luvas. Não lave as mãos com as luvas ao invés de trocar de luvas. As luvas não são uma substituição da lavagem de mãos.
- Use luvas limpas ao limpar instrumentos e equipamentos sujos, manusear lixo e limpar sangue ou fluidos corporais derramados.

Faça exames pélvicos somente quando necessários

- A maioria dos métodos de planejamento familiar não requer exames pélvicos—somente no caso de esterilização feminina e DIU (ver Importância de Procedimentos Seleccionados para Fornecimento de Métodos de Planejamento Familiar, p. 307). Os exames pélvicos devem ser realizados somente quando há um motivo—por exemplo, suspeita de doenças sexualmente transmissíveis, quando o exame poderá ajudar no diagnóstico ou tratamento.

Em caso de infecção, use agulhas e seringas novas e auto-desativáveis

- Seringas e agulhas auto-desativáveis são mais seguras e confiáveis que as seringas e agulhas descartáveis para uso uma única vez, sendo que quaisquer seringas e agulhas descartáveis são mais seguras do que a esterilização de agulhas e seringas reutilizáveis. Seringas e agulhas reutilizáveis devem ser consideradas somente quando não há equipamento de injeção de uso único disponível e se os programas puderem documentar a qualidade da esterilização.
- Não é preciso limpar a pele da cliente antes da injeção a menos que a pele esteja suja. Se estiver, lave com água e sabão e seque com uma toalha limpa. Limpar com antisséptico não tem nenhum benefício adicional.

Limpe as superfícies com solução clorídrica

- Limpe as mesas de exame, as bancadas e outras superfícies que entrem em contato com rupturas da pele com solução clorídrica a 0,5% após cada cliente.
-

Descarte equipamentos e suprimentos de uso único de forma apropriada e com segurança



- Use equipamentos de proteção pessoal—óculos de plástico, máscara, avental e sapatos de proteção fechados—quando manusear o lixo.
- Agulhas e seringas destinadas a uso único não devem ser reutilizadas. Não separe a agulha da seringa. As agulhas usadas não devem ser quebradas, entortadas ou recapeadas. Coloque as agulhas e seringas usadas imediatamente num recipiente à prova de perfuração para descarte. (Se as agulhas e seringas não forem incineradas, devem ser descontaminadas com jato de solução clorídrica a 0,5% antes de serem colocadas no recipiente à prova de perfuração.)
- O recipiente à prova de perfuração que recebe objetos pontiagudos deve ser vedado e queimado, incinerado ou enterrado profundamente quando estiver 3/4 cheio.
- Materiais para curativos e outros resíduos sólidos sujos devem ser recolhidos em sacos plástico e, em até 2 dias, queimados e enterrados num poço fundo. Dejetos líquidos deve ser vertidos num ralo de pia ou num vaso sanitário com descarga, ou vertidos num poço fundo e queimados.
- Limpe os recipientes de lixo com detergente e enxágüe com água.
- Remova as luvas de procedimento (não cirúrgicas) e limpe-as sempre que estiverem sujas ao menos uma vez por dia.
- Lave as mãos antes e depois de descartar equipamentos e resíduos sujos.

Lave as roupas de proteção das mesas de exame

- Lave as roupas de proteção (por exemplo, lençóis, capas, camisolas e tecidos cirúrgicos) na mão ou máquina e seque no varal ou secadora. Ao manusear tecidos sujos, use luvas, mantenha as roupas afastadas de seu corpo e não as sacuda.

Pequeno Risco de Infecção pelo HIV na Clínica

Há possibilidade dos profissionais de saúde se exporem ao HIV através de pontas de agulha, membranas mucosas e rupturas da pele, mas o risco de infecção é baixo:

- Pontas de agulhas ou cortes causam a maioria das infecções em serviços de saúde.
- O risco médio de infecção pelo HIV após a exposição por ponta de agulha a sangue infectado com o HIV é de 3 infecções por 1.000 pontas de agulha.
- Estima-se que o risco após uma exposição do olho, nariz ou boca a sangue infectado com o HIV seja de cerca de 1 infecção por 1.000 exposições.

Seguir as precauções universais é a melhor forma que os profissionais tem de evitar exposição ao HIV e outras infecções por fluidos corporais no ambiente de trabalho.

Faça da Prevenção das Infecções um Hábito

Para absolutamente todos os clientes, o profissional de saúde deve pensar: “Que prevenção a infecções é necessária?” Qualquer cliente ou profissional tem uma infecção que desconhece porque não apresenta sintomas óbvios. A prevenção de infecções é sinal de um bom atendimento de saúde que pode atrair clientes. Para algumas clientes, a limpeza é um dos mais importantes indicadores de qualidade.



O 4 Passos do Processamento de Equipamentos

- 1.** Descontamine para exterminar os organismos infecciosos tais como HIV e hepatite B e tornar os instrumentos, luvas e outros objetos mais seguros para as pessoas que os limpam. Mergulhe em solução clorídrica a 0,5% por 10 minutos. Enxágüe com água fria limpa ou limpe imediatamente.
- 2.** Limpe para remover fluidos corporais, tecido e sujeira. Lave o esfregue com uma escova com sabão líquido ou detergente e água. Evite usar sabão em barra ou em pó, que pode aderir ao equipamento. Enxágüe e seque. Ao limpar, use luvas de procedimento e equipamento de proteção pessoal—óculos de proteção, máscara, avental e sapatos fechados.
- 3.** Faça desinfecção de alto nível ou esterilize.
 - Faça desinfecção de alto nível para exterminar todos os organismos infecciosos exceto algumas endosporas bacterianas (uma forma dormente e resistente de bactéria) que devem ser tratados com fervura, vapor ou produtos químicos. Faça a desinfecção de alto nível de instrumentos ou suprimentos que entram em contato com membranas mucosas intactas ou rupturas da pele, tais como espécula vaginal, sondas uterinas e luvas usadas em exames pélvicos.
 - Esterilize para exterminar todos os organismos infecciosos, inclusive endosporas bacterianas, com um autoclave de vapor de alta pressão, um forno de secagem, produtos químicos ou radiação. Esterilize instrumentos tais como escalpelos e agulhas que tocam o tecido sob a pele. Se não for possível ou viável fazer a esterilização (por exemplo, para laparoscópios), os instrumentos devem ser desinfetados em alto nível.
- 4.** Guarde os instrumentos e suprimentos para protege-los da contaminação. Devem ser armazenados num recipiente esterilizado ou desinfetado em alto nível num local limpo e afastado do movimento da clínica. Os equipamentos usados na esterilização e desinfecção de alto nível de instrumentos e suprimentos também devem ser guardados e protegidos de contaminação.

Gerenciamento de Suprimentos Contraceptivos

Um atendimento de saúde reprodutiva de boa qualidade requer um suprimento contínuo de contraceptivos e outros produtos. Os profissionais que oferecem planejamento familiar constituem o elo mais importante na cadeia de fornecimento de contraceptivos que transporta os produtos do fabricante até a cliente.

Relatórios e pedidos elaborados com precisão e pontualidade pelos profissionais ajudam os gestores da cadeia de suprimentos a determinar que produtos são necessários, que quantidade comprar e onde distribuí-los. Funcionários da clínica fazem sua parte quando manipulam adequadamente o estoque de contraceptivos, registrando com exatidão e relatando o que é fornecido às clientes, e quando fazem prontamente o pedido de novos suprimentos. Em alguns locais um funcionário é designado para cuidar de todas as tarefas de logística. Em outros, diferentes pessoas poderão ajudar na logística conforme a necessidade. Os funcionários da clínica precisam se familiarizar e aprender a lidar com os sistemas em operação para certificar-se de que terão em mãos os suprimentos que necessitam.

Responsabilidades de Logística na Clínica

Cada cadeia de suprimentos opera de acordo com os procedimentos específicos que funcionam num dado estabelecimento, mas tipicamente as responsabilidades de logística dos contraceptivos na clínica abrangem as seguintes atividades comuns:

Diariamente

- Faça um levantamento do número e tipos de contraceptivos entregues às clientes usando o formulário de registro apropriado (tipicamente denominado “registro de atividades diárias”).
- Mantenha as condições adequadas de armazenamento para todos os suprimentos: armazenados em lugar limpo e seco, afastado do sol direto e protegido do calor extremo.
- Forneça contraceptivos às clientes tomando por base a seguinte forma de manuseio do estoque de suprimentos: “os primeiros a vencer serão entregues primeiro”. Este modo de gerenciar os insumos assegura que os produtos com data de validade mais próxima serão os primeiros a serem liberados ou



distribuídos. Esta prática faz com que o estoque antigo seja liberado antes de modo a prevenir o desperdício por perda do prazo de validade.



Regularmente (a cada mês ou trimestre, dependendo da logística do sistema)

- Conte a quantidade de cada método disponível na clínica e determine a quantidade de contraceptivos a serem pedidos (em geral feito juntamente a um farmacêutico da clínica). É um bom momento para inspecionar os suprimentos, procurando ver se há problemas tais como recipientes ou pacotes danificados, embalagens de DIU ou implante que vieram abertas ou descoloramento de preservativos.
- Trabalhe com agentes de distribuição da comunidade supervisionados pelos funcionários da clínica, revisando seus registros de consumo e ajudando-os a preencher os formulários de pedido. Envie suprimentos de contraceptivos aos agentes comunitários com base em seus pedidos.
- Reporte-se e faça solicitações ao coordenador do programa de planejamento familiar ou responsável pelos suprimentos de saúde (normalmente isso ocorre no nível de distrito ou região), usando os formulários apropriados de relatório e emissão de pedidos. A quantidade solicitada é aquela que trará o estoque para o nível em que atenderá a expectativa de necessidades até o recebimento do próximo pedido. (Deve-se elaborar um plano antecipadamente para se fazer pedidos de emergência ou pedir suprimentos emprestados de postos de saúde vizinhos caso haja súbito aumento na demanda, potencialmente esgotando o estoque ou no caso de grande perdas, por exemplo, se houver uma inundação do almoxarifado.)
- Receba os suprimentos de contraceptivos solicitados do farmacêutico da clínica ou outra pessoa responsável pela cadeia de suprimento. Os recebimentos devem ser checados comparando-se com o que foi solicitado.

APÊNDICE A Eficácia dos Métodos Anticoncepcionais

Taxas de Gravidez Não Desejada por 100 Mulheres

	Taxas de Gravidez no Primeiro Ano (Trussell ^a)		Taxas de Gravi- dez de 12 meses (Cleland & Ali ^b)	
Método de planejamento familiar	Uso consisten- te e correto	Tal como usado comumente	Tal como usado comumente	Chave
Implantes	0.05	0.05		0–0.9
Vasectomia	0.1	0.15		Muito eficaz
DIU de Levonorgestrel	0.2	0.2		
Esterilização feminina	0.5	0.5		1–9
DIU com Cobre	0.6	0.8	2	Eficaz
MAL (por 6 mees)	0.9 ^c	2 ^c		
Injetáveis mensais	0.05	3		10–25
Injetáveis só de progestógeno	0.3	3	2	Modera- damente eficaz
Anticoncepcionais orais combinados	0.3	8	7	
Pílulas orais só de progestógeno	0.3	8		26–32
Adesivo combinado	0.3	8		Menos eficaz
Anel vaginal combinado	0.3	8		
Preservativos masculinos	2	15	10	
Método de ovulação	3			
Método dos Dois Dias	4			
Método de Dias Padrão	5			
Diafragmas com espermicida	6	16		
Preservativos femininos	5	21		
Outros métodos baseados na percepção da fertilidade		25	24	
Coito interrompido	4	27	21	
Espermicidas	18	29		
Capuz cervical	26 ^d , 9 ^e	32 ^d , 16 ^e		
Nenhum método	85	85	85	

^a Rates Taxas principalmente dos Estados Unidos. Fonte:Trussell J. Contraceptive efficacy. In: Hatcher R et al., editors. Contraceptive technology. 19th revised ed. 2007 (no prelo).As taxas para injetáveis mensais e capuz cervical são de Trussell J. Contraceptive failure in the United States. Contraception. 2004;70(2): 89–96.

^b Taxas provenientes de países em desenvolvimento. Fonte: Cleland J and Ali MM. Reproductive consequences of contraceptive failure in 19 developing countries. Obstetrics and Gynecology. 2004;104(2): 314–320.

^c A taxa para uso consistente e correto de MAL é uma média ponderada de 4 estudos clínicos citados em Trussell (2007). A taxa de MAL tal como geralmente utilizada provém de Kennedy KI e outros, *Consensus statement: Lactational amenorrhea method for family planning* (declaração de consenso: método de amenorréia lactacional para planejamento familiar. International Journal of Gynecology and Obstetrics. 1996;54(1): 55–57.

^d Taxa de gravidez para mulheres que já deram à luz

^e Taxa de gravidez para mulheres que nunca deram à luz

A

Eficácia dos Métodos Anticoncepcionais

Sinais e Sintomas de Problemas de Saúde Graves

A tabela abaixo relaciona os sinais e sintomas de alguns problemas de saúde graves. Estes problemas são mencionados nas seções de Riscos à Saúde ou Como Lidar com Problemas no capítulos sobre cada método contraceptivo. Estes problemas ocorrem com frequência rara a extremamente rara entre usuárias do método.

De modo geral, também ocorrem de forma rara entre pessoas em idade reprodutiva. Não obstante, é importante reconhecer os possíveis sinais destes problemas e tomar medidas ou encaminhar para atendimento caso uma cliente os reporte. Em alguns casos, clientes que desenvolvam um destes problemas podem ter que escolher outro método contraceptivo.

Problema	Descrição	Sinais e Sintomas
Trombose em veias profundas	Um coágulo sanguíneo que se desenvolve nas veias profundas do corpo, geralmente nas pernas	Dor persistente e aguda numa das pernas, as vezes com inchaço ou pele vermelha.
Gravidez ectópica	Uma gravidez na qual o óvulo fertilizado se implanta em tecido fora do útero, mais comumente numa trompa de Falópio mas as vezes no cérvix ou na cavidade abdominal	Nos estágios iniciais da gravidez ectópica, os sintomas podem ser moderados ou não existirem, mas ao final ficarão agudos. Uma combinação destes sinais e sintomas deve aumentar a suspeita de gravidez ectópica: • Sensibilidade ou do abdominal incomum • Sangramento vaginal anormal ou ausência de menstruação—especialmente se for uma alteração no padrão de menstruação usual • Zonzeira ou tontura • Desmaios
Infarto do miocárdio	Ocorre que o suprimento de sangue ao coração é bloqueado, geralmente devido ao acúmulo de colesterol e outras substâncias nas artérias coronárias	Pressão incômoda ou desconforto no tórax; sensação de estar cheio, aperto ou dor no centro do peito que dura mais do que alguns minutos ou intermitente; dormência ou dor que se irradia num braço ou ambos, nas costas, mandíbula ou estômago; falta de fôlego; suores frios; náusea.

Problema	Descrição	Sinais e Sintomas
Desordens hepáticas	Infecção por hepatite que inflama o fígado; tecido com cicatrizes por cirrose que bloqueia o fluxo sanguíneo impedindo de atravessar o fígado	Pele ou olhos amarelados (itcterícia) e inchaço abdominal, sensibilidade ou dor, especialmente na parte superior do abdômen.
Doença inflamatória pélvica (DIP)	Um infecção do aparelho genital superior, causada por vários tipos de bactéria	Dor na parte inferior do abdômen; dor durante o sexo, exame pélvico ou ao urinar; sangramento vaginal anormal ou descarga; febre; o cérvix sangra quando tocado. Num exame pélvico, os sinais de DIP incluem sensibilidade nos ovários ou trompas de Falópio, descarga cervical amarelada contendo muco e pus, sangra facilmente quando o cérvix é tocado com cotonete e sensibilidade ou dor ao mover o cérvix e útero durante um exame pélvico.
Embolia pulmonar	Um coágulo sanguíneo que se desloca da corrente sanguínea para os pulmões	Súbita falta de fôlego que pode se agravar com uma inspiração profunda, tosse que pode trazer sangue, batimento cardíaco acelerado e uma sensação de zonzeira.
Ruptura de gravidez ectópica	Quando uma trompa de Falópio se rompe devido a uma gravidez ectópica	Dor súbita aguda ou pontiaguda no abdômen inferior, as vezes num único lado. Possível dor no ombro direito. Geralmente, em questão de horas o abdômen fica rígido e a mulher entra em choque.
Reação alérgica aguda ao látex	Quando o corpo da pessoa tem uma forte reação ao contato com o látex	Erupções em boa parte do corpo, tontura provocada por uma súbita queda na pressão arterial, dificuldade em respirar, perda da consciência (choque anafilático).
Derrame (acidente vascular cerebral)	Quando as artérias que vão para o cérebro ficam bloqueadas ou se rompem, impedindo o fluxo sanguíneo normal e levando à morte do tecido cerebral	Dormência ou fraqueza da face, braço ou perna, especialmente num dos lados do corpo; confusão ou dificuldade em falar ou compreender; dificuldade em enxergar com um dos olhos; dificuldade em andar; tontura, perda do equilíbrio ou coordenação; dor de cabeça aguda sem que haja outra causa conhecida. Os sinais e sintomas se desenvolvem de repente.
Síndrome do choque tóxico	Uma reação aguda por todo o corpo a toxinas liberadas por bactérias	Febre alta, erupções corporais, vômitos, diarreia, tontura, dores musculares. Os sinais e sintomas se desenvolvem de repente.

Problemas Médicos Que Tornam a Gravidez Particularmente Arriscada

Alguns problemas médicos comuns tornam a gravidez mais arriscada para a saúde da mulher. A eficácia do método contraceptivo tem, por isso, especial importância. Para obter uma comparação da eficácia dos métodos de planejamento, ver Eficácia dos Contraceptivos, p. 319.

Alguns métodos dependem mais de suas usuárias quanto à eficácia do que outros. Na maioria das vezes, os métodos que requerem o uso correto em cada relação sexual ou abstinência durante os dias férteis são os métodos menos eficazes, tal como usados comumente:

- Espermicidas
- Coito interrompido
- Métodos baseados na percepção da fertilidade
- Capuz cervical
- Diafragmas
- Preservativos femininos
- Preservativos masculinos

Se uma mulher disser que tem algum dos problemas comuns relacionados abaixo:

- Deve-se informar a ela que a gravidez poderá ser particularmente arriscada para sua própria saúde e, em alguns casos, para a saúde do bebê.
- Durante o aconselhamento, concentre atenção especial na eficácia dos métodos.
- Clientes que estejam cogitando adotar um método que exija o uso correto em cada relação sexual devem refletir cuidadosamente se terão condições de usá-lo de maneira eficaz.

Infecções e Desordens do Aparelho Reprodutivo

- Câncer de mama
- Câncer do endométrio
- Câncer ovariano
- Algumas doenças sexualmente transmissíveis (gonorréia, clamídia)
- Algumas infecções vaginais (vaginose bacteriana)

Doença Cardiovascular

- Pressão arterial alta (pressão arterial sistólica superior a 160 mm Hg ou pressão arterial diastólica superior a 100 mm Hg)
- Doença cardíaca valvular complicada
- Doença cardíaca isquêmica (doença do coração resultante de artérias estreitadas)
- Derrame

Outras Infecções

- HIV/AIDS (ver Doenças Sexualmente Transmissíveis Inclusive HIV, Pergunta 9, p. 287)
- Tuberculose
- Esquistossomíase com fibrose do fígado

Problemas Endocrinológicos

- Diabetes, se for dependente de insulina, com danos às artérias, rins, olhos ou sistema nervoso (nefropatia, retinopatia, neuropatia), ou com mais de 20 anos de duração

Anemias

- Anemia falciforme

Problemas Gastrointestinais

- Cirrose aguda (descompensada) no fígado
- Tumores malignos (cancerígenos) no fígado (hepatoma)

Critérios Médicos de Elegibilidade para Uso Métodos Anticoncepcionais

A tabela exibida nas páginas a seguir resume os Critérios Médicos de Elegibilidade da Organização Mundial da Saúde que orientam o uso dos métodos anticoncepcionais.

Tais critérios constituem a base das listas de verificação dos Critérios Médicos de Elegibilidade constantes nos Capítulos I a 19.

Categorias Relativas a Métodos Temporários

Categoria	Com Critério Clínico	Com Critério Clínico Limitado
1	Use o método em qualquer circunstância	Sim (Use o método)
2	De modo geral, use o método	
3	Em geral, não se recomenda o uso do método a menos que outros métodos, mais adequados não estejam disponíveis ou sejam aceitáveis	Não (Não use o método)
4	O método não deve ser usado	

Nota: Na tabela que se inicia na próxima página, os problemas de categoria 3 e 4 estão sombreados para indicar que o método não deve ser fornecido nos casos em que o critério clínico for limitado.

No caso de vasectomia, preservativos masculinos e femininos, espermicidas, diafragmas, capuz cervical e método de amenorréia lactacional, ver p. 333. No caso dos métodos baseados na percepção da fertilidade, ver p. 334.

Categorias Relativas à Esterilização Feminina

Aceitar (A)	Não há razão médica para negar o método a uma pessoa com este problema ou nesta circunstância.
Cautela (C)	O método é normalmente fornecido num estabelecimento médico, mas com preparativos e precauções extras.
Retardar (R)	O uso do método deve ser retardado até que o problema seja avaliado e/ou solucionado. Devem ser fornecidos métodos temporários e alternativos de contracepção.
Especial (E)	O procedimento deve ser realizado num estabelecimento com assistente e cirurgião experiente, com os equipamentos necessários para se aplicar anestesia general e outros meios de suporte médico de apoio. É necessário alguém para decidir sobre o procedimento mais apropriado e suporte à anestesia. Devem ser fornecidos métodos temporários e alternativos caso seja preciso encaminhar ou haja adiamento por qualquer motivo.

	= Use o método	Anticoncepcionais orais combinados	Injetáveis mensais	Adesivo combinado e anel vaginal combinado	Pílulas só de progestógeno	Injetáveis só de progestógeno	Implantes	Pílulas anticoncepcionais de emergência*	Dispositivo intrauterino com cobre	Dispositivo intrauterino com levonorgestrel	Esterilização feminina*									
	= Não use o método																			
I	= Início do método																			
C	= Continuação do método																			
	= Problema não incluído na lista; não afeta a elegibilidade para uso do método																			
NA = Não se aplica																				
Problema de saúde																				
CARACTERÍSTICAS PESSOAIS E HISTÓRIA REPRODUTIVA																				
Grávida	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	4	4	R										
Idade	Menarca a < 40 anos			Menarca a < 18 anos				Menarca a < 20 anos		Jovem										
	1	1	1	1	2	1	—	2	2	C										
	≥ 40 anos			18 to 45 anos				≥ 20 anos												
	2	2	2	1	1	1	—	1	1											
				> 45 anos																
				1	2	1	—													
Paridade																				
Nulípara (ainda não deu à luz)	1	1	1	1	1	1	—	2	2	A										
Múltipara (já deu à luz)	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A										
Amamentando																				
< 6 semanas após o parto	4	4	4	3 ^a	3 ^a	3 ^a	1	b	b	*										
≥ 6 semanas a < 6 meses após o parto (em amamentação exclusiva)	3	3	3	1	1	1	1	b	b	A										
≥ 6 meses após o parto	2	2	2	1	1	1	1	b	b	A										
Pós-parto (não amamentando)																				
< 21 dias	3	3	3	1	1	1	—	b	b	*										
≥ 21 dias	1	1	1	1	1	1	—	b	b											
Pós-aborto																				
Primeiro trimestre	1	1	1	1	1	1	—	1	1	*										
Segundo trimestre	1	1	1	1	1	1	—	2	2											
Logo após aborto séptico	1	1	1	1	1	1	—	4	4											
Gravidez ectópica anterior	1	1	1	2	1	1	1	1	1	A										
História de cirurgia pélvica	1	1	1	1	1	1	—	1	1	C*										

* Para obter problemas de saúde adicionais relacionados a pílulas anticoncepcionais de emergência e esterilização feminina, ver p. 332.

^a Em locais onde o risco de morbidade e mortalidade são elevados e este método é um dos poucos contraceptivos amplamente disponíveis, o mesmo poderá ser disponibilizado a mulheres amamentando imediatamente após o parto.

^b Uso de DIU após o parto: no caso de mulheres amamentando e mulheres que não estejam amamentando, a colocação do DIU a menos de 48 horas é categoria 2 para DIU com cobre e categoria 3 para o DIU de levonorgestrel. Para ambos os tipos de DIU, a colocação de 48 horas a < 4 semanas é categoria 3; ≥ 4 semanas, categoria 1 é sépsis puerperal, categoria 4.

(Continua)

	= Use o método									
	= Não use o método									
I	= Início do método									
C	= Continuação do método									
	= Problema não incluído na lista; não afeta a elegibilidade para uso do método									
NA = Não se aplica										
Problema de saúde	Anticoncepcionais orais combinados	Injetáveis mensais	Adesivo combinado e anel vaginal combinado	Pílulas só de progestógeno	Injetáveis só de progestógeno	Implantes	Pílulas anticoncepcionais de emergência*	Dispositivo intrauterino com cobre	Dispositivo intrauterino com levonorgestrel	Esterilização feminina*
Fumo										
Idade < 35 anos	2	2	2	1	1	1	—	1	1	A
Idade ≥ 35 anos										
<15 cigarros/dia	3	2	3	1	1	1	—	1	1	A
≥15 cigarros/dia	4	3	4	1	1	1	—	1	1	A
Obesidade										
≥ 30 kg/m2 de índice de massa corporal	2	2	2	1	1	1	—	1	1	C
Medição de pressão arterial não disponível	NA ^c	NA ^c	NA ^c	NA ^c	NA ^c	NA ^c	—	NA	NA	NA
DOENÇA CARDIOVASCULAR										
Múltiplos fatores de risco de doença cardiovascular arterial (idade avançada, fumo, diabetes e hipertensão)	3/4 ^d	3/4 ^d	3/4 ^d	2	3	2	—	1	2	E
Hipertensão ^e										
Histórico de hipertensão em local onde a pressão arterial NÃO POSSA ser avaliada (inclusive hipertensão na gravidez)	3	3	3	2 ^c	2 ^c	2 ^c	—	1	2	NA
Hipertensão adequadamente controlada, em local onde a pressão POSSA ser avaliada	3	3	3	1	2	1	—	1	1	C
Pressão arterial elevada (corretamente medida)										
Sistólica 140–159 ou diastólica 90–99	3	3	3	1	2	1	—	1	1	C ^f
Sistólica ≥ 160 ou diastólica ≥ 100 ^g	4	4	4	2	3	2	—	1	2	E ^f

^c Em locais em que os riscos de morbidez e mortalidade na gravidez sejam elevados e este método é um dos poucos contraceptivos amplamente disponíveis, não se deve negar às mulheres acesso ao mesmo simplesmente devido ao fato de sua pressão arterial não poder ser medida.

^d Quando existem múltiplos fatores de risco importantes, sendo que qualquer um deles isoladamente aumentaria substancialmente o risco de doença cardiovascular, o uso do método poderá aumentar o risco da mulher a um nível inaceitável. Entretanto, não se pretende uma simples adição de categorias para múltiplos fatores de risco. Por exemplo, uma combinação de fatores designados como categoria 2 não necessariamente garantirão uma categoria mais alta.

^e Supondo-se que não existam nenhum outro fator de risco de doença cardiovascular. Uma única medição da pressão arterial não é suficiente para classificar uma mulher como hipertensa.

^f A pressão arterial elevada deve ser controlada antes do procedimento e monitorada durante o mesmo.

^g Este problema poderá tornar a gravidez um risco à saúde inaceitável. As mulheres devem ser avisadas de que, devido às taxas de gravidez relativamente mais altas, tal como geralmente usados, os espermicidas, o coito interrompido, os métodos baseados na percepção da fertilidade, os capuzes cervicais, diafragmas ou os preservativos femininos ou masculinos poderão não ser a escolha mais apropriada.

 = Use o método	Anticoncepcionais orais combinados	Injetáveis mensais	Adesivo combinado e anel vaginal combinado	Pílulas só de progestógeno	Injetáveis só de progestógeno	Implantes	Pílulas anticoncepcionais de emergência*	Dispositivo intrauterino com cobre	Dispositivo intrauterino com levonorgestrel	Esterilização feminina*									
 = Não use o método																			
 = Início do método																			
 = Continuação do método																			
 = Problema não incluído na lista; não afeta a elegibilidade para uso do método																			
NA = Não se aplica																			
Problema de saúde																			
Doença vascular	4	4	4	2	3	2	—	1	2	S									
História de pressão arterial alta durante a gravidez (onde é possível medir a pressão arterial atual e a mesma é normal)	2	2	2	1	1	1	—	1	1	A									
Trombose venosa profunda (TVP)/ Embolia pulmonar (EP)																			
Histórico de TVP/EP	4	4	4	2	2	2	*	1	2	A									
TVP/EP atual	4	4	4	3	3	3	*	1	3	R									
História familiar deTVP/EP (parentes de primeiro grau)	2	2	2	1	1	1	*	1	1	A									
Cirurgia de grande porte																			
Com imobilização prolongada	4	4	4	2	2	2	—	1	2	D									
Sem imobilização prolongada	2	2	2	1	1	1	—	1	1	A									
Cirurgia de pequeno impacto sem imobilização prolongada	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A									
Mutações trombotogênicas conhecidas (p.ex., Fator V Leiden, Mutação de Protrombina; Proteína S, Proteína C e Deficiências de antitrombina) ^g	4	4	4	2	2	2	*	1	2	A									
Trombose venosa superficial																			
Varizes	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A									
Tromboflebite superficial	2	2	2	1	1	1	—	1	1	A									
Doença cardíaca isquêmica^g				I	C				I	C									
Atual	4	4	4	2	3	3	2	3	*	1	2	3	R						
História de													C						
Derrame (história de acidente vascular cerebral) ^g	4	4	4	2	3	3	2	3	*	1	2		C						

(Continua)

^g Avalie de acordo com o tipo e severidade da hiperlipidemia e a presença de outros fatores de risco cardiovasculares.

= Use o método													
= Não use o método													
I = Início do método													
C = Continuação do método													
= Problema não incluído na lista; não afeta a elegibilidade para uso do método													
NA = Não se aplica													
Problema de saúde	Anticoncepcionais orais combinados	Injetáveis mensais	Adesivo combinado e anel vaginal combinado	Pílulas só de progestógeno	Injetáveis só de progestógeno	Implantes	Pílulas anticoncepcionais de emergência*	Dispositivo intrauterino com cobre	Dispositivo intrauterino com levonorgestrel	Esterilização feminina*			
Hiperlipidermias conhecidas	2/3 ^h	2/3 ^h	2/3 ^h	2	2	2	—	1	2	A			
Doença cardíaca valvular													
Não complicada	2	2	2	1	1	1	—	1	1	C ⁱ			
Complicada (hipertensão pulmonar, fibrilação atrial, história de endocardite bacteriana subaguda) ^g	4	4	4	1	1	1	—	2 ⁱ	2 ⁱ	E*			
DOENÇAS NEUROLÓGICAS													
Dores de cabeça^j	I C	I C	I C	I C	I C	I C	I C	I C	I C				
Não enxaquecosa (moderada ou aguda)	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	A
Enxaqueca							2						
Sem aura	I C	I C	I C	I C	I C	I C	I C	I C	I C	I C			
Idade < 35 anos	2	3	2	3	2	3	1	2	2	2	2	2	A
Idade ≥ 35 anos	3	4	3	4	3	4	1	2	2	2	2	2	A
Com aura, em qualquer idade	4	4	4	4	4	4	2	3	2	3	2	3	A
Epilepsia	1 ^k	1 ^k	1 ^k	1 ^k	1 ^k	1 ^k	1 ^k	—	1	1	1	1	C
DISTÚRBIOS DEPRESSIVOS													
Distúrbios depressivos	1 ^l	1 ^l	1 ^l	1 ^l	1 ^l	1 ^l	1 ^l	—	1	1 ^l	1	1	C
INFECÇÕES E DISTÚRBIOS DO APARELHO REPRODUTOR													
Padrões de sangramento vaginal									I C	I C			
Padrão irregular sem sangramento intenso	1	1	1	2	2	2	2	—	1	1	1	1	A
Sangramento intenso ou prolongado (inclusive padrões regulares e irregulares)	1	1	1	2	2	2	2	—	2	1	2	2	A
Sangramento vaginal inexplicável (suspeita de problema grave) antes da avaliação	2	2	2	2	3	3	3	—	I C	I C	I C	I C	R
Endometriose	1	1	1	1	1	1	1	—	2	1	1	1	E
Tumores ovarianos benignos (inclusive cistos)	1	1	1	1	1	1	1	—	1	1	1	1	A
Dismenorréia aguda	1	1	1	1	1	1	1	—	2	1	1	1	A
Doença trofoblástica													

^l Aconselha-se o uso de antibióticos profiláticos antes de se fornecer o método.

ⁱ A categoria é para mulheres sem outros fatores de risco de derrame (AVC).

^k Se estiver tomando anticonvulsivantes, consultar a seção sobre interações medicamentosas, p. 332.

^g Determinados medicamentos podem interagir com o método, tornando-o

	= Use o método											
	= Não use o método											
I	= Início do método											
C	= Continuação do método											
	= Problema não incluso na lista; não afeta a elegibilidade para uso do método											
NA = Não se aplica												
Problema de saúde	Anticoncepcionais orais combinados	Injetáveis mensais	Adesivo combinado e anel vaginal combinado	Pílulas só de progestógeno	Injetáveis só de progestógeno	Implantes	Pílulas anticoncepcionais de emergência*	Dispositivo intrauterino com cobre	Dispositivo intrauterino com levonorgestrel	Esterilização feminina*		
Benigna	1	1	1	1	1	1	—	3	3	A		
Maligna ^g	1	1	1	1	1	1	—	4	4	R		
Ectrópion cervical	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A		
Neoplasia intraepitelial cervical (NIC)	2	2	2	1	2	2	—	1	2	A		
Câncer cervical (aguardando tratamento)	2	2	2	1	2	2	—	I 4	C 2	I 4	C 2	R
Doença mamária												
Massa não diagnosticada	2	2	2	2	2	2	—	1	2	A		
Doença mamária benigna	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A		
Histórico de câncer na família	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A		
Câncer de mama												
Atual ^g	4	4	4	4	4	4	—	1	4	C		
Anterior, sem evidência da doença por pelo menos 5 anos	3	3	3	3	3	3	—	1	3	A		
Câncer do endométrio ^g	1	1	1	1	1	1	—	I 4	C 2	I 4	C 2	R
Câncer ovariano ^g	1	1	1	1	1	1	—	3	2	3	2	R
Fibrose uterina												
Sem distorção da cavidade uterina	1	1	1	1	1	1	—	1	1	C		
Com distorção da cavidade uterina	1	1	1	1	1	1	—	4	4	C		
Anormalidades anatômicas												
Cavidade uterine destorcida	—	—	—	—	—	—	—	4	4	—		
Outras anormalidades que não distorçam a cavidade uterina ou que não interfiram na colocação de um DIU (inclusive estenose e dilatações cervicais)	—	—	—	—	—	—	—	2	2	—		
Doença inflamatória pélvica (DIP)												

(Continua)

^m Trate a DIP utilizando antibióticos apropriados. Geralmente, não há necessidade de remover o DIU se a cliente desejar continuar utilizando-o.

☐	= Use o método	Anticoncepcionais orais combinados	Injetáveis mensais	Adesivo combinado e anel vaginal combinado	Pílulas só de progestógeno	Injetáveis só de progestógeno	Implantes	Pílulas anticoncepcionais de emergência*	Dispositivo intrauterino com cobre	Dispositivo intrauterino com levonorgestrel	Esterilização feminina*									
☐	= Não use o método																			
I	= Início do método																			
C	= Continuação do método																			
☐	= Problema não incluído na lista; não afeta a elegibilidade para uso do método																			
NA = Não se aplica																				
Problema de saúde																				
DIP anterior (supondo-se que não haja fatores de risco atuais para DSTs)															I	C	I	C		
Com gravidez subsequente	1	1	1	1	1	1	1	—	1	1	1	1	A							
Sem gravidez subsequente	1	1	1	1	1	1	1	—	2	2	2	2	C							
DIP atual	1	1	1	1	1	1	1	—	4	2 ^m	4	2 ^m	R							
Doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) ^g									I	C	I	C								
Cervicite purulenta, clamídia ou gonorréia atual	1	1	1	1	1	1	1	—	4	2	4	2	R							
Outras DSTs (exceto HIV e hepatite)	1	1	1	1	1	1	1	—	2	2	2	2	A							
Vaginite (inclusive tricomonas vaginal e vaginose bacteriana)	1	1	1	1	1	1	1	—	2	2	2	2	A							
Aumento de risco de DSTs	1	1	1	1	1	1	1	—	2/3 ⁿ	2	2/3 ⁿ	2	A							
HIV/Aids ^g																				
									I	C	I	C								
Alto risco de HIV	1	1	1	1	1	1	1	—	2	2	2	2	A							
Infetada com o HIV	1	1	1	1	1	1	1	—	2	2	2	2	A							
Com Aids	1	1	1	1	1	1	1	—	3	2	3	2	E ^o							
Em terapia anti-retroviral	2	2	2	2	2	2	2	—	2/3 ^p	2	2/3 ^p	2	E ^o							
OUTRAS INFECÇÕES																				
Esquistossomíase																				
Não complicada	1	1	1	1	1	1	1	—	1		1		A							
Fibrose do fígado (se aguda, ver cirrose, página 332) ^g	1	1	1	1	1	1	1	—	1		1		C							
Tuberculose ^g									I	C	I	C								
Não pélvica	1	1	1	1	1	1	1	—	1	1	1	1	A							
Pélvica conhecida	1	1	1	1	1	1	1	—	4	3	4	3	E							
Málaría	1	1	1	1	1	1	1	—	1		1		A							

ⁿ O problema é categoria 3 se a mulher apresentar elevada probabilidade individual de exposição a gonorréia ou clamídia.

^o A presença de doença relacionada a Aids poderá exigir que se adie o procedimento.

^p Aids é categoria 2 para a colocação no caso de mulheres clinicamente bem em terapia anti-retroviral; caso contrário, categoria 3 para a colocação.

^g Se a glicose no sangue não estiver bem controlada, recomenda-se o encaminhamento a um serviço de atendimento de nível mais elevado.

	= Use o método									
	= Não use o método									
I	= Início do método									
C	= Continuação do método									
	= Problema não incluído na lista; não afeta a elegibilidade para uso do método									
NA = Não se aplica										
Problema de saúde										
	Anticoncepcionais orais combinados	Injetáveis mensais	Adesivo combinado e anel vaginal combinado	Pílulas só de progestógeno	Injetáveis só de progestógeno	Implantes	Pílulas anticoncepcionais de emergência*	Dispositivo intrauterino com cobre	Dispositivo intrauterino com levonorgestrel	Esterilização feminina*
PROBLEMAS ENDOCRINOLÓGICOS										
Diabetes										
História de diabetes gestacional	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A ^q
Diabetes não vascular										
Não dependente de insulina	2	2	2	2	2	2	—	1	2	C ^{i,q}
Dependente de insulina ^g	2	2	2	2	2	2	—	1	2	C ^{i,q}
Com danos a rins, olhos ou nervos ^g	3/4 ^r	3/4 ^r	3/4 ^r	2	3	2	—	1	2	E
Outra doença vascular ou diabetes com > 20 de duração ^g	3/4 ^r	3/4 ^r	3/4 ^r	2	3	2	—	1	2	E
Distúrbios da tireóide										
Bócio simples	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A
Hipertireóide	1	1	1	1	1	1	—	1	1	E
Hipotireóide	1	1	1	1	1	1	—	1	1	C
PROBLEMAS GASTROINTESTINAIS										
Doença da vesícula biliar										
Sintomática										
Tratada com colecistectomia	2	2	2	2	2	2	—	1	2	A
Tratada clinicamente	3	2	3	2	2	2	—	1	2	A
Atual	3	2	3	2	2	2	—	1	2	R
Assintomática	2	2	2	2	2	2	—	1	2	A
História de Colestase										
Relacionada à gravidez	2	2	2	1	1	1	—	1	1	A
Relacionada a uso anterior de anticoncepcionais orais combinados	3	2	3	2	2	2	—	1	2	A
Hepatite viral										
Ativa	4	3/4 ^{r,s}	4 ^s	3	3	3	2	1	3	R
Portador	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A

(Continua)

^r Avalie de acordo com a gravidade do problema.

^s Em mulheres com hepatite viral sintomática, adie este método até que a função hepática retorne ao normal ou 3 meses após a mesma se tornar assintomática, o que acontecer antes.

^t A função hepática deve ser avaliada.

	= Use o método									
	= Não use o método									
I	= Início do método									
C	= Continuação do método									
	= Problema não incluído na lista; não afeta a elegibilidade para uso do método									
NA = Não se aplica										
Problema de saúde	Anticoncepcionais orais combinados	Injetáveis mensais	Adesivo combinado e anel vaginal combinado	Pílulas só de progestógeno	Injetáveis só de progestógeno	Implantes	Pílulas anticoncepcionais de emergência*	Dispositivo intrauterino com cobre	Dispositivo intrauterino com levonorgestrel	Esterilização feminina*
Cirrose										
Moderada (compensada)	3	2	3	2	2	2	—	1	2	C ^t
Aguda (descompensada) ^g	4	3	4	3	3	3	—	1	3	E
Tumores hepáticos										
Benignos (adenoma)	4	3	4	3	3	3	—	1	3	C ^t
Malignos (hepatoma) ^g	4	3/4	4	3	3	3	—	1	3	C ^t
ANEMIAS										
Talassemia	1	1	1	1	1	1	—	2	1	C
Anemia falciforme^g	2	2	2	1	1	1	—	2	1	C
Anemia por deficiência de ferro	1	1	1	1	1	1	—	2	1	R/C ^u
INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS										
Medicamentos que afetam as enzimas do fígado										
Rifampicin	3 ^l	2	3 ^l	3 ^l	2	3 ^l	—	1	1	—
Certos anticonvulsivantes (fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxcarbazepina)	3 ^l	2	3 ^l	3 ^l	2	3 ^l	—	1	1	—
Antibióticos (exceto rifampicina)										
Griseofulvina	2	1	2	2	1	2	—	1	1	—
Outros antibióticos	1	1	1	1	1	1	—	1	1	—

^u Para hemoglobina < 7 g/dl, adie. Para hemoglobina ≥ 7 a < 10 g/dl, use cautela.

Problemas adicionais relacionados a pílulas anticoncepcionais de emergência:

Categoria 1: uso repetido; estupro.

Categoria 2: história de complicações cardiovasculares agudas (doença cardíaca isquêmica, ataque vascular cerebral ou outros problemas tromboembólicos e angina do peito).

Problemas adicionais relacionados à esterilização feminina:

Cautela: hérnia diafragmática; doença renal; deficiências nutricionais agudas; cirurgia abdominal ou pélvica anterior; simultâneas a cirurgia eletiva.

Retardar: infecção dermatológica abdominal; doença respiratória aguda (bronquite, pneumonia); gastroenterite ou infecção sistêmica; cirurgia de emergência (sem aconselhamento prévio); cirurgia para problema infeccioso; certos problemas pós-parto (7 a 41 dias depois do parto); pré-eclâmpsia/eclâmpsia grave; ruptura prolongada das membranas (24 horas ou mais); febre durante ou imediatamente após o parto; sépsis após o parto; hemorragia aguda; trauma agudo no aparelho genital; rompimento cervical ou vaginal no momento do parto); certos problemas

pós-aborto (sepsis, febre ou hemorragia aguda; trauma agudo do aparelho genital; rompimento cervical ou vaginal no momento do aborto; hematometra aguda); endocardite bacteriana subaguda; fibrilação atrial não tratada.

Medidas especiais: distúrbios de coagulação; asma crônica, bronquite, enfisema ou infecção pulmonar; útero fixo devido a infecção ou cirurgia anterior; hérnia umbilical ou da parede abdominal; ruptura ou perfuração uterina pós-parto; perfuração uterina pós-aborto.

Problemas relativos à vasectomia:

Não há considerações especiais: alto risco de HIV, infectado pelo HIV, anemia falciforme.

Cautela: pouca idade; distúrbios depressivos; diabetes; ferimento prévio no escroto; varicocele ou hidrocele de grande porte; criptorquidismo (poderá exigir encaminhamento).

Retardo: DSTs ativas (exceto HIV e hepatite); infecção dermatológica no escroto; balanite; epididimite ou orquite; gastroenterite ou infecção sistêmica; filariase; elefantíase; massa intraescrotal.

Medidas especiais: Aids (uma doença relacionada a Aids poderá exigir adiamento); distúrbios de coagulação; hérnia inguinal.

Problemas relativos a preservativos masculinos e femininos, espermicidas, diafragmas, capuz cervical e método de amenorréia lactacional:

Todos os outros problemas relacionados nas páginas anteriores que não aparecem aqui são categoria I ou NA para preservativos masculinos e femininos, espermicidas, diafragma e capuzes cervicais e não relacionados nos Critérios Médicos de Elegibilidade para o Método de Amenorréia Lactacional.

= Use o método = Não use o método = Problema não incluído na lista; não afeta a elegibilidade para o método NA = Não se aplica	Preservativos masculinos e femininos	Espermicidas	Diafragmas	Capuzes cervicais	Método da amenorréia lactacional ^{na}
HISTÓRIA REPRODUTIVA					
Paridade					
Nulípara (ainda não deu à luz)	1	1	1	1	—
Múltipara (já deu à luz)	1	1	2	2	—
< 6 semanas após o parto	1	1	NA ^v	NA ^v	—
DOENÇA CARDIOVASCULAR					
Doença cardíaca valvular complicada (hipertensão pulmonar; risco de fibrilação atrial, história de endocardite bacteriana subaguda) [§]	1	1	2	2	—
DISTÚRBIOS E INFECÇÕES DO APARELHO REPRODUTIVO					
Neoplasia intraepitelial cervical	1	1	1	4	—
Câncer cervical	1	2	1	4	—
Anormalidades anatômicas	1	1	NA ^w	NA ^x	—

^v Aguarde para realizar o ajuste /uso até que a involução uterina esteja completa.

^w O diafragma não pode ser usado em certos casos de prolapso uterino.

^x O uso do capuz não é adequado numa cliente com anatomia cervical com distorção grave.

(Continua)

☐ = Use o método ☒ = Não use o método ☐ = Problema não incluído na lista; não afeta a elegibilidade para uso do método	Preservativos masculinos e femininos	Espermicidas	Diafragmas	Capuzes cervicais	Método da amenorréia lactacional ^{ee}
Problema de saúde					
HIV/AIDS^g					
Risco elevado de HIV	1	4	3	3	—
Infectado com o HIV	1	4	3	3	C ^y
AIDS	1	4	3	3	C ^y
OUTROS					
História de síndrome de choque tóxico	1	1	3	3	—
Infecção no aparelho urinário	1	1	2	2	—
Alergia ao látex ^z	3	1	3	3	—

^y Mulheres com HIV ou AIDS devem evitar a amamentação caso a alimentação substituta seja custeável, viável, aceitável, sustentável e segura. Caso contrário, recomenda-se a amamentação exclusiva durante os primeiros 6 meses de vida do bebê devendo-se então ser interrompida por um período de 2 dias a 3 semanas.

^z Não se aplica a preservativos, diafragmas e capuzes cervicais de plástico.

**** Problemas adicionais relativos ao método de amenorréia lactacional:**

Medicação utilizada durante a amamentação: para proteger a saúde do bebê, não se recomenda a amamentação a mulheres que estejam usando medicamentos tais como anti-metabolitos, bromocriptina, certos anticoagulantes, corticosteroides (doses elevadas), ciclosporina, ergotamina, lítio, drogas que alteram o humor, drogas radioativas e reserpina.

Problemas que afetam o recém-nascido e que possam dificultar a amamentação: deformidades congênicas da boca, mandíbula ou palato; recém-nascidos que sejam menores que o esperado para sua idade ou prematuros e que necessitem de terapia neonatal intensiva; e certos distúrbios metabólicos.

Problemas relativos aos métodos de percepção da fertilidade:

[A] = Aceitar [C] = Cautela [R] = Retardar	Métodos baseados em sintomas	Métodos baseados no calendário
Problema de saúde		
Idade: pós-menarca ou próxima da menopausa	C	C
Amamentando < 6 semanas após o parto	R	R ^{aa}
Amamentando ≥ 6 semanas após o parto	C ^{bb}	R ^{bb}
Pós-parto, não amamentando	R ^{cc}	R ^{aa}
Pós-aborto	C	R ^{dd}
Sangramento vaginal irregular	R	R
Descarga vaginal	R	A
Tomando medicamentos que afetam a regularidade dos ciclos, os hormônios e/ou os sinais de fertilidade	R/C ^{ee}	D/C ^{ee}
Doenças que elevam a temperatura corporal		
Agudas	R	A
Crônicas	C	A

^{aa} Retarde até que ela tenha tido 3 ciclos menstruais regulares.

^{bb} Use cautela após o retorno da menstruação ou das secreções normais (geralmente, pelo menos 6 semanas após o parto).

^{cc} Retarde até o retorno da menstruação ou das secreções normais (geralmente < 4 semanas após o parto).

^{dd} Retarde até ela tenha tido um ciclo menstrual regular.

^{ee} Retarde até que se tenha determinado o efeito dos medicamentos, então proceda com cautela.

Glossário

aborto espontâneo Perda natural da gravidez durante as primeiras 20 semanas.

aborto séptico **Aborto espontâneo** ou induzido que envolve infecção.

abscesso Um bolsão de **pus** rodeado por inflamação, causado por uma infecção bacteriana e marcado por dor persistente.

absorvente Um tampão feito de algodão ou outro material absorvente utilizado para drenar fluidos, como por exemplo um tampão inserido na vagina para absorver o fluxo sanguíneo durante a **menstruação**.

Aids Ver **síndrome da imunodeficiência adquirida**.

alergia ao látex Quando o corpo de uma pessoa tem uma reação ao contato com o látex, inclusive persistência ou recorrência de vermelhidão, coceira ou inchaço agudos. Em casos extremos, pode conduzir a choque anafilático (ver Reação alérgica aguda ao látex, Apêndice B, p. 321).

amamentação Alimentação de um bebê com o leite produzido pelos seios (ver também Método de Amenorréia Lactacional, p. 257). Os padrões de amamentação abrangem.

amamentação exclusiva Dar ao bebê somente o leite materno sem nenhuma suplementação de qualquer espécie—nem mesmo água—exceto talvez vitaminas, minerais ou medicação.

amamentação integral Dar ao bebê leite materno quase que exclusivamente mas também água, suco, vitaminas ou outros nutrientes ocasionalmente.

amamentação quase integral Dar ao bebê algum líquido ou alimento além do leite materno, mas mais de três quartos da alimentação provém das mamadas.

amamentação parcial Qualquer amamentação que seja menos que a amamentação quase integral, dando-se ao bebê mais suplementação com outros líquidos ou alimentos. Menos de três quartos da ingestão provém de mamadas.

amamentação integral Ver **amamentação**.

amamentação parcial Ver **amamentação**.

amamentação quase integral Ver **amamentação**.

amenorréia Ver **sangramento vaginal**.

anemia Problema no qual o corpo tem diminuição da **hemoglobina**, geralmente devido a deficiência de ferro ou perda excessiva de sangue. Conseqüentemente, os tecidos não recebem oxigênio adequado.

anemia falciforme, doença falciforme Forma hereditária crônica de **anemia**. As células sangüíneas assumem a forma anormal de uma foice ou lua crescente quando privadas de oxigênio.

ataque cardíaco Ver **infarto do miocárdio**.

aura de enxaqueca Um distúrbio do sistema nervoso que afeta a vista e, às vezes, o tato e a fala (ver Identificação de Dores de Cabeça e Aura de Enxaqueca, p. 368).

aura Ver **enxaqueca com aura**.

balanite Inflamação da ponta do **pênis**.

bócio Um aumento não cancerígeno da tireóide.

câncer cervical Crescimento maligno (cancerígeno) que ocorrer no **cérvix**, geralmente devido a infecção persistente com certos tipos de **papillomavirus humano**.

câncer de endométrio Crescimento maligno (cancerígeno) na membrana que recobre o útero.

câncer de mama Crescimento maligno (cancerígeno) que se desenvolve no tecido dos seios.

cancro Uma **doença sexualmente transmissível** causada por uma bactéria, que provoca uma úlcera que cresce nos genitais.

candidíase Uma infecção vaginal comum causada por um fungo semelhante a uma levedura. Também conhecido como infecção de monilíase. Não se trata de uma doença sexualmente transmissível.

cervicite purulenta Inflamação do **cérvix** acompanhada de uma descarga com aparência de **pus**. Frequentemente indica infecção com gonorréia ou clamídia.

cervicite Ver **cervicite purulenta**.

cérvix A parte inferior do **útero** que se prolonga desde a parte superior da **vagina** (ver Anatomia Feminina, p. 364)

choque anafilático Ver Reação alérgica aguda ao látex, Apêndice B, p. 321.

ciclo menstrual Uma série repetida de alterações nos **ovários** e no **endométrio** que inclui a **ovulação** e a **menstruação**. A maioria das mulheres apresenta ciclos que duram entre 24 e 35 dias (ver O Ciclo Menstrual, p. 366).

cirrose (do fígado) Ver Distúrbios hepáticos, Apêndice B, p. 321.

cisto ovariano Saco ou bolsa repleta de fluido que se desenvolve no **ovário** ou em sua superfície. Geralmente desaparece sozinho mas pode romper-se e provocar dor e complicações.

clamídia Uma **doença sexualmente transmissível** causada por uma bactéria. Se não for tratada, pode provocar infertilidade.

colecistectomia Remoção cirúrgica da vesícula biliar.

colestase Redução do fluxo de biliar secretada pelo fígado.

cordão espermático Um cordão formado pelo **vaso deferente**, artérias, veias, nervos e vasos linfáticos que passam da virilha descendo até a parte de trás de cada **testículo** (ver Anatomia Masculina, p. 367).

criptorquidismo Incapacidade de um ou ambos **testículos** em descer até o **escroto** após o parto.

densidade óssea Uma medida da densidade e resistência de um osso. Quando o tecido ósseo se reabsorve mais rapidamente do que a formação de um novo tecido ósseo, os ossos ficam menos densos, aumentando o risco de fraturas.

depressão Um problema de saúde mental tipicamente marcado pelo abatimento, desespero, falta de esperança e às vezes extremo cansaço ou agitação.

derrame (acidente vascular cerebral) Ver Derrame (acidente vascular cerebral), Apêndice B, p. 321.

descontaminar (equipamento médico) Para remover organismos infecciosos a fim de tornar mais seguros os instrumentos, luvas e outros objetos às pessoas que realizam a limpeza dos mesmos.

desinfecção de alto nível (instrumentos médicos) Para destruir todos os microorganismos vivos exceto algumas bactérias. Compare com **esterilizar**.

desinfecção Ver **desinfecção de alto nível**.

diabetes (diabetes mellitus) Um distúrbio crônico que ocorre quando os níveis de glicose no sangue tornam-se excessivamente altos porque o corpo não produz insulina suficiente ou não consegue utilizar a insulina corretamente.

dismenorréia Dor durante o **sangramento vaginal**, comumente conhecida como cólicas menstruais.

distúrbio ou doença tromboembólica Coagulação anormal do sangue nos vasos sanguíneos.

doença cardíaca isquêmica, isquemia A isquemia é a redução do fluxo sanguíneo para os tecidos do corpo. Quando esta redução do fluxo ocorre nas artérias do coração, é chamada de doença cardíaca isquêmica.

doença cardíaca valvular Problema de saúde devido ao funcionamento inadequado das válvulas do coração.

doença cardiovascular Qualquer doença do coração, vasos sanguíneos ou circulação do sangue.

doença da tireóide Qualquer doença da tireóide (ver **hipertireóide**, **hipotireóide**).

doença do trofoblasto gestacional Doença durante a gravidez que envolve o crescimento anormal das células do trofoblasto, a camada mais externa da células de um **embrião em crescimento**, que dá origem à **placenta**.

doença do trofoblasto Ver doença trofoblástica gestacional.

doença hepática Abrange tumores do fígado, **hepatite** e **cirrose**.

doença inflamatória pélvica Ver Doença inflamatória pélvica, Apêndice B, p. 321.

doença mamária benigna Crescimento anormal mas não cancerígeno de tecido das mamas.

doença sexualmente transmissível (DST) Qualquer uma de um grupo de parasitas e infecções bacterianas, fungais e virais são transmitidos durante a atividade sexual.

doença vascular cerebral Qualquer doença dos vasos sanguíneos do cérebro.

doença vascular Qualquer doença dos vasos sanguíneos.

doenças da vesícula biliar Problemas que afetam a vesícula biliar, um saco ou bolsa localizada sob o fígado que armazena a bile utilizada na digestão de gorduras. Pode incluir inflamação, infecção ou obstrução, câncer da vesícula biliar ou cálculos biliares (quando os componentes da bile se solidificam no interior do órgão).

dor de cabeça com enxaqueca Um tipo de dor de cabeça aguda e recorrente (ver Identificação de Dores de Cabeça e Aura de Enxaqueca, p. 368).

droga antiinflamatória não-esteroidal (DANE) Uma classe de drogas usadas para diminuir a dor, febre e inchaço.

dupla proteção Quando se evita tanto a gravidez quanto as **doenças sexualmente transmissíveis**.

eclampsia Um problema que ocorre no final da gravidez, no trabalho de parto e no período imediatamente posterior ao parto caracterizado por convulsões. Em casos graves, pode levar a coma e a óbito.

ectrópio cervical Um problema de pouca gravidade no qual as células produtoras de muco encontradas no canal cervical começam a crescer na área ao redor da abertura do **cérvix**.

ejaculação A liberação de **sêmen** pelo **pênis** no orgasmo.

elefantíase Um inchaço e endurecimento crônicos e freqüentemente extremos da pele e tecido sob a pele, especialmente das pernas e do **escroto**, devido a uma obstrução no sistema linfático (ver **filariase**).

embolia pulmonar Ver Embolia pulmonar, Apêndice B, p. 321.

embrião O produto da fertilização de um **óvulo** por um **esperma** durante as primeiras 8 semanas de desenvolvimento.

endocardite bacteriana Infecção que ocorre quando bactérias da corrente sanguínea colonizam tecido ou válvulas danificadas do coração.

endométrio A membrana que recobre a superfície interna do **útero**. Ela se adensa e então é solta uma vez por mês, provocando **menstruação**. Durante a gravidez, esta membrana não é solta, mas, ao contrário, se altera e produz hormônios, ajudando a dar suporte à gravidez (ver Anatomia Feminina, p. 364).

endometriose Um problema no qual o tecido do **endométrio** cresce para fora do **útero**. O tecido pode prender-se aos órgãos reprodutivos ou a outros órgãos na cavidade abdominal. Pode provocar dor pélvica e prejudicar a fertilidade.

engorgitamento (engorgitamento mamário) Um problema durante a amamentação que ocorre quando há um acúmulo de leite nos seios maior do que o consumo do bebê. Pode fazer com que os seios fiquem saturados, retesados, sensíveis e quentes. Pode ser prevenido (ou aliviado) pela amamentação freqüente e sempre que o bebê solicitar.

epididimite Inflamação do **epididimo**

epididimo Um tubo espiralado (duto) preso aos **testículos** sobre os quais **repousa**. O **esperma** em **formação atinge a maturidade** e desenvolve sua capacidade de nadar no interior deste duto. O esperma amadurecido sai do epididimo através dos **vasos deferentes** (ver Anatomia Masculina, p. 367).

epilepsia Um distúrbio crônico causado por perturbação da função cerebral. Pode envolver convulsões.

escolha esclarecida Um decisão tomada livremente com base em informações claras, precisas e relevantes. É um dos objetivos do aconselhamento em planejamento familiar.

escroto A bolsa de pele que fica atrás do **pênis** e que contém os **testículos** (ver Anatomia Masculina, p. 367).

espécúlo Um instrumento médico utilizado para ampliar a abertura de modo a se visualizar melhor o interior. Insere-se um espécúlo na vagina para auxiliar na visualização do cérvix.

espermatozóide A célula sexual masculina. Os espermatozóides são produzidos nos **testículos** de um homem adulto, misturado com **sêmen** nas **vesículas seminais**, e liberado durante a **ejaculação** (ver Anatomia Masculina, p. 367).

esquistossomíase Uma doença parasitária causada por um platielmíntio que vive numa lesma hospedeira. As pessoas se infectam quando andam ou se banham em água que contenha larvas das lesmas infectadas.

estenose cervical Quando a abertura cervical é mais estreita que o normal.

esterilizar (equipamento médico) Visa destruir todos os microorganismos, inclusive esporos que não são exterminados pela **desinfecção de alto nível**.

estrógeno Hormônio responsável pelo desenvolvimento sexual feminino. Estrógenos naturais, especialmente o **hormônio** estradiol, são secretados por um **folicúlo** ovariano maduro, que circunda o **óvulo**. É também um grupo de drogas sintéticas que têm efeitos semelhantes aos do estrógeno natural; alguns são utilizados em anticoncepcionais hormonais.

expulsão Quando um dispositivo intrauterino ou implante contraceptivo sai total ou parcialmente do lugar.

fertilização União de um **óvulo** com um **espermatozóide**.

feto O produto da **fertilização** a partir da 8ª semana de gravidez até o parto (ver **embrião**).

fibrilação atrial Um distúrbio no ritmo cardíaco no qual as câmaras superiores do coração contraem de maneira anormal ou desordenada.

fibróide uterina Tumor não cancerígeno que cresce no músculo do **útero**.

fibróide Ver **fibróide uterina**.

Fibrose O excesso na formação de tecido fibroso, como forma de reação aos danos sofridos por um órgão.

filariase Uma doença parasitária crônica provocada por vermes filariais. Pode conduzir a inflamação e entupimento permanente dos canais no sistema linfático e causar **elefantíase**.

folicúlo Uma pequena estrutura redonda existente no **ovário**, cada uma contendo um **óvulo**. Durante a **ovulação**, um folicúlo na superfície do ovário se abre e libera um óvulo maduro.

gastroenterite Inflamação do estômago e do intestino.

Gonorréia Uma **doença sexualmente transmissível** causada por uma bactéria. Se não for tratada, pode causar **infertilidade**.

gravidez ectópica Ver Gravidez ectópica, Apêndice B, p. 320.

hematócrito A percentagem de sangue integral constituída por células vermelhas do sangue. Usado como forma de mensurar a anemia.

hematoma Uma equimose ou área de mudança de cor da pele provocada pela ruptura de vasos sanguíneos sob a pele.

hematometra Um acúmulo de sangue no útero, que pode ocorrer logo após um aborto espontâneo ou induzido.

hemoglobina O material que contém ferro existente nas células vermelhas do sangue que transportam oxigênio dos pulmões para os tecidos do corpo.

hepatite Ver Distúrbios hepáticos, Apêndice B, p. 321.

hérnia A projeção de um órgão ou parte dele ou de qualquer estrutura corporal que atravessa a parede que normalmente o contém.

hérnia inguinal Uma **hérnia** na virilha.

herpes genital Uma doença causada por um vírus, disseminada pelo contato sexual.

hidrocele Um acúmulo de fluido numa cavidade corporal, especialmente nos **testículos** ou ao longo do cordão espermático.

hiperlipidemia Alto nível de gorduras no sangue que aumentam o risco de doença cardíaca.

hipertensão Elevação da **pressão arterial** acima do normal; 140 mm Hg ou mais (sistólica) ou 90 mm Hg ou mais (diastólica).

hipertensão pulmonar Continua **hipertensão** na artéria pulmonar, que impede o fluxo sanguíneo que vai do coração para os pulmões.

hipertiroidismo Excesso na produção de hormônios pela tireóide.

hipotireoidismo Produção insuficiente de hormônios pela tireóide.

HIV Ver **vírus da imunodeficiência humana**.

hormônio Uma substância química produzida por um órgão ou parte do corpo e transportada pelo sangue a outro órgão ou parte do corpo, onde ele funciona provocando uma ação química. Podem ser também as substâncias químicas fabricadas industrialmente que funcionam como hormônios.

HPV Ver **papillomavirus humano (HPV)**.

icterícia Aspecto amarelado anormal da pele e dos olhos. Geralmente, é sintoma de **doença hepática**.

Implantação A fixação do **embrião** no **endométrio** do **útero** onde o mesmo estabelece contato com o suprimento sanguíneo da mulher a fim de se alimentar.

infarto do miocárdio Ver Infarto do Miocárdio, Apêndice B, p. 320. Ver também **doença cardíaca isquêmica**.

infecção por levedura Ver **candidíase**.

Infertilidade A incapacidade de um casal de produzir prole viva.

Intercurso Ver **sexo**.

lábios Os lábios internos e externos da **vagina**, que protegem os órgãos femininos internos (ver Anatomia Feminina, p. 365).

laceração Uma ferida ou rasgo irregular da carne em qualquer lugar do corpo, inclusive no **cérvix** e na **vagina**.

laparoscopia Um procedimento realizado com o uso de um laparoscópio.

laparoscópio Um dispositivo formado por um tubo com lentes utilizado para visualizar o interior de um órgão ou cavidade corporal. Usado no diagnóstico e em alguns procedimentos de esterilização feminina.

lesão Uma área enferma ou perturbada da pele ou outro tecido do corpo.

manchas Ver **sangramento vaginal**.

mastite Uma inflamação do tecido mamário devido a infecção que pode causar febre, vermelhidão e dor.

matriz Ver **útero**.

medidas preventivas Ações tomadas para prevenir a ocorrência de doenças, tais como lavar as mãos ou administrar medicamentos ou outros procedimentos terapêuticos.

membrana mucosa Membrana que recobre passagens e cavidades do corpo que entram em contato com o ar.

menarca O início dos ciclos de **menstruação**. Ocorre durante a puberdade depois que as meninas começam a produzir **estrógeno** e **progesterona**.

menopausa O período na vida de uma mulher no qual ela deixa de ter menstruação para sempre. Ocorre quando os **ovários** da mulher param de produzir óvulos. Considera-se que uma mulher tenha entrado na menopausa depois dela deixar de ficar menstruada por 12 meses seguidos.

menorragia Ver **sangramento vaginal**.

menstruação Fluxo mensal de fluido sanguíneo proveniente do **útero** que atravessa a **vagina** em mulheres adultas, que acontece entre a **menarca** e a **menopausa**. Também se refere ao fluxo mensal de fluido sanguíneo que as mulheres apresentam durante o uso de anticoncepcionais hormonais (um sangramento por supressão).

menstruação intensa Ver **sangramento vaginal**.

menstruação irregular Ver **sangramento vaginal**.

menstruação ocasional Ver **sangramento vaginal**.

menstruação prolongada Ver **sangramento vaginal**.

método de apoio Um método contraceptivo utilizando quando são cometidos enganos no uso de método anticoncepcional regular ou para ajudar a garantir que uma mulher não engravide quando ela começa a utilizar um método contraceptivo. Tais métodos incluem abstinência, preservativos masculinos ou femininos, espermicidas e coito interrompido.

minilaparotomia Uma técnica de esterilização feminina executada aproximando as **trompas de Falópio** a uma pequena incisão no abdômen e, em seguida, geralmente estas são amarradas e cortadas.

muco cervical Um fluido espesso que tapa a abertura do **cérvix**. A maior parte do tempo ele é espesso o suficiente para impedir que o **esperma** entre no **útero**. Na metade do **ciclo menstrual**, entretanto, o muco fica fino e aquoso e o esperma consegue passar com maior facilidade.

muco vaginal O fluido secretado pelas glândulas existentes na **vagina**.

mutações trombogênicas Qualquer um dos diversos distúrbios genéticos que provoca espessamento ou coagulação anormal do sangue.

nefropatia Doença renal, inclusive aquelas que danificam os pequenos vasos sanguíneos existentes nos rins provocada por diabetes de longa duração.

neoplasia intraepitelial cervical (NIC) Células anormais pré-cancerígenas no **cérvix**. Formas moderadas podem desaparecer por si próprias, mas anormalidades mais graves podem evoluir para **câncer cervical** se não forem tratadas. Também chamada de pré-câncer ou displasia cervical.

neuropatia Doença dos nervos ou do sistema nervoso, inclusive degeneração dos nervos devido a danos aos pequenos vasos sanguíneos do sistema nervoso provocada por diabetes de longa duração.

orquite Inflamação de um **testículo** (ver Anatomia Masculina, p. 367).

ovários Um par de glândulas sexuais femininas que armazenam e liberam óvulos (ver **óvulo**) e produzem os **hormônios estrógeno** e **progesterona** (ver Anatomia Feminina, p. 364).

ovulação A liberação de um **óvulo** por um **ovário**.

óvulo Célula reprodutiva produzida pelos **ovários**.

papillomavirus humano (HPV) Um vírus comum, altamente contagioso, que se dissemina pela atividade sexual e contato de pele com pele na área genital. Certos subtipos de HPV são responsáveis pela maioria dos casos **câncer cervical**; outros causam **verrugas genitais**.

parto prematuro Um parto que ocorre antes de 37 semanas de gravidez.

pélvis A estrutura esquelética localizada na parte inferior do torso humano, que repousa sobre as pernas e que dá suporte à espinha. Em mulheres, refere-se também à porção oca da estrutura óssea pélvica através da qual o feto passa durante o parto.

pênis O órgão masculino pelo qual o homem urina e realiza o intercuro sexual (ver Anatomia Masculina, p. 367).

perfuração Um furo na parede de um órgão ou o processo de produção do furo, por exemplo, com um instrumento médico.

perfuração uterina Punção da parede do **útero**, que pode ocorrer durante um aborto induzido ou devido à inserção de um dispositivo intrauterino.

período menstrual Ver **menstruação**.

placenta O órgão que nutre um **feto em crescimento**. A placenta é formada durante a gravidez e sai do **útero** alguns minutos após o nascimento de um bebê.

pós-parto Refere-se ao período depois do parto; as primeiras 6 semanas após o mesmo.

pre-eclampsia **Hipertensão** por excesso de proteína na urina, por inchaço local ou generalizado ou por ambos (mas sem convulsões) após 20 semanas de gravidez. Pode evoluir para **eclampsia**.

prepúcio Pele que forma um capuz que cobre a ponta do **pênis** (ver Anatomia Masculina, p. 367).

pressão arterial A força do sangue contra as paredes dos vasos sanguíneos. De modo geral, a pressão arterial sistólica (durante o bombeamento) normal é inferior a 140 mm Hg, e a pressão arterial diastólica (no repouso) normal é inferior a 90 mm Hg (ver **hipertensão**).

profilaxia Ver **medidas preventivas**.

progesterona Um **hormônio** esteróide que é produzido pelo ovário após a **ovulação**. Prepara o **endométrio** para a **implantação** de um óvulo fertilizado, protege o **embrião**, intensifica o desenvolvimento da **placenta** e auxilia na preparação dos seios para a **amamentação**.

progestógeno Qualquer uma de um grande grupo de drogas sintéticas que têm efeitos semelhantes aos da **progesterona**. Alguns são utilizados em anticoncepcionais hormonais.

próstata Órgão reprodutivo masculino no qual parte do **sêmen** é produzido (ver Anatomia Masculina, p. 367).

pus Um fluido branco amarelado que se forma em tecido infectado.

retinopatia Doença da retina (tecido nervoso que recobre a parte posterior do olho), inclusive dano aos pequenos vasos sanguíneos que chegam à retina, provocada por diabetes de longa duração.

ruptura de gravidez ectópica Ver Ruptura de gravidez ectópica, Apêndice B, p. 321.

ruptura prolongada das membranas Ocorre quando o saco ou bolsa repleto de fluido que circunda o feto de uma mulher grávida se rompe 24 horas ou mais antes do parto do bebê.

ruptura uterina Um rasgo do **útero**, tipicamente durante o trabalho de parto ou no final da gravidez.

sangramento inesperado Ver **sangramento vaginal**.

sangramento por supressão Ver **menstruação**.

sangramento vaginal Qualquer descarga vaginal sanguínea (cor de rosa, vermelha ou marrom) que requer o uso de proteção higiênica (chumaços, panos ou absorventes). Dentre os diferentes padrões de sangramento vaginal encontram-se:

amenorréia Ausência absoluta de sangramento nos momentos em que seria esperado.

sangramento inesperado Qualquer sangramento fora das épocas em que seria esperado (isto é, fora da menstruação regular) que requer o uso de proteção higiênica.

menstruação intensa (menorragia) Sangramento que tem o dobro da intensidade da menstruação usual de uma mulher.

menstruação ocasional Menos do que 2 eventos de sangramento no período de 3 meses.

menstruação irregular Manchas e/ou sangramento inesperado que ocorre fora da época em que seria de se esperar (isto é, fora da menstruação regular).

menstruação, sangramento mensal Sangramento que ocorre, em média, durante 3-7 dias a cada 28 dias.

menstruação prolongada Sangramento que dura mais do que 8 dias.

manchas Qualquer descarga vaginal sanguínea fora da época em que seria esperada que não requer proteção higiênica.

sêmen O fluido branco e espesso produzido pelos órgãos reprodutivos de um homem e liberado através do pênis **pênis** durante a **ejaculação**. Contém **espermatozoide** a menos que o homem tenha se submetido a uma vasectomia.

sépsis A presença de diversos organismos que formam **pus** e causam doenças ou as substâncias venenosas que eles produzem, no sangue ou nos tecidos corporais.

sépsis puerperal Infecção dos órgãos reprodutivos durante os primeiros 42 dias do **pós-parto** (puerpério).

sexo, intercursos sexual Atividade sexual na qual o pênis é inserido numa cavidade corporal.

anal Sexo envolvendo o ânus.

oral Sexo envolvendo a boca.

vaginal Sexo envolvendo a vagina.

sífilis Uma **doença sexualmente transmissível** causada por uma bactéria. Se não for tratada, pode evoluir para uma infecção sistêmica, provocando paralisia geral e demência ou pode ser transmitida ao feto durante a gravidez ou parto.

síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids) Problema de saúde resultante de infecção pelo **virus da imunodeficiência humana** (HIV), quando o sistema imunológico do corpo

entra em colapso e perde as condições de combater determinadas infecções.

síndrome do choque tóxico Ver Síndrome do choque tóxico, Apêndice B, p. 321.

talassemia Um tipo de **anemia** que é herdada.

terapia anti-retroviral (ARV) Um grupo de medicamentos utilizados para tratar pessoas com **síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids)**. Há diversas classes de ARV, as quais combatem o HIV de diferentes formas. Os pacientes podem tomar uma combinação de diversos medicamentos simultaneamente.

testículos Os 2 órgãos reprodutivos masculinos que produzem **esperma** e o **hormônio** testosterona. Localizados no **escroto**. (ver Anatomia Masculina, p. 367).

tricomoniase Uma **doença sexualmente transmissível** causada por um protozoário.

tromboflebite Inflamação de uma veia devido à presença de um coágulo sanguíneo (ver **trombose**).

tromboflebite superficial Inflamação de uma veia bem abaixo da pele devido a um coágulo sanguíneo.

trombose em veias profundas Ver Trombose de veias profundas, Apêndice B, p. 320.

trombose Formação de um coágulo sanguíneo no interior de um vaso sanguíneo.

trompa de Falópio Cada um do par de dutos delgados que conectam o **útero** à região de cada **ovário**. A **fertilização** de um **óvulo** pelo **espermatozóide** geralmente acontece em uma das trompas de Falópio (ver Anatomia Feminina, p. 364).

tuberculose Uma doença contagiosa provocada por uma bactéria. Mais comumente infecta o sistema respiratório; infecta também os órgãos da **pélvis** de uma mulher quando passa a ser chamada de **tuberculose pélvica**.

tuberculose pélvica Infecção dos órgãos pélvicos por bactéria de **tuberculose** proveniente dos pulmões.

tumor ovariano benigno Crescimento não cancerígeno que se desenvolve sobre ou no interior do ovário.

uretra Tubo através do qual a urina é liberada do corpo (ver Anatomia Feminina, p. 365 e Anatomia Masculina, p. 367). Em homens, o **sêmen** também passa através da uretra.

útero O órgão muscular oco que acolhe o **feto** durante a gravidez. Também chamado de matriz (ver Anatomia Feminina, p. 364).

útero fixo Um **útero** que não pode ser movido, frequentemente em consequência de **endometriose**, cirurgia anterior ou infecção.

vagina A passagem que faz a junção dos órgãos sexuais externos com o **útero** nas mulheres (ver Anatomia Feminina, p. 364).

vaginite Inflamação da **vagina**. Pode ser devida a infecção por bactérias, vírus ou fungos ou por irritação química. Não se trata de uma doença sexualmente transmissível.

vaginose bacteriana Um problema comum provocado por supercrescimento de bactérias normalmente encontradas na **vagina**. Não se trata de uma doença sexualmente transmissível.

varizes Veias retorcidas e aumentadas, mais comumente observadas em veias sob a pele das pernas.

vasos deferentes 2 tubos musculares que transportam o **esperma** dos **testículos** para as **vesículas seminais**. Estes tubos são cortados ou bloqueados durante uma vasectomia (ver Anatomia Masculina, p. 367).

verrugas genitais Crescimentos na **vulva**, na parede vaginal e no **cérvix** em mulheres e no **pênis** em homens. Causadas por certos tipos de **papillomavirus humano**.

vesículas seminais Órgãos masculinos em que o **esperma** é misturado ao **sêmen** (ver Anatomia Masculina, p. 367).

vírus da imunodeficiência humana (HIV) O vírus que provoca a **síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids)**.

vulva Os genitais femininos externos.

Índice Remissivo

A

- abdômen, inchaço e desconforto...61, 75, 177
- abdômen, dor no...50, 137, 139, 146, 200, 279, 291, 301, 320–321
 - como efeito colateral...27, 47, 102, 111, 119
 - como lidar com...40, 44, 125, 130, 151, 152, 177, 179
- abdominal, cirurgia...171
- aborto espontâneo...156, 159, 298, 299, 304, 372
 - e uso seguro do método...5, 28, 64, 84, 113, 133, 134
 - e início de um método...12, 33, 70, 91, 118, 141, 163, 172, 242–243, 246–247
 - numa usuária de DIU...132, 153–154
- abscesso...126, 171, 178, 194
- abstinência...252, 254, 287, 290
 - periódica...239, 240, 254
- acetaminofeno...*Ver* paracetamol
- acetato de medroxiprogesterona de depósito (DMPA)
 - como injetáveis só progestógeno...59, 60, 61, 62, 63, 71, 72, 73, 74, 78, 79, 80, 98, 272, 359...*Ver também* injetáveis só de progestógeno
 - em injetáveis mensais...81, 92
- acetato de medroxiprogesterona/cipionato de estradiol...81, 92...*Ver também* injetáveis mensais
- ácido mefenâmico ...75, 124
- aconselhamento...308–309
 - sobre infertilidade...304–306
 - sobre violência...300–303
 - para grupos diversificados...267–274
 - sobre esterilização feminina e vasectomia...173–174, 189
 - no atendimento pós-aborto...297–299
- acne
 - como efeito colateral...2, 111, 158, 164
 - como lidar com...3, 19, 125
- adesivo combinado...101–104, 148, 269, 272, 299, 358
 - eficácia contraceptiva...101–102
 - critérios médicos de elegibilidade...6–9
 - efeitos colaterais e como lidar...17–20, 102
- adolescência, adolescente...154, 242, 246, 267–271, 276
- agulha...*Ver* seringa
- alergia ao látex...200, 202, 207, 210, 228, 234, 334
- amamentação...167...*Ver também*
 - e retorno da fertilidade...291
 - e início de um método...293, 372
 - e mulheres com HIV...260, 265, 294, 295
 - como critério médico de elegibilidade...6, 9, 65, 67, 85, 88, 115, 242, 246, 325, 334
 - leite materno...257, 260, 263, 265, 277, 292, 294
 - melhores práticas de...292
 - problemas na...295–296
 - produção de leite materno...78, 258, 292
- amenorréia...*Ver* ausência de menstruação, *ver* método de amenorréia lactacional
- analgésico...*Ver* aspirina, ibuprofeno, paracetamol, drogas antiinflamatórias não estereoidais
- anel vaginal combinado...105–108, 148, 269, 272, 299, 358
 - eficácia contraceptiva...106
 - critérios médicos de elegibilidade...6–9
 - efeitos colaterais e como lidar...17–20, 106
- anormalidades anatômicas...137, 304, 329, 333
- anemia
 - por deficiência de ferro...132, 150, 362
 - como critério médico de elegibilidade...170, 171, 332
 - que não limita o uso de um método...5, 28, 84, 113

prevenção de...39, 76, 96, 125, 149, 290

proteção contra...3, 62, 111, 159, 362

anemia falciforme...62, 170, 323

Ver talassemia

anestesia, anestésico...176, 180, 181, 195

 geral...166, 169, 187, 324

 local...120–121, 166, 175–176, 191

antibióticos...139, 156, 242, 247, 280, 328

 antes da inserção de DIU...139, 156

 e eficácia dos anticoncepcionais...242, 247, 332

 em caso de abscesso, infecção...126, 178, 194

 em caso de doença inflamatória pélvica...151, 156, 329

anticoagulantes...259, 334

anticoncepcionais orais combinados...1–24, 148, 269, 272, 299, 358

 eficácia contraceptiva...1–2

 critérios médicos de elegibilidade...6–9

 efeitos colaterais e como lidar...2, 17–20

anticoncepcionais injetáveis combinados...
 Ver injetáveis mensais

anticoncepcionais orais...Ver anticoncepcionais orais combinados, pílulas só de progestógeno

anticonvulsivantes...20, 41, 127, 328, 332

antidepressivos...242, 246

antisséptico...126, 142, 144, 147, 178, 194, 313

armazenamento de anticoncepcionais...232, 316

artérias, danos provocados por diabetes...77, 97

 bloqueadas ou estreitadas...41, 77, 128, 323

 como critério médico de elegibilidade...7, 66, 67, 86, 170, 327, 332

ARVs...Ver terapia anti-retroviral

arrendimento da esterilização...167, 173, 174, 186, 189, 195, 269

aspirina...242, 247

 como tratamento...18, 19, 39, 40, 76, 96, 125, 126, 194

 a ser evitado...143, 150, 177, 192

ataque cardíaco... Ver infarto do miocárdio

ataques...8, 29, 114

atendimento pós-aborto...169, 297–299, 305, 332

aura...Ver dores de cabeça com enxaqueca, aura de enxaqueca

AVC (acidente vascular cerebral)... Ver derrame

B

bactérias...205, 277, 312, 315, 321

 infecção bacteriana...151

 vaginose bacteriana...226, 234, 279–280, 322, 330...Ver também vagina, infecção vaginal

balanite...188, 333

barbitúricos...8, 9, 20, 29, 30, 41, 114, 115, 127, 332

66, 67, 86, 114, 115, 160, 161, 170

bebê...Ver saúde do recém-nascido

bócio...331

bromocriptina...259, 334

C

calendário, métodos baseados no...239–240, 242–245, 253–254, 269, 273, 299, 334

 critérios médicos de elegibilidade...242

 método do ritmo do calendário...239–240, 245, 253

candidíase...226, 234, 279, 280

capuz cervical...148, 237–238, 269, 273, 299

 eficácia contraceptiva...237

 critérios médicos de elegibilidade...227–228, 238

carbamazepina...8, 9, 20, 29–30, 41, 114–115, 127, 332

câncer cervical...4, 79, 137, 200, 223, 226, 227, 238, 284–285, 329, 333

 testes preventivos...5, 28, 64, 84, 113, 134, 167, 285, 307

câncer de mama...4, 20, 23, 41, 77, 79, 97, 128, 322

 como critério médico de elegibilidade...8, 9, 29, 30, 66, 67, 87, 88, 115, 160, 161, 169, 329

câncer de próstata ...271

cervicite purulenta...137, 169, 282, 283, 307, 330

cêrvix...131, 142, 151, 175, 220, 227, 229, 286, 320–321, 364

inserção do capuz cervical, diafragma e espermicida...224, 230, 238

cancro...277, 279, 286

choque anafilático...207, 321

cirurgia...8, 20, 87, 97, 155, 166, 169, 171, 177, 179, 181, 182, 184, 195, 196, 285, 325, 327, 332

clamídia...78, 136, 169, 277, 278, 279, 282–283, 303, 304–305, 307, 322, 330

e uso do DIU...132, 136–137, 138–139, 151, 154

proteção contra...200, 226, 236

coágulo sanguíneo...3, 20, 23, 41, 77, 97, 100, 128, 194, 320, 321...*Ver também* trombose de veias profundas

como critério médico de elegibilidade...7, 29, 30, 66, 67, 86, 114, 115, 160, 161, 170

problemas de coagulação...171, 332

colestase...331

consentimento esclarecido...167, 173, 186, 189

contracepção de emergência...52, 142, 362...*Ver também* pílulas anticoncepcionais de emergência

circuncisão masculina...208, 288, 367

coceira...210, 279

como efeito colateral...225, 231

como lidar...207, 219, 233, 234

coito interrompido...148, 255–256, 269, 273, 299

eficácia contraceptiva...255

critérios médicos de elegibilidade...256

colostro...261, 292

complicações

da gravidez e do parto...291

com a esterilização feminina...166, 178

com implante...112, 120, 126

com DIU...132, 152–153, 159

com vasectomia...185, 194

confidencialidade...268, 298, 300, 302

consulta de acompanhamento...23, 128, 139, 146–147, 177, 192, 263

contracepção cirúrgica voluntária...*Ver* esterilização feminina, vasectomia

corticoesteróides...259, 334

crescimento de pelos e cabelo...3, 365

criptorquidismo...333

critérios médicos de elegibilidade...*Ver* critérios médicos de elegibilidade ara cada método anticoncepcional específico

D

DANE...*Ver* drogas antiinflamatórias não estereoidais

danos aos olhos devido a diabetes...*Ver* danos à visão devido ao diabetes

danos aos nervos devido a diabetes, neuropatia...20, 77, 97, 170, 323

como critério medico de elegibilidade...7, 9, 65, 67, 86, 88, 331

danos aos rins devido a diabetes...20, 77, 97, 323, 331

como critério médico de elegibilidade...7, 9, 65, 67, 86, 88, 170

danos à visão causado por diabetes...20, 77, 97, 323

como critério médico de elegibilidade...7, 9, 65, 67, 86, 88, 170, 331

defeitos ou malformações de nascença...3, 22, 42, 47, 54, 80, 83, 98, 129, 133, 223, 235

densidade óssea...61, 80, 272, 274

Depo-Provera...*Ver* acetato de medroxiprogesterona de depósito, injetáveis só de progestógeno

depo-subQ provera...63

depressão...19, 39, 76, 125, 301

derrame (AVC)...3, 7, 8, 20, 41, 66, 67, 77, 86, 87, 97, 128, 170, 321, 323, 327, 328, 368

desaparecimento de fios...*Ver* fios do DIU

desmaios...40, 127, 152, 178, 179, 191, 291, 320, 362

diabetes...323

como critério medico de elegibilidade...7–8, 9, 20, 65–66, 67, 77, 86–88, 97, 170, 326, 330–331, 333

- diafragma...148, 225–236, 269, 273, 299
- eficácia contraceptiva...226
 - critérios médicos de elegibilidade...227–228
 - efeitos colaterais e como lidar...226, 233–234
- diarréia...15, 17, 27, 36, 38, 234, 321
- dieta...19, 75, 96, 125, 289–290
- DIP... *Ver* doença inflamatória pélvica
- dispositivo intrauterino (DIU) com cobre...131–156, 269, 273, 299, 362
- eficácia contraceptiva...131–132
 - critérios médicos de elegibilidade...135–139
 - efeitos colaterais e como lidar...132, 149–154
- dispositivo intrauterino (DIU) com distribuição baseada na comunidade...317
- distúrbio tromboembólico...332
- desinfecção de instrumentos...312...
- desinfecção de alto nível...142, 312, 315
- DMPA...*Ver* acetato de medroxigesterona de depósito (DMPA)
- DMPA-SC...63
- doença arterial coronária...*Ver* artérias bloqueadas ou estreitadas
- doença benigna de mama...329
- doença cardíaca...8, 20, 41, 66, 87, 97, 170, 198, 323, 328, 333...*Ver também* artérias bloqueadas ou estreitadas, infarto do miocárdio
- doença da vesícula biliar...9, 20, 85, 331
- doença hepática...30, 41, 77, 97, 128, 321, 323
- como critério médico de elegibilidade...6, 29, 65, 67, 85, 88, 114, 115, 160, 161, 170–171, 330
- doença inflamatória pélvica (DIP)...132, 154, 156
- e infertilidade...155, 304–305
 - como critério médico de elegibilidade...169, 282–283, 329
 - diagnóstico de...137, 146–147, 151, 279, 321
 - proteção contra...3, 62, 111, 159, 166, 200, 226, 236
- doença renal...170, 332
- doenças sexualmente transmissíveis (DST)...133, 154, 275–288, 290, 300, 303
- e infertilidade...304–305
 - e uso seguro de métodos anticoncepcionais...19, 41, 77, 78, 97, 127, 153, 155, 233, 288
 - como critério médico de elegibilidade...136–139, 188, 330, 333
 - ausência de proteção contra...2, 26, 47, 60, 82, 110, 132, 158, 166, 184, 222–223, 240, 258
 - prevenção de...198–220, 226, 236, 280–281, 290
- fatores de risco...139, 276
- doença trofoblástica maligna...169
- doença vascular...323, 327, 331
- dor...137, 218, 233, 275, 368...*Ver também* dor abdominal, cólicas menstruais, dor e sensibilidade nos seios após esterilização feminina...177, 178, 181
- após inserção de implante...120, 123, 126
 - após inserção de DIU...145, 150, 152
 - após vasectomia...185, 192, 194, 195
 - durante o sexo...146, 151, 274, 279, 300, 321
- dor no peito...321
- dores de cabeça comuns...150... *Ver também* enxaqueca
- como efeito colateral...2, 13, 27, 34, 47, 61, 71, 83, 91, 102, 106, 111, 119, 158, 164
 - como lidar...18, 39, 76, 96, 125
- drogas antiinflamatórias não esteroidais (DANE)...17, 38, 39, 95, 96, 149, 150, 247
- drogas radioativas...259, 334
- DST... *Ver* doença sexualmente transmissível
- ducha...209, 224, 280, 287

E

eclâmpsia...169, 332

econazole...207

efeitos colaterais...*Ver* efeitos colaterais para cada método anticoncepcional

- eficácia contraceptiva...236, 319, 355, 358, 360, 362, back cover...*Ver também* eficácia contraceptiva para cada método específico
- ejaculação...203, 212, 238, 255–256, 363, 367 precoce...256
- eletrocoagulação...176
- elefantíase...188, 333
- elegibilidade...*Ver* critérios médicos de elegibilidade de cada método contraceptivo
- embolia pulmonar...3, 321, 327
- enanato de noretindrona (NET-EN)
 como injetáveis só de progestógeno...59, 60, 61, 62, 71, 72, 73, 74, 78, 79, 80, 98, 288, 359
 em injetáveis mensais...81, 92
- enfisema...171, 332
- endométrio...157, 364, 366
- câncer do...3, 4, 62, 79, 132, 322, 329, 362
- endometriose...3, 62, 159, 169, 328
- envolvimento do homem...270–271
- enxaqueca, auras, dores de cabeça...8–9, 20, 41, 77, 87–88, 97, 128, 272, 328, 368–369
- epidídimo...188, 304
- epididimite...188, 333
- epilepsia...170, 328
- ereção...185, 206, 210, 361, 363
- ergotamina...259, 334
- erupção da pele...102, 207, 210, 219, 233, 234, 321
- escroto...183, 187, 188, 190, 191, 192, 194, 195
 feridas no...187, 333
 infecção dermatológica no...188, 283, 333
- espaçamento entre partos...82, 289–291
- espéculo...142, 143, 144, 147
- esperma, espermatozoide...54, 165, 202, 213, 225, 237, 256, 304, 364, 366–367...*Ver também* sêmen, análise do sêmen
 bloqueio ou dano para impedir gravidez...25, 109, 131, 183, 185, 190–191, 199, 211, 221, 225
 cordão espermático...187, 195
 duto espermático...188, 283, 304, 333
- espermicidas...148, 221–225, 232–236, 269, 273, 299
 eficácia contraceptiva...222
 critérios médicos de elegibilidade...223
 efeitos colaterais e como lidar...222, 233, 233–234
- esquistossomíase...170
- esterilização feminina...148, 165–182, 269, 273, 299
 eficácia contraceptiva...165–166
 critérios médicos de elegibilidade...168–171
- esterilização masculina...*Ver* vasectomia
- esterilizar (equipamentos médicos)...312, 315...*Ver também* desinfecção de alto nível
- estômago, mal estar no...*Ver* náusea
- estratégias de dupla proteção...280–281
- estrógeno...15, 364...*Ver também* etinilestradiol
 em anticoncepcionais hormonais combinados...1, 24, 81, 98, 101, 105
 em pílulas anticoncepcionais de emergência...45–46, 50, 54–59
- estupro...*Ver* sexo à força
- etinilestradiol...50, 54, 56–58, 76, 124
- excesso de peso...*Ver* obesidade
- expulsão
 de um DIU...142, 152–153, 273
 de implantes...112, 126

F

- fadiga...47, 150, 371
- farmacêutico...310, 317
- FDA (Agência de Administração de Alimentos e Drogas dos EUA)...55, 63, 209, 285
- fenitoína...8, 9, 20, 29, 30, 41, 114, 115, 127, 332
- feridas...*Ver* lesões, feridas, úlceras genitais
- fertilidade...182, 197, 257, 298, 304–306
- fertilização...364
- febre...139, 146, 151, 154, 178, 234, 249, 291, 321, 332
- fibróide uterino...*Ver* útero, fibróide

fibrose...170, 323, 330
 filariase...188, 333
 fios do DIU...144, 145, 151, 153, 156
 folículo ...Ver ovário, folículo ovariano
 fórceps...147, 153, 191
 fornecimento de método após o parto...140, 166, 169, 227, 293, 325, 333, 334, 362
 fraqueza...150, 167, 181, 185, 195, 202, 321, 368
 fumo, fumar...4, 5, 6, 8, 9, 24, 28, 64, 84, 85, 87, 88, 99, 113, 170, 272, 284, 326

G

gastroenterite...171, 188, 332–333
 herpes genital... Ver genital
 genital, genitais
 herpes...200, 277, 279
 irritação...102, 103, 202, 207, 213, 219, 225, 228, 231, 233, 235, 274
 lesões, feridas, úlceras...137, 222, 226, 233, 277, 278
 verrugas...279, 284–285
 gonorréia...136, 169, 277, 278, 279, 282–283, 303, 304–305, 307, 322, 330
 e uso de DIU...132, 136–137, 138–139, 151, 154
 proteção contra...200, 226, 236
 gravidez...181...Ver também gravidez ectópica
 atendimento pré-natal...290–291
 avaliação de...136, 370–371
 condições que tornam a gravidez arriscada...322–323
 não prejudicada por um método...22, 54, 78, 98
 planejamento da...271, 289–290
 sinais e sintomas...371
 suspeita numa usuária de DIU...153–154
 ocorrência de doença sexualmente transmissível...277, 287
 gravidez ectópica...28, 55, 113, 134, 152, 320, 321, 325
 diagnóstico e atendimento...40, 126–127, 152, 179
 redução do risco de...27, 44, 112, 129, 133, 156, 167, 182
 griseofulvina...332

H

hematoma...185, 190
 hematometra...332
 hemoglobina...150, 152, 170, 171, 186, 307, 332
 hemorragia...169, 332
 hepatite...6, 29, 65, 85, 93, 114, 160, 171, 277, 312, 315, 321, 330, 331, 333...Ver também doença hepática
 hérnia...169, 170, 188, 332–333
 herpes genital... 200, 277, 279
 HIV/AIDS...226, 275–288...Ver também terapia anti-retroviral
 e uso seguro dos métodos...9, 30, 67, 88, 115, 138, 171, 188, 241, 260
 limitações de uso dos métodos... 282–283
 prevenção de...200, 209, 212, 260, 265, 280, 294–295
 HPV...Ver vírus da imunodeficiência humana papillomavirus...Ver HIV/AIDS
 hidrocele...187, 333
 hipertensão...Ver pressão arterial
 hipertiroidismo...171, 331
 hipotiroidismo...170, 331
 humor
 alterações do...23, 44, 80, 100, 130, 371... Ver também depressão
 drogas que alteram o...242, 246, 259, 334
 como efeito colateral...2, 27, 61, 111, 158
 como lidar...19, 39, 76, 125

I

ibuprofeno...143, 242, 247
 como tratamento...17, 18, 19, 38, 39, 40, 75, 76, 95, 96, 124, 125, 126, 145, 149, 150, 177, 192, 194
 icterícia...Ver doença hepática
 imobilização prolongada...8, 20, 87, 97, 171, 327

Implanon...109, 110, 111, 116, 118, 120, 130, 360...*Ver também* implantes

implantes...109–130, 148, 269, 272, 299, 360

- eficácia contraceptiva...110
- critérios médicos de elegibilidade...114–115
- efeitos colaterais e como lidar...111, 124–128

impotência...202, 210

infarto do miocárdio...3, 7, 66, 86, 320

infecção...

- do aparelho reprodutivo...304, 322
- do trato urinário...222, 226, 233, 234, 334
- e esterilização feminina...166, 169, 171, 177, 178
- e implantes...112, 123, 126, 129
- e DIU...132, 134–139, 141, 142, 151, 155, 156, 159, 163
- e vasectomia...185, 187–188, 190, 193, 194
- hepática...170, 332
- no trato respiratório superior...102
- por fungos...296
- prevenção de...120–121, 142, 156, 175, 191, 229, 305, 310, 312, 312–315, 315
- pulmonar...171, 332
- sexualmente transmitida ...133, 154, 275–288, 290, 300, 303
- sistêmica...332, 333
- vaginal...134, 207, 219, 233–234, 248, 250, 279–280, 322

infertilidade, infértil...3, 18, 27, 38, 47, 62, 75, 79, 83, 96, 100, 112, 124, 133, 155, 200, 275, 304–306

injetáveis, anticoncepcional injetável...

injetáveis mensais...81–100, 148, 269, 272, 299, 358–359

- eficácia contraceptiva...82
- critérios médicos de elegibilidade...85–88
- efeitos colaterais e como lidar...83, 95–97

só de progestógeno...59–80, 148, 269, 272, 299

- eficácia contraceptiva...60
- critérios médicos de elegibilidade...65–67

efeitos colaterais e como lidar...61, 75–77

injeção...49, 60, 63, 71–75, 92–95, 313...*Ver também* seringas

instruções de inserção e remoção

- capuz cervical...231–232, 238
- diafragma...230–231
- preservativo feminino...214
- implantes...120–121
- DIU...143–144, 147–148
- espermicida...224

interações medicamentosas...332

Intervalo sem ingestão de pílulas...*Ver* semana sem pílulas

Intrauterino, dispositivo...*Ver* dispositivo intrauterino com cobre ou com levonorgestrel

involução uterina... *Ver* útero, involução

J

Jadelle...109, 110, 120, 123, 130, 360...*Ver também* implantes

jovem, juventude... *Ver* adolescência, adolescente

L

LAM...*Ver* método de amenorréia lactacional (MAL)

laparoscópio, laparoscopia...165, 175–176, 182, 311

lavagem das mãos...71, 92, 224, 230, 231, 312–314

lesões...*Ver* genitais... lesões, feridas, úlceras

levo...*Ver* levonorgestrel

levonorgestrel...46, 50, 54, 56–58, 124, 157, 360...*Ver também* norgestrel

- dispositivo intrauterino com.....157–164, 269, 273, 299, 362
- eficácia contraceptiva...158
- critérios médicos de elegibilidade...135–139, 160–161
- efeitos colaterais...158

ligação das trompas... *Ver* esterilização feminina

lítio...247, 259, 334

lixo... *Ver* resíduos, descarte de resíduos

LNG...Ver levonorgestrel
 LNG-DIU...Ver levonorgestrel, dispositivo intrauterino
 logística...316–317
 lubrificantes...274
 para preservativos femininos...211, 216, 218–219
 para preservativos masculinos...204, 206–207, 209
 luvas...210, 312–315

M

malária...290, 330
 mama, exame de...5, 28, 64, 84, 113, 134, 307... *Ver também* câncer de mama
 manchas...Ver menstruação irregular
 massa intraescrotal...188, 333
 medicamentos anti-náusea...51
 membrana mucosa... 312–315
 menarca...242, 246, 325, 334
 menopausa...24, 83, 154, 180–181, 242, 246, 272–274
 menstruação, período menstrual, sangramento mensal...21, 51, 53, 91, 99, 103, 107, 156, 220, 241, 366...*Ver também* sangramento vaginal, sangramento vaginal inexplicável
 menstruação intensa ou prolongada...250, 292, 328, 359
 como efeito colateral...27, 61, 71, 83, 102, 106, 132, 143, 158
 como lidar...19, 39, 76–77, 96, 124–125, 149
 menstruação ocasional...2, 27, 61, 83, 91, 106, 111, 158...*Ver também* menstruação irregular
 menstruação irregular...21, 62, 99, 159, 167, 242, 246, 253, 358, 362...*Ver também* sangramento vaginal
 como efeito colateral...2, 27, 34, 47, 61, 71, 83, 91, 102, 106, 111, 119, 132, 143, 158
 como lidar...17–18, 38–39, 53, 75, 95, 124, 149–150
 menstruação menos intensa...2, 83, 102, 106, 111, 158
 ausência de menstruação...40, 43, 51, 74, 78, 113, 167, 179, 257, 370

como efeito colateral...2, 27, 61, 83, 102, 106, 111, 158, 164
 como lidar...18, 38, 75, 96, 124
 quando começar o método...12, 33, 70, 91, 118, 163, 172, 247
 cólicas...3, 132, 143, 150, 159
 ciclo...25, 44, 46, 109, 130, 156
 e métodos baseados na percepção da fertilidade...239, 242–247, 249–251, 253–254
 efeitos do método na...2, 13, 27, 34, 47, 50, 61, 71, 83, 91, 102, 106, 111, 119, 132, 143, 158, 164, 180
 métodos baseados na percepção da fertilidade...148, 239–254, 269, 273, 299...*Ver também* métodos baseados no calendário, métodos baseados em sintomas
 eficácia contraceptiva...240
 critérios médicos de elegibilidade...242, 246–247
 métodos baseados em sintomas...239, 240, 246–251, 253, 269, 273, 334
 critérios médicos de elegibilidade... 246–247
 método da amenorréia lactacional (MAL)...257–265
 eficácia contraceptiva...258
 critérios médicos de elegibilidade...259
 Método dos Dias Fixos...239, 240, 243, 244, 253, 254
 Método dos Dois Dias...239, 240, 248, 253, 254
 método sintotérmico...239, 240, 251, 254
 miconazol...207, 234
 minilaparotomia...165, 175, 182
 minipílula...Ver pílula só de progestógeno

N

não circuncidado...208, 288
 náusea...8, 24, 87, 146, 151, 320, 362, 368, 371
 como efeito colateral...2, 13, 27, 34, 47, 50, 102, 111, 158
 como lidar...18, 51, 126
 negociação do uso de preservativos...201, 204, 206, 281

neoplasia intraepitelial cervical...238, 329, 333

nefropatia...*Ver* danos aos rins devido a diabetes

nonoxynol-9...221, 222, 226, 235

norgestrel...46, 50, 54, 56, 57, 58

Norplant...109, 110, 120, 123, 130, 360...*Ver também* implantes

O

obesidade...171, 326

orquite...188, 333

ovário, ovários, ovariano...54, 137, 272, 304, 321, 364, 366

câncer...3, 4, 135, 136, 166, 322

cistos...3, 40, 44, 126–127, 130, 158

folículo...27, 40, 44, 111, 126–127, 130

ovulação...1, 25, 45, 54, 60, 81, 101, 105, 109, 142, 239, 242, 247, 249, 250, 251, 258, 366

método da...239, 240, 251, 253, 254

oxcarbazepina...8, 9, 20, 29, 30, 41, 114, 115, 127, 332

P

papillomavirus humano...4, 279, 284–285

paracetamol...242, 247

como tratamento...18, 19, 39, 40, 76, 96, 125, 126, 143, 145, 150, 177, 192, 194

parto prematuro...298

pélvis, exame pélvico...23, 130, 137, 144, 147, 151, 175, 179, 225, 229, 313, 321, 370–371

pênis...363, 367

e uso do preservativo feminino...214–215, 218, 220, 360–361

e uso do preservativo masculino...203, 206, 209, 360–361

e doenças sexualmente transmissíveis...139, 277, 279, 283, 287

e coito interrompido...255–256

irritação do...202, 207, 213, 219, 222, 225, 226, 228, 231, 233

perfuração uterina... *Ver* útero, perfuração

peso ao nascer...295

peso, alteração no peso...22, 78, 167, 180, 195, 371

e duração da eficácia de implantes...110, 123, 130, 360

como efeito colateral...2, 13, 61, 63, 71, 83, 91, 111, 158, 359

como lidar...19, 75, 96, 125

pílulas anticoncepcionais de emergência...45–58, 73, 74, 94, 95, 204, 206, 209, 216, 217, 225, 231, 256, 269, 272, 302

eficácia contraceptiva...46

critérios médicos de elegibilidade...48

uso de pílulas anticoncepcionais orais como...54, 56–58

pílula do dia seguinte...*Ver* pílula anticoncepcional de emergência

pílulas só de progestógeno...25–44, 148, 269, 272, 299

eficácia contraceptiva...26

critérios médicos de elegibilidade...29–30

efeitos colaterais e como lidar...27, 38–41

pílulas não tomadas...14–15, 17, 35–36, 38–39, capa interna de trás

planejamento familiar natural...*Ver* métodos baseados na percepção da fertilidade, método de amenorréia lactacional, coito interrompido

pré-eclâmpsia...169, 332

preservativos

ruptura ou resvalamento de...200, 206, 209, 212, 218, 361

preservativos femininos...148, 211–220, 269, 273, 299, 360–361, 361–362

eficácia contraceptiva...212

critérios médicos de elegibilidade...213

preservativos masculinos...148, 199–210, 269, 273, 299, 360–361, 361–362, 363... *Ver também* negociação do uso do preservativo

eficácia contraceptiva...200

critérios médicos de elegibilidade...202

pressão arterial...2, 20, 77, 97, 98, 291, 321, 323

como critério médico de elegibilidade...7–8, 9, 65–66, 67, 86–87, 88, 170, 326–327

verificação da...16, 74, 94, 152, 186, 307, 326

primidona...8, 9, 20, 29, 30, 41, 114, 115, 127, 332

profilaxia pós-exposição...209, 287, 303

profissionais e serviços de saúde...310–311
comunitários...310

progesterona...1, 25, 45, 59, 81, 101, 105, 109

progestógeno... *ver também* injetáveis só de progestógeno

em pílulas anticoncepcionais de emergência...45, 46, 47, 50, 56–58

em anticoncepcionais hormonais...1, 24, 25, 59, 81, 98, 101, 105, 109, 157

R

reação alérgica...*Ver* alergia ao látex

relação ou intercurso sexual...*Ver* sexo anal, sexo oral sex, sexo vaginal

reserpina...259, 334

resíduos, descarte de resíduos...312–314, 316, 365

retinopatia...*Ver* danos à visão devido a diabetes

retorno da fertilidade...2, 26, 47, 60, 79, 82, 100, 102, 106, 110, 200, 212, 222, 226, 237, 240, 255, 258

reversão da esterilização...166, 181, 184, 196

rifampicina...8, 9, 17, 20, 29, 30, 38, 41, 114, 115, 127, 332

ruptura prolongada das membranas...332

S

sangramento inesperado... *Ver* sangramento irregular

sangramento mensal... *Ver* menstruação

sangramento vaginal...23, 154... *Ver também* menstruação, menstruação intensa ou prolongada, ocasional, ausência de menstruação ou sangramento vaginal inexplicável

sangramento vaginal anormal ou inexplicável...40, 127, 152, 179, 279, 320

como critério médico de elegibilidade...66, 67, 114, 115, 135, 169

como lidar com...19, 41, 77, 97, 127, 153

saúde do recém-nascido...260, 265, 287, 289–296

saúde materna...289–296

secreções do muco cervical...25, 109, 239, 247, 248–251, 253–254, 364

sedação...175, 176, 180

excesso de...176

seios, sensibilidade e dor nos...251, 371

como efeito colateral...2, 13, 27, 34, 47, 83, 102, 111, 119, 158, 164

como lidar com...19, 40, 96, 125

semana sem hormônios...18, 19, 103, 107

sêmen...183, 195, 199, 202–203, 211, 213, 215, 250, 255–256, 275, 281, 284, 367

análise...183, 186, 192, 196

sépsis puerperal...135, 325

aborto séptico, espontâneo ou induzido...132, 135, 153–154, 325

sexo

anal...205, 209, 277, 284

à força...49, 300, 303, 332

contato sexual sem relação...281... *Ver também* abstinência

desejo, desempenho, habilidade sexual...23, 44, 80, 100, 130, 180, 195, 300

oral...277, 284

sífilis...277, 279, 286, 290, 303

seringa...71–72, 92–93, 120, 313–314

reutilizável...72, 93, 313

síndrome do choque tóxico...226, 228, 231, 234, 236, 238, 321, 334

síndrome ovariana policística...3

sintoma... *ver* método baseado em sintomas ou método sintotérmico

T

TCu-380A (DIU)...*Ver* dispositivo intrauterino com cobre

temperatura comporal basal...239–240, 249

terapia anti-retroviral...209, 282–283, 287, 294

não limitadora do uso do método...9, 30, 55, 67, 88, 115, 136, 138, 171, 188, 283, 330, 332

terapia neonatal intensiva...259, 334
 terapias de combate à ansiedade...242, 246
 testículos...185, 187, 188, 195, 279, 283, 367
 testículos não descidos...187–188
 talassemia...170, 332
 tireóide, problemas da...170–171, 331
 tortura...178, 210, 320, 321
 como efeito colateral...2, 27, 34, 47, 61, 71, 83, 91, 111, 158
 como lidar...18, 40, 76, 96, 126, 127, 150, 152, 179, 207, 234
 topiramato...8, 9, 20, 29–30, 41, 114–115, 127, 332
 tricomoníase...226, 236, 279–280
 trimetoprim...233
 trofoblástica, doença...135, 136, 169, 328
 tromboflebite...327
 trombose de veias profundas...3, 23, 100, 320...*Ver também* coágulo sanguíneo
 trompa de Falópio...137, 165, 181, 304, 364, 366
 tubectomia...*ver* esterilização feminina
 tuberculose...8, 29, 114, 323, 330
 tuberculose pélvica...135, 171, 330

U

úlceras ...*Ver* lesões, feridas, úlceras genitais
 urina, ato de urinar...371
 queimação ou dores ao urinar...139, 151, 233, 234, 279, 321
 infecção do trato urinário...222, 226, 233, 234, 334
 uso contínuo de anticoncepcionais orais combinados...18–19, 21
 uso estendido de anticoncepcionais orais combinados...18, 19, 21
 útero...137, 155, 157, 169, 182, 332, 364, 366, 370–371
 cavidade uterina...137, 179, 329
 fibróide uterina...62, 169, 329
 involução uterina...227, 299, 333
 perfuração uterina...132, 137, 142, 147, 159, 169, 299, 332
 ruptura uterina...169, 332

V

vagina
 sangramento vaginal...23, 154...*Ver também* menstruação intensa ou prolongada, ocasional,
 irregular, ausência de menstruação, sangramento vaginal inexplicável
 descarga vaginal...106, 139, 146, 151, 154, 231, 234, 238, 246, 279, 291
 secura vaginal, lubrificante vaginal...274
 infecção vaginal...134, 207, 219, 233–234, 248, 250, 279–280, 322
 coceira vaginal...*ver* coceira
 secreções vaginais...204, 223
 sexo vaginal...205, 208–209, 224, 240, 244–245, 248–249, 252–253, 288
 esponja vaginal...236
 rasgo vaginal...286, 332
 umidade vaginal...239
 infecção vaginal...*Ver* candidíase
 vaginite...102, 106, 330
 vaginose bacteriana...226, 234, 279–280, 322, 330...*Ver também* vagina, infecção
 varicocele...187, 333
 varizes...5, 23, 28, 84, 100, 113, 327
 vaso, vaso(s) deferente(s)...183, 184, 190, 191, 195, 367
 vasectomia...149, 183–198, 269, 273
 eficácia contraceptiva...183–184
 critérios médicos de elegibilidade...187–188
 sem escalpelo...185, 190, 191
 violência contra as mulheres...300–303
 vômitos...8, 87, 146, 151, 234, 312, 321, 362, 368, 371
 e eficácia de pílulas...15, 17, 36, 38
 como efeito colateral...47, 102
 como lidar com...51
 vulva...137

Z

zonzeira...40, 127, 152, 179, 320

Metodologia

O presente manual constitui um dos pilares do planejamento familiar da Organização Mundial da Saúde. Ele fornece orientações baseadas em evidências científicas tendo sido desenvolvido por meio de colaboradores do mundo inteiro. O Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa da Organização Mundial da Saúde (OMS) convidou mais de 30 organizações a participar de sua elaboração. O Projeto INFO da Escola Bloomberg de Saúde Pública/Centro de Programas de Comunicação da Universidade Johns Hopkins liderou o processo de desenvolvimento deste guia. O presente manual é sucessor da publicação *The Essentials of Contraceptive Technology* (elementos essenciais da tecnologia contraceptiva, do Programa de Informações sobre População, Escola de Saúde Pública da Johns Hopkins, 1997). Os *Essentials* serviram como ponto de partida ao mesmo tempo em que novas orientações – assentadas em evidências científicas – foram incorporadas e novos conteúdos foram adicionados (ver O Que Há de Novo Neste Manual?, p. viii).

As orientações contidas neste guia advêm de diversos processos semelhantes para obtenção de consenso:

- Os *Crêterios Médicos de Elegibilidade Para Uso de Anticoncepcionais e as Recomendações de Práticas Seleccionadas para Uso de Anticoncepcionais*. Grupos de Trabalho de Especialistas da OMS desenvolveram estas orientações.
- No caso das perguntas adicionais específicas para este manual, um Grupo de Trabalho de Especialistas da OMS reuniu-se em Genebra de 21 a 24 de junho de 2005.
- Para discutir os assuntos que necessitavam de atenção especial, diversos subgrupos reuniram-se antes da reunião de junho de 2005. Nesta ocasião, o Grupo de Trabalho de Especialistas, em sua totalidade, analisou e endossou as recomendações dos subgrupos.

Os conteúdos não abordados nestes processos de obtenção de consenso foram desenvolvidos em colaboração entre os pesquisados do Projeto INFO e especialistas técnicos. Em seguida, um grupo de especialistas e, finalmente, os representantes das organizações colaboradoras tiveram a oportunidade de analisar o texto integral.

Algumas definições utilizadas neste manual

Eficácia: as taxas representam largamente os percentuais de mulheres nos EUA que se estima terem gravidez não planejada durante o primeiro ano de uso, a menos haja observação em contrário.

Efeitos colaterais: condições e problemas relatados por pelo menos 5% das usuárias em estudos seleccionados, independente da evidência científica de causalidade ou plausibilidade biológica, relacionada por ordem de freqüência começando-se pela mais comum.

Os termos que descrevem riscos de saúde (percentual de usuárias de experimentarem um risco):

Comum: >15% e <45%

Incomum: >1% e <15%

Raro: >0,1% e <1% (<1 por 100 e ≥1 por 1.000)

Muito raro: >0,01% e <0,1% (<1 por 1.000 e ≥1 por 10.000)

Extremamente raro: <0,01% (<1 por 10.000)

(Mais informações sobre processos, fontes, critérios de seleção e terminologia utilizados neste manual podem ser obtidas online em <http://www.fphandbook.org/>)

Créditos das Ilustrações e Fotos

Ilustrações feitas por Rafael Avila e Rita Meyer, a menos que indicadas de forma diferente abaixo. Todas as adaptações são de Rafael Avila.

- p. 5 David Alexander, Centro de Programas de Comunicação (CPC), cortesia de Photoshare
- p. 30 Divulgação
- p. 34 Cheikh Fall, CPC, cortesia de Photoshare
- p. 37 Lauren Goodsmith, cortesia de Photoshare
- p. 46 Francine Mueller, CPC
- p. 60 David Alexander, CPC, cortesia de Photoshare
- p. 63 PATH
- p. 82 Schering AG
- p. 99 CPC, cortesia de Photoshare
- p. 102 Ortho-McNeil Pharmaceutical
- p. 106 David Alexander, CPC, cortesia de Photoshare
- p. 112 David Alexander, CPC, cortesia de Photoshare
- p. 113 David Alexander, CPC, cortesia de Photoshare
- p. 119 Organon USA
- p. 120 Ministério da População da Indonésia, Conselho de Coordenação Nacional de Planejamento Familiar
- p. 121 Ministério da População da Indonésia, Conselho de Coordenação Nacional de Planejamento Familiar
- p. 122 JHPIEGO. Fonte: Bluestone B, Chase R e Lu ER, editores. IUD *Guidelines for Family Planning Service Programs* (Diretrizes para DIU em Programas de Serviço de Planejamento Familiar). 3ª ed. Baltimore: JHPIEGO; 2006. (adaptada)
- p. 133 David Alexander, CPC, cortesia de Photoshare
- p. 142 David Alexander, CPC, cortesia de Photoshare
- p. 144 JHPIEGO. Fonte: Bluestone B, Chase R e Lu ER, editores. IUD *Guidelines for Family Planning Service Programs* (Diretrizes para DIU em Programas de Serviço de Planejamento Familiar). 3ª ed. Baltimore: JHPIEGO; 2006. (adaptada)
- p. 145 JHPIEGO. Fonte: Bluestone B, Chase R e Lu ER, editores. IUD *Guidelines for Family Planning Service Programs* (Diretrizes para DIU em Programas de Serviço de Planejamento Familiar). 3ª ed. Baltimore: JHPIEGO; 2006. (adaptada)
- p. 159 David Alexander, CPC, cortesia de Photoshare
- p. 175 EngenderHealth (adaptada)
- p. 176 EngenderHealth (adaptada)
- p. 191 EngenderHealth (adaptada)
- p. 212 David Alexander, CPC, cortesia de Photoshare
- p. 215 Fundação Saúde Feminina (adaptada)
- p. 222 David Alexander, CPC, cortesia de Photoshare
- p. 238 Francine Mueller, CPC
- p. 244 Instituto de Saúde Reprodutiva, Universidade Georgetown (adaptada)

- p. 250 Instituto de Saúde Reprodutiva, Universidade Georgetown (adaptada)
- p. 251 Instituto de Saúde Reprodutiva, Universidade Georgetown (adaptada)
- p. 264 Projeto LINKAGES, Academia para o Desenvolvimento Educacional
- p. 268 Helen Hawkings, cortesia de Photoshare
- p. 270 Centro de Programas de Comunicação de Bangladesh
- p. 290 Fundação Rick Maiman, David e Lucile Packard, cortesia de Photoshare
- p. 291 CPC, cortesia de Photoshare
- p. 299 CPC, cortesia de Photoshare
- p. 303 Fundação Hesperiana (adaptada)
- p. 312 Lamia Jaroudi, CPC, cortesia de Photoshare
- p. 314 Divulgação
- p. 315 CPC, cortesia Photoshare
- p. 316 Claudia Allers, FPLM/Johns Snow International, cortesia de Photoshare
- p. 317 Divulgação

Comparação de Anticoncepcionais

Comparação de Métodos Combinados

Característica	Anticoncepcionais Oraís combinados	Injetáveis mensais	Adesivo combinado	Anel vaginal combinado
Como é utilizado	Ingestão oral da pílula	Injeção intramuscular	O adesivo é usado do lado de fora do antebraço, nas costas, abdômen ou nádegas. Não nos seios.	O anel é inserido na vagina.
Frequência do uso	Diária.	Mensal: a injeção é dada a cada 4 semanas	Semanal: o adesivo é trocado toda semana por 3 semanas. Nenhum adesivo é usado na 4ª semana.	Mensal: o anel é mantido no local por 3 semanas e retirado durante a 4ª semana.
Eficácia	Depende da capacidade da usuária de tomar a pílula diariamente	Depende menos da usuária. Esta deve retornar à clínica a cada 4 semanas (mais ou menos 7 dias).	Requer a atenção da usuária uma vez por semana.	Depende da usuária manter o anel no local o dia todo, não retirando-o por mais de 3 horas de cada vez.
Padrões de menstruação	Tipicamente, menstruação irregular nos primeiros meses, e depois menstruação menos intensa e mais regular.	Menstruação irregular ou ausência dela é mais comum com os AOCs. Algumas têm menstruação prolongada nos primeiros meses.	Semelhante aos AOCs, mas a menstruação irregular é mais comum nos primeiros ciclos do que com os AOCs.	Semelhante aos AOCs, mas a menstruação irregular é menos comum do que com os AOCs.
Privacidade	Não há sinais físicos do uso, mas outras pessoas poderão encontrar as pílulas.	Não há sinais físicos do uso.	O adesivo poderá ser visto pelo parceiro ou outras pessoas.	Alguns parceiros podem conseguir sentir o anel.

Comparação dos Injetáveis

Característica	DMPA	NET-EN	Injetáveis Mensais
Tempo entre as injeções	3 meses.	2 meses.	1 mês.
Qual o limite de antecedência ou atraso para tomar a injeção seguinte	2 semanas.	2 semanas.	7 dias.
Técnica de injeção	Injeção intramuscular profunda no quadril, antebraço ou nádega (Ver também Injetáveis Só de Progestógeno, Nova Fórmula do DMPA, p. 63)	Injeção intramuscular profunda no quadril, antebraço ou nádega. Poderá ser ligeiramente mais dolorida que o DMPA.	Injeção intramuscular profunda no quadril, antebraço, nádega ou lado externo da coxa.
Padrões típicos de menstruação no primeiro ano	Menstruação irregular e prolongada inicialmente, seguida de ausência ou menstruação ocasional. Cerca de 40% das usuárias não ficam menstruadas após 1 ano.	Menstruação irregular ou prolongada nos primeiros 6 meses mas menstruações mais curtas do que com DMPA. Após 6 meses, os padrões de menstruação são semelhantes aos do DMPA. 30% das usuárias não ficam menstruadas após 1 ano.	Menstruação irregular, freqüente ou prolongada nos primeiros 3 meses. A maioria tem padrão de menstruação regular após 1 ano. Cerca de 2% das usuárias não menstruam depois de 1 ano.
Ganho de peso médio	1-2 kg por ano	1-2 kg por ano	1 kg por ano
Taxa de gravidez, tal como comumente usado	Cerca de 3 gravidezes por 100 mulheres no primeiro ano.	Supõe-se que seja semelhante ao DMPA.	
Atraso médio para engravidar após interrupção das injeções	4 meses a mais do que em mulheres que usaram outros métodos	1 mês a mais do que em mulheres que usaram outros métodos	1 mês a mais do que em mulheres que usaram outros métodos

Comparação dos Implantes

Característica	Norplant	Jadelle	Implanon
Tipo de progestógeno	Levonorgestrel	Levonorgestrel	Etonogestrel
Número	6 cápsulas	2 hastes	1 haste
Vida útil	Até 7 anos	Até 5 anos	3 anos
Eficácia e Peso da Cliente (ver também Implantes, Pergunta 9, p. 130)	80 kg ou mais: torna-se menos eficaz após 4 anos de uso. 70-79 kg: torna-se menos eficaz após 5 anos de uso.	80 kg ou mais: torna-se menos eficaz após 4 anos de uso.	O peso não tem impacto conhecido sobre a eficácia.
Disponibilidade	Está tendo seu uso descontinuado (ver Implantes, Pergunta 11, p. 130)	Espera-se que substitua o Norplant até 2011.	Basicamente disponível na Europa e na Ásia. Também aprovado para uso nos EUA.

Comparação dos Preservativos

Característica	Preservativos Masculinos	Preservativos Femininos
Como utilizar	É enrolado ao longo do pênis. Encaixa-se sem deixar folga.	É inserido na vagina. Alinha-se com folga à vagina e não comprime o pênis.
Quando deve ser colocado	No pênis ereto antes do sexo.	Pode ser inserido até 8 horas antes do sexo.
Material	A maioria é feita de látex; alguns são de material sintético ou membranas de animais.	A maioria é feita de filme sintético e fino; alguns são feitos de látex.
Que sensação produz durante o sexo	Altera a sensação do sexo.	Há menos queixas de perda de sensibilidade no sexo do que com o preservativo masculino.

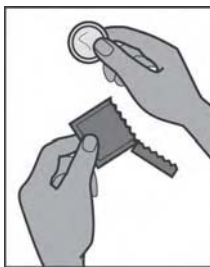
Continua na próxima página

Característica	Preservativos Masculinos	Preservativos Femininos
Ruído durante o sexo	Pode provocar ruído de atrito durante o sexo.	Pode fazer barulho de roçar ou ranger durante o sexo.
Lubrificantes a serem utilizados	Os usuários podem adicionar lubrificantes: • Somente à base de água ou à base de silicone. • Aplicado na parte externa do preservativo.	Os usuários podem adicionar lubrificantes: • Á base de água, de silicone ou de petróleo. • Antes da inserção, aplicado no lado externo do preservativo. • Após a inserção, aplicado no lado de dentro do preservativo ou ao pênis
Possibilidade de romper ou escorregar	Tende a romper-se mais do que os preservativos femininos.	Tende a escorregar mais do que os preservativos masculinos.
Quando retirar	Exige que seja retirado da vagina antes que se perca a ereção.	Pode permanecer na vagina após a ereção ceder. Exige que seja retirado antes da mulher ficar de pé.
O que protege	Cobre e protege a maior parte do pênis; protege os genitais internos da mulher.	Cobre tanto os genitais internos quanto externos da mulher e a base do pênis.
Como deve ser guardado	Longe do calor, da luz e da umidade.	Os preservativos de plástico não são danificados pelo calor, luz ou umidade.
Reutilização	Não pode ser reaproveitado.	Não se recomenda a reutilização (ver Preservativos Femininos, Pergunta 5, p. 220).
Custo e disponibilidade	Geralmente têm baixo custo e são amplamente disponíveis.	Geralmente são mais caros e menos disponíveis que os preservativos masculinos (ver Preservativos Femininos, Pergunta 10, p. 220).

Comparação dos DIUs

Característica	DIU com Cobre	DIU com Levonorgestrel
Eficácia	Praticamente igual. Ambos estão entre os métodos mais eficazes.	
Tempo de uso	Aprovado para 10 anos.	Aprovado para 5 anos.
Padrões de menstruação	Menstruação mais longa e intensa, menstruação irregular e mais cólicas ou dores durante a menstruação.	Menstruação mais irregular e manchas nos primeiros meses. Depois de um ano, a ausência de menstruação é mais comum. Com o tempo, provoca menos sangramento que o DIU com cobre
Anemia	Pode contribuir para anemia por deficiência de ferro caso a mulher já tenha baixo teor de ferro no sangue antes da inserção do DIU.	Pode ajudar a prevenir a anemia por deficiência de ferro.
Principais razões para interromper o uso	Aumento da menstruação e da dor.	Ausência de menstruação e efeitos colaterais hormonais.
Benefícios não contraceptivos	Pode ajudar a proteger contra câncer do endométrio	Tratamento eficaz para menstruação longa e intensa (alternativa à histerectomia). Também pode ajudar a tratar menstruação dolorosa. Pode ser usado como o progestógeno em terapia de reposição hormonal.
Uso no pós-parto	Pode ser inserido até 48 horas após o parto.	Pode ser inserido depois de 4 semanas após o parto.
Uso como contracepção de emergência	Pode ser usado até 5 dias após o sexo desprotegido.	Não é recomendado.
Inserção	Exige treinamento específico mas é mais fácil de inserir que o DIU de levonorgestrel.	Exige treinamento específico e uma técnica de inserção exclusiva, mais difícil. As mulheres poderão ter mais desmaios, dor, náusea ou vômitos na inserção do que com o DIU com cobre.
Custo	Mais barato	Mais caro

Uso Correto do Preservativo Masculino



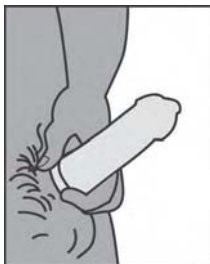
- 1. Use um preservativo novo em cada relação sexual**



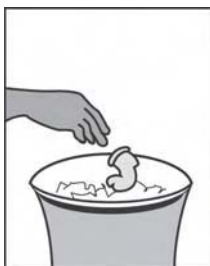
- 2. Antes de qualquer contato, coloque o preservativo na ponta do pênis ereto com o lado enrolado para fora**



- 3. Desenrole o preservativo totalmente até a base do pênis**



- 4. Após a ejaculação, segure o aro do preservativo no local e retire o pênis enquanto o mesmo ainda está ereto**



- 5. Jogue fora o preservativo usado, com segurança**

Anatomia Feminina

e Como os Contraceptivos Funcionam nas Mulheres

Anatomia Interna

Útero

Local em que um óvulo fertilizado cresce e se transforma num feto. Os DIUs são inseridos no útero, mas previnem a fertilização nas trompas de falópio. Os DIUs com cobre também exterminam os espermatozóides que entram no útero.

Ovário

Lugar em que os óvulos se desenvolvem sendo um liberado a cada mês. O *método de amenorréia lactacional (MAL)* e os métodos hormonais, especialmente os que contém estrógeno, impedem a liberação de óvulos. Os *métodos de percepção do período fértil* exigem que se evite o sexo desprotegido na época em que o ovário libera um óvulo.

Membrana que recobre o útero (endométrio)

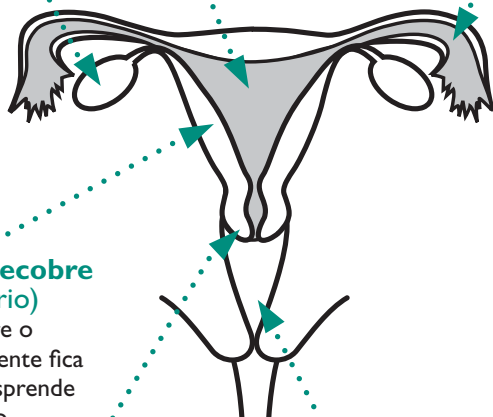
Membrana que recobre o útero, a qual gradualmente fica espessa e então se desprende durante a menstruação.

Cérvix

A parte inferior do útero, que se estende até a parte superior da vagina. Produz muco. Os *métodos hormonais* tornam espesso este muco, o que ajuda a impedir que o espermatozóide atravesse o cérvix. Alguns *métodos de percepção do período fértil* exigem que se monitore o muco cervical. O *diafragma*, o *capuz cervical* e a *esponja* cobrem o cérvix de modo que o espermatozóide não possa entrar.

Trompa de Falópio

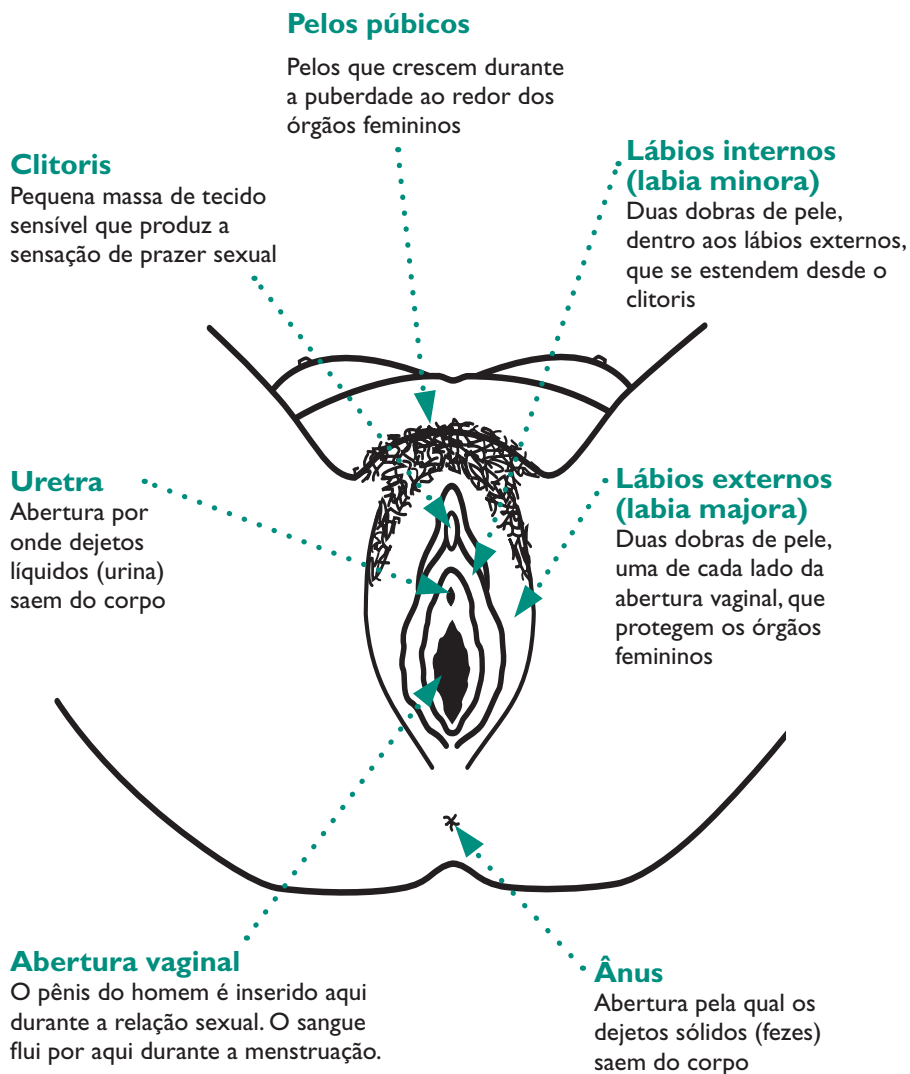
Um óvulo se desloca através de uma destas trompas uma vez por mês, partindo do ovário. A fertilização de um óvulo (momento em que o espermatozóide se encontra com um óvulo) ocorre nestas trompas. A *esterilização feminina* envolve o corte ou a amarração das trompas de Falópio. Isto impede que o espermatozóide e o óvulo se encontrem. Os *DIUs* provocam uma alteração química que danifica o espermatozóide antes que ele encontre o óvulo na trompa de Falópio.



Vagina

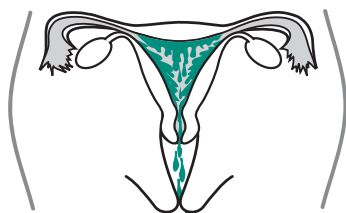
Faz a junção dos órgãos sexuais externos com o útero. O *anel combinado* é colocado na vagina, onde ele libera hormônios que atravessam as paredes vaginais. O *preservativo feminino* é colocado na vagina, criando uma barreira ao espermatozóide. Os *espermicidas* são inseridos na vagina para exterminar o espermatozóide.

Anatomia Externa



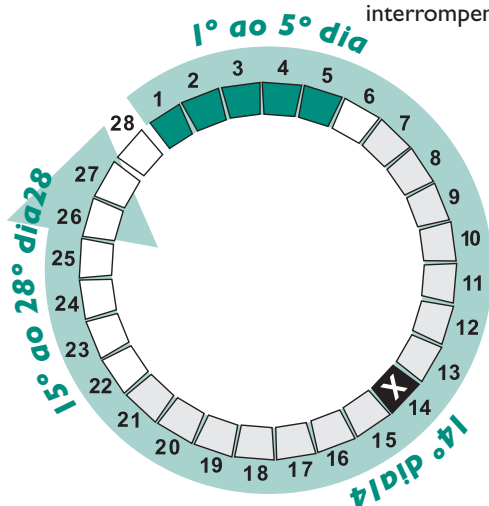
O Ciclo Menstrual

1 1º ao 5º dia: Menstruação

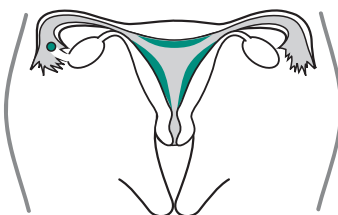


Geralmente dura de 2 a 7 dias, frequentemente cerca de 5 dias

Se não houver gravidez, a membrana do útero que ficou espessa se desprende. Ela sai do corpo através da vagina. Este sangramento que ocorre todo mês é chamado de menstruação. As contrações do útero neste período podem provocar cólicas. Algumas mulheres sangram por pouco tempo (por exemplo, 2 dias), enquanto outras sangram por até 8 dias. A menstruação pode ser mais ou menos intensa. Se o óvulo for fertilizado pelo espermatozoídeo de um homem, a mulher poderá engravidar interrompendo assim a menstruação.



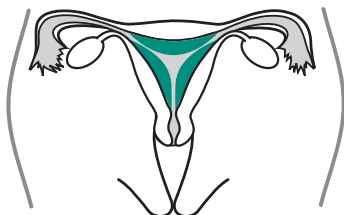
2 14º dia: Liberação do óvulo



Geralmente ocorre entre o 7º e o 21º dia do ciclo, frequentemente por volta do 14º dia

Geralmente, um dos ovários libera um óvulo em cada ciclo (geralmente uma vez por mês). O óvulo se desloca através de uma trompa de Falópio em direção ao útero. Poderá ser fertilizado na trompa neste momento por um espermatozoídeo que tenha se deslocado proveniente da vagina.

3 15º ao 28º dia: Espessamento da membrana que recobre o útero



Geralmente dura cerca de 14 dias, após a ovulação

A membrana que recobre o útero (endométrio) torna-se mais espessa durante este período para se preparar para receber o ovo fertilizado. Geralmente não há gravidez e a célula do óvulo não fertilizado se dissolve no aparelho reprodutivo.

Anatomia Masculina

e Como os Contraceptivos Funcionam nos Homens

Pênis

Órgão sexual masculino feito de tecido esponjoso. Quando um homem fica sexualmente excitado, o pênis aumenta de tamanho e se enrijece. O sêmen, que contém espermatozoides, é liberado do pênis (ejaculação) no ápice da excitação sexual (orgasmo). Um *preservativo masculino* cobre o pênis ereto, impedindo que os espermatozoides entrem na vagina da mulher. *Coito interrompido* é a retirada do pênis de dentro da vagina para evitar a liberação do sêmen na mesma.

Uretra

Tubo pelo qual o sêmen é liberado do corpo. Os dejetos líquidos (urina) são liberados pelo mesmo tubo.

Prepúcio

Capuz de pele que cobre a extremidade do pênis. A circuncisão remove o prepúcio.

Escroto

Saco de pele frouxa que contém os testículos.

Testículos

Órgãos que produzem os espermatozoides.

Vesículas seminais

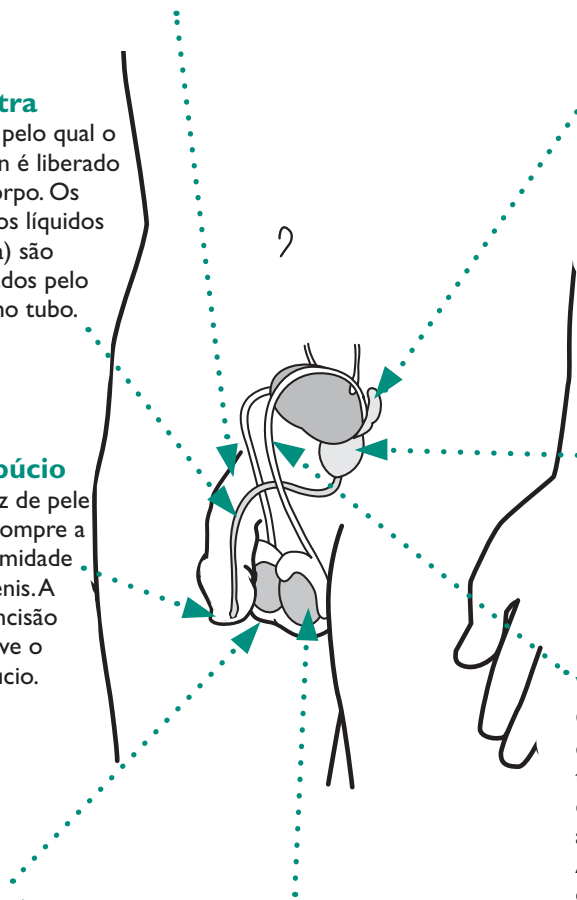
Local onde os espermatozoides são misturados ao sêmen.

Próstata

Órgão que produz o fluido existente no sêmen.

Vaso deferente

Cada um dos 2 tubos delgados que transportam os espermatozoides dos testículos para as vesículas seminais. A *vasectomia* envolve o corte ou bloqueio destes tubos de modo que os espermatozoides não sejam misturados ao sêmen.



Identificação de Dores de Cabeça com Enxaqueca e Auras

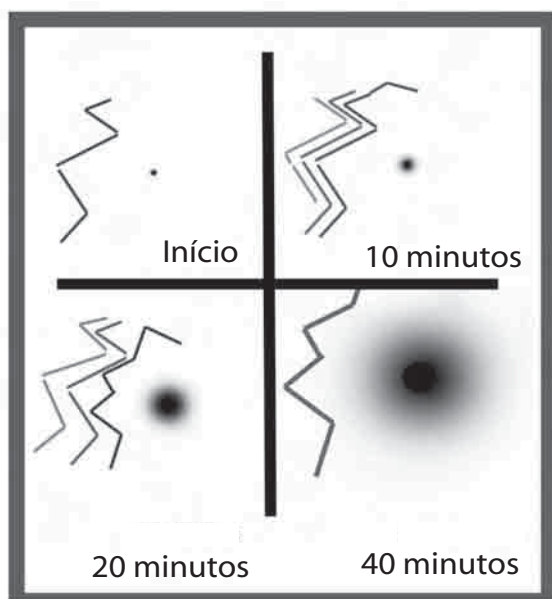
É importante identificar as mulheres que sofrem de dores de cabeça com enxaqueca e/ou auras porque as enxaquecas, e especialmente a aura, estão associadas a um risco mais elevado de derrame, isto é, acidente vascular cerebral. Alguns anticoncepcionais hormonais podem aumentar ainda mais este risco.

Dores de Cabeça com Enxaqueca

- Dor de cabeça aguda, latejante e recorrente, frequentemente em apenas um lado da cabeça, que pode durar de 4 a 72 horas.
- O simples deslocar-se frequentemente agrava a dor de cabeça com enxaqueca.
- Também podem ocorrer náusea, vômitos e sensibilidade à luz.

Auras de Enxaqueca

- Perturbações do sistema nervoso que afetam a visão e às vezes o tato e a fala.
- Quase todas as auras incluem um área brilhante com perda de visão num dos olhos que aumenta de tamanho e que adquire uma forma de lua crescente com bordas em ziguezague.
- Cerca de 30% das auras também incluem uma sensação de “alfinetes e agulhas” numa mão que se espalha pelo braço e para um dos lados do rosto. Algumas auras também incluem problemas na fala. Ver manchas ou luzes que piscam ou ter a visão turvada, o que frequentemente ocorre durante as dores de cabeça com enxaqueca, não é aura.
- As auras se desenvolvem lentamente por vários minutos e desaparecem em uma hora, tipicamente antes de começar a dor de cabeça. (Ao contrário, um súbito apagão num dos olhos, particularmente com uma sensação de “alfinetes e agulhas” ou fraqueza no braço ou perna oposto, pode ser indício de derrame.)



As pessoas descrevem auras visuais como sendo linhas ou ondas brilhantes e trêmulas ao redor de uma área brilhante com perda de visão na mesma que aumenta e assume uma forma de lua crescente com bordas em ziguezague. A mancha preta representa como a área de perda de visão aumenta com o passar do tempo.

Identificação de Dores de Cabeça com Enxaqueca

Para mulheres que desejem um método hormonal[‡] ou que estejam utilizando um destes métodos.

Se uma mulher relatar que tem dores de cabeça intensas, faça as perguntas abaixo a fim de determinar se é uma dor de cabeça comum ou uma enxaqueca. Se ela responder “sim” a 2 destas perguntas, é provável que ela sofra de enxaqueca. Prossiga com a Identificação de Auras de Enxaqueca, abaixo.

1. **Suas dores de cabeça fazem com que você sinta seu estômago enjoado?**
2. **Quando você tem uma dor de cabeça, a luz e o barulho incomodam você bem mais do que quando você não está com dor de cabeça?**
3. **Você tem dores de cabeça que a impedem de trabalhar ou de realizar suas tarefas habituais por ou mais dias?**

Identificação de Auras de Enxaqueca

Faça esta pergunta a fim de identificar a aura de enxaqueca mais comum. Se a mulher responder “sim,” é provável que ela sofra de auras de enxaqueca.

1. **Você já teve uma luz brilhante nos seus olhos que durou de 5 a 60 minutos, perda da visão clara geralmente de um lado só e, em seguida, uma dor de cabeça?** (Mulheres com tal aura frequentemente colocam uma mão ao lado da cabeça quando descrevem a alteração na visão. Em alguns casos, a luz brilhante não é seguida por uma dor de cabeça.)

Se as dores de cabeça da mulher não forem enxaquecas e ela não apresenta aura, ela pode iniciar ou continuar a usar métodos hormonais caso ela apresente elegibilidade médica para tal. Contudo, quaisquer alterações posteriores em suas dores de cabeça devem ser avaliadas.

Uma Mulher com Enxaquecas e/ou Aura Pode Usar um Método Hormonal?

Em situações em que o critério clínico for limitado: **Sim** = Sim, pode usar. **Não** = Não, não utilize
I Iniciação **C** = Continuação

	Métodos combinados [‡]		Métodos só com progestógeno [§]	
Dores de cabeça com enxaqueca	I	C	I	C
Sem aura				
Idade < 35 anos	Sim	Não	Sim	Sim
Idade ≥ 35 anos	Não	Não	Sim	Sim
Com aura, em qualquer idade	Não	Não	Sim	Não

[‡] Métodos com estrógeno e progestógeno: anticoncepcionais oral combinados, injetáveis mensais, adesivo combinado e anel vaginal combinado

[§] Métodos só com progestógeno: pílulas só de progestógeno, injetáveis só de progestógeno e implantes

Opções Adicionais de Avaliação de Gravidez

Uma mulher pode iniciar um método anticoncepcional hormonal ou, na maioria dos casos, um DIU a qualquer momento em que houver certeza razoável de que ela não está grávida. Isto inclui um determinado número de dias antes do início da menstruação, dependendo do método. Em outros momentos no ciclo mensal de uma mulher, a lista de verificação da p. 372 pode ser usada para se obter a certeza razoável de que ela não está grávida.

A mulher que responder “não” a todas as perguntas na lista de verificação de gravidez poderá estar grávida ou não. Em muitos casos, tal mulher precisará usar um método de apoio e aguardar até sua próxima menstruação para iniciar o método de sua escolha ou até que se constate claramente que não esteja grávida.

Em alguns casos, contudo, alguns profissionais talvez queiram avaliar se há gravidez usando outros métodos. Para fazê-lo, os profissionais podem seguir um dos conjuntos de instruções dadas abaixo, conforme seja adequado para a sua situação e treinamento. Estas opções são especialmente úteis quando houver explicações prováveis—que excluam a gravidez—para o fato de uma mulher não ter ficado menstruada por vários meses.

Entre tais razões, encontram-se:

- A mulher deu à luz há mais de 6 meses e ainda está amamentando.
- Ela continua a não ter menstruação depois de ter interrompido o uso de injetáveis só de progestógeno.
- Ela tem um problema de saúde crônico que a impede de ficar menstruada.

Avaliação da Existência de Gravidez

Se houver um teste de gravidez disponível:

- Forneça a ela um teste de gravidez pela urina ou encaminhe-a para um posto que disponha de tal teste. Se o teste de gravidez der negativo, forneça a ela o método anticoncepcional que ela deseja.

Se não houver teste de gravidez disponível mas o profissional tiver condições de realizar um exame pélvico bimanual:

- Colha a história da mulher, inclusive o momento em que teve sua última menstruação e se ela apresenta sinais ou sintomas de gravidez (ver os sintomas na próxima página).
- Realize um exame pélvico bimanual a fim de determinar o tamanho do seu útero de modo que se possa fazer uma comparação posteriormente.
- Forneça-lhe um método de apoio e ensine-a a utilizá-lo de forma consistente e correta. Peça para que retorne em aproximadamente 4 semanas ou quando ela ficar menstruada, o que acontecer primeiro.

** Entre os métodos de apoio encontram-se a abstinência, os preservativos masculinos e femininos, os espermicidas e o coito interrompido. Diga a ela que os espermicidas e o coito interrompido estão entre os métodos anticoncepcionais menos eficazes. Se possível, forneça-lhe preservativos.*

Quando ela retornar:

- Se ela retornar menstruada, forneça-lhe o método anticoncepcional que ela deseja.
- Se ela retornar e ainda não estiver menstruada após 4 semanas, realize um segundo exame pélvico.
 - É muito provável que uma mulher que anteriormente apresentava menstruação regular e agora não fica menstruada esteja grávida e apresentará aumento de tamanho do seu útero.
 - Se não houver aumento de tamanho do útero, nem outros sinais ou sintomas de gravidez, e ela tiver usado um método de apoio de forma consistente e correta, forneça-lhe o método anticoncepcional que ela deseja. Talvez ela necessite continuar o método de apoio nos primeiros dias de uso, conforme especificado para cada método.

Se não houver disponível teste de gravidez nem exame bimanual:

- O profissional poderá fornecer à mulher um método de apoio e pedir a ela que retorne durante sua próxima menstruação ou no prazo de 12 a 14 semanas, o que ocorrer primeiro.

Quando ela retornar:

- Se ao retornar ela estiver menstruada, forneça-lhe o método anticoncepcional que ela deseja.
- Se ela retornar e ainda tiver ficado menstruada após 12 a 14 semanas:
 - Ela está grávida, o útero pode ser apalpado externamente, através da parede abdominal inferior, vindo de baixo para cima.
 - Se não houver aumento do tamanho do útero ou outros sinais ou sintomas de gravidez, e ela utilizou um método de apoio de forma consistente e correta, forneça-lhe o método anticoncepcional que ela deseja. Talvez ela precise continuar usando um método de apoio nos primeiros dias de uso, tal como especificado para cada método.

Peça a ela para retornar à clínica a qualquer momento se ela achar que possa estar grávida ou caso ela tenha sinais ou sintomas de gravidez (ver abaixo). Se houver suspeita de um problema de saúde subjacente como sendo a razão para uma ausência prolongada de menstruação, encaminhe-a para avaliação e atendimento.

Sinais e Sintomas de Gravidez

● Náusea	● Aumento da frequência em urinar
● Sensibilidade nos seios	● Aumento da sensibilidade a odores
● Fadiga	● Alterações do humor
● Vômitos	● Ganho de peso

Lista de Verificação de Gravidez

Faça à cliente as perguntas de 1 a 6. Tão logo a cliente responda “sim” a qualquer uma das questões, pare e siga as instruções abaixo.

NÃO		Sim
	1 Você teve um bebê há menos de 6 meses, você está amamentando de forma exclusiva ou quase e não teve nenhuma menstruação desde então?	
	2 Você se absteve de ter relações sexuais desde sua última menstruação ou parto?	
	3 Você teve um bebê nas últimas 4 semanas?	
	4 Sua última menstruação começou nos últimos 7 dias (ou nos últimos 12 dias caso a cliente esteja planejando utilizar um DIU)?	
	5 Você teve um aborto natural ou induzido nos últimos 7 dias (ou nos últimos 12 dias caso a cliente esteja planejando utilizar um DIU)?	
	6 Você tem utilizado um método anticoncepcional confiável de maneira consistente e correta?	

Se a cliente respondeu “**não**” a *todas* as perguntas, não é possível excluir a possibilidade de gravidez. A cliente deve esperar até sua próxima menstruação ou utilizar um teste de gravidez.

Se a cliente respondeu “**sim**” a *pelo menos uma* das perguntas e não apresenta sinais ou sintomas de gravidez, pode-se fornecer a ela o método de sua escolha.

Se Esquecer de Tomar Pílulas

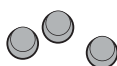
Tome sempre uma pílula assim
que se lembrar e continua tomando
pílulas, uma a cada dia.

Também...



Se você deixar de tomar 3 pílulas
ou mais ou se começar uma cartela
com 3 ou mais dias de atraso:

Use preservativos ou
evite fazer sexo nos
próximos 7 dias



OU



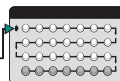
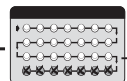
POR



Se você deixar de tomar
estas 3 pílulas ou mais
na 3ª semana:

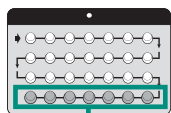
Use preservativos
ou evite fazer sexo
nos próximos 7 dias

Além disso, pule as pílulas não
hormonais (ou pule a semana
sempílulas) e comece a tomar
as pílulas imediatamente a
partir da cartela seguinte



Caso você deixe de tomar
alguma das pílulas não hormonais
(as últimas 7 pílulas somente em
cartelas com 28 pílulas):

Descarte as pílulas não tomadas
e continua tomando as outras
pílulas, uma por dia



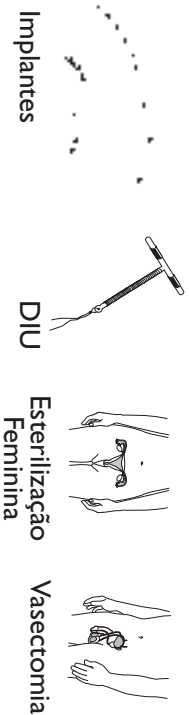
Pílulas não
hormonais



Comparação da Eficácia dos Métodos de Planejamento Familiar

Mais eficaz

Menos de 1 gravidez por 100 mulheres em um ano

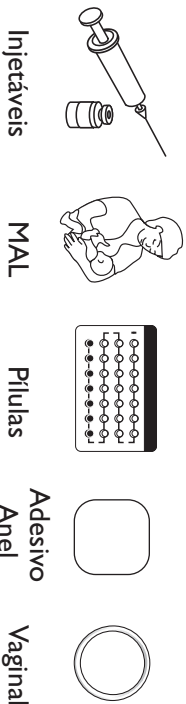


Como Tornar Seu Método Mais Eficaz

Implantes, DIU, esterilização feminina:

Depois do procedimento, há pouco ou nada a fazer ou a se lembrar

Vasectomia: use outro método nos 3 primeiros meses

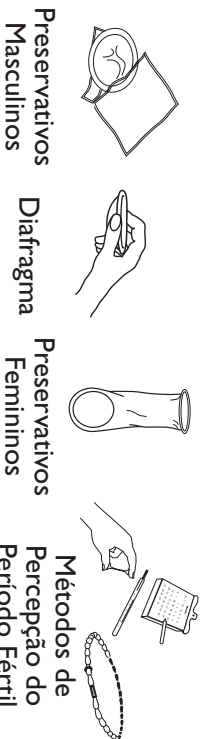


Injetáveis: tome as doses de repetição no momento certo

Método de Amenorreia Lactacional (durante 6 meses): amamente com frequência, dia e noite

Pílulas: tome uma pílula todos os dias

Adesivo, anel: mantenha-o no lugar; troque no momento certo



Preservativos, diafragma: use corretamente toda vez que fizer sexo

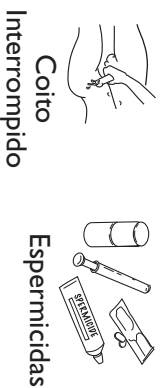
Métodos de percepção do período fértil: abstenha-se ou use preservativos nos dias férteis.

Os métodos mais recentes: o Método dos Dias Fixos e o Método dos Dois Dias podem ser mais fáceis de utilizar

Coito interrompido, espermicidas: use corretamente cada vez que fizer sexo

Menos eficaz

Cerca de 30 gravidezes por 100 mulheres em um ano



ISBN: 0-9788563-3-3

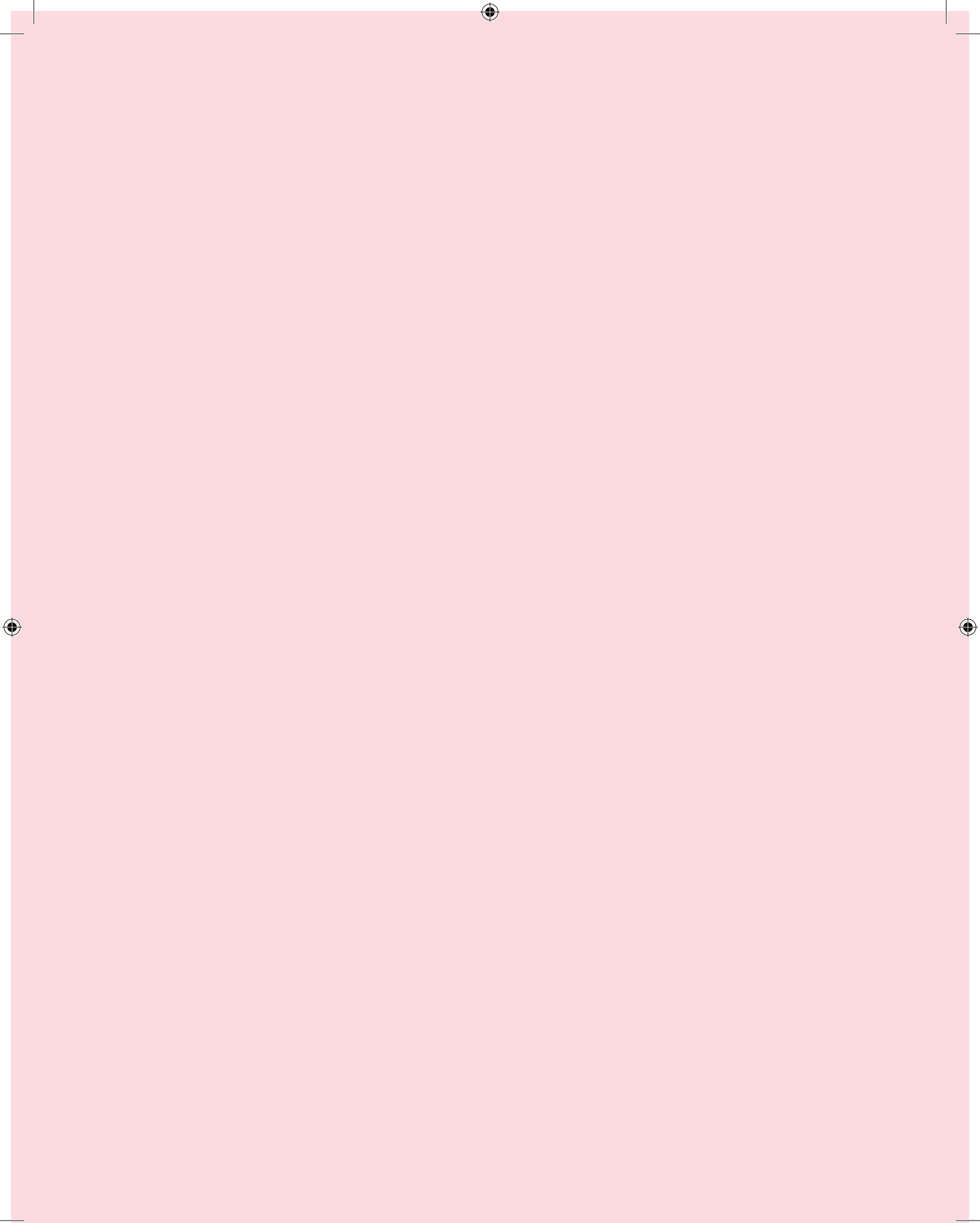
ISBN: 978-0-9788563-3-5

MINISTÉRIO DA SAÚDE

CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA

SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA

Brasília – DF
2010



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica

CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA

SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA

Série A. Normas e Manuais Técnicos
Cadernos de Atenção Básica, n. 26

Este material é destinado prioritariamente
para as Equipes de Saúde da Família.
Deve ser conservado em
seu local de trabalho.

Brasília – DF
2010

© 2010 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

Série A. Normas e Manuais Técnicos

Cadernos de Atenção Básica, n. 26

Tiragem: 1ª edição – 2010 – 35.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Atenção Básica

Esplanada dos Ministérios, Bloco G, 6º andar, Sala 655

CEP: 70058-900, Brasília – DF

Tel.: (61) 3315-2497

Fax: (61) 3326-4340

Home page: www.saude.gov.br/dabi

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

Saúde sexual e saúde reprodutiva / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

300 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 26)

ISBN 978-85-334-1698-7

1. Saúde sexual e saúde reprodutiva. 2. Educação sexual. 3. Políticas públicas em saúde. Título. II. Série.

CDU 613.88

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2010/0057

Títulos para indexação:

Em inglês: Sexual and reproductive health

Em espanhol: Salud sexual y salud reproductiva

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	9
1 DIREITOS, SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA: MARCOS LEGAIS E POLÍTICOS.....	11
1.1 Direito é direito, está na Declaração.....	11
1.2 Marcos referenciais internacionais.....	12
1.3 A equidade entre homens e mulheres é fundamental para tornar realidade os Direitos Humanos.....	17
1.4 Objetivos de desenvolvimento do milênio.....	18
1.5 Marcos referenciais nacionais.....	18
2 O QUE OS ADOLESCENTES E OS JOVENS TÊM A VER COM DIREITOS, SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA.....	22
2.1 Marcos legais e políticos dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de adolescentes e jovens.....	22
3 A ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE.....	26
4 HUMANIZAÇÃO, OS PRINCÍPIOS DA BIOÉTICA, ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA E ABORDAGEM FAMILIAR: PONTOS-CHAVE NA ATENÇÃO EM SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA.....	30
4.1 A necessidade de um novo paradigma para a saúde.....	31
4.2 Princípios para a humanização da atenção e da gestão no SUS.....	31
4.3 Os princípios da bioética.....	32
4.4 Discutindo um pouco mais sobre a relação terapêutica.....	33
4.5 A abordagem centrada na pessoa e a importância da escuta.....	36
4.6 Abordagem familiar.....	37
5 SEXUALIDADE E SAÚDE.....	39
5.1 Um pouco de história.....	40
5.2 A sexualidade na infância.....	41
5.3 A partir de que momento se inicia o desenvolvimento da sexualidade?....	42
5.4 Masturbação.....	47
6 ABORDANDO A SAÚDE SEXUAL NA ATENÇÃO BÁSICA.....	49
6.1 Ciclo de respostas aos estímulos sexuais.....	49
6.2 Disfunções sexuais.....	51
6.3 Parafilias.....	54
7 ABORDANDO A SAÚDE REPRODUTIVA NA ATENÇÃO BÁSICA.....	57
7.1 Planejamento reprodutivo versus controle de natalidade.....	58
7.2 O papel da Atenção Básica.....	59

8	PROMOVENDO A SAÚDE SEXUAL E A SAÚDE REPRODUTIVA NA DIVERSIDADE.....	63
8.1	População de adolescentes e jovens.....	63
8.2	População idosa.....	68
8.3	População negra.....	74
8.4	População de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais – LGBT.....	79
8.5	População indígena.....	84
8.6	Pessoas com deficiência.....	93
8.7	Prostitutas e outras pessoas que exercem a prostituição.....	97
8.8	Pessoas em situação de prisão.....	104
9	PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA.....	108
10	FALANDO SOBRE ANTICONCEPÇÃO	111
10.1	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS/2006: dados sobre atividade sexual e anticoncepção	111
10.2	Dupla proteção é a melhor solução	113
10.3	Anticoncepção na adolescência.....	116
10.4	Anticoncepções na perimenopausa.....	119
10.5	Anticoncepção no pós-parto e no pós-aborto.....	123
10.6	Anticoncepção em pessoas vivendo com HIV/aids	126
11	MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS.....	131
11.1	Introdução.....	131
11.2	Escolhendo o método anticoncepcional.....	134
11.3	CrITÉRIOS MÉDICOS DE elegibilidade para uso de métodos anticoncepcionais	137
11.4	Métodos hormonais.....	138
11.5	Métodos de barreira.....	177
11.6	Dispositivo intrauterino – DIU	191
11.7	Métodos comportamentais.....	217
11.8	Método da Lactação e Amenorréia – LAM.....	231
11.9	Métodos cirúrgicos	233
11.10	Anticoncepção de emergência.....	240
12	FALANDO SOBRE CONCEPÇÃO E INFERTILIDADE.....	246
12.1	Avaliação pré-concepcional.....	246
12.2	Infertilidade	248
12.3	Abordagem da infertilidade na Atenção Básica	249
13	ATENÇÃO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E SEXUAL.....	256
13.1	Aspectos éticos e legais.....	258
13.2	Alguns conceitos importantes relacionados à violência doméstica e sexual....	262
13.3	Atenção à vítima de violência doméstica e sexual	263

13.4 Gravidez decorrente de violência sexual	274
13.5 Notificação dos casos de violência	274
13.6 Rede de atenção, apoio e proteção	275
REFERÊNCIAS.....	277
ANEXOS.....	291
ANEXO A – Ficha de notificação/investigação.....	291
ANEXO B – Lei N° 9.263, de 12 de Janeiro de 1996.....	293

APRESENTAÇÃO

9

A atenção em saúde sexual e em saúde reprodutiva é uma das áreas de atuação prioritárias da Atenção Básica à saúde. Deve ser ofertada observando-se como princípio o respeito aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos.

Desenvolver esse trabalho não é tarefa simples, tendo em vista a alta complexidade que envolve o cuidado dos indivíduos e famílias inseridos em contextos diversos, onde é imprescindível realizar abordagens que considerem os aspectos sociais, econômicos, ambientais, culturais, entre outros, como condicionantes e/ou determinantes da situação de saúde.

Isso exige uma nova postura e qualificação profissional, com enfoque não só para o indivíduo, mas também para a família e a comunidade, lembrando que, no contexto atual, as famílias assumem diferentes conformações, não apenas aquela de grupo nuclear específico, formado por pai, mãe e filhos. Além disso, é importante compreender a família também como um espaço emocional e social, onde podem se reproduzir as mais diversas formas de relações da sociedade.

Contextualizando a priorização da saúde sexual e da saúde reprodutiva na Atenção Básica, vale ressaltar que entre os oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio definidos na Conferência do Milênio, realizada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em setembro de 2000, quatro possuem relação direta com a saúde sexual e com a saúde reprodutiva: a promoção da igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres; a melhoria da saúde materna; o combate ao HIV/Aids, malária e outras doenças; e a redução da mortalidade infantil.

No Brasil, o Pacto pela Saúde, firmado entre os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir de 2006, também inclui, entre as suas prioridades, algumas que possuem pontos de correlação com a saúde sexual e com a saúde reprodutiva: redução da mortalidade infantil e materna, controle do câncer de colo de útero e da mama, saúde do idoso, promoção da saúde e o fortalecimento da Atenção Básica.

Em 2007, o Ministério da Saúde elaborou o Programa Mais Saúde: Direito de Todos, no qual uma das medidas propostas é a expansão das ações de planejamento familiar.

A atenção em planejamento familiar implica não só a oferta de métodos e técnicas para a concepção e a anticoncepção, mas também a oferta de informações e acompanhamento, num contexto de escolha livre e informada.

Observa-se, no entanto, que as ações voltadas para a saúde sexual e a saúde reprodutiva, em sua maioria, têm sido focadas mais na saúde reprodutiva, tendo

como alvo a mulher adulta, com poucas iniciativas para o envolvimento dos homens. E, mesmo nas ações direcionadas para as mulheres, predominam aquelas voltadas ao ciclo gravídico-puerperal e à prevenção do câncer de colo de útero e de mama.

É preciso ampliar a abordagem para outras dimensões que contemplem a saúde sexual em diferentes momentos do ciclo de vida e também para promover o efetivo envolvimento e corresponsabilidade dos homens.

Em geral, os profissionais de saúde sentem dificuldades de abordar os aspectos relacionados à saúde sexual. Trata-se de uma questão que levanta polêmicas, na medida em que a compreensão da sexualidade está muito marcada por preconceitos e tabus.

O Caderno de Atenção Básica – Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva buscou abordar a saúde sexual como essencial para a qualidade de vida e de saúde das pessoas e o papel fundamental que as equipes de Atenção Básica/Saúde da Família têm na promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva.

Ressalta-se, ainda, que o Ministério da Saúde vem atuando em diversas frentes para assegurar que as políticas de saúde estejam em consonância com as diretrizes de promoção da igualdade racial, étnica, de gênero, de geração e de orientação sexual. Na perspectiva de enfrentamento a toda forma de discriminação, muitas ações afirmativas vêm se desenvolvendo no sentido de buscar concretizar o princípio da equidade no SUS. Nesse sentido, este Caderno também apresenta uma abordagem específica para alguns grupos populacionais.

Esta publicação tem a finalidade de oferecer orientações técnicas para a atuação dos profissionais da Atenção Básica na atenção à saúde sexual e à saúde reprodutiva, tendo por princípio a abordagem integral e a promoção dos direitos humanos, entre os quais se incluem os direitos sexuais e os direitos reprodutivos.

Ministério da Saúde

CAPÍTULO I

DIREITOS, SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA: MARCOS LEGAIS E POLÍTICOS

Os direitos sexuais e os direitos reprodutivos são Direitos Humanos já reconhecidos em leis nacionais e documentos internacionais. Os direitos, a saúde sexual e a saúde reprodutiva são conceitos desenvolvidos recentemente e representam uma conquista histórica, fruto da luta pela cidadania e pelos Direitos Humanos.

1.1 DIREITO É DIREITO, ESTÁ NA DECLARAÇÃO...

A partir da Declaração Universal dos Direitos Humanos, adotada no ano de 1948, a comunidade internacional, por meio da Organização das Nações Unidas (ONU), vem firmando uma série de convenções internacionais nas quais são estabelecidos estatutos comuns de cooperação mútua e mecanismos de controle que garantam um elenco de direitos considerados básicos à vida digna, os chamados Direitos Humanos.

Os Direitos Humanos inscrevem-se no conjunto dos direitos sociais e surgem como uma resposta aos horrores ocorridos na Segunda Guerra Mundial. O pressuposto é que os Direitos Humanos são universais, inerentes à condição de pessoa, e não relativos a peculiaridades sociais e culturais de uma dada sociedade (VILLELA; ARILHA, 2003).

O direito à vida, à alimentação, à saúde, à moradia, à educação, ao afeto, os direitos sexuais e os direitos reprodutivos são considerados Direitos Humanos fundamentais. Respeitá-los é promover a vida em sociedade, sem discriminação de classe social, de cultura, de religião, de raça, de etnia, de orientação sexual. Para que exista a igualdade de direitos, é preciso respeito às diferenças. Não existe um direito mais importante que o outro. Para o pleno exercício da cidadania, é preciso a garantia do conjunto dos Direitos Humanos.

Nas duas últimas décadas, registraram-se grandes avanços na legislação internacional e nacional sobre as dimensões da reprodução e da sexualidade como Direitos Humanos e de cidadania.

A concretização, por meio das políticas públicas, dos princípios de igualdade, respeito às diferenças, promoção do pleno exercício da cidadania é um desafio para os governos dos países que se pautam pelos novos marcos teóricos, políticos e jurídicos no campo dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos.

1.2 MARCOS REFERENCIAIS INTERNACIONAIS

Entre os marcos referenciais internacionais que definem os direitos sexuais e os direitos reprodutivos, destacam-se duas conferências promovidas pela Organização das Nações Unidas (ONU):

1. Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo, em 1994, que conferiu um papel primordial à saúde, aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos, abandonando a ênfase na necessidade de limitar o crescimento populacional como forma de combater a pobreza e as desigualdades, focalizando-se no desenvolvimento do ser humano. A CIPD levou em consideração, no debate sobre população e desenvolvimento, as questões sobre a mulher – desigualdades de gênero – meio ambiente e os Direitos Humanos. Estabeleceu acordos internacionais que foram assumidos por 179 países.

2. IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Beijing, Pequim, em 1995, em que se reafirmaram os acordos estabelecidos no Cairo e avançou-se na definição dos direitos sexuais e direitos reprodutivos como Direitos Humanos.

Nos primórdios dos estudos sobre demografia, os direitos individuais não eram preocupações incorporadas na análise do problema populacional e as questões sexual e reprodutiva estavam confinadas ao mundo doméstico e privado, não sendo objeto de políticas públicas (CORRÊA; ALVES; JANUZZI, 2006).

Nas décadas de 1950 e 1960, quando foi difundido o medo da “explosão populacional”, os formuladores de políticas passaram a defender a disseminação de métodos anticoncepcionais, mesmo que contrariando os interesses individuais. Nesse contexto, os movimentos feministas sempre colocaram como pontos fundamentais o direito de escolha e a liberdade de decisão das mulheres nos assuntos sexuais e reprodutivos (CORRÊA; ALVES; JANUZZI, 2006).

Na década de 90 do século XX, a confluência de um ambiente macroeconômico e político favorável e a presença ativa de representantes dos movimentos feministas, ambientalistas e de Direitos Humanos possibilitaram que os avanços teórico-conceituais fossem transformados em princípios assumidos pela Conferência sobre População e Desenvolvimento do Cairo (CORRÊA; ALVES; JANUZZI, 2006).

No capítulo VII, parágrafo 7.3, do Programa de Ação do Cairo, os direitos reprodutivos estão definidos da seguinte forma:

Esses direitos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência (NACIONES UNIDAS, 1995).

Com relação à saúde reprodutiva, a CIPD ampliou e ratificou o conceito de saúde reprodutiva definido em 1988 pela Organização Mundial da Saúde (OMS):

A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo e as suas funções e processos, e não de mera ausência de doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo autonomia para se reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo. Implícito nessa última condição está o direito de homens e mulheres de serem informados e de terem acesso a métodos eficientes, seguros, permissíveis e aceitáveis de planejamento familiar de sua escolha, assim como outros métodos de regulação da fecundidade, de sua escolha, que não sejam contrários à lei, e o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que deem à mulher condições de atravessar, com segurança, a gestação e o parto e proporcionem aos casais a melhor chance de ter um filho sadio. Em conformidade com a definição acima de saúde reprodutiva, a assistência à saúde reprodutiva é definida como a constelação de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo problemas de saúde reprodutiva. Isso inclui também a saúde sexual, cuja finalidade é a intensificação das relações vitais e pessoais e não simples aconselhamento e assistência relativos à reprodução e a doenças sexualmente transmissíveis (NACIONES UNIDAS, 1995, anexo, cap. VII, par. 7.2).

O conceito de direitos sexuais tem uma história distinta e mais recente. Sua formulação inicial se dá nos anos 90, no âmbito dos movimentos gay e lésbico europeus e norte-americanos, produzindo-se, em seguida, uma sinergia com os segmentos dos movimentos feministas. No Programa do Cairo, a expressão direitos sexuais não consta no documento final, entretanto, o texto inclui de modo explícito o conceito de “saúde sexual”, adotando a definição da OMS para a “saúde sexual” como parte integrante da saúde reprodutiva (CORRÊA; ALVES; JANUZZI, 2006; CORRÊA; ÁVILA, 2003; PETCHESKY, 1999).

Em 1995, a Plataforma de Ação, elaborada na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, avançou alguns passos no sentido de formular um conceito relativo aos direitos sexuais, como parte dos princípios dos Direitos Humanos, tendo redigido, em seu parágrafo 96, o seguinte:

Os direitos humanos das mulheres incluem seu direito a ter controle e decidir livre e responsavelmente sobre questões relacionadas à sua sexualidade, incluindo a saúde sexual e reprodutiva, livre de coação, discriminação e violência. Relacionamentos igualitários entre homens e mulheres nas questões referentes às relações sexuais e à reprodução, inclusive o pleno respeito pela integridade da pessoa, requerem respeito mútuo, consentimento e divisão de responsabilidades sobre o comportamento sexual e suas consequências. (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1995)

Muitos avanços já foram conseguidos no sentido de assegurar que as pessoas de todas as orientações sexuais e identidades de gênero possam viver com a mesma dignidade e respeito a que todas as pessoas têm direito.

A Comissão Internacional de Juristas e o Serviço Internacional de Direitos Humanos, em nome de uma coalizão de organizações de Direitos Humanos, realizaram um projeto com o objetivo de desenvolver um conjunto de princípios jurídicos sobre a aplicação da legislação internacional às violações de Direitos Humanos com base na orientação sexual e identidade de gênero, no sentido de dar mais clareza e coerência às obrigações de Direitos Humanos dos estados. Esses princípios ficaram conhecidos como **Princípios de Yogyakarta** (PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA, 2007; REUNIÃO DE ESPECIALISTAS..., 2006).

Depois de uma reunião realizada na Universidade Gadjah Mada, em Yogyakarta, Indonésia, entre 6 e 9 de novembro de 2006, 29 eminentes especialistas de 25 países adotaram por unanimidade os **Princípios de Yogyakarta sobre a Aplicação da Legislação Internacional de Direitos Humanos em Relação à Orientação Sexual e Identidade de Gênero** (PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA, 2007).

Em 2006, a ONU adotou a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, para promover, defender e garantir condições de vida com dignidade para as pessoas que têm alguma incapacidade ou deficiência. Entre os seus princípios estão a liberdade de fazer as próprias escolhas, a plena e efetiva participação e inclusão na sociedade, a igualdade entre homens e mulheres. Explícita, também, a necessidade dos estados incluírem em seus programas de saúde pública a assistência na área de saúde sexual e reprodutiva às pessoas com deficiência. Em julho de 2008, o texto da Convenção e seu protocolo facultativo foram incluídos como parte da Constituição Nacional.

A ideia de direitos sexuais implica, portanto, a aceitação dos diferentes tipos de expressão sexual, a autonomia para tomar decisões sobre o uso do próprio corpo e a igualdade de gênero (VILLELA; ARILHA, 2003; PETCHESKY, 1999).

O HERA (*Health, Empowerment, Rights and Accountability* – Saúde, Empoderamento¹, Direitos e Responsabilidade), grupo internacional formado por mulheres que atuam no campo da saúde, desenvolvendo um trabalho de escopo mundial para garantir a implementação dos acordos estabelecidos na CIPD e na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, define saúde sexual da seguinte forma:

A saúde sexual é a habilidade de mulheres e homens para desfrutar e expressar sua sexualidade, sem riscos de doenças sexualmente transmissíveis, gestações não desejadas, coerção, violência e discriminação. A saúde sexual possibilita experimentar uma vida sexual informada, agradável e segura, baseada na autoestima, que implica abordagem positiva da sexualidade humana e respeito mútuo nas relações sexuais. A saúde sexual valoriza a vida, as relações pessoais e a expressão da identidade própria da pessoa. Ela é enriquecedora, inclui o prazer e estimula a determinação pessoal, a comunicação e as relações (HERA, 1999 apud CORRÊA; ALVES; JANUZZI, 2006, p. 45).

A partir de todo esse movimento em prol dos direitos, da saúde sexual e da saúde reprodutiva, encontram-se entre os **direitos reprodutivos**:

- O direito das pessoas decidirem, de forma livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas.
- O direito de acesso a informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos.
- O direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência.

¹ Empoderamento é a tradução não dicionarizada do termo inglês *empowerment*. Significa o processo pelo qual as pessoas ganham poder interior para expressar e defender seus direitos, ampliar sua autoconfiança, identidade própria e autoestima e, sobretudo, exercer controle sobre suas relações pessoais e sociais. Empoderamento, portanto, na perspectiva feminista é um poder que afirma, reconhece e valoriza as mulheres.

E entre os **direitos sexuais**:

- O direito de viver e expressar livremente a sexualidade sem violência, discriminações e imposições, e com total respeito pelo corpo do(a) parceiro(a).
- O direito de escolher o(a) parceiro(a) sexual.
- O direito de viver plenamente a sexualidade sem medo, vergonha, culpa e falsas crenças.
- O direito de viver a sexualidade, independentemente de estado civil, idade ou condição física.
- O direito de escolher se quer ou não quer ter relação sexual.
- O direito de expressar livremente sua orientação sexual: heterossexualidade, homossexualidade, bissexualidade.
- O direito de ter relação sexual, independentemente da reprodução.
- O direito ao sexo seguro para prevenção da gravidez e de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e Aids.
- O direito a serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e um atendimento de qualidade, sem discriminação.
- O direito à informação e à educação sexual e reprodutiva.

Vale notar que a sexualidade é uma importante dimensão da vida, abrangendo aspectos biológicos, psíquicos, sociais, culturais e históricos. Não se restringe à meta reprodutiva, sendo constitutiva das relações amorosas e do laço afetivo entre as pessoas.

Apesar de os direitos sexuais e direitos reprodutivos terem sido formalizados no contexto das Conferências das Nações Unidas como concernentes ao planejamento familiar e ao enfrentamento da violência sexual contra as mulheres, há atualmente discursos críticos que reconhecem a necessidade de explicitamente afirmar a universalidade desses direitos.

O fato é que há distintos grupos populacionais que têm seus direitos humanos violados em função da sexualidade, tais como lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, bem como pessoas que exercem a prostituição e pessoas que vivem com HIV/Aids. Ainda há grupos aos quais erroneamente se supõe o não exercício da sexualidade, como é o caso das pessoas idosas, pessoas com deficiência; e outros para os quais se supõe a impertinência na reprodução, como é o caso das pessoas com deficiência, em situação de prisão, adolescentes e pessoas com orientações sexuais não heterossexuais.

O reconhecimento da universalidade dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos é fundamental para a qualificação da proposição de políticas públicas que contemplem as especificidades dos diversos segmentos da população. A prática sexual e a maternidade/paternidade são direitos de todos, que devem ser garantidos pelo Estado, mediante ações e estratégias que promovam o compromisso e responsabilidade dos cidadãos com seu exercício de modo responsável e mediante condições saudáveis e libertas de riscos.

1.3 A EQUIDADE ENTRE HOMENS E MULHERES É FUNDAMENTAL PARA TORNAR REALIDADE OS DIREITOS HUMANOS.

Para iniciar essa discussão, é fundamental compreender sexo e gênero como conceitos distintos.

Sexo refere-se a um conjunto de características genotípicas e biológicas. Gênero é um conceito que se refere a um sistema de atributos sociais – papéis, crenças, atitudes e relações entre mulheres e homens – os quais não são determinados pela biologia, mas pelo contexto social, político e econômico, e que contribuem para orientar o sentido do que é ser homem ou ser mulher numa dada sociedade. Portanto, o gênero é uma construção social e histórica. Na maioria das sociedades, as relações de gênero são desiguais.

LEMBRE-SE

SEXO refere-se a um conjunto de características genotípicas e biológicas; e GÊNERO é uma construção social e histórica. Na maioria das sociedades, as relações de gênero são desiguais.

Os programas de ação propostos nas Conferências do Cairo e de Beijing enfatizam a necessidade de se promover a igualdade entre homens e mulheres como requisito essencial para a conquista de melhores condições de saúde e de qualidade de vida. Exortam, também, os governos a propiciarem aos adolescentes informações e serviços adequados para atenção à sua saúde sexual e saúde reprodutiva e enfatizam a necessidade de se promover o efetivo envolvimento e corresponsabilidade dos homens, adultos e adolescentes, nas questões referentes à saúde sexual e à saúde reprodutiva.

Para o pleno desenvolvimento de homens e mulheres, é importante a construção de parcerias igualitárias, baseadas no respeito entre os parceiros e em responsabilidades compartilhadas. Portanto, é fundamental o envolvimento dos homens com relação à paternidade responsável, à prevenção de gestações não desejadas ou

de alto risco, à prevenção das DST/HIV/Aids, dividindo também com as mulheres as responsabilidades no cuidado dos filhos e na vida doméstica.

Nessas conferências, os governos de vários países, entre os quais se inclui o Brasil, assumiram o compromisso de se pautarem nos direitos sexuais e nos direitos reprodutivos para definição de políticas e programas nacionais dedicados à população e ao desenvolvimento, inclusive no que se refere aos programas de planejamento reprodutivo.

1.4 OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO

Ainda, em âmbito internacional, por ter reflexo na saúde sexual e na saúde reprodutiva, cabe destacar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. A Organização das Nações Unidas (ONU), em setembro de 2000, promoveu a Conferência do Milênio, da qual participaram 189 países, entre eles o Brasil, que assinaram a Declaração do Milênio, a qual estabeleceu um conjunto de oito objetivos para o desenvolvimento sustentável dos povos e a erradicação da pobreza e da fome, os chamados Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Os oito objetivos definidos na Conferência do Milênio, e que devem ser atingidos, em sua maioria, num período de 25 anos (entre 1990 e 2015), são:

- A erradicação da pobreza e da fome.
- A universalização do acesso à educação básica.
- A promoção da igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres.
- A redução da mortalidade infantil.
- A melhoria da saúde materna.
- O combate ao HIV/Aids, malária e outras doenças.
- A promoção da sustentabilidade ambiental.
- O desenvolvimento de parcerias para o desenvolvimento.

Desses oito objetivos, quatro têm relação direta com a saúde sexual e a saúde reprodutiva: a promoção da igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres; a melhoria da saúde materna; o combate ao HIV/Aids, malária e outras doenças; e a redução da mortalidade infantil.

1.5 MARCOS REFERENCIAIS NACIONAIS

Em âmbito nacional, como marcos referenciais em relação aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos, destacam-se:

- Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM/MS/1984.
- Constituição Federal de 1988.

- Lei nº 9.263/1996, que regulamenta o planejamento familiar.
- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher/MS/2004.
- Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos/MS/2005.

Anteriormente a esses referenciais, destaca-se que, na década de 60, diversas entidades de caráter privado, voltadas para o controle da natalidade, iniciaram sua atuação no Brasil, financiadas por agências internacionais que tinham o interesse em reduzir o crescimento populacional no País. Ao mesmo tempo, verificava-se atuação quase inexistente do setor público no campo do planejamento reprodutivo. O enfoque da assistência era o ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 2002).

Nas primeiras décadas do século XX, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde, mas os programas implementados ainda voltavam-se exclusivamente para a assistência aos aspectos referentes à gestação e ao parto.

Em 1984, o Ministério da Saúde lançou as bases programáticas do **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)**, que foi elaborado com a colaboração de representantes de grupos feministas, gestores estaduais e pesquisadores das universidades. Esse programa constitui-se em marco histórico, pois incorporou o ideário feminista na atenção à saúde da mulher, introduzindo novo enfoque nas políticas públicas de saúde voltadas para essa população. Centralizado na integralidade e na equidade das ações, o PAISM propunha uma abordagem global da saúde da mulher em todas as fases do seu ciclo vital, e não apenas no ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 1984, 2002b, 2002c, 2004b).

Esse programa significou um avanço em termos de direitos reprodutivos para as mulheres brasileiras, entretanto, enfrentou dificuldades políticas, financeiras e operacionais para sua implementação, que impediram que se concretizasse de forma efetiva no cotidiano da atenção à saúde da mulher.

A **Constituição Federal**, promulgada em 5 de outubro de 1988, inclui no Título VIII da Ordem Social, em seu Capítulo VII, art. 226, § 7º, a responsabilidade do Estado no que se refere ao planejamento familiar, nos seguintes termos:

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 (BRASIL, 1988).

A **Lei nº 9.263**, de 12 de janeiro de 1996, que regulamenta o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece em seu art. 2º:

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

Parágrafo único – É proibida a utilização das ações a que se refere o caput para qualquer tipo de controle demográfico (BRASIL, 1996).

Determina a mesma Lei, em seu art. 9º, que:

Para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção (BRASIL, 1996).

Portanto, as instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS), em todos os seus níveis, estão obrigadas a garantir a atenção integral à saúde que inclua a assistência à concepção e à contracepção.

Em 2004, o Ministério da Saúde elaborou a **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**, em parceria com diversos setores da sociedade, em especial com o movimento de mulheres e com os gestores do SUS. Essa política reflete o compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis. Enfatiza a melhoria da atenção obstétrica, o planejamento familiar, a atenção ao abortamento inseguro e às mulheres e às adolescentes em situação de violência doméstica e sexual. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente aliçados das políticas públicas nas suas especificidades e necessidades (BRASIL, 2004b).

Em 22 de março de 2005, o Ministério da Saúde lançou a **Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos** (BRASIL, 2005d). Entre as diretrizes e ações propostas por essa política estão: a ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis no SUS, incentivo à implementação de atividades educativas em saúde sexual e saúde reprodutiva para usuários(as) da rede SUS; capacitação dos profissionais da Atenção Básica em saúde sexual e saúde reprodutiva; ampliação do acesso à esterilização cirúrgica voluntária (laqueadura tubária e vasectomia) no SUS; implantação e implementação de redes integradas para atenção às mulheres e aos adolescentes em situação de violência doméstica e sexual; ampliação dos serviços de referência para a realização do aborto previsto em lei e garantia de atenção humanizada e qualificada às mulheres em situação de abortamento; entre outras ações.

Em 2007, o governo federal lançou o **Programa de Aceleração do Crescimento (PAC)**, que busca aliar o crescimento econômico com o desenvolvimento e a equidade social. A saúde constitui-se um dos campos de atuação fundamental do PAC e, nesse sentido, o Ministério da Saúde elaborou o **Programa Mais Saúde: Direito de**

Todos, que objetiva, numa perspectiva abrangente, aprofundar e atualizar os grandes objetivos da criação do SUS, num contexto contemporâneo, agregando novos desafios e dimensões para que os objetivos de universalidade, equidade e integralidade possam se concretizar. O programa contempla 73 medidas e 165 metas. Entre as medidas do eixo promoção da saúde, encontra-se a expansão das ações de planejamento familiar (BRASIL, 2008b).

Os direitos, a saúde sexual e a saúde reprodutiva estão, portanto, na pauta governamental. Além disso, a implementação das diretrizes preconizadas pela Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos tem sido demanda crescente da sociedade e vem sendo monitorada pela sociedade civil organizada.

Diante das conquistas legais e políticas enfocadas neste capítulo, os/as gestores(as) e os(as) profissionais de saúde têm papel fundamental no sentido de conhecê-las e torná-las uma realidade no planejamento e na prática de atenção à saúde.

CAPÍTULO 2

O QUE OS ADOLESCENTES E OS JOVENS TÊM A VER COM DIREITOS, SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA

A adolescência e a juventude são etapas fundamentais do desenvolvimento humano, assim como as demais etapas da vida. Esse grupo populacional precisa ter assegurados seus Direitos Humanos fundamentais.

Nas duas últimas décadas, houve grandes avanços na legislação e nas políticas internacionais e nacionais sobre a compreensão dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos como Direitos Humanos, incluindo-se, também, os adolescentes e os jovens como sujeitos desses direitos.

2.1 MARCOS LEGAIS E POLÍTICOS DOS DIREITOS SEXUAIS E DOS DIREITOS REPRODUTIVOS DE ADOLESCENTES E JOVENS

A **Constituição Brasileira de 1988** reconheceu, no seu art. 227, crianças e adolescentes como sujeitos de direitos, modificando toda uma legislação anterior que considerava meninos e meninas como propriedades dos seus pais.

Outro marco fundamental é a **Convenção sobre os Direitos da Criança**, aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em 1989. A convenção em questão significou uma importante mudança de paradigma para a proteção da infância e da adolescência, reconhecendo crianças e adolescentes como sujeitos de direitos e não objetos de intervenção do Estado, da família ou da sociedade.

Em consonância com essa mudança de paradigma, em 1989, o Ministério da Saúde criou o **Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD)**, para a faixa etária de 10 a 19 anos, 11 meses e 29 dias. Entre as áreas prioritárias desse programa encontravam-se a saúde sexual e a saúde reprodutiva.

No Brasil, entre os principais avanços legais que norteiam a atenção à saúde de adolescentes, destaca-se a aprovação do **Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)**, em 1990, que regulamenta o art. 227 da Constituição Federal de 1988.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) circunscreve a adolescência como o período de vida que vai dos 12 aos 18 anos de idade. A Organização Mundial de Saúde (OMS), por sua vez, delimita a adolescência como a segunda década de vida, período compreendido entre os 10 e os 19 anos, 11 meses e 29 dias; e a juventude como o período que vai dos 15 aos 24 anos. Há, portanto, intersecção entre a segunda

metade da adolescência e os primeiros anos da juventude. O Ministério da Saúde toma por base a definição da OMS e recorre aos termos “população jovem” ou “pessoas jovens” para referir-se ao conjunto de adolescentes e jovens, ou seja, à abrangente faixa compreendida entre 10 e 24 anos.

O art. 3º do ECA define que:

A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade (BRASIL, 1990).

O ECA possui um capítulo especial que trata dos direitos à vida e à saúde e, no seu art. 11, estabelece: “É assegurada a atenção integral à criança e ao adolescente, por meio do Sistema Único de Saúde, garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990)”.

Prevê ainda que a condição de pessoa em desenvolvimento físico, moral e psicológico não retira da criança e do adolescente o direito à liberdade, ao respeito e à dignidade, conforme se encontra expresso em seu art. 17:

O direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, ideias e crenças, dos espaços e objetos pessoais (BRASIL, 1990).

O ECA, que consolida os direitos básicos da população infanto-juvenil, em seu art. 1º, claramente dispõe a doutrina da proteção integral, determinando a natureza tutelar dos direitos ali elencados, que predominarão sobre qualquer outro que possa prejudicá-lo. Dessa forma, no que se refere ao adolescente, qualquer exigência, como a obrigatoriedade da presença de um responsável para acompanhamento no serviço de saúde, que possa afastar ou impedir o exercício pleno pelo adolescente de seu direito fundamental à saúde e à liberdade, constitui lesão ao direito maior de uma vida saudável (BRASIL, 2005a).

Portanto, constituem-se **direitos fundamentais do adolescente a privacidade, a preservação do sigilo e o consentimento informado**. Na assistência à saúde, isso se traduz, por exemplo, no direito do adolescente de ter privacidade durante uma consulta, com atendimento em espaço reservado e apropriado, e de ter assegurada a confidencialidade, ou seja, a garantia de que as questões discutidas durante uma consulta ou uma entrevista não serão informadas a seus pais ou responsáveis, sem a sua autorização – consentimento informado. Esses direitos fundamentam-se no princípio da autonomia

e, sem dúvida, favorecem a abordagem de temas relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva nos serviços de saúde (BRASIL, 2005a).

Diversos códigos de ética profissionais e o próprio código penal expressamente determinam o sigilo profissional, independentemente da idade da pessoa sob atenção, prevendo sua quebra apenas nos casos de risco de vida ou outros riscos relevantes para a própria pessoa ou para terceiros.

O Código de Ética Médica, por exemplo, considerando que a revelação de determinados fatos para os responsáveis legais pode acarretar consequências danosas para a saúde do jovem e a perda da confiança na relação com a equipe de saúde, não adotou o critério etário, mas o do desenvolvimento intelectual. O art. 103 do referido código estabelece:

É vedado ao médico:

Revelar segredo profissional referente ao 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-los, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente (CONSELHO..., 1988).

No programa de ação da **Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD)**, realizada no Cairo, em 1994, no capítulo VII, referente aos direitos reprodutivos e à saúde reprodutiva, é feito um apelo aos países signatários para que, com o apoio da comunidade internacional, protejam e promovam o direito dos adolescentes à educação, à informação e aos cuidados de saúde reprodutiva. Apela-se, igualmente, aos governos para que, em colaboração com as ONGs, estabeleçam os mecanismos apropriados para responder às necessidades especiais dos adolescentes. Um dos marcos importantes do programa de ação em questão é a inclusão dos adolescentes e jovens do sexo masculino nas políticas voltadas para a saúde sexual e para a saúde reprodutiva.

Em 2007, foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde a **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens**, calcada nos princípios do SUS e construída num processo coletivo estabelecido entre o governo federal, profissionais, gestores, organizações da sociedade civil e movimentos de juventude. Fundamenta-se no reconhecimento de que adolescentes e jovens são pessoas em processo de desenvolvimento, demandando atenção especial ao conjunto integrado de suas necessidades físicas, emocionais, psicológicas, cognitivas, espirituais e sociais.

Os pressupostos dessa política são a integralidade da atenção, a universalização, a efetividade, a interdisciplinaridade, a intersetorialidade e a participação juvenil. Enfatiza

o fortalecimento da Atenção Básica como um espaço privilegiado para se trabalhar a promoção da saúde, a prevenção de agravos e a intersetorialidade.

A Atenção Básica deve, em especial, realizar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, articular ações de redução da morbimortalidade por causas externas (acidentes e violências), garantir a atenção à saúde sexual e à saúde reprodutiva, incluindo o acesso ao planejamento reprodutivo e aos insumos para a prevenção das DST/HIV/Aids, além de desenvolver ações educativas com grupos, respeitando os direitos sexuais e os direitos reprodutivos.

A saúde de adolescentes e jovens está diretamente relacionada à promoção do protagonismo juvenil e do exercício da cidadania, ao fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, à educação em saúde e à prevenção de agravos.

Portanto, é preciso ressaltar que, do ponto de vista ético, político e legal, está assegurado o direito desse grupo etário à atenção integral à saúde, incluindo-se nessa atenção a saúde sexual e a saúde reprodutiva.

CAPÍTULO 3

A ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2007) define Atenção Básica como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico e o tratamento dos problemas de saúde mais comuns e relevantes da população, a reabilitação e a manutenção da saúde.

A Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde (APS) é aquele nível de um sistema de serviços de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto aquelas muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em outro lugar ou por terceiros (STARFIELD, 2002).

A Atenção Básica deve (BRASIL, 2007):

- Ser baseada na realidade local.
- Considerar os sujeitos em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural.
- Contemplar a promoção da saúde, a prevenção e o tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer as possibilidades de viver de modo saudável.

Conforme Starfield (2002) salienta, a Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde (APS) deve ser orientada pelos seguintes princípios:

1. **Primeiro contato:** significa ser a “porta ou ponto de entrada” de fácil acesso para o sistema de saúde. A unidade deve ser de fácil acesso e disponível para não postergar e afetar adversamente o diagnóstico e o manejo do problema. As Unidades Básicas de Saúde serão os lugares que, preferencialmente, as pessoas procuram primeiro a cada vez que ocorre um problema ou necessidade em saúde, devido à sua acessibilidade.
2. **Longitudinalidade:** quer dizer responsabilidade do serviço de saúde por toda a população de um determinado território ao longo do tempo, independentemente da presença ou ausência de doença e da procura pela unidade. A palavra longitudinalidade deriva de longitudinal e é definida como lidar com o crescimento e as mudanças de indivíduos ou grupos no decorrer de um período de anos. Dessa forma, as relações entre a equipe de saúde e os usuários na

Atenção Básica são contínuas e de longa duração, com presença ou ausência de problemas de saúde. Isso significa uma atenção e cuidado personalizados ao longo do tempo. Com o passar do tempo, os usuários passam a conhecer a equipe de saúde e essa, os usuários. As pessoas recebem acompanhamento durante todo o ciclo da vida: nascimento, infância, adolescência e juventude, idade adulta e todo o processo de envelhecimento.

3. **Integralidade:** traduz-se em realizar atenção, integrando ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação, promovendo acesso aos diferentes níveis de atenção e ofertando respostas ao conjunto de necessidades de saúde de uma comunidade, e não apenas a um recorte de problemas. A integralidade exige que a Atenção Básica reconheça as necessidades de saúde da população e os recursos para abordá-las.
4. **Coordenação:** a Atenção Básica deve prestar, diretamente, todos os serviços para as necessidades comuns e ser um agente para a atenção às necessidades que devem ser atendidas em outros pontos de atenção. Deve coordenar as ações de saúde, considerando a história anterior de atenção ao usuário (terapias ou ações já utilizadas) e as necessidades do presente, atuando com o compromisso de buscar a resolução dos problemas e prestar atenção continuada à pessoa/família, mesmo nos casos de encaminhamento a outros níveis de atenção, atuando de forma integrada com os profissionais dos serviços especializados.
5. **Centralização familiar:** o foco da atenção é a família. Tendo em vista que ela desempenha papel fundamental para a construção de hábitos saudáveis, nossa sociedade se organiza tendo a família como célula-central, o núcleo familiar funciona como tradutor de toda uma dinâmica social e a família é, essencialmente, provedora de cuidados.
6. **Competência cultural:** envolve o reconhecimento das necessidades especiais das subpopulações que podem não estar em evidência devido a características étnicas, raciais ou a outras características culturais especiais. Os profissionais necessitam ter outros conhecimentos e habilidades para além do campo das disciplinas acadêmicas da área de saúde, que envolvem relacionamentos, capacidade de escuta e de manejar situações adversas, desenvolvimento de trabalho em equipe, estabelecimento de parcerias, comprometimento com os usuários, respeitando os modos de viver dos indivíduos e famílias.
7. **Enfoque comunitário:** é fundamental conhecer, planejar e atuar, considerando os diferentes contextos da comunidade. A Atenção Básica com orientação comunitária utiliza habilidades clínicas, epidemiológicas, ciências sociais e pesquisas avaliativas, de forma complementar, para ajustar as ações, de modo que estas

atendam às necessidades específicas de saúde de uma população definida. Além disso, a equipe integra uma rede de suporte à comunidade, estabelecendo uma relação de mútua confiança que favorece a construção de vínculo. Diz respeito também ao envolvimento da comunidade na tomada de decisão.

A organização do Sistema Único de Saúde, a partir de 2006, passou a reger-se com base em um novo documento orientador, o Pacto pela Saúde, estruturado em três dimensões: Pacto de Gestão, Pacto em Defesa do SUS e Pacto pela Vida. Esse último estabelece um conjunto de prioridades sanitárias, entre as quais se destaca o fortalecimento da Atenção Básica.

No Brasil, a Saúde da Família (SF), estratégia prioritária para a organização da Atenção Básica, tem foco na família, célula social fundamental para o reconhecimento dos modos de viver e adoecer das comunidades.

Como conceito de família, o Ministério da Saúde utiliza o adotado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE):

O conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência que residem na mesma unidade domiciliar. Inclui empregado(a) doméstico(a) que reside no domicílio, pensionistas e agregados (IBGE, 1998).

Nas últimas décadas, ocorreram mudanças significativas no perfil das famílias, na forma como se organizam e nos papéis desempenhados por seus membros. Os Censos Demográficos e as Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (PNAD), realizados pelo IBGE, revelam algumas dessas mudanças, decorrentes de processos socioculturais, como o aumento do número de separações, a diminuição da taxa de fecundidade, a mudança do papel da mulher, o maior poder dos filhos, entre outros.

A família não é mais apenas aquele grupo nuclear específico, formado por pai, mãe e filhos; é também um espaço emocional à procura de novos equilíbrios e que pode se organizar sob as mais diversas formas. Dentro dela, tendem a se reproduzir todas as formas de relações existentes na sociedade (DUNCAN; SCHMIDT e GIUGLIANI, 2004).

Em face do contexto diverso em que se inserem indivíduos e famílias, é imprescindível que os profissionais de saúde tenham conhecimento sobre as diferentes estruturas e dinâmicas familiares e busquem realizar o cuidado em saúde com abordagens que considerem os aspectos sociais, econômicos, ambientais, culturais, entre outros, como condicionantes e/ou determinantes da situação de saúde.

É importante salientar que ofertar uma atenção básica de qualidade não é uma tarefa simples. Atenção básica não quer dizer atenção de baixa complexidade. Tais cuidados são realizados de forma individual e/ou coletiva, utilizando meios ou técnicas que

dispensam equipamentos sofisticados e de alto custo. Ainda assim, são considerados de alta complexidade, porque necessitam de uma abordagem ampliada dos indivíduos, da família, da comunidade, enfim, do contexto em que as pessoas vivem.

A Atenção Básica se utiliza de tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade tecnológica, as quais devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território.

E conforme salienta Raggio (2006):

A agregação tecnológica é menos complexa que a atenção às pessoas. A escuta e o exame de um ser que sofre deve ser a mais complexa de todas as tarefas na cadeia de ações de saúde, onde não se distinguem as dimensões corpo, mente, alma, valores e cultura que compõem as pessoas. Estão todas imbricadas, construindo identidades inéditas.

CAPÍTULO 4

HUMANIZAÇÃO, OS PRINCÍPIOS DA BIOÉTICA, ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA E ABORDAGEM FAMILIAR: PONTOS-CHAVE NA ATENÇÃO EM SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA

Toda prática e ação está baseada em uma determinada forma de pensar e numa visão de mundo particular. As práticas de saúde também são norteadas por uma dada concepção da realidade. O conjunto de valores, crenças e técnicas que servem de base para produzir o conhecimento e para orientar a nossa prática chama-se paradigma.

O paradigma que tem dominado a ciência ocidental é aquele que reconhece como ciência apenas a atividade objetiva, capaz de traçar as leis que regem os fenômenos e tem como características fundamentais:

- **O mecanicismo:** concepção do universo, da natureza, do homem, como se fossem máquinas, governados por leis matemáticas exatas.
- **O empirismo:** apenas o conhecimento construído a partir de fatos concretos, passíveis de serem percebidos pelos sentidos, medidos e quantificados, teria valor científico.
- **O determinismo:** uma vez conhecendo as leis que causam os fenômenos, seria possível determinar com precisão a sua evolução.
- **A fragmentação:** a decomposição do objeto de estudo em suas partes componentes, perdendo-se, muitas vezes, a visão do todo.
- **O reducionismo:** a perda da visão sistêmica e complexa dos processos.
- **A dicotomia:** a separação entre mente/corpo, sujeito/objeto, ser humano/natureza, razão/intuição.

No campo da biologia, o paradigma mecanicista se concretiza na compreensão de que os organismos vivos funcionam como máquinas, constituídas de partes separadas, e de que é possível compreender o seu funcionamento pelo estudo isolado de cada parte.

A fragmentação exagerada faz com que muito se saiba sobre as partes componentes dos organismos vivos, mas pouco se conheça sobre suas funções enquanto totalidades integradas e suas interações com o meio.

A medicina adotou essa concepção reducionista da biologia, constituindo-se o modelo biomédico, ainda predominante nas práticas de saúde, que enfoca o processo saúde/doença sob uma ótica puramente biológica/corporal, desconsiderando os aspectos psicológicos, culturais, sociais e econômicos. Ao se concentrar em partes cada vez menores do corpo, a medicina moderna perde de vista o ser humano como um todo e sua inter-relação com o contexto em que vive.

4.1 A NECESSIDADE DE UM NOVO PARADIGMA PARA A SAÚDE

Faz-se necessária a adoção de uma compreensão mais abrangente do ser humano e do processo saúde-doença, entendendo esse processo como complexo, não podendo ser reduzido somente à dimensão biológica. A situação de saúde de uma população resulta da interação de múltiplos fatores.

Complexidade significa entrelaçamento de causas. Um sistema complexo é formado por grande número de unidades constitutivas e inter-relacionadas e uma enorme quantidade de interações. Nas teorias da complexidade, os temas de estudo são entendidos como objetos em contexto. Contextualizar é ver um objeto existindo dentro do sistema e pôr foco nas suas interligações, conexões e redes de comunicação (MINAYO, 2008).

O caminho para a humanização das práticas de saúde, aspecto fundamental para a construção e consolidação do SUS, pressupõe a mudança de paradigma.

Esse novo paradigma deve buscar a superação de dicotomias tais como corpo/mente, quantitativo/qualitativo, indução/dedução, objetivo/subjetivo, teoria/prática, macro/micro, interioridade/exterioridade, fenômeno/essência, singular/universal, base material/consciência, pois um de seus princípios deve ser o da união dos contrários, numa relação de complementaridade, no interior das totalidades dinâmicas e vivas. Com base nessa forma de ver o mundo, é impossível conhecer as partes sem conhecer o todo, bem como conhecer o todo sem conhecer as partes (MINAYO, 2008).

4.2 PRINCÍPIOS PARA A HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO E DA GESTÃO NO SUS

De acordo com a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão no Sistema Único de Saúde (HumanizaSUS), entende-se por humanização a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2006d).

O acolhimento é uma das formas de concretizar a humanização das práticas de saúde. Caracteriza-se como um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a dar atenção a todos que procuram os serviços, não só ouvindo suas necessidades, mas percebendo-as para além da fala/expressão verbal, assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas com as pessoas.

O acolhimento não é um espaço ou local, mas uma postura ética; não pressupõe hora ou um profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias ou formas alternativas para enfrentamento dos problemas.

Uma atitude preconceituosa por parte de algum profissional pode interferir no acolhimento. Por exemplo: o estigma existente em relação a alguns grupos, como o das prostitutas ou outras pessoas que exercem a prostituição, pessoas com deficiência,

peças que têm problemas mentais ou de comportamento, homossexuais, usuários de drogas, entre outros, muitas vezes impõe barreiras para o acesso à atenção à saúde, quebrando princípios de equidade e universalidade do cuidado aos cidadãos brasileiros.

4.3 OS PRINCÍPIOS DA BIOÉTICA

É importante pautar a atuação profissional nos princípios bioéticos (CREMESP, 2004), a saber:

- **Respeito à autonomia:** as pessoas têm o direito de decidir sobre as questões relacionadas ao seu corpo e à sua vida. Na atenção à saúde, as ações devem ser autorizadas pelas pessoas.
- **Beneficência:** refere-se à obrigação ética de maximizar o benefício e minimizar o prejuízo.
- **Não maleficência** (ação que não faz o mal): a finalidade é reduzir os efeitos adversos ou indesejáveis das ações diagnósticas e terapêuticas no ser humano. Desse modo, a ação realizada deve causar o menor prejuízo ou agravo à saúde da pessoa.
- **Justiça e equidade:** todas as pessoas devem ser tratadas com igual consideração, independentemente de sua situação socioeconômica, cultural, étnica, orientação sexual, religião, profissão, entre outras situações ou características. Por sua vez, as especificidades das pessoas e dos grupos devem ser levadas em conta, a partir do que os recursos e esforços devem ser direcionados em maior proporção àqueles que precisam mais ou estão em maior risco de adoecer/morrer, sem prejuízo da atenção à população como um todo.

São, ainda, direitos fundamentais no atendimento de saúde:

- **Preservação de sigilo:** a pessoa tem direito a ter resguardado o segredo sobre dados pessoais, por meio da manutenção do sigilo profissional, desde que isso não acarrete riscos a terceiros ou à saúde pública. Esse segredo abrange não só as informações expressas verbalmente, mas também aquelas registradas em prontuário.
- **Garantia de privacidade:** visual e auditiva.
- **Consentimento informado:** qualquer procedimento deve ser informado, esclarecido em suas finalidades, formas/características, riscos etc. A pessoa faz escolhas com autonomia, compreendendo o que será realizado.

Aos profissionais, recomenda-se que primeiro ouça, depois pergunte e depois se posicione, com o cuidado de:

- Não tomar decisões pelas pessoas, não impor escolhas, não emitir juízo de valor.
- Desenvolver atividades educativas e de aconselhamento.
- Somente realizar prescrições após avaliação clínica e oferecer acompanhamento periódico.

4.4 DISCUTINDO UM POUCO MAIS SOBRE A RELAÇÃO TERAPÊUTICA

A relação estabelecida entre o profissional de saúde e as pessoas às quais assiste é fundamental, pois, a depender da qualidade das interações, será maior ou menor o potencial de construir confiança, estabelecer vínculos e provocar transformações pessoais que contribuam para a produção de saúde.

É importante que os profissionais de saúde busquem desenvolver a empatia, que se refere à habilidade de compreender a realidade de outras pessoas, mesmo quando não se teve a mesma experiência. Uma presença sensível transfunde serenidade e confiança, favorece a criação do vínculo e a corresponsabilidade.

O profissional deve considerar a pessoa na sua inteireza, valorizar sua unicidade e singularidade, procurando construir uma relação de sujeito com sujeito.

Buscar construir a confiança dos indivíduos e da comunidade no trabalho dos profissionais e da equipe de saúde é um dos primeiros passos para estabelecer o vínculo, que é concebido como fundamental para que as ações da equipe tenham impacto positivo na saúde da população.

Deve-se atentar que na relação de cuidado em saúde podem ocorrer algumas situações que são muitas vezes invisíveis e indizíveis, tanto para os profissionais quanto para as pessoas sob atenção. Muitas dessas situações podem ser compreendidas à luz dos conceitos de transferência e contratransferência, que serão abordados em linhas gerais a seguir. O entendimento, a observação e o manejo dessas situações auxiliam na condução do processo de cuidar.

Na relação do cuidado e no processo de construção da confiança, a pessoa pode experimentar em relação ao profissional de saúde algumas sensações, emoções, recordações, fantasias que, muitas vezes, são manifestações inconscientes de relações e experiências emocionais vividas com outras pessoas. De forma extremamente genérica, tais processos podem ser denominados de transferência e se manifestam de diferentes maneiras de acordo com cada paciente, situação e profissional.

A seguir, são apresentados exemplos de algumas dessas manifestações transferenciais e possíveis condutas, com o intuito de chamar atenção para esses fenômenos na prática clínica, mantendo a ressalva de que inúmeros outros comportamentos são possíveis e de que a sensibilidade, a escuta, o estudo e a discussão de caso clínico são ferramentas para auxiliar na condução de cada situação:

- Tentativas do paciente em agradar ao profissional de saúde, ofertando presentes, omitindo fatos, comportamentos ou sintomas relacionados à sua saúde.

Para a compreensão desse comportamento, é importante refletir sobre os motivos que podem estar levando os pacientes a terem tais atitudes e buscar verificar se existe necessidade, por parte do paciente, de encobrir dificuldades em realizar ações para a melhoria da saúde.

- Idealização do profissional de saúde pelo paciente, que pode se manifestar, no início do tratamento, como uma necessidade básica e indispensável para a construção do vínculo. Muitas vezes, sem perceber, o profissional alimenta essa idealização por longo tempo, devido a uma necessidade de obter gratificações e elogios. É importante que o profissional tenha cuidado para não deixar que essa idealização se prolongue demais, pois isso pode levá-lo a não realizar intervenções necessárias e prejudicar os pacientes na manifestação de suas reais necessidades e dificuldades.
- Sentimentos afetuosos e carinhosos pelo profissional de saúde que estão relacionados com as necessidades das pessoas de serem amadas e respeitadas, sendo considerados inerentes às relações humanas.
- Demonstrações de desejos amorosos e sexuais para com os profissionais, o que merece observação, evitando-se julgamentos morais, manifestações de repúdio e frieza e desistência do paciente. Há de se ter cuidado com o envolvimento afetivo. Ao perceber uma manifestação como essa, é importante que o profissional dialogue com o paciente, buscando auxiliá-lo para que perceba que significados estão por trás desses sentimentos ou de uma eventual tentativa de sedução – que necessidades emocionais precisam ser trabalhadas. Nem sempre o profissional se sentirá preparado para esse diálogo e nesse caso poderá procurar auxílio de outro profissional.
- Demonstrações de raiva, agressividade, desistência e resistência com o tratamento e com profissional. Muitas vezes, essas manifestações podem representar a construção de preciosos vínculos de confiança, pois o paciente está permitindo mostrar suas fragilidades. O importante nessas situações é escutar o que os pacientes estão expressando com esses atos e sentimentos, sem se intimidar, revidar ou desistir.
- Expressões de que o paciente está percebendo o profissional como um modelo de identificação para transformar o seu modo de viver.

É importante ressaltar que, na relação de cuidado, o profissional também se sente mobilizado pelos pacientes, de forma manifesta ou inconsciente, por meio de um conjunto de sentimentos, afetos, pensamentos, imagens, sensações corporais etc. que merece atenção e que pode auxiliar no entendimento dos próprios pacientes. De forma extremamente genérica, tais processos podem ser denominados de contratransferência.

Exemplos dessas respostas emocionais podem ser percebidos nas seguintes situações:

- O profissional pode sentir grandes dificuldades em pensar na condução do caso clínico ou se sentir impotente perante algumas situações apresentadas pelos pacientes. Ou ainda, pode ter uma sonolência invencível e fazer enorme esforço para se manter desperto, que não se trata de sono atrasado, cansaço ou algo equivalente. Essas situações ocorrem com pacientes específicos e as sensações se transformam logo que há atendimento de outros pacientes. Isso pode demonstrar aspectos dos pacientes que estão sendo captados pelo profissional, devido ao vínculo estabelecido, mesmo quando não estão sendo verbalizados pelo paciente. Pode-se verificar se esses pacientes também vivenciam sensações de impotência perante seu problema de saúde ou se estão imobilizados perante alguma situação da vida ou com sensações de desânimo, apatia.
- O profissional pode desenvolver sentimentos paternos, maternos ou fraternos em relação a algum usuário. Nesse caso, o paciente pode ter um traço, característica, jeito, comportamento que o profissional inconscientemente ou conscientemente identifica com um de seus próprios pais, filhos, irmãos etc., ou o paciente, sem perceber, coloca o profissional nessa posição parental. Os sentimentos despertados podem influenciar na condução do tratamento, sendo importante o profissional ficar atento e analisar os motivos dessas sensações, o que as mobiliza e se está havendo prejuízo na relação de cuidado. Como exemplo, o profissional em que é despertado o sentimento de pai ou de mãe em relação algum paciente pode ter atitudes morais que reprimam algum comportamento considerado por ele inadequado para um filho, ou pode assumir posturas paternalistas que não auxiliam o paciente a assumir a sua responsabilidade no tratamento.

É imprescindível destacar que, antes de tudo, o profissional de saúde é um ser humano e, portanto, está sujeito a toda ordem de sensações e sentimentos, como angústia, ódio, atração física, compaixão, tédio, paralisia, impotência etc. (ZIMERMAN, 1999).

O importante é que esses sentimentos não sejam ignorados ou desprezados, nem assustem o profissional ao ponto dele desistir de tais pacientes ou ter condutas agressivas ou distantes. Esses sentimentos e sensações devem ser observados, decodificados, compreendidos e entendidos como auxiliares na compreensão da dinâmica de vida dos pacientes e na condução de seu processo de saúde.

Para fortalecer a identificação desses aspectos que surgem a partir da relação de cuidado e utilizá-los como ferramentas na conduta clínica, eles devem ser abordados no processo de educação permanente do profissional de saúde, bem como discutidos no apoio matricial ou nos espaços de discussão de casos clínicos e supervisão.

4.5 A ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA E A IMPORTÂNCIA DA ESCUTA

A proposta de abordagem centrada na pessoa contrapõe-se à abordagem centrada na doença, característica do modelo biomédico de atenção à saúde.

Significa buscar a compreensão da pessoa como um todo, em seu contexto de vida e estágio de desenvolvimento pessoal, o que inclui considerar aspectos que envolvem família, trabalho, crenças, dificuldades, potencialidades.

Mais do que explorar as anormalidades de estrutura e função dos órgãos e sistemas do corpo – as doenças de natureza física ou mental, busca-se entender o adoecer de cada pessoa, que é único, que corresponde à experiência pessoal da saúde alterada.

E, mais que isso, inclui ações de promoção da saúde e de prevenção das doenças, e não só o cuidado após o adoecer.

Essa forma de atuação requer a valorização da relação estabelecida entre o profissional e as pessoas assistidas.

Dessa forma, para se obter um plano terapêutico resolutivo, é importante buscar a concordância entre os sujeitos dessa relação, no que se refere à natureza dos problemas, às prioridades, objetivos do tratamento e papéis (do profissional e da pessoa sob atenção).

Na abordagem centrada na pessoa, saber ouvir é tão importante quanto saber o que dizer e em que linguagem dizer, pois essa habilidade é crucial para uma atenção adequada.

Ouvir o outro pressupõe a capacidade de silenciar.

Uma escuta qualificada é aquela feita de presença e atenção, livre de preconceitos e soluções; a escuta sem outro objetivo que a escuta. Somente essa escuta permite ao ser exprimir-se e pode abrir a porta ao reencontro da pessoa com ela mesma. A escuta atenta e livre fará nascer um estado de confiança necessário que permitirá à pessoa ultrapassar seus medos (RESSÉGUIER, 1988).

Além disso, é importante resgatar os significados essenciais das ações que são executadas cotidianamente e que vão sendo, muitas vezes, banalizadas a ponto de se tornarem mecânicas.

Romper com a abordagem puramente biológica requer que o profissional de saúde transcenda o mecanicismo das condutas diagnósticas e terapêuticas biologicistas e resgate os significados essenciais que essas ações possuem.

Por exemplo, nos procedimentos que implicam tocar/examinar o corpo das pessoas, é preciso lembrar que o que se faz é uma espécie de escuta do corpo, a qual também deve ser atenta e respeitosa.

O corpo precisa, então, ser ressignificado, pois mais do que o conjunto de partes, ele representa um ser:

Quando você toca alguém, nunca toque só um corpo. Quer dizer, não se esqueça de que você toca uma pessoa e que nesse corpo está toda a memória de sua existência. E, mais profundamente ainda, quando você toca um corpo, lembre-se que você toca um sopro, que esse sopro é o sopro de uma pessoa com os seus entraves e dificuldades e, também, é o grande sopro do universo. Assim, quando você tocar um corpo, lembre-se de que você toca um templo (LELOUP, 1998).

4.6 ABORDAGEM FAMILIAR

Na busca por compreender o contexto de vida das pessoas e as influências desse contexto sobre a situação de saúde, a família deve ser o primeiro espaço/grupo a se considerado a partir do que se denomina de abordagem familiar.

A família pode ser definida como um grupo de pessoas que compartilham uma relação de cuidados (proteção, alimentação e socialização), vínculos afetivos (relacionais), de convivência, de parentesco consanguíneo ou não, condicionados pelos valores socioeconômicos e culturais predominantes em um dado contexto geográfico-histórico-cultural.

A família é mais que a soma de seus membros, é um sistema social, uma instituição social básica que aparece sob as formas mais diversas em todas as sociedades humanas.

Os indivíduos que a compõem cumprem papéis e tarefas específicas, os quais são definidos na própria família, a partir dos valores culturais de cada sociedade ou contexto particular.

Segundo Brennan (1974), é importante considerar “a pessoa na família” e a “família na pessoa”. A “pessoa na família” quer dizer as relações interpessoais no grupo familiar e a “família na pessoa” vem a ser a experiência de família incorporada pelo indivíduo, que o afeta profundamente em seu autoconceito e em sua relação com os outros.

Assim como os indivíduos possuem um ciclo de vida, a família também possui um ciclo de vida próprio, o qual se constitui em uma sequência de etapas ou estágios de desenvolvimento que evoluem de diferentes formas, de acordo com as estruturas e padrões ou dinâmicas de relacionamento estabelecidos.

Buscar conhecer o ciclo de vida familiar pode ajudar muito o profissional de saúde a formular hipóteses mais próximas da realidade sobre os problemas que as pessoas estão vivendo e que têm implicações no processo saúde-doença.

O processo saúde-doença envolve toda a família – a saúde de cada um de seu membros tanto pode ser afetada pela dinâmica familiar e seus problemas, como influenciá-la ou afetá-la.

Atuar com foco na família pressupõe, entre outras coisas, considerar as interações e/ou tensões familiares, muitas vezes não mencionadas inicialmente, e que estão intrinsicamente ligadas aos processos de adoecimento.

A abordagem familiar pode se utilizar de diferentes ferramentas e técnicas. Muitas dessas ferramentas voltam-se à avaliação da estrutura e do funcionamento familiar, à explicitação dos papéis de seus membros e das linhas de poder e de decisão, das formas próprias de perceber e explicar saúde e doença, à identificação dos recursos familiares para a solução dos problemas e seus apoios internos e externos – o modo como a família se relaciona com a comunidade.

É de fundamental importância que os profissionais busquem conhecer e utilizar essas ferramentas no cotidiano de suas práticas. Isso permitirá uma atenção mais adequada, com resultados mais consistentes e duradouros.

CAPÍTULO 5

39

SEXUALIDADE E SAÚDE

A sexualidade diz respeito a um conjunto de características humanas que se traduz nas diferentes formas de expressar a energia vital, chamada por Freud de libido, que quer dizer energia pela qual se manifesta a capacidade de se ligar às pessoas, ao prazer/desprazer, aos desejos, às necessidades, à vida.

Comumente, as pessoas associam sexualidade ao ato sexual e/ou aos órgãos genitais, considerando-os como sinônimos. Embora o sexo seja uma das dimensões importantes da sexualidade, esta é muito mais que atividade sexual e não se limita à genitalidade ou a uma função biológica responsável pela reprodução (NEGREIROS, 2004).

Ao refletir um pouco mais sobre o assunto, pode-se perceber que o corpo como um todo é fonte de prazer, pelo fato de propiciar, desde nosso nascimento, o sentir, o perceber e o comunicar o mundo.

A sexualidade é uma das dimensões do ser, em outras palavras: cada um de nós tem uma identidade sexual que integra o modo de ser de cada um e que é inseparável da nossa humanidade (DEPUTTE, 1997; THALER-DEMERS, 2001 apud LOURENÇO, 2002, p. 24).

Conforme Lourenço (2002), em sentido amplo, a sexualidade se expressa no estilo de vida que adotamos, no modo como se demonstram os afetos, na percepção erotizada dos estímulos sensoriais e também nos papéis de gênero – jeito adotado para ser mulher ou para ser homem, que tem implicações nas relações estabelecidas entre homens e mulheres.

A sexualidade envolve, além do corpo, os sentimentos, a história de vida, os costumes, as relações afetivas e a cultura. Portanto, é uma dimensão fundamental de todas as etapas da vida de homens e mulheres, presente desde o nascimento até a morte, e abarca aspectos físicos, psicoemocionais e socioculturais.

De acordo com as definições da OMS, a sexualidade é vivida e expressa por meio de pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos.

Em todas as sociedades, as expressões da sexualidade são alvo de normas morais, religiosas ou científicas, que vão sendo aprendidas pelas pessoas desde a infância. Em nossa sociedade, por exemplo, a sexualidade foi histórica e culturalmente limitada em suas possibilidades de vivência, devido a tabus, mitos, preconceitos e relações desiguais de poder entre homens e mulheres (CASTRO; ABRAMOVAY e SILVA, 2004).

Existe, atualmente, preocupação em não rotular ou estigmatizar comportamentos sexuais em “normais” ou “anormais”. Busca-se discutir os comportamentos e as práticas sexuais sem preconceitos, considerando que são relativos, dependendo da cultura, do contexto histórico, social e de vida da pessoa.

Dessa forma, é fundamental valorizar, promover e incentivar o autoconhecimento, que implica buscar conhecer a si próprio, os valores, o modo de ver e viver a vida e as relações com os outros, em tomar contato com os sentimentos, em conhecer o corpo e em identificar as potencialidades e dificuldades/bloqueios de diversas ordens. Da mesma forma, é importante estimular a construção de relacionamentos que contribuam para o crescimento pessoal, que ajudem na superação das dificuldades e fortaleçam a autoestima.

Tudo isso está ligado à qualidade de vida e à saúde das pessoas, sendo aspectos de extrema relevância para a atuação dos profissionais de saúde da Atenção Básica.

5.1 UM POUCO DE HISTÓRIA...

Em 1905, com a publicação de “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”, o médico Sigmund Freud propôs a ideia de uma sexualidade que surgiria desde os primórdios da constituição do psiquismo e seria radicalmente diferente da então aceita noção de instinto sexual, esquema de comportamento herdado em uma determinada espécie animal, que ocorre num padrão sequencial pouco suscetível a variações. A moral repressora de sua época só aceitava a sexualidade baseada no instinto, que surgiria na puberdade e que teria como finalidade a reprodução.

Freud fez grandes contribuições ao estudo da sexualidade humana, descrevendo seu desenvolvimento desde a infância. Foi o primeiro pesquisador a ousar dizer que as crianças eram dotadas de sexualidade desde o início da vida e que se automanipulavam em busca de prazer, sendo tal manipulação dirigida a diferentes partes do corpo.

O trabalho de Freud ampliou o conceito de sexualidade, que não designava somente os atos e o prazer ligados ao aparelho genital, mas se referia, a partir de então, a um conjunto de excitações e de atividades que surgem desde a infância e proporcionam um prazer que vai além da satisfação de uma necessidade fisiológica fundamental.

Freud toma como exemplo a amamentação do recém-nascido, sugerindo que a necessidade biológica de ser alimentado não parece ser o único objetivo do bebê ao mamar. Ao ser amamentado, ele procura também satisfazer suas necessidades emocionais ao entrar em contato com a pele da mãe, ouvir sua voz, sentir seu olhar, ser acariciado por ela.

5.2 A SEXUALIDADE NA INFÂNCIA

Partindo do significado amplo da sexualidade, para compreender a sexualidade infantil, é necessário ir além do conhecimento referente ao desenvolvimento sexual e reprodutivo, levando-se em conta o desenvolvimento emocional de cada sujeito. É preciso considerar que esse desenvolvimento depende do aprendizado obtido por meio das relações construídas a partir da infância.

É importante que os profissionais de saúde ampliem o olhar sobre as questões relativas à sexualidade, buscando conectá-lo ao contexto familiar, social e cultural em que as pessoas estão inseridas.

Especial atenção deve ser dada ao processo de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, que dependerá, entre múltiplos fatores, da forma como são cuidadas pela família.

Há diferentes estruturas e dinâmicas de relacionamentos familiares. A forma como as pessoas conseguem ou não cuidar dos seus filhos pode dizer, também, da forma como foram cuidadas e pode-se verificar que, algumas vezes, há fantasmas que atormentam e que emperram essas relações.

Conforme Marshal Klaus, John Kennell e Phyllis Klaus (2000), “os modelos internos de paternidade e maternidade são, com frequência, passados adiante e tornam-se a diretriz que a criança utiliza quando se torna adulta”.

Os modelos de relações intrafamiliares que se vivenciam conformam a referência de base sobre a qual se constrói a visão de cada um de nós acerca do amor humano. Em muitas famílias, as dinâmicas de relacionamento prevalentes são dominadas pela violência, desleixo e maus-tratos ou por um ambiente que não favorece o desenvolvimento das potencialidades dos seus membros (NEWCOMB; LOCKE, 2001; GE et al., 2002 apud LOURENÇO, 2002, p. 22).

É de grande importância para a consolidação da autoestima que as fases mais precoces do desenvolvimento humano sejam vivenciadas em um contexto de afetividade e estímulo às potencialidades.

Desse modo, **as equipes de saúde de Atenção Básica** ocupam importante lugar no que diz respeito à promoção do desenvolvimento humano saudável, junto às famílias sob sua responsabilidade. É possível abordar as questões referentes às relações intrafamiliares e comunitárias, assim como o respeito às diferenças, a desmistificação de crenças que tenham influência repressora, degradante ou desrespeitosa, nos atendimentos de grupo, individuais, familiares e com a comunidade, nos diferentes espaços de produção de saúde.

Fortalecer capacidades e habilidades como a empatia, a escuta qualificada, a construção de vínculo, o olhar sobre aspectos subjetivos, respeitando as crenças e valores de cada pessoa, pode ser um diferencial no desempenho desse papel pelos profissionais de saúde da Atenção Básica.

5.3 A PARTIR DE QUE MOMENTO SE INICIA O DESENVOLVIMENTO DA SEXUALIDADE?

A criança começa a existir antes mesmo de sua concepção, no imaginário dos pais. de forma consciente e inconsciente, os pais ou os familiares constroem uma imagem do futuro filho, a partir de seus desejos e expectativas, incluindo-se aqueles relacionados à sexualidade.

Com as pesquisas sobre o desenvolvimento do psiquismo pré e perinatal e os estudos psicanalíticos de diversos autores, como Bion e Melanie Klein, foi possível verificar que já na vida intrauterina ocorrem evoluções gradativas, a partir do desenvolvimento dos sentidos até o aparecimento de uma consciência em nível rudimentar – chamada de ego pré-natal, a mente que capacita o bebê a pensar, sentir e lembrar e não só captar os sentimentos e pensamentos da mãe de forma sensorial. Precisa-se considerar que o ventre materno é o primeiro mundo humano (ALMEIDA, 2004).

Desde a gestação, as interações e a afetividade estabelecida entre os pais e o bebê, assim como com os outros membros da família, são de grande importância para que o bebê se sinta seguro e amado, influenciando seu desenvolvimento saudável e sua constituição como pessoa.

No pré-natal ou no nascimento, os pais podem se deparar com uma criança que não corresponde ao que esperavam. descobrir que o bebê não corresponde ao desejado pode, por exemplo, ser motivo de angústias e frustrações. é fundamental que ocorra, então, um processo de elaboração, a partir da resignificação do bebê idealizado. a não elaboração desse processo pode interferir no desenvolvimento da criança, incluindo a sua sexualidade. esse é um aspecto muito importante a ser trabalhado na atenção pré-natal pelos profissionais de saúde.

Ao nascer, o bebê sai de um lugar protegido e chega a um ambiente onde precisará vivenciar algumas frustrações. É por meio da receptividade, tanto emocional quanto cognitiva, dos pais e/ou de outras pessoas responsáveis pelo cuidado da criança, aos sinais que o bebê apresenta, que ele irá aprender a lidar com suas fantasias, medos e desconfortos. Se os pais conseguem tolerar, elaborar e identificar a angústia do bebê, isso o conforta, deixando-o seguro e capaz de lidar com diferentes situações. É por meio dessa interação que o bebê simboliza, pensa e fantasia sobre o mundo, desenvolvendo sua capacidade para elaborar e tolerar frustrações.

Desde muito pequena, a criança aprende a obter prazer com a exploração de seu corpo, aspecto importante para o desenvolvimento saudável da sexualidade.

Ao desenvolver a psicanálise, Freud teorizou sobre a sexualidade e suas manifestações presentes desde a infância. Ele identificou que o desenvolvimento da sexualidade ocorre em fases – oral, anal, fálica, período de latência e fase genital, cujo conjunto irá refletir na formação da sexualidade do adulto. A seguir, descreve-se cada uma dessas fases, considerando-se tanto as contribuições de Freud como de outros autores.

A **fase oral** ocorre durante o primeiro ano de vida. É identificada como a fase em que o bebê leva tudo à boca, descobrindo o mundo por meio dela. Nessa fase, a boca é a região do corpo onde a criança sente maior prazer. Segundo Freud, o seio da mãe representa o principal objeto de desejo, pois a amamentação, além de alimentar, proporciona satisfação emocional ao bebê.

É fundamental salientar que, nessa fase, embora a boca seja uma região importante do corpo para a obtenção de prazer e para o “descobrir o mundo”, o desenvolvimento da criança se dá por meio das diversas experiências de contato físico e emocional com a mãe ou com a pessoa que exerce a função materna ² e também com outros membros da família. Em termos psíquicos, a fase oral representa um momento da constituição subjetiva em que ainda há pouca demarcação entre si mesmo e o outro.

A **fase anal** acontece por volta de um ano e meio a dois anos e é a fase em que se inicia o controle dos esfíncteres. Urinar e evacuar geram grande prazer às crianças, uma vez que representam suas primeiras produções no mundo. Durante essa fase, há o desenvolvimento de uma maior autonomia, pois é o período onde geralmente se iniciam ações como andar e falar. Na fase anal já existe maior organização psíquica, em que a criança pode elaborar melhor a relação entre si mesma e o que dela se diferencia.

A **fase fálica** inicia-se por volta dos três anos e se estende até os seis anos, aproximadamente. Nesse período, dá-se a descoberta dos genitais como área de prazer; as crianças fazem muitas perguntas a respeito do mundo e manifestam sua curiosidade sexual. Levantar a roupa, olhar-se, mostrar os genitais aos outros, ou mesmo tentar ver o outro, são características dessa fase. A fase fálica representa um momento na organização subjetiva em que a criança já se reconhece como pessoa em diferenciação às demais. Esse processo de reconhecimento da diferença constitui um importante estágio da estruturação psíquica, pois possibilita à criança ordenar a representação de si diante do outro.

² Função materna refere-se a alguém que consiga decodificar, acolher as angústias e invasões do meio, enfim, cuidar e amparar o bebê. Não é necessariamente só a mãe quem dará amparo ao bebê; essa função poderá ser exercida por outras pessoas.

É comum as crianças brincarem com o próprio corpo como um meio de auto-conhecimento. As brincadeiras auxiliam-nas a aprender e a lidar com seus sentimentos. As crianças, independentemente do sexo, brincam de ser mulher e de ser homem, a partir de referências femininas e masculinas, de suas relações de afeto e proximidade. Relacionando-se com outras pessoas, especialmente com os adultos, a criança aprende diferentes papéis sociais e de gênero. E, assim, vão construindo a sua identidade, com base em modelos existentes. Seu mundo consiste em seus familiares mais próximos, estando os pais em uma posição de destaque nas relações. Elas percebem, admiram e gostariam de ter as características de seus pais, sendo esses os modelos para sua formação e percepção de seu papel na família e no mundo.

Nessa fase, é comum a criança apresentar ciúme do relacionamento entre os pais, podendo se sentir excluída. Até que compreenda os diferentes papéis dos membros na família, pode se sentir confusa com esse sentimento. Todo esse processo, mesmo que envolva fantasias, tem efeito de realidade para a criança, sendo de extrema importância. As famílias devem estar atentas e cuidar para que os papéis fiquem claros para a criança, fortalecendo sua compreensão de que ela continuará sendo amada pelos pais ou pelas pessoas que exercem essa função.

As crianças, nessa fase, começam a libertar-se de uma completa dependência de seus pais ou cuidadores e passam a apresentar maior segurança ao andar, correr, falar, comunicar-se e expressar o que desejam. Nesse processo de separação dos pais e de experimentação de um desejo próprio, muitas crianças recorrem a objetos que auxiliam e acalutam nessa transição, denominados por Winnicott (1971) de objetos transicionais.

Conforme Silva (2007):

A maior parte das crianças de três anos chupa um dedo, um lençol ou um cobertor de ninar quando vai dormir, e algumas crianças também de dia. Podem recorrer a isso como apoio, quando se sentem cansadas ou tristes. Podem querer estar dizendo que têm necessidades de bebê. O uso de objetos que vêm desde bebê tem muitas ligações com as fantasias da criança... À medida que passa o tempo, o brinquedo, o cobertor ou peça de roupa favorita assumir diversos significados: às vezes, representará uma parte da criança, ou do bebê, mãe ou pai, irmão ou irmã, e ajudará a criança em ocasiões de solidão, raiva e frustração.

A curiosidade das crianças em torno de assuntos como a concepção, o nascimento, o relacionamento sexual dos pais e também sobre a morte estão presentes nessa idade e constituem-se características de um desenvolvimento saudável.

Quando a criança questiona qual sua origem e de onde vêm os bebês, percebe-se que busca respostas além das informações objetivas, procurando pelo conhecimento da própria história de vida.

Nessa idade, alguns medos podem surgir, como de perder os pais ou ser abandonada. Existe também uma incapacidade em separar o imaginário do real. A criança utiliza a imaginação para explicar aquilo que não compreende, sendo comum identificar-se com as histórias infantis que têm finais felizes. Isso ameniza os medos, tranquiliza e afasta sensações ocasionadas pelos pensamentos assustadores (SILVA, 2007).

Em torno dos quatro anos, a criança costuma falar sozinha, dando forma a sua imaginação, sendo comum sentir medos e se apegar a heróis para protegê-la. Já estabelece limites entre o “eu” e o “outro” e amplia sua compreensão sobre as diferenças entre os papéis masculino e feminino. Esse é o período de maior desenvolvimento da linguagem, ouvindo e compreendendo o que lhe é dito diretamente. A criança geralmente coopera com os pais e espera a aprovação deles.

No geral, por volta dos cinco anos de idade, as crianças se relacionam bem umas com as outras. Podem verbalizar que têm namorado ou namorada, compreendem melhor como é a realidade, lembram de pessoas e lugares, têm maior autocontrole e maior capacidade de tolerar frustrações. Os pais continuam a ser a coisa mais importante do mundo.

Nessa idade, é natural as crianças brincarem ou fantasiarem, podendo expressar ser de outro sexo. Ao brincar, a criança demonstra sua compreensão sobre os papéis das pessoas a sua volta e, embora se perceba menino ou menina e tenha conhecimento de seus órgãos sexuais, pode vir a experimentar diferentes papéis, por meio da dramatização.

As expectativas e atitudes dos pais, nem sempre conscientes, em relação à sexualidade de seus filhos, influenciam na construção da identidade sexual. Em suas atitudes, os pais, muitas vezes, demonstram desejos, reservas e inquietações em relação aos sexos masculino e feminino. A escolha ou não de determinados brinquedos e vestuário carregam as ideias que os pais têm sobre o que pode ser conveniente para meninos ou meninas.

Nesse período do desenvolvimento da criança, também surgem questionamentos referentes às diferenças entre os sexos, como: “Por que só os meninos têm pintinho e somente as mulheres têm neném?”. Essas perguntas devem ser respondidas de forma simples, clara, evitando fugir do assunto, visando sempre à compreensão da criança e à construção de uma relação de respeito e confiança.

Os pais, familiares ou pessoas que cuidam da criança não necessariamente precisam responder a essas perguntas imediatamente, porém devem tratá-las com atenção e sempre respondê-las. Caso o momento não seja oportuno ou não saibam de que forma responder, podem combinar outra ocasião para dialogar e esclarecer a dúvida.

Muitos pais ficam apreensivos e ansiosos em responder às questões sobre sexo. Com isso, podem negligenciar ou fugir das perguntas, dar respostas evasivas ou mesmo antecipar informações que ainda não fazem parte da curiosidade da criança. Pode haver

dúvidas sobre qual é o melhor momento para conversar com as crianças sobre sexo. O que deve ficar claro é que, independentemente da idade, a criança, a partir de suas vivências, demonstrará curiosidades e esses momentos são as melhores ocasiões para conversar sobre o assunto.

Responder de maneira coerente, no momento em que essas perguntas são elaboradas, passa para a criança um sinal de confiança e de que existe um canal aberto de comunicação entre ela e os adultos. Essa postura dos adultos, além de ética, pode estimular a criança a continuar suas investigações, a desenvolver sua capacidade de pensar de forma independente.

A falta ou fuga de uma resposta dos adultos pode gerar uma desconfiança por parte da criança, que poderá se sentir culpada ou envergonhada por ter esses interesses, evitando fazer novos questionamentos. É importante ressaltar também que diferentes cuidadores, com diferentes respostas, podem confundir as crianças.

Conseguir ou não abordar o tema com as crianças pode refletir a forma como essas questões foram ou são tratadas pelas famílias e pela comunidade. Frequentemente, existem mitos e tabus que dificultam o diálogo sobre o assunto. Pode ser necessário que as pessoas que cuidam das crianças façam reflexões e transformações em si próprias para conseguirem se relacionar melhor com a sua sexualidade e contribuir com o desenvolvimento das crianças de forma mais segura, evitando o aprendizado de conceitos distorcidos e confusões sobre o assunto.

Geralmente ao final dessa fase, observa-se que ocorreram várias conquistas na vida da criança, como a aquisição de uma identidade sexual a ser afirmada ou consolidada em períodos futuros e a aquisição da capacidade de desejar, de forma separada dos pais.

O **período de latência** ocorre por volta dos seis aos nove anos. Conforme Freud, esse é o período em que as energias das crianças estão mais voltadas ao aprendizado e à aquisição de habilidades, como o domínio da leitura e da escrita, além de valores e papéis culturalmente aceitos. Elas adquirem muito conhecimento e se tornam mais independentes.

No entanto, manifestações da sexualidade permanecem em suas brincadeiras, além de curiosidade sobre o tema, como a exploração do próprio corpo e do sexo oposto. Por volta dos sete anos, é comum as crianças formarem grupos do mesmo sexo, a partir de interesses comuns.

Silva (2007) pontua que a criança expressa, nesse período, o seu envolvimento com a vida por meio de perguntas, explorações, descobertas e busca de explicações pelos sentidos das coisas. Elas demonstram muito interesse em assuntos como a vida antes de seu nascimento, o envelhecimento e a morte.

Por volta dos nove a dez anos, quando se inicia a puberdade e, posteriormente, a adolescência, a criança sai do período de latência e entra na **fase** descrita por Freud como **genital**. Ocorrem mudanças hormonais, emocionais e sociais e a energia que estava canalizada para o desenvolvimento intelectual e social volta-se para a “redescoberta” do próprio corpo como fonte de prazer e também para as manifestações de interesse, afeto, desejo, prazer/desprazer por pessoas fora do ambiente familiar, que simbolizarão “objetos de desejo”. Esse é um período de mudanças no qual o adolescente terá que elaborar a perda do corpo e da identidade infantil e dos pais da infância, dando continuidade à constituição de sua identidade.

Sendo assim, percebe-se que o desenvolvimento do sujeito dependerá da combinação dos elementos: biológico, psicológico, socioambiental e meio cultural. A partir da interação desses vários elementos, nos diferentes momentos do desenvolvimento, é que a identidade sexual e de gênero, feminina ou masculina, irá se consolidar.

Por isso a necessidade de entender o comportamento das crianças, jovens, adolescente e adultos, como permeado de valores. O profissional da área da saúde deve estar aberto, livre de preconceitos e saber acolher as diferenças.

5.4 MASTURBAÇÃO

Vários questionamentos podem emergir no diálogo entre profissionais da saúde e famílias. É importante não perder a oportunidade de abordá-los sempre que surgirem, seja nas consultas e atendimentos individuais, nos grupos, nas visitas domiciliares, na sala de espera, seja em outras atividades desenvolvidas pelas equipes de saúde. Entre as dúvidas mais frequentes quanto à sexualidade está a forma como os adultos devem lidar com as crianças quando elas se masturbam.

A masturbação é uma atividade associada ao prazer e à exploração do corpo. É um componente da sexualidade e consiste no toque em áreas que dão prazer ao indivíduo, que incluem os genitais e/ou outras partes do corpo, com a finalidade de obter prazer.

As crianças podem tocar ou manipular diferentes partes de seu corpo, a partir da descoberta de sensações agradáveis, conforto e prazer que esses toques podem proporcionar. É possível observar esse comportamento em toda a infância, inclusive em bebês.

Orientar os pais no sentido de que a masturbação é uma atividade saudável, que não é algo grave e que não tem consequências danosas pode ser uma forma de mantê-los calmos, sem se angustiarem e sem proibirem ou castigarem seus filhos por isso. Para lidar com essas situações, uma recomendação é dialogar com a criança, mostrando a compreensão de que se trata de uma atividade prazerosa, mas que alguns limites devem ser respeitados, como não se tocar em locais públicos (BANZATO, 1999).

Se a masturbação tornar-se compulsiva, prejudicando outras atividades da vida da criança, isso pode significar que ela não está conseguindo lidar de outra forma com suas dificuldades e angústias. Cabem aos pais, profissionais da área da saúde e da educação identificar o contexto em que essa atividade ocorre e dar a devida atenção à criança (BANZATO, 1999).

Caso o diálogo ou as tentativas de minimizar as angústias, dentro do contexto de vida criança, não resultem em mudanças do comportamento compulsivo, é importante buscar a ajuda de um profissional especializado.

CAPÍTULO 6

49

ABORDANDO A SAÚDE SEXUAL NA ATENÇÃO BÁSICA

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde sexual como um estado físico, emocional, mental e social de bem-estar em relação à sexualidade; não é meramente ausência de doenças, disfunções ou debilidades. A saúde sexual requer abordagem positiva e respeitosa da sexualidade, das relações sexuais, tanto quanto a possibilidade de ter experiências prazerosas e sexo seguro, livre de coerção, discriminação e violência. Para se alcançar e manter a saúde sexual, os direitos sexuais de todas as pessoas devem ser respeitados, protegidos e satisfeitos.

A saúde sexual é um tema importante a ser incorporado às ações desenvolvidas na Atenção Básica, com a finalidade de contribuir para uma melhor qualidade de vida e de saúde das pessoas. Tradicionalmente, as questões relacionadas à saúde sexual são pouco ou mesmo não são abordadas.

Os profissionais de saúde, em geral, sentem dificuldades de abordar os aspectos relacionados à sexualidade ou à saúde sexual de seus pacientes. Trata-se de uma questão que levanta polêmicas, na medida em que a compreensão da sexualidade está muito marcada por preconceitos e tabus, e os profissionais de saúde não se sentem preparados ou se sentem desconfortáveis em lidar com o tema.

As equipes de Atenção Básica/Saúde da Família têm um papel fundamental na promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva e na identificação das dificuldades e disfunções sexuais, tendo em vista a sua atuação mais próxima das pessoas em seu contexto familiar e social.

6.1 CICLO DE RESPOSTAS AOS ESTÍMULOS SEXUAIS

As reflexões sobre a questão da sexualidade remetem aos conceitos de normal e de patológico. Antes dos estudos populacionais de Kinsey (Kinsey et al., 1948), “normalidade” quanto à atividade sexual era a conduta heterossexual, com excitação exclusiva dos órgãos sexuais primários. Os estudos desse pesquisador revelaram, no entanto, a seguinte realidade: as mais diferentes práticas sexuais ocorriam entre os americanos e envolviam, de forma ampla e irrestrita, os corpos de ambos os parceiros, concentrando-se nos genitais somente para a finalização do ato (ABDO; FLEURY, 2006).

Por sua vez, Masters e Johnson, pesquisadores americanos, empreenderam nos anos 60 estudo histórico e pioneiro na área da fisiologia sexual. Desenvolveram um modelo de ciclo de resposta sexual constituído por quatro fases: excitação, platô, orgasmo e resolução. Cada uma dessas fases apresenta mudanças físicas características observadas tanto em homens como em mulheres (ABDO; FLEURY, 2006).

Na década de 1970, Helen Kaplan, psicanalista americana, propôs nova concepção da resposta sexual em três fases: desejo, excitação e orgasmo. Para a autora, antes da fase de excitação, há o desejo e não se justifica o platô, em vista de ser a excitação crescente, o que conduz ao orgasmo (KAPLAN, 1977).

A partir da associação dos modelos propostos por Masters e Johnson e por Kaplan, a Associação Psiquiátrica Americana (2002) estabeleceu novo modelo para o ciclo das respostas aos estímulos sexuais, definindo a resposta sexual saudável como um conjunto de quatro etapas sucessivas:

- **Fase de desejo sexual:** o desejo sexual é vivido pela pessoa como sensações específicas que a fazem procurar ou ser receptiva à experiência sexual. As fontes que estimulam o desejo sexual variam de pessoa para pessoa. Muitos fatores influenciam negativamente no desejo sexual, como estar doente, deprimido(a), ansioso(a), achar que sexo é errado, estar com raiva do(a) parceiro(a), sentir-se explorado(a) de alguma forma pelo(a) outro(a), ter medo do envolvimento afetivo, entre outros.
- **Fase de excitação:** fase de preparação para o ato sexual, desencadeada pelo desejo. Estímulos psicológicos (pensamentos e fantasias) e/ou físicos (tato, olfato, gustação, audição e visão) podem levar à excitação. Junto com sensações de prazer, surgem alterações corporais que são representadas basicamente, no homem, pela ereção, e na mulher, pela vasocongestão da vagina e da vulva e pela lubrificação vaginal.
- **Fase de orgasmo:** é o clímax de prazer sexual, que ocorre após uma fase de crescente excitação. No homem, junto com o prazer, ocorre a sensação de não conseguir mais segurar a ejaculação e, então, ela ocorre. Na mulher, ocorrem contrações musculares rítmicas em volta da entrada da vagina.
- **Fase de resolução:** é um período em que o organismo retorna às condições físicas e emocionais usuais, considerando que, nas fases anteriores, a respiração, a circulação periférica, os batimentos cardíacos, a pressão arterial, a sudorese, entre outras manifestações do organismo, tenderiam a se pronunciar.

Todas essas fases também podem ser vivenciadas na masturbação, que é um componente da sexualidade e consiste no toque em áreas que dão prazer ao indivíduo, que incluem os genitais e/ou outras partes do corpo, com a finalidade de obter prazer.

Deixar de vivenciar alguma dessas fases, numa atividade sexual, não necessariamente significa que a pessoa está com algum problema. Não experimentar alguma das fases descritas pode ser uma situação transitória, dependendo de diversos fatores circunstanciais de ordem biológica, psicológica ou sociocultural.

Podem ocorrer queixas de dificuldades nas relações sexuais. Essas dificuldades podem gerar insatisfação sexual, não necessariamente implicando falha de desempenho,

mas ausência ou diminuição do padrão habitual de satisfação, interesse ou de resposta sexual, causando incômodo ou dificuldades interpessoais. Nas dificuldades, incluem-se, por exemplo: incapacidade de relaxar, medo ou receio de intimidade, dificuldade de comunicação com o parceiro, ansiedade quanto ao desempenho sexual, diminuição do desejo, entre outras.

Quando as dificuldades sexuais se tornam persistentes e recorrentes a ponto de causar sofrimento, estas devem ser investigadas com atenção, para que se possa identificar se a situação corresponde ou não a um quadro de disfunção sexual.⁵⁴

6.2 DISFUNÇÕES SEXUAIS

As disfunções sexuais são problemas que ocorrem em uma ou mais das fases do ciclo de resposta sexual, por falta, excesso, desconforto e/ou dor na expressão e no desenvolvimento dessas fases, manifestando-se de forma persistente ou recorrente. Por exemplo, homens que não tenham ereção ou tenham ejaculação precoce, mulheres que nunca tiveram ou frequentemente não tenham orgasmo.

As disfunções sexuais muitas vezes deixam de ser diagnosticadas porque a pessoa não apresenta a queixa ou porque o profissional de saúde não aborda a questão, seja por sentir dificuldade em realizar essa abordagem, seja por não se sentir suficientemente preparado.

O diagnóstico das disfunções sexuais é tão importante quanto a identificação de qualquer outro agravo à saúde e de suma relevância, uma vez que interferem na qualidade de vida das pessoas.

Os dados da anamnese são fundamentais. Além disso, as condições do(a) parceiro(a) e o contexto da relação devem ser investigadas. Assim, um homem com ejaculação precoce pode conduzir sua parceira a se considerar anorgásmica, quando, de fato, a precocidade dele a impede de concluir o ciclo de resposta sexual com êxito (ABDO; FLEURY, 2006).

Abdo e Fleury (2006) ressaltam que é importante fazer distinção entre disfunção primária (ao longo da vida) e secundária (adquirida), bem como entre disfunção generalizada, presente com qualquer parceria, e situacional, presente em determinadas circunstâncias e/ou parcerias.

A maioria dos casos de disfunção sexual está relacionada a problemas psicológicos ou problemas no relacionamento. Mas podem também ser resultado de problemas orgânicos ou uso de certas substâncias, como drogas, remédios ou exposição a toxinas. Há de se considerar, ainda, as situações apresentadas por pessoas com deficiência, a serem analisadas caso a caso, por envolverem múltiplas facetas. A seguir, alguns fatores que podem estar relacionados às disfunções sexuais:

- **Aspectos psicológicos:** tabus sobre a própria sexualidade, como: associações de sexo com pecado, com desobediência ou com punições; baixa autoestima; fobias relacionadas ao ato sexual; a não aceitação da própria orientação sexual, entre outros.
- **Dificuldades nos relacionamentos:** brigas, desentendimentos quanto ao que cada um espera do relacionamento; falta de intimidade; dificuldades de comunicação entre os parceiros.
- **Questões decorrentes de traumas:** devido a violências.
- **Condição geral de saúde:** presença de disfunção sexual decorrente dos efeitos diretos de uma doença, como: depressão, ansiedade, doenças crônico-degenerativas graves, entre outras.
- **Efeitos diretos de uma substância:** medicamentos – alguns anti-hipertensivos, alguns antiarrítmicos, alguns psicotrópicos, anabolizantes, álcool e outras drogas, exposição a toxinas, entre outros. Geralmente, ocorre dentro de um período de intoxicação significativa ou abstinência de uma substância.

Hawton (1985 apud KNAPP, 2004) apresenta fatores predisponentes, precipitantes e mantedores das disfunções sexuais, conforme disposto, de forma esquemática, no quadro a seguir:

Fatores predisponentes:

- Educação rígida;
- Relações familiares conflituosas;
- Informação sexual inadequada;
- Experiências sexuais traumáticas

Fatores precipitantes:

- Partos;
- Problemas conjugais;
- Infidelidade;
- Disfunção sexual do(a) parceiro(a);
- Falhas ocasionais;
- Reação a fatores orgânicos;
- Idade;
- Depressão e ansiedade;
- Experiência sexual traumática.

Fatores mantedores:

- Ansiedade de desempenho;
- Antecipação de fracasso;
- Culpa;
- Crenças irracionais;
- Comunicação deficiente entre os parceiros;
- Problemas conjugais;
- Medo de intimidade;
- Autoimagem distorcida;
- Informação sexual inadequada;
- Falta de preliminares sexuais;
- Distúrbios psiquiátricos;
- Perda de atração sexual entre os parceiros.

A Associação Psiquiátrica Americana (2002) classifica as disfunções sexuais da seguinte forma:

- **Desejo sexual hipoativo:** diminuição, ausência ou perda do desejo de ter atividade sexual. A falta ou diminuição do desejo sexual constitui-se um problema quando interfere na vivência da sexualidade pela pessoa. Não pode ser caracterizada como disfunção quando ocorre em virtude de problemas circunstanciais (momentos de tristeza, luto, estresse, entre outros) ou, ainda, quando se manifesta eventualmente, sem identificação de um motivo específico.
- **Aversão sexual:** aversão e esquivas ativa do contato sexual com um parceiro, envolvendo fortes sentimentos negativos suficientes para evitar a atividade sexual.
- **Falha na fase de excitação sexual ou falha de resposta genital:** ocorre quando há incapacidade persistente ou recorrente de adquirir ou manter uma resposta de excitação sexual, com lubrificação-turgescência vaginal ou dificuldade de ter ou manter uma ereção adequada (conhecida como disfunção erétil) até a conclusão da atividade sexual.
- **Ejaculação precoce:** ocorrência de orgasmo e ejaculação, com estimulação mínima antes, durante ou logo após a penetração e antes que o indivíduo a deseje. A ejaculação pode ocorrer logo que o homem tem pensamentos eróticos e ereção, sem nem ocorrer a penetração ou, ainda, logo após haver a penetração, o que leva a uma redução na sensação de prazer. Questões psicológicas como ansiedade, primeiras experiências sexuais tensas, novos parceiros ou ainda dificuldades no relacionamento, geralmente, estão entre as principais causas de ejaculação precoce. Mas as causas também podem ser orgânicas.
- **Anorgasmia ou disfunção orgásmica:** grande retardo ou ausência do orgasmo quando ocorre de maneira persistente ou recorrente, após uma fase normal de excitação sexual. A mulher ou o homem com anorgasmia pode aproveitar plenamente das outras fases do ato sexual, isto é, tem desejo, aproveita as carícias e se excita, porém algo bloqueia o orgasmo; no homem há ausência ou retardo da ejaculação. É importante buscar saber se a pessoa nunca teve orgasmo na vida ou se tinha orgasmos e passou a não tê-los mais. A anorgasmia pode ser classificada em absoluta quando ocorre sempre, e situacional quando ocorre só em certas situações, por exemplo, em locais onde a pessoa não se sente confortável ou em virtude de algum tipo de conflito.
- **Vaginismo:** é uma contração involuntária, não desejada, da musculatura da vagina que ocorre quando a penetração é tentada ou quando a mulher imagina que possa vir a ter um ato sexual com penetração. A penetração pode tornar-se impossível ou extremamente dolorosa.

- **Dispareunia:** é a dor genital que ocorre durante a relação sexual. Pode ocorrer em homens, mas é mais comum em mulheres. Embora a dor seja mais frequente durante o ato sexual, também pode ocorrer antes ou após o intercuro da relação sexual.

Além das disfunções sexuais descritas, podem ser identificados comportamentos sexuais incomuns ou bizarros que podem ter efeitos lesivos à pessoa ou a terceiros, as parafilias.

6.3 PARAFILIAS

As parafilias são caracterizadas por impulsos, fantasias ou práticas sexuais incomuns ou particulares, frequentemente compulsivas e em certas condições muito lesivas à própria pessoa ou a outrem. A pessoa é incapaz de controlar o impulso, apresentando comportamento desviante que pode ser aumentado com situações que geram ansiedade, estresse ou depressão. Podem envolver apenas a fantasia, a atividade sexual solitária ou com outra pessoa (KAPLAN; SADOCK, 1998; DALGALLARRONDO, 2008).

A seguir, descreve-se o conceito de algumas parafilias, de acordo com Kaplan e Sadock (1998):

- **Exibicionismo:** exposição dos genitais em público, com intuito de impressionar ou chocar as pessoas.
- **Fetichismo:** excitação sexual com objetos inanimados, como sapatos, cabelo, roupas íntimas, entre outros.
- **Pedofilia:** atividade sexual com crianças.
- **Masochismo:** prazer ou excitação sexual derivada do fato de sofrer abuso/agressão física ou psicológica ou de ser humilhado (masochismo moral).
- **Sadismo:** excitação sexual derivada do fato de causar sofrimento físico ou psicológico a outra pessoa.
- **Zoofilia:** sexo com animais.
- **Frotteurismo:** friccionar genitais em outras pessoas (fora do contexto de uma atividade sexual com um parceiro) para adquirir excitação.
- **Voyerismo:** excitação sexual pela observação de atos sexuais ou pessoas nuas.

Nem sempre é fácil discriminar as fronteiras que diferenciam o que é normal e o que é patológico em algumas parafilias, uma vez que fantasiar e/ou colocar em prática certos atos sexuais pode se dar de diferentes formas que ultrapassem ou não os limites entre “o eu e o outro”, podendo ou não ter efeitos lesivos.

De que forma o profissional de saúde da Atenção Básica pode contribuir para a oferta de uma atenção de qualidade no campo da saúde sexual?

55

A seguir, algumas recomendações para as equipes de Atenção Básica/Saúde da Família na atenção em saúde sexual:

- Primeiramente OUVIR...
- Serem proativas, no que se refere a abordar nos atendimentos os temas sexualidade e qualidade da atividade sexual: satisfação, prática do sexo seguro, existência e tipos de dificuldades.
- Considerar, na abordagem, o contexto de vida da pessoa ou do casal, influências religiosas, culturais, educação sexual, qualidade da relação e da comunicação com o(a) parceiro(a), uso de álcool e outras drogas, desejo ou não desejo em relação a ter filhos, entre outras questões que possam ser relacionadas à saúde sexual.
- Prestar suporte emocional e psicológico (acolhimento, escuta qualificada).
- Orientar e ajudar a desfazer mitos e tabus, com uma abordagem positiva do prazer sexual.
- Quando houver dificuldades sexuais, discutir as possibilidades para a realização de mudanças graduais, no sentido de buscar maior satisfação, por exemplo (SPENCER, 1991 apud KNAPP, 2004):
 - Dialogar sobre a possibilidade de o casal aumentar o repertório sexual (local, posições etc.).
 - Incentivar a comunicação entre os parceiros, o que resultará maior confiança e segurança para solicitar um ao outro o que desejam.
 - Trabalhar com a pessoa o direito que ela tem em se sentir confortável, para sentir e dar prazer.
 - Buscar despertar na pessoa a consciência de que ela também tem responsabilidade pelo seu próprio prazer.
 - Incentivar o autoconhecimento.
 - Incentivar a troca de carinhos e carícias que não estejam restritas aos genitais.
- Instituir cuidados gerais da saúde e promover o autocuidado, que podem contribuir para uma melhor saúde sexual.
- Identificar e substituir, quando possível, medicamentos que possam interferir na saúde sexual e na saúde reprodutiva.

- Instituir tratamentos para as doenças ou condições que estejam interferindo na saúde sexual: doenças ginecológicas, urológicas, doenças crônico-degenerativas, tais como hipertensão arterial, diabetes, entre outras.
- Garantir o acesso a informações, métodos e meios para a regulação da fecundidade e para a proteção contra as DST/HIV/Aids.
- Realizar ações de educação em saúde sexual e saúde reprodutiva, individual e em grupos. Em qualquer grupo esse assunto pode ser abordado, por exemplo, em um grupo de pessoas com hipertensão, considerando que um grupo não pode tratar apenas de questões de doença, deve-se promover saúde, entre elas a sexual e a reprodutiva. Para exemplificar, um dos principais problemas de não aderência da medicação anti-hipertensiva em homens é o mito da impotência sexual, escrito em quase todas as bulas como efeito colateral ou que corre de “boca em boca” na comunidade.
- Identificar os casos que necessitam de referência para a atenção especializada, sendo que a definição dos fluxos e pactuações para essa referência são de responsabilidade da gestão.

Muitos casos de dificuldades sexuais poderão ser resolvidos na Atenção Básica com as orientações suprarreferidas. Não obtendo sucesso com as condutas indicadas, o profissional da Atenção Básica deve encaminhar as pessoas a profissionais/serviços especializados, mantendo o acompanhamento e dando suporte às terapias instituídas. Há múltiplos fatores envolvidos nas causas das disfunções sexuais. Por isso, recomenda-se que, na medida do possível, a abordagem desses problemas seja realizada por uma equipe multidisciplinar. Os profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família ou de serviços especializados de referência podem dar suporte à identificação desses casos, quando houver suspeita pelos profissionais da Atenção Básica, ou podem contribuir com a qualificação dos profissionais da Atenção Básica para que consigam perceber com maior facilidade situações características de disfunções.

Ressalta-se a necessidade de que a equipe multidisciplinar avalie caso a caso para a escolha de terapêutica individualizada. As terapias para os casos de disfunções sexuais serão realizadas por profissional especializado, mas podem ser apoiadas/acompanhadas pelos profissionais de Atenção Básica, a depender da situação específica.

CAPÍTULO 7

57

ABORDANDO A SAÚDE REPRODUTIVA NA ATENÇÃO BÁSICA

O programa de ações resultante da IV Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, em 1994, estabelece, entre outras metas importantes, que todos os países devem se esforçar para que, até o ano de 2015, a saúde reprodutiva esteja ao alcance de todas as pessoas, de idades apropriadas, por meio de um sistema de Atenção Básica à Saúde (NACIONES UNIDAS, 1995 apud CORRÊA, ALVES e JANUZZI, 2006).

Nesse mesmo documento, o conceito sobre saúde reprodutiva avançou em relação às concepções anteriores, por incorporar de forma explícita os homens nas questões relativas à saúde reprodutiva e também por atribuir devida importância à saúde sexual no contexto da atenção à saúde reprodutiva.

O Ministério da Saúde define Atenção Básica como um conjunto de ações, no âmbito individual ou coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Deve ser desenvolvida sob a forma de trabalho em equipe e ser dirigida a populações de territórios bem delimitados, pelas quais a equipe assume responsabilidade sanitária (BRASIL, 2007d).

A atenção em saúde reprodutiva é uma ação básica de saúde.

No Brasil, as políticas públicas têm como um dos primeiros marcos nessa área a elaboração do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984, que incluiu o planejamento familiar no elenco mínimo de ações voltadas para a atenção integral à saúde da mulher. Até então, não havia, no Brasil, política instituída no campo do planejamento familiar.

O planejamento familiar é definido no art. 2º da Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, da seguinte forma:

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

Parágrafo único – É proibida a utilização das ações a que se refere o caput para qualquer tipo de controle demográfico. (BRASIL, 1996).

Constitui-se, portanto, em um direito sexual e reprodutivo e, dessa forma, a atenção em planejamento familiar deve levar em consideração o contexto de vida de cada pessoa e o direito de todos poderem tomar decisões sobre a reprodução sem discriminação, coerção ou violência.

Considerando que o planejamento pode ser realizado pelo homem e pela mulher, isoladamente, mesmo quando estes não querem instituir uma família, vem sendo amplamente discutida a utilização do termo planejamento reprodutivo em substituição a planejamento familiar, havendo a defesa de que se trata de uma concepção mais abrangente. Por exemplo, o adolescente, o jovem ou o adulto, homem ou mulher, independentemente de ter ou não uma união estável ou de constituir uma família, pode fazer, individualmente ou com o(a) parceiro(a), uma escolha quanto a ter ou não ter filhos. A partir dessa nova perspectiva, neste documento optou-se por utilizar o termo planejamento reprodutivo.

As pessoas têm o direito de planejar a vida de acordo com as suas necessidades. O planejamento reprodutivo é um importante recurso para a saúde de homens, mulheres e crianças. Contribui para uma prática sexual mais saudável, possibilita o espaçamento dos nascimentos e a recuperação do organismo da mulher após o parto, melhorando as condições que ela tem para cuidar dos filhos e para realizar outras atividades.

LEMBRE-SE

Planejamento reprodutivo é um termo mais adequado que planejamento familiar e não deve ser usado como sinônimo de controle de natalidade.

7.1 PLANEJAMENTO REPRODUTIVO VERSUS CONTROLE DE NATALIDADE

É frequente a utilização do termo controle de natalidade como sinônimo de planejamento reprodutivo, todavia se tratam de conceitos diferentes. O controle de natalidade implica imposições do governo sobre a vida reprodutiva de homens e mulheres. O planejamento reprodutivo baseia-se no respeito aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos.

Existem teorias que correlacionam pobreza e número de filhos. Entretanto, sobre a questão de uma possível “explosão demográfica”, no Brasil, os dados demonstram o contrário. O que de fato vem ocorrendo no País, ao longo das últimas décadas, é um acentuado e sistemático declínio da Taxa de Fecundidade Total (TFT), que desacelerou o crescimento anual da população.

A Taxa de Fecundidade Total estimada pela Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança, realizada em 2006 – PNDS/2006, atingiu o valor de 1,8 filho por mulher, em contraste com os 2,5 filhos por mulher registrados pela PNDS realizada em 1996. Manteve-se a tendência de queda, tendo ocorrido grande redução em relação ao patamar de 6,2 filhos por mulher, observado até meados dos anos 60. A maior redução ocorreu nas áreas rurais, de 3,4 para 2,0, e na Região Norte, de 3,7 para 2,3 filhos por mulher (BRASIL, 2008a).

O processo de declínio da fecundidade, sobretudo a partir dos anos 80, generalizou-se por todas as regiões e estratos sociais, de modo que, mesmo as regiões que antes tinham fecundidade elevada, experimentaram notável declínio de seu valor.

Essa acentuada queda da fecundidade não se fez acompanhar de alterações significativas na situação de pobreza e desigualdades sociais existentes.

Segundo relatórios do Banco Mundial, durante as últimas duas décadas, o processo de concentração de renda se acentuou. De acordo com esses relatórios, a sociedade brasileira tem se caracterizado como uma das mais desiguais, em comparação com outras nações (BRASIL, 2005d).

É na Região Nordeste que se observam os níveis mais elevados de pobreza absoluta no País e onde a distribuição de renda é mais concentrada. Os indicadores também apontam que essa situação é pior entre as mulheres, de um modo geral, e entre homens e mulheres da população afrodescendente (BRASIL, 2005d).

O governo brasileiro pauta-se pelo respeito e garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos e, nesse sentido, coloca-se claramente contrário a qualquer política com caráter controlista da natalidade, ou seja, que implique imposições do governo sobre a vida reprodutiva de homens e mulheres. A superação da situação de pobreza existente no País passa pela implementação de políticas que promovam o desenvolvimento sustentável e a distribuição mais igualitária da riqueza, diminuindo dessa forma as enormes desigualdades existentes (BRASIL, 2005d).

7.2 O PAPEL DA ATENÇÃO BÁSICA

No que se refere ao planejamento reprodutivo, a atuação dos profissionais de saúde deve estar pautada na Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que regulamenta o § 7º do art. 226 da Constituição Federal. Nesse sentido, o planejamento reprodutivo deve ser tratado dentro do contexto dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos.

Os profissionais de saúde da Atenção Básica devem procurar compreender as expectativas das pessoas no que diz respeito à reprodução e ajudá-las a concretizarem essas expectativas, respeitando suas escolhas.

LEMBRE-SE

A principal ferramenta do profissional de saúde é a escuta. A capacidade de silenciar e ouvir o outro melhora a compreensão das suas necessidades e torna a abordagem mais resolutiva.

As ações de saúde voltadas para a saúde sexual e a saúde reprodutiva, em sua maioria, têm sido focadas na mulher, com poucas iniciativas para o envolvimento dos homens nessas questões. E, mesmo nas ações direcionadas para as mulheres, predominam aquelas voltadas ao ciclo gravídico-puerperal e à prevenção do câncer de colo de útero e de mama. É preciso avançar no sentido de ampliar a abordagem também para os homens, promovendo o seu efetivo envolvimento nas ações, considerando e valorizando sua corresponsabilidade nas questões referentes à saúde sexual e à saúde reprodutiva.

Pesquisas indicam que os profissionais da Atenção Básica não se sentem preparados para implementar as ações referentes ao planejamento reprodutivo e que o planejamento reprodutivo ainda não é percebido como uma ação básica de saúde.

Os serviços de saúde devem oferecer ações educativas individuais, ao casal e em grupo, e acesso a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade que não comprometam a vida e a saúde das pessoas, garantindo direitos iguais para a mulher, para o homem ou para o casal, num contexto de escolha livre e informada.

Para a plena concretização das ações de planejamento reprodutivo, os gestores municipais devem: garantir infraestrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS), dotando-as de recursos materiais, tecnologias apropriadas, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas; apoiar processos de educação permanente; e estruturar a rede de referências fora do âmbito da Atenção Básica.

É preciso também que os serviços de saúde desenvolvam ações que contemplem a saúde sexual e a saúde reprodutiva dos homens, tais como abordagem das disfunções sexuais, prevenção e controle do câncer de próstata e do câncer de pênis, prevenção e tratamento das DST, acesso à vasectomia, entre outras. Devem ainda promover o conceito de igualdade entre homens e mulheres.

Atividades a serem desenvolvidas na atenção em saúde reprodutiva

Na Atenção Básica, a atuação dos profissionais de saúde, no que se refere ao planejamento reprodutivo, envolve, principalmente, três tipos de atividades:

- Aconselhamento.
- Atividades educativas.
- Atividades clínicas.

Essas atividades devem ser desenvolvidas de forma integrada, tendo-se sempre em vista que toda visita ao serviço de saúde constitui-se numa oportunidade para a prática de ações educativas.

Deve-se ainda promover a interação dos membros da equipe de saúde, de forma a permitir uma atuação multi e interdisciplinar.

O **aconselhamento** é um diálogo baseado em uma relação de confiança entre o profissional de saúde e o indivíduo ou casal que visa a proporcionar à pessoa condições para que avalie suas próprias vulnerabilidades, tome decisões sobre ter ou não filhos e sobre os recursos a serem utilizados para concretizar suas escolhas, considerando o que seja mais adequado à sua realidade e à prática do sexo seguro.

Essa prática pressupõe:

- Acolhimento da demanda da pessoa ou casal, entendida como suas necessidades, curiosidades, dúvidas, preocupações, medos e angústias, relacionadas às questões de sexualidade, planejamento reprodutivo e prevenção das DST/HIV/Aids.
- Identificação do contexto de vida da pessoa ou do casal e suas ideias, desejos ou não desejos em relação a ter ou não ter filhos.
- Abordagem proativa com questionamentos sobre a atividade sexual.
- Avaliação de vulnerabilidades individual ou do casal, para a infecção pelo HIV e outras DST.
- Compreensão de que o sucesso a ser alcançado depende da ação conjunta e solidária dos profissionais de saúde com a pessoa ou o casal.

As **atividades educativas** são fundamentais para a qualidade da atenção prestada. Têm como objetivo oferecer às pessoas os conhecimentos necessários para a escolha livre e informada. Propicia a reflexão sobre os temas relacionados à sexualidade e à reprodução.

As **atividades clínicas**, voltadas para a saúde sexual e a saúde reprodutiva, devem ser realizadas visando a promoção, a proteção e a recuperação da saúde. É importante salientar que elas devem se inserir na perspectiva da atenção integral à saúde, evitando-se a fragmentação das ações.

As atividades clínicas devem incluir:

- Anamnese.
- Exame físico.
- Identificação das necessidades individuais e/ou do casal, incentivando a livre expressão dos sentimentos e dúvidas quanto à sexualidade e à saúde reprodutiva.
- Identificação de dificuldades quanto às relações sexuais ou de disfunção sexual.

- Ações de prevenção do câncer de próstata. Em homens com idade superior a 50 anos, recomenda-se a avaliação anual e realização de exames (Antígeno Prostático Específico – PSA e toque retal) para detecção precoce do câncer de próstata.
- Orientações para a prevenção do câncer de pênis, incluindo recomendações para o autoexame, principalmente para homens com idade acima de 50 anos.
- Ações de prevenção do câncer de colo de útero e de mama, com especial atenção para a orientação do autoexame das mamas e para a realização do exame preventivo do câncer de colo de útero.
- Identificação da data da última coleta do exame preventivo do câncer de colo de útero e avaliação da necessidade de realização de nova coleta, de acordo com o protocolo vigente.
- Atenção pré-natal e puerperal.
- Atenção à saúde da mulher no climatério/menopausa.
- Orientação para prevenção de DST/HIV/Aids, com incentivo à dupla proteção.
- Orientação para a escolha dos recursos à concepção ou à anticoncepção, incentivando a participação ativa na decisão individual ou do casal.
- Prescrição e oferta do método escolhido.
- Acompanhamento da pessoa ou do casal.

CAPÍTULO 8

63

PROMOVENDO A SAÚDE SEXUAL E A SAÚDE REPRODUTIVA NA DIVERSIDADE

O Ministério da Saúde vem atuando em diversas frentes para assegurar que as políticas de saúde estejam em consonância com as diretrizes de promoção da igualdade racial, étnica, de gênero, de geração e de orientação sexual, em um contexto de enfrentamento a toda forma de discriminação.

Muitas ações afirmativas vêm se desenvolvendo no sentido de buscar concretizar o princípio da equidade no SUS. O conceito de equidade implica que pessoas e coletivos que se encontram em circunstâncias especiais ou que sejam considerados “diferentes” sejam tratados de forma que suas particularidades sejam respeitadas, observando-se os critérios de justiça e igualdade. Assim, o tratamento equitativo requer uma adequação das práticas e serviços, em conformidade com as especificidades.

Ações afirmativas, por sua vez, também chamadas de ações positivas, são ações concebidas e implementadas no intuito de compensar ou combater prejuízos causados e acumulados historicamente a segmentos da população, apoiando-os no processo de superação das condições de iniquidade, subordinação e exclusão que os afligem. O objetivo de tais ações é incidir na vida das pessoas com medidas de “empoderamento”, de modo a incrementar a democracia.

Os grupos populacionais destacados a seguir possuem especificidades que devem ser consideradas na atenção à saúde sexual e à saúde reprodutiva.

8.1 POPULAÇÃO DE ADOLESCENTES E JOVENS

Segundo o último censo do IBGE, a faixa etária entre 10 e 24 anos corresponde a aproximadamente 30% da população nacional, tendo grande expressividade populacional.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) delimita a adolescência como a segunda década de vida, período compreendido entre os 10 e os 19 anos, 11 meses e 29 dias; e a juventude como o período que vai dos 15 aos 24 anos. Há, portanto, intersecção entre a segunda metade da adolescência e os primeiros anos da juventude. O Ministério da Saúde toma por base a definição da OMS e recorre aos termos “população jovem” ou “pessoas jovens” para referir-se ao conjunto de adolescentes e jovens, ou seja, à abrangente faixa compreendida entre 10 e 24 anos.

8.1.1 SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA

Abordar o tema da sexualidade na adolescência e na juventude é de fundamental importância. Nesse momento da vida, muitas dúvidas aparecem relacionadas às mudanças corporais e psicológicas e às primeiras experiências sexuais.

Na adolescência, a sexualidade tem uma dimensão especial, que é o aparecimento da capacidade reprodutiva no ser humano, que acontece ao mesmo tempo em que estão ocorrendo profundas transformações biológicas, psicológicas e sociais. O acelerado crescimento físico dessa fase é acompanhado pela maturação sexual. A capacidade de abstração e o pensamento crítico se desenvolvem, juntamente com um maior senso de independência emocional e de autoconhecimento. Formula-se, gradualmente, o código pessoal de valores éticos e morais.

Por isso, é importante para os adolescentes e jovens – e também para todas as pessoas – buscarem conhecer o funcionamento do seu corpo e compreender os seus sentimentos, para que possam fazer escolhas para as suas vidas que melhor favoreçam a expressão da sua sexualidade.

Segundo Amparo Caridade (1999), o adolescente é alguém que experimenta a sua sexualidade na rapidez, na leveza e na diversidade. A prática do “ficar” parece expressiva desse comportamento. Na ética adolescente, “ficar” significa não ficar, não ter compromisso com amanhã, não criar vínculos definitivos. É, pois, não ficando quando “ficam” que eles ensaiam, descobrem, experimentam, conhecem sensações, sem os “pudores” de outras gerações.

Por outro lado, a sexualidade vivida pelo adolescente ganha a feição do contexto cultural em que ela se insere. A sexualidade é plasmada pela linguagem e pelos valores vigentes nessa época. Não há determinação biológica que mantenha um definitivo acerca do sexual. Nada está definitivamente estabelecido (CARIDADE, 1999).

É no contexto da Cultura do Narcisismo, fragmentada em mínimos eus, terra do “salve-se quem puder”, que o adolescente desenvolve sua sexualidade. A sexualidade que vem sendo estimulada na sociedade moderna baseia-se: no exibicionismo de corpos, no voyeurismo de contemplá-los e no fetichismo de consumi-los. Uma sexualidade vivida no corpo, não na pessoa. Mais desempenho e sensação que sentimento. Mais uso do outro do que partilha. Mais quantidade que qualidade (CARIDADE, 1999).

Para superação desses modelos sociais e sexuais, faz-se necessário incorporação de valores éticos. Em termos sexuais, ético seria aquilo que é bom e vivido em mão dupla, que atende ao interesse de ambos, que não violenta ninguém. A atitude ética implica aprender a respeitar o outro, tolerar as diferenças, valorizar a vida e as pessoas, viver com dignidade (CARIDADE, 1999).

Adolescentes e jovens são pessoas livres e autônomas, que têm direito a receber educação sexual e reprodutiva e a ter acesso às ações e serviços de saúde que os auxiliem a lidar com a sexualidade de forma positiva e responsável e os incentive a adotar comportamentos de prevenção e de cuidado pessoal.

8.1.2 PANORAMA SITUACIONAL DA SAÚDE SEXUAL E DA SAÚDE REPRODUTIVA DOS ADOLESCENTES E JOVENS BRASILEIROS

A Pesquisa de Conhecimento, Atitudes e Práticas (PCAP) da População Brasileira em relação ao HIV e outras DST, entre pessoas de 15 e 54 anos, realizada pelo Ministério da Saúde, em 2004, revelou, com relação às práticas sexuais, que 74% dos jovens tiveram alguma relação sexual na vida e 66,4% tiveram relação no último ano. O início da atividade sexual aconteceu, em média, aos 15,3 anos e aproximadamente 36% dos jovens tiveram a primeira relação antes dos 15 anos. Cerca de 16% deles tiveram mais de 10 parceiros na vida e quase 7% tiveram mais de cinco parceiros eventuais no último ano (BRASIL, 2005g).

Quanto à prática do sexo seguro, o uso de preservativo na primeira relação foi relatado por 53% dos jovens. Quase 40% deles declararam o uso da camisinha em todas as relações sexuais, independentemente da parceria, 38,8% com parceiro fixo e 58,4% com parceiro eventual. Chama a atenção o fato de que 95% citaram o preservativo como forma de proteção da infecção pelo HIV.

Com relação à atividade sexual e à anticoncepção, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), realizada em 2006, constatou que as mulheres estão começando sua vida sexual cada vez mais cedo, o mesmo sucedendo com a prática contraceptiva. Até os 15 anos, em 2006, 33% das mulheres já haviam tido relações sexuais, valor que representa o triplo do ocorrido na PNDS/1996. Por sua vez, 66% das jovens de 15 a 19 anos sexualmente ativas já haviam usado algum método anticoncepcional, sendo que o preservativo (33%), a pílula (27%) e os injetáveis (5%) foram os mais utilizados (BRASIL, 2008a).

Por sua vez, a epidemia de Aids tem crescido entre adolescentes e jovens. Verifica-se que no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) foram notificados, no período de 2000 a 2006, 19.793 casos de Aids, em jovens de 13 a 24 anos, o que representa 80% dos casos identificados nesse período, que foi de 24.603 casos. Entre os jovens de 13 e 19 anos, considerando-se o período de 1982 a 2006, o número de caso vem crescendo desde o início da epidemia (BRASIL, 2007e).

A partir de 1998, houve inversão da razão de sexo dos casos de Aids em jovens de 13 a 19 anos. Em 2005, esse indicador atingiu o valor de 0,6:1 (H:M), ou seja, 6 homens para cada 10 mulheres. Em jovens de 20 a 24 anos a inversão da razão de sexo não foi observada (BRASIL, 2007e).

São insuficientes os dados sobre prevalência de DST entre a população adolescente e jovem. Todavia, pode-se presumir que o início da vida sexual mais cedo e os dados sobre a não utilização de preservativos indicam a vulnerabilidade de adolescentes e jovens a essas infecções, destacando-se o herpes genital e o HPV – 17% e 25% dos casos registrados na faixa dos 10 aos 24 anos, respectivamente (BRASIL, 2007a). Segundo o Estudo de Prevalência das DST, realizado no período de 2003 a 2006, a clamídia, infecção silenciosa, tem prevalência de 9% entre mulheres gestantes jovens.

A taxa de fecundidade é um aspecto importante a ser considerado nesse panorama. Se entre as mulheres adultas se assistiu, nas quatro últimas décadas, a um decréscimo na taxa de fecundidade, entre as adolescentes, no período de 1990 a 2000, houve aumento na taxa de fecundidade de 26%. Todavia, a partir de 2000, observa-se queda no número de nascidos vivos nas faixas etárias de 15 a 19 e de 20 a 24 anos. A partir de 2001, observa-se, também, o decréscimo desses valores na faixa etária de 10 a 14 anos (BRASIL, 2007a).

O número de internações no SUS para atendimento obstétrico, na faixa etária de 10 a 19 anos, no ano de 2007, correspondeu a aproximadamente 25% do total desse atendimento (Fonte: DATASUS/MS).

Em 2005, 1.615 óbitos de mulheres foram registrados por causas relacionadas à gravidez, ao parto e ao puerpério. Destas mulheres, 254 (16%) tinham entre 10 e 19 anos e 350 (22%) entre 20 e 24 anos. Portanto, 38% dos óbitos maternos registrados naquele ano atingiram a população mais jovem (Fonte: DATASUS/MS).

Esse dado pode estar relacionado, como demonstram vários estudos sobre mortalidade materna, à precariedade na assistência pré-natal e ao parto e, no caso desse segmento populacional, à ausência de atenção específica às adolescentes e jovens gestantes. Vale ressaltar que o aborto inseguro é uma causa importante de morte materna entre adolescentes e jovens, sobretudo entre aquelas em situação de pobreza.

8.1.3 GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

A gravidez na adolescência, assim como a anticoncepção na adolescência, são temas polêmicos e controversos nos debates sobre saúde sexual e saúde reprodutiva desse segmento.

Em geral, a gravidez na adolescência tem sido considerada situação de risco e elemento desestruturador da vida de adolescentes, assim como elemento determinante na reprodução do ciclo de pobreza das populações, ao colocar impedimentos na continuidade dos estudos e no acesso ao mercado de trabalho, sobretudo entre as adolescentes.

A gravidez na adolescência é um acontecimento que está associado a diversos fatores sociais, como também pessoais e familiares. Por sua vez, é preciso considerar que há relevantes distinções entre a gravidez ocorrida no início da adolescência, na faixa etária de 10 a 14 anos, e aquela que ocorre na faixa etária de 15 a 19 anos.

Em muitos casos, a gravidez na adolescência está relacionada com a situação de vulnerabilidade social, bem como com a falta de informações e acesso aos serviços de saúde, e ao baixo status de adolescentes mulheres nas relações sociais vigentes, sobretudo das pobres e negras. Alguns estudos têm explorado a relação entre gravidez na faixa etária de 10 a 14 anos e a ocorrência de violência sexual, hipótese que não tem sido contestada (CAVASIN, 2004).

Por outro lado, não se pode deixar de considerar, na análise dessa questão, que a gravidez pode expressar um desejo de adolescentes e jovens e pode estar incluída em seus projetos de vida. A maternidade e a paternidade podem se revelar, ainda, como elemento reorganizador da vida, e não somente desestruturador.

Nesse contexto, garantir os direitos reprodutivos a adolescentes e jovens, homens e mulheres, significa assegurar, em todos os casos, as condições de escolha por uma gravidez. Para tanto, as informações, os métodos e meios para a regulação da fecundidade, assim como também a assistência pré-natal, ao parto e ao puerpério, devem ser assegurados de modo irrestrito, de maneira que a gravidez possa ser desejada, planejada e vivenciada de modo saudável.

8.1.4 PROMOVENDO A SAÚDE SEXUAL E A SAÚDE REPRODUTIVA DE ADOLESCENTES E JOVENS NA ATENÇÃO BÁSICA

De um modo geral, a frequência de adolescentes e jovens nos serviços de saúde no Brasil é ainda muito pequena. Segundo pesquisa da Unesco, os serviços de saúde não aparecem como um lugar importante e prioritário para se encontrar informações confiáveis sobre sexualidade, do ponto de vista dos adolescentes brasileiros (CASTRO; ABRAMOVAY; SILVA, 2004).

Por outro lado, vários estudos indicam que os profissionais de saúde não se sentem preparados para essa atenção, principalmente no que diz respeito aos seus aspectos éticos e legais.

Um grande desafio para os serviços de saúde é o de implementar ações de saúde que atendam às especificidades dessa população, de modo integral e respondendo às demandas colocadas pelas condições decorrentes das distintas situações de vida dos adolescentes e jovens do País. Essas ações devem considerar as desigualdades de gênero, de raça/cor, de orientação sexual e de classe social, e devem contribuir para a sua superação.

Nessa perspectiva, o acolhimento é um aspecto fundamental. Isso implica que todos os adolescentes e jovens que procuram o serviço de saúde sejam ouvidos com atenção, recebam informações, atendimento e encaminhamentos adequados. No mesmo sentido, é preciso que a burocracia não comprometa a qualidade do atendimento. Dessa forma, por exemplo, o acesso aos preservativos e ao teste de gravidez deve ser o mais abrangente e simples possível, favorecendo as ações de anticoncepção, de prevenção das DST/HIV/Aids e o acesso precoce ao pré-natal.

Os serviços também devem procurar desenvolver estratégias para envolver os adolescentes e jovens do sexo masculino, estimulando a corresponsabilidade nas questões relacionadas à prevenção da gravidez, das doenças sexualmente transmissíveis e na criação dos filhos.

Para promover a saúde sexual e a saúde reprodutiva de adolescentes e jovens, é fundamental a realização de ações educativas sobre sexualidade, gênero, saúde sexual e saúde reprodutiva. Tais ações devem ter como princípio a igualdade entre homens e mulheres, incentivar o respeito mútuo nas relações e rejeitar todas as formas de violência, bem como atitudes discriminatórias, como a discriminação contra homossexuais ou a ridicularização dos adolescentes e jovens que não sejam sexualmente ativos. As informações oferecidas devem ser completas e precisas sobre sexualidade, anticoncepção, gravidez e proteção contra doenças sexualmente transmissíveis.

É importante que as ações educativas se desenvolvam em diferentes espaços, nas escolas, nas associações comunitárias, nos serviços de saúde, no domicílio, entre outros, buscando-se o envolvimento dos pais e familiares.

A garantia dos direitos sexuais, dos direitos reprodutivos e da atenção integral à saúde dessa população é uma questão de Direitos Humanos.

LEMBRE-SE

O profissional preparado sabe que nas visitas aos domicílios há um leque de possibilidades para promover saúde. Abordar o adolescente como um membro da família é atitude fundamental para estabelecer vínculos.

8.2 POPULAÇÃO IDOSA

Segundo o Censo Demográfico de 2000, realizado pelo IBGE, o grupo populacional com 60 anos ou mais representava 8,6% da população geral: cerca de 15 milhões de pessoas, dos quais 55% eram mulheres. Entre os maiores de 80 anos, essa proporção subia para 60,1%, das quais, aproximadamente, 41% eram viúvas. Cabe salientar ainda que, seguindo a tendência de quase todos os países do mundo, verifica-se contínuo e intenso processo de envelhecimento populacional brasileiro.

O envelhecimento populacional observado é decorrente de algumas mudanças relacionadas à queda da fecundidade e da mortalidade e ao aumento da esperança de vida. Não é homogêneo para todos os seres humanos, sofrendo influência dos processos de discriminação e exclusão associados ao gênero, à etnia, ao racismo, às condições sociais e econômicas, à região geográfica de origem e à localização da moradia (BRASIL, 2006a).

A vivência da sexualidade modifica-se com o tempo, mas faz parte de todas as etapas da vida e sua expressão saudável é fundamental para a felicidade e realização do ser humano.

Apesar de a maioria dos idosos casados se manter sexualmente ativa, o desconhecimento, o preconceito e a discriminação podem fazer com que o comportamento

sexual na terceira idade seja visto como inadequado, imoral ou anormal, por vezes até pelos próprios idosos, que podem experimentar um sentimento de culpa ou de vergonha. Ao contrário, é a incapacidade de ter uma vida sexual satisfatória (o que inclui, mas não se restringe à capacidade de ter relações sexuais), que deve ser considerada anormal e para a qual deve ser oferecido tratamento, em qualquer idade que se manifeste.

Os preconceitos acerca da sexualidade da pessoa idosa atingem também os profissionais de saúde, que tendem a não valorizar suas queixas ou evitam tocar nesse assunto por não saberem lidar ele. A crença de que o avançar da idade e o declinar da atividade sexual estão inexoravelmente ligados também tem sido responsável pela pouca atenção dada a essa questão nessa etapa da vida, aumentando a vulnerabilidade do idoso, inclusive, para as DST/HIV/Aids.

8.1.1 SEXUALIDADE DA PESSOA IDOSA

Com o avançar da idade, ocorre uma mudança na maneira de como as pessoas vivenciam e expressam a sua sexualidade, assim como há alterações orgânicas que afetam a atividade sexual em si.

Embora a frequência e a intensidade da atividade sexual possam mudar ao longo da vida, problemas na capacidade de desfrutar prazer nas relações sexuais não devem ser considerados como parte normal do envelhecimento. A sexualidade também deve integrar a avaliação global da saúde da pessoa idosa.

Comparados a adultos jovens, idosos têm necessidade de maior tempo para atingir a excitação sexual e completar a relação sexual, assim como também é maior o período de latência para que ocorra nova excitação.

Especificamente no homem, ocorre diminuição parcial da tumescência peniana, mas ainda suficiente para uma relação sexual satisfatória; assim como diminui a quantidade de sêmen ejaculado e a força com que ele é expelido.

Na mulher, após a menopausa, tanto pode ocorrer diminuição da libido, às vezes ligada à sensação de perda da juventude ativa e da capacidade reprodutiva, quanto exacerbação dela, por não mais haver o desconforto relacionado aos períodos menstruais, nem o medo de uma gestação indesejada. É importante lembrar que qualquer que seja o papel da menopausa, ele será sempre secundário em relação a todos os outros elementos que influenciam a vida sexual. É importante lembrar também que a menopausa não é uma doença (crença fortemente disseminada) e pode ser vivida com saúde e prazer.

Deve-se notar ainda que, na maioria dos idosos, mas não em sua totalidade, a frequência das relações sexuais geralmente diminui, e outras formas de contato físico passam a expressar com maior frequência o carinho e o afeto, assumindo maior importância na expressão da sua sexualidade.

O declínio na atividade sexual na velhice é influenciado mais pela cultura e atitudes do que pela natureza e fisiologia (ou hormônios). Os dois fatores mais importantes na interação sexual dos mais velhos são a força do relacionamento e a condição física de cada parceiro. Em geral, indivíduos sexualmente ativos, na vida adulta, tendem a continuar sexualmente ativos, quando idosos (SPEROFF; GLASS; KASE, 1995).

O papel dos profissionais de saúde é ter uma abordagem positiva da sexualidade na terceira idade, estimulando que essa fase seja vivida de forma plena e saudável.

Cabe ao profissional de saúde da Atenção Básica abordar ativamente essas questões como parte da avaliação clínica, oferecendo orientação e tratamento adequados aos transtornos que possam eventualmente ser identificados. É importante ressaltar que nem sempre será necessário o uso de medicamentos. Existem outros recursos terapêuticos que podem ser utilizados para a superação de problemas.

8.2.2 DISFUNÇÕES SEXUAIS NA PESSOA IDOSA

Apesar de transcender ao objetivo deste capítulo discorrer sobre todos os aspectos relacionados a esse tema, devido a sua complexidade, é papel fundamental do profissional da Atenção Básica identificar o surgimento de algum problema e ter claros os aspectos essenciais relacionados à saúde da pessoa idosa.

8.2.2.1 DISFUNÇÃO ERÉTIL

Define-se disfunção erétil como a incapacidade de obter e manter a ereção peniana suficiente para uma relação sexual satisfatória.

A disfunção erétil crônica não deve ser considerada normal, mesmo que seja mais frequente em idades mais avançadas. Suas principais causas estão relacionadas a doenças crônicas que possam causar impedimento ao fluxo sanguíneo (aterosclerose, insuficiência vascular) ou comprometer a inervação do pênis (neuropatia diabética, esclerose múltipla, traumatismo medular), além das alterações hormonais (hipogonadismo, hipotireoidismo e outros), efeitos colaterais de medicamentos (vide abaixo) e procedimentos médicos (prostatectomia radical, por exemplo).

Deve-se ter em mente que não existe um processo bem definido de “andropausa”, isto é, uma diminuição hormonal masculina fisiológica relativamente súbita, similar à que ocorre na mulher. Tanto os sintomas de hipogonadismo masculino podem ser inespecíficos, como a interpretação correta das alterações das dosagens hormonais pode ser bastante difícil. Muitas vezes, requerem o encaminhamento a um serviço de referência para que esse diagnóstico possa ser feito com precisão.

As principais drogas associadas à disfunção erétil são o álcool, os opioides, os benzodiazepínicos, os antidepressivos, os neurolépticos, os anti-hipertensivos e o cetoconazol.

O tabagismo também pode causar disfunção erétil, tanto por contribuir com o processo de aterosclerose, quanto devido às propriedades vasoconstritoras da nicotina.

Cabe salientar que, muitas vezes, não é factível a suspensão de determinados medicamentos, tornando-se fundamental que o paciente seja esclarecido com relação a isso e outras medidas sejam tomadas. Por outro lado, é necessário orientar que o receio de apresentar disfunção erétil não deve evitar o uso de medicação anti-hipertensiva, pois o descontrole crônico da pressão não apenas acarretaria aterosclerose (e consequente disfunção erétil de tratamento mais difícil), como outros graves riscos à saúde.

Entre os anti-hipertensivos, a metildopa e os diuréticos estão bastante implicados, ao passo que os inibidores da enzima conversora da angiotensina parecem ter menos efeitos colaterais sexuais.

Apesar dos esforços em sentido contrário, já está incorporado à cultura masculina que medicamento para pressão “deixa brocha”, não importando qual. Isso favorece a baixa aderência ao tratamento entre homens. Os profissionais de saúde devem abordar o assunto propositalmente em grupos de qualquer conformação.

Deve-se também considerar que a depressão e a ansiedade são causas muito frequentes de várias disfunções sexuais e que o seu tratamento também é primordial; o efeito adverso mais comum dos antidepressivos é a diminuição da libido e o retardo na ejaculação, o que, algumas vezes, pode até ser desejável e utilizado para tratar ejaculação precoce. Entre esses medicamentos, a bupropiona, a trazodona e a nefazodona são os que apresentam menos efeitos adversos sobre a sexualidade.

O surgimento dos inibidores da fosfodiesterase-5 trouxe nova alternativa para o tratamento da disfunção erétil, que pode ser utilizada pelas equipes básicas de saúde. Essa medicação age promovendo o relaxamento dos corpos cavernosos, com consequente aumento do fluxo sanguíneo peniano e ereção. Algumas de suas características estão resumidas abaixo:

Inibidores da fosfodiesterase	Dosagem	Duração da ação	Frequência máxima de uso
Sildenafil	25, 50 ou 100 mg	2-4 horas	1 vez ao dia
Vardenafila	5, 10 ou 20 mg	4-6 horas	1 vez ao dia
Tadalafila	20 mg	até 36 horas	1 vez a cada 72h

Os principais efeitos adversos dos inibidores da fosfodiesterase estão relacionados à sua ação vasodilatadora e incluem hipotensão (com risco de quedas), cefaleia, hiperemia facial, turvação visual, vômitos e diarreia. Priapismo é um efeito adverso possível, porém não é comum.

As contraindicações ao seu uso são: uso concomitante de vasodilatadores potentes (especialmente os alfabloqueadores) e medicações que estimulem a formação de óxido nítrico (especialmente os nitratos), pacientes cardiopatas e coronarianos graves, além de hipertensos de difícil controle, em uso de múltiplos medicamentos.

Há ainda outras interações medicamentosas com inibidores da protease, cetoconazol, itraconazol, eritromicina e rifampicina, pois, assim como os inibidores da fosfodiesterase, esses medicamentos também são metabolizados pelo fígado. As interações com os antiácidos também devem ser consideradas, pois interferem na absorção desses fármacos.

O vardenafila ainda acarreta aumento do intervalo QT no eletrocardiograma, podendo levar a arritmias graves quando associado a outros medicamentos que tenham efeito similar. Especialmente em idosos, qualquer um dos fármacos desse grupo deve ser usado na menor dose possível.

A decisão sobre o encaminhamento a serviço de referência, em especial para avaliação urológica, cardiológica ou psiquiátrica, deve ser feita sempre que houver dúvida com relação ao diagnóstico ou tratamento ou, ainda, quando este não for efetivo e se considerar alternativas terapêuticas, como a colocação de prótese peniana, por exemplo.

8.2.2.2 DISPAREUNIA

Há duas alterações principais na fisiologia da mulher a partir da meia-idade que podem levar a disfunções sexuais: redução na taxa de produção e volume do líquido lubrificador da vagina, e alguma perda na elasticidade da vagina.

Dispareunia significa dor durante a relação sexual. Nessa fase da vida, pode ser decorrente de atrofia vaginal, de doenças ginecológicas, como infecções e distopias ou de transtornos afetivos. Também não é incomum a mulher apresentar sintomas de irritação uretral decorrentes desse mesmo processo.

A dispareunia associada à atrofia urogenital da pós-menopausa inclui sensação de secura, estreitamento, irritação e queimação vaginal durante o coito, e pequenos sangramentos e dolorimento após as relações sexuais. Pode ser tratada com hormônio tópico e lubrificantes à base de água. Nota-se menos atrofia vaginal em mulheres sexualmente ativas; presumivelmente, a atividade sexual mantém a vascularização e a circulação vaginais (SPEROFF; GLASS; KASE, 1995).

8.2.3 DST, HIV E AIDS EM PESSOAS IDOSAS

A Aids está longe de atingir apenas os jovens. A epidemia de HIV e Aids em pessoas idosas no Brasil tem emergido como problema de saúde pública, nos últimos anos, devido a dois aspectos principais: incremento da notificação de transmissão

do HIV após os 60 anos de idade e envelhecimento de pessoas infectadas pelo HIV. Portanto, nas pessoas com 50 ou mais anos de idade, observa-se tendência de crescimento da epidemia.

A análise da série histórica da epidemia de Aids mostra que a taxa de incidência nas pessoas acima de 50 anos dobrou entre 1996 e 2006. Passou dos 7,5 casos por 100 mil habitantes para 15,7. A maioria dos casos de Aids, porém, ainda está na faixa etária de 25 a 49 anos (BRASIL, 2008c).

Dos 47.437 casos de Aids notificados desde o início da epidemia em pessoas acima dos 50 anos, 29.393 (62%) foram registrados de 2001 a junho de 2008. Desse último grupo, 37% são mulheres e 63% homens. O recorte regional mostra que a incidência vem crescendo em todas as regiões nessa faixa etária (BRASIL, 2008c).

A incidência de Aids entre pessoas idosas está em torno de 2,1%, sendo a relação sexual a forma predominante de infecção pelo HIV. Há crescente evidência de que esse grupo está se infectando também por outras DST, como sífilis e gonorréia.

Não é a atividade sexual que torna as pessoas vulneráveis às DST e ao HIV/Aids, mas as relações sexuais que são realizadas de forma desprotegida, e este é um pressuposto válido para todas as idades. No entanto, convém ressaltar que o profissional de saúde deve estar atento para as queixas específicas das pessoas idosas. É responsabilidade dos serviços de saúde colocar à disposição das pessoas idosas os insumos necessários à adoção de práticas sexuais mais seguras, como o preservativo masculino e feminino e gel lubrificante.

8.2.4 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

Essa política foi publicada em 19 de outubro de 2006 (Portaria GM/MS 2.528/2006) e tem a finalidade primordial de estabelecer diretrizes para que os serviços de atenção à saúde possam agir no sentido de recuperar, de manter e de promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. É alvo dessa política toda pessoa com 60 anos ou mais de idade.

A promoção do envelhecimento ativo, isto é, envelhecer mantendo a capacidade funcional e a autonomia, é reconhecidamente a meta de toda a ação de saúde. Com essa compreensão, ganha importância para a autoestima e para o bem-estar da pessoa idosa a promoção da saúde sexual desse segmento populacional. Para isso, torna-se fundamental a incorporação de ações específicas para as pessoas idosas. Uma das estratégias em curso é a implantação, em todo o território nacional, da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, que possibilita aos profissionais da Atenção Básica identificar situações de risco que possam comprometer a autonomia e a independência da pessoa idosa e, a partir dessa identificação, assumir as medidas necessárias à prevenção de doença e à promoção da saúde.

8.3 POPULAÇÃO NEGRA

O censo demográfico de 2000 demonstra que 54% dos brasileiros se autodeclararam como brancos, enquanto 45% como negros (pretos e pardos) e 0,4% como indígenas e amarelos. Em 2003, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), a população negra³ representava 47,3% da população brasileira, aproximadamente 73% da população do Norte e 71% da do Nordeste. Na Região Sul, essa proporção não passava de 18% e atingia 37,2% no Sudeste, alcançando 56,3% no Centro-Oeste (IBGE, 2004). Esses dados sugerem maior consciência dos brasileiros sobre o seu perfil étnico-racial.

Esse perfil étnico-racial se encontra inserido num contexto pouco homogêneo, levando-se em consideração os diversos setores que indicam o desenvolvimento humano da população negra.

No que se refere à pobreza, estudos revelam que os negros correspondem a cerca de 65% da população pobre e 70% da população extremamente pobre. Os brancos, por sua vez, são somente 35% dos pobres e 30% dos extremamente pobres (HENRIQUES, 2003 *apud* OLIVEIRA; FIGUEIREDO, 2004).

No setor da educação, os níveis de escolaridade apresentam diferenças marcantes conforme o pertencimento a um determinado perfil. Em relação às taxas de analfabetismo e de analfabetismo funcional, verifica-se que continuam apresentando diferenças significativas entre os níveis apresentados pela população branca e os da população preta e parda, persistentemente menos favorecida. Em termos relativos, em 2007, a taxa de analfabetismo da população branca é de 6,1% para as pessoas de 15 anos ou mais de idade, sendo que essas mesmas taxas para pretos e pardos superam 14%, ou seja, mais que o dobro que a de brancos (IBGE, 2008).

No que diz respeito ao analfabetismo funcional, que engloba as pessoas de 15 anos ou mais de idade com menos de quatro anos completos de estudo, ou seja, que não concluíram a 4ª série do Ensino Fundamental, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) de 2007, continua mostrando uma taxa de analfabetismo funcional para brancos (16,1%) mais de dez pontos percentuais abaixo da observada para pretos e pardos (27,3%) (IBGE, 2008).

As consequências destas desigualdades educacionais se refletem nas diferenças dos rendimentos médios recebidos por pretos e pardos em relação aos dos brancos, se apresentando sempre menores (em torno de 50%) (IBGE, 2008).

³ A denominação negra representa a junção da categoria raça/cor preta e parda. Nesta publicação são utilizados os termos brancos, pretos, pardos e negros para representar as categorias da população raça/cor branca e raça/cor preta, raça/cor parda e raça/cor negra, respectivamente.

Os negros e negras brasileiros se encontram, portanto, nos estratos mais pobres da nossa sociedade, o que gera crônica situação de desigualdades. Essa situação de desigualdades é agravada pelo racismo, o qual é responsável pela discriminação que ocorre de diferentes maneiras no cotidiano da sociedade e em suas instituições, tornando essa população mais vulnerável a condições de adoecimento e ao sofrimento psíquico.

O racismo se reafirma no dia a dia pela linguagem comum, se mantém e se alimenta pela tradição e pela cultura, influencia a vida, o funcionamento das instituições e também as relações entre as pessoas; é condição histórica e traz consigo o preconceito e a discriminação, afetando a população negra de todas as camadas sociais, residente na área urbana ou rural. Afeta duplamente as mulheres negras, também vitimadas pelo machismo e pela desigualdade de gênero, o que agrava as vulnerabilidades a que está exposto esse segmento (BRASIL, 2007c).

A partir do reconhecimento das desigualdades raciais em saúde, o SUS instituiu a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), voltada para a redução das iniquidades em saúde que atingem essa população, de acordo com uma perspectiva integral e abrangente da saúde vista como componente inseparável da qualidade de vida.

Com vista ao enfrentamento das iniquidades em saúde que acometem a população negra, faz-se necessário que os profissionais da Atenção Básica estejam atentos à vulnerabilidade dessa população.

Nesse contexto, a PNSIPN elegeu a Atenção Básica como espaço que permite reconhecer as diversas particularidades e singularidades dos sujeitos, promovendo a igualdade racial.

8.3.1 A SITUAÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA E OS SEUS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE

Ao realizar análise adequada das condições sociais e de saúde da população negra, é preciso considerar a grave e insistente questão do racismo no Brasil, persistente mesmo após uma série de conquistas institucionais, devido ao seu elevado grau de entranhamento na cultura brasileira.

A relação dessas condições com o racismo e a discriminação que ocorrem na sociedade se reflete em um perfil epidemiológico marcado pela desigualdade, especialmente evidente nas altas taxas referentes à mortalidade infantil, mortalidade materna e óbitos por causas externas na população negra.

Quanto às diversas informações geradas pelos sistemas de informação em saúde, bem como dados de diversas pesquisas que enfocam o recorte étnico e racial, merece destaque a questão da mortalidade infantil. O risco de uma criança preta ou parda morrer antes dos cinco anos por causas infecciosas e parasitárias é 60% maior do que o de uma criança branca. Também o risco de morte por desnutrição apre-

senta diferenças alarmantes, sendo 90% maior entre crianças pretas e pardas do que entre brancas (BRASIL 2005h).

Um dos dados relevantes sobre a questão relacionada à saúde da mulher negra é que esta tem menor acesso aos serviços de saúde de boa qualidade, atenção ginecológica e à assistência obstétrica, seja no pré-natal, parto, seja no puerpério. Alguns estudos publicados indicam que a morte materna por toxemia gravídica (a primeira causa de morte materna no Brasil) é mais frequente entre as mulheres negras.

Em 2000, a taxa de mortalidade materna (por causas ligadas à gravidez, ao aborto, ao parto e ao puerpério) das mulheres negras foi 2,9 vezes maior que a apresentada pelas mulheres brancas (PNUD, 2004). Os óbitos de mulheres da população parda apresentaram maior participação entre os óbitos por causas maternas entre 2000 e 2003. Em 2003, o percentual de óbitos maternos de mulheres da cor parda foi de 41,5%. Os óbitos maternos das mulheres da cor branca ficaram em segundo lugar (BRASIL, 2005h).

A hipertensão arterial é mais frequente, inicia-se mais precocemente e apresenta uma evolução mais grave na população negra. As doenças hipertensivas, por sua vez, constituem-se a principal causa de morte materna. Alguns estudos indicam que a morte materna por doenças hipertensivas é mais frequente entre as mulheres negras. Esses estudos revelam que a taxa de mortalidade dessas mulheres é quase seis vezes maior do que a de brancas (BRASIL, 2005 e).

No pré-natal, é fundamental garantir que seja aferida a pressão arterial de todas as gestantes, inclusive dando atenção especial para qualquer alteração nos níveis pressóricos das gestantes negras. Ao diagnosticar alteração dos níveis pressóricos da gestante, é importante que essa seja referenciada para um serviço de pré-natal de alto risco, diminuindo-se o risco de complicações para a mãe e o bebê.

O *Diabetes mellitus* tipo 2 também é prevalente na população negra. Na população diabética, a hipertensão arterial é duas vezes maior que na população em geral. Mulheres portadoras de diabetes, portanto, estão mais expostas à gravidez de alto risco.

A hipertensão arterial e o *Diabetes mellitus* são doenças que têm impacto importante e diferenciado na saúde sexual e reprodutiva da população negra. Portanto, ações educativas devem ser priorizadas pelos serviços de saúde de modo que os profissionais da Atenção Básica contribuam para que homens e mulheres negros possam identificar sinais e sintomas de hipertensão arterial e *Diabetes mellitus*.

A doença falciforme, doença genética mais comum no Brasil, caracteriza-se como condição hereditária que apresenta maior prevalência na população negra. Mais uma vez, mulheres portadoras de anemia falciforme apresentam maior risco de abortamento e complicações durante a gestação e o parto, como natimorto, prematuridade, toxemia gravídica, placenta prévia e deslocamento prematuro de placenta, entre outras.

A mortalidade também atinge mais a população negra sob outros aspectos. Assim, as diversas formas de discriminação tornam a população negra mais vulnerável ao sofrimento por violências. O risco de uma pessoa negra morrer por causa externa é 56% maior que o de uma pessoa branca. No geral, o risco de morte por homicídios tem sido maior nas populações preta e parda, independentemente do sexo (BRASIL, 2005h). Os negros são vítimas de homicídios quase duas vezes mais que os brancos.

As causas externas representam a maior parte da taxa de mortalidade de jovens entre 2003 e 2005, sendo que jovens pretos e pardos são proporcionalmente mais vitimados por causas externas do que jovens brancos do sexo masculino: entre jovens de 18 a 24 anos a taxa de mortalidade foi de 204,58 para cada 100 mil jovens brancos contra 305,04 para cada 100 mil jovens pretos (IPEA, 2007).

Nas mulheres negras, o risco de morte por homicídio vem aumentando, o que as torna mais vulneráveis ainda. Em 2000, o risco de morte por homicídio era 20% maior nas mulheres negras em relação às brancas. Em 2006, aumentou para 71% (Brasil, 2008e).

Os negros(as) são as principais vítimas em todos os tipos de violência, principalmente nos casos de agressões (BRASIL, 2008e).

Deve-se destacar a importância da atuação dos profissionais da Atenção Básica no acolhimento dos usuários vítimas de abusos, agressões e violências, em especial as negras e negros. A questão da prevenção de violências envolve ações intersetoriais, o que permite que os profissionais das equipes de Saúde da Família adotem ações de promoção da saúde envolvendo todos os atores da comunidade para a prevenção das violências e promoção da cultura de paz. A violência doméstica que aflige principalmente as mulheres merece, nesse caso, tratamento prioritário.

No que diz respeito às doenças infectocontagiosas, o risco de morte por tuberculose é 1,9 vez maior entre as pessoas pardas e 2,5 vezes maior entre as pessoas pretas quando comparado ao risco entre as pessoas brancas, tomando-se por base o risco de morte por tuberculose e considerando as taxas padronizadas de mortalidade para o ano de 2003 (BRASIL, 2005h).

Outra preocupação em relação à saúde da população negra é a Aids. Sabe-se que, no Brasil, apesar de a epidemia apresentar tendência de estabilização, os casos de Aids estão aumentando entre os mais pobres, onde a população negra se encontra em maior proporção. Em 2003, quase 62% dos casos notificados de Aids com declaração de cor⁴ eram em pessoas brancas e 37,3% em pessoas da população negra. Da mesma forma, o risco de ter Aids, medido pela taxa de incidência, apresenta-se também maior entre os brancos (13,4 a cada 100.000 habitantes) quando compara

⁴ O quesito raça/cor somente foi incluído no SINAN (Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação), a partir de 2001. Em 2003, aproximadamente 20% dos casos de Aids não tinham essa informação preenchida.

dos à população negra (8,5 a cada 100.000 habitantes). Por outro lado, separando-se os pretos e os pardos, nota-se que o risco de ter a doença é 74% maior entre os pretos do que entre os brancos, e chega a ser duas vezes maior quando se consideram apenas as mulheres (BRASIL, 2006c).

Em síntese, existe consenso entre os diversos estudiosos no Brasil acerca das doenças e dos agravos prevalentes na população negra, com destaque para aqueles que podem ser agrupados nas seguintes categorias: (a) geneticamente determinados, tais como a doença falciforme e a deficiência de 6-glicose-fosfato-desidrogenase; (b) de evolução agravada ou tratamento dificultado, tais como a hipertensão arterial, a doença hipertensiva específica da gestação (eclâmpsia e pré-eclâmpsia), o *Diabetes mellitus*, coronariopatias, insuficiência renal crônica, câncer, miomatoses; e (c) adquiridos em condições desfavoráveis, tais como desnutrição, doenças relacionadas ao trabalho, DST/HIV/Aids, mortes violentas, mortalidade infantil elevada, abortos sépticos, sofrimento psíquico, tuberculose, transtornos mentais derivados do uso abusivo de álcool e outras drogas, entre outros (BRASIL, 2007c).

A população negra também se encontra em posição desfavorável no que se refere ao acesso aos serviços de saúde, com dados indicando que atendimento médico, consultas, planos de saúde e tratamento odontológico são mais acessíveis à população branca (PNUD, 2004).

8.3.2 PROMOÇÃO DA SAÚDE SEXUAL E DA SAÚDE REPRODUTIVA DA POPULAÇÃO NEGRA

O SUS reconhece o racismo, as desigualdades raciais e étnicas e o racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde.

Na constatação desse perfil epidemiológico, é importante destacar a inserção dos “quesitos raça/cor/etnia” nos formulários e instrumentos de coleta de dados dos Sistemas de Informação em Saúde do SUS. A subnotificação dessa variável (“quesitos raça/cor/etnia”) na maioria dos sistemas de informação tem dificultado análise mais consistente sobre a saúde da população negra no Brasil.

Nessa perspectiva, os profissionais da Atenção Básica devem buscar o correto preenchimento dos formulários do SUS quanto à variável “quesitos raça/cor/etnia”, o que possibilitará traduzir em dados concretos a realidade e o perfil de morbimortalidade da população negra e, principalmente, as especificidades desse segmento populacional. A produção dessas informações epidemiológicas possibilita adequada definição de prioridades para a tomada de decisão, potencializando as ações dos profissionais das equipes de Saúde da Família.

Os profissionais da Atenção Básica, ao reconhecerem essas desigualdades que acometem a população negra em seu território de atuação, devem propor ações que propiciem a criação de uma cultura de solidariedade e a adoção de práticas antirracistas

e não discriminatórias, na busca pela equidade em seus aspectos de prevenção de doenças, promoção, tratamento e recuperação da saúde, controlando doenças e agravos, em especial aqueles de maior prevalência nesse segmento populacional.

Desse modo, a adoção de estratégias de cuidado e atenção em saúde, de gestão solidária e participativa, devem incluir ações específicas que permitam que as equipes de Saúde da Família possam ampliar o acesso com qualidade da população negra ao SUS, incluindo:

- Provimento diferenciado de ações de saúde nos territórios com predominância de negros e negras.
- Preenchimento do quesito cor nos formulários dos sistemas de informação do SUS.
- Ampliação e fortalecimento da participação do usuário nos processos de planejamento e atividades do cotidiano das equipes, bem como o fortalecimento da participação de lideranças negras nos conselhos e instâncias do controle social.
- Desenvolvimento de ações e estratégias de identificação, abordagem, combate e prevenção do racismo institucional no ambiente de trabalho.
- Realização de processos de educação em saúde, priorizando o enfoque étnico-racial, associado à implementação de ações afirmativas para alcançar a equidade em saúde e promover a igualdade racial.

8.4 POPULAÇÃO DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS – LGBT ⁵

Com o surgimento da Aids em todo o mundo, no início dos anos 80, a comunidade homossexual sofreu o maior impacto em termos epidemiológicos e sociais. A visibilidade negativa dada pelo termo usado para se referir à epidemia como “peste gay” ou “câncer gay” certamente também contribuiu para a rápida e ampla mobilização e envolvimento de seus ativistas abordando de forma pioneira questões inerentes à diversidade, à livre orientação sexual ⁶ e identidade de gênero ⁷, à sexualidade, à solidariedade, ao exercício da cidadania plena, à defesa dos direitos humanos, incluindo o das pessoas que vivem com HIV/Aids. Tudo isso resultou na inclusão da temática de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT) na pauta política do governo.

⁵ Utiliza-se no decorrer deste texto a sigla LGBT (lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais), definida na Conferência Nacional GLBT de 2008 como sendo identitária do conjunto do movimento.

⁶ Nos Princípios de Yogyakarta, princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero, orientação sexual está definida como uma referência à capacidade de cada pessoa de ter uma profunda atração emocional, afetiva ou sexual por indivíduos de gênero diferente, do mesmo gênero ou ambos, assim como ter relações íntimas e sexuais com essas pessoas. Modernamente, as orientações sexuais são distinguidas em heterossexualidade (quando o interesse afetivo-erótico-sexual da pessoa se dirige em direção a pessoas do sexo oposto), homossexualidade (quando esse interesse se expressa por pessoas do mesmo sexo) e bissexualidade (interesse por pessoas de ambos os sexos).

⁷ Nos Princípios de Yogyakarta, identidade de gênero está definida como a profundamente sentida experiência interna e individual do gênero de cada pessoa, que pode ou não corresponder ao sexo atribuído no nascimento, incluindo o senso pessoal do corpo – que pode envolver, por livre escolha, modificação da aparência ou função corporal por meios médicos, cirúrgicos ou outros – e outras expressões de gênero, inclusive vestimenta, modo de falar e maneirismos.

Hoje já existe a consciência da complexidade das necessidades e demandas dessa população e da importância de adequar a rede de serviços do SUS para respondê-las de forma resolutiva, integral e com qualidade.

No sentido de entender a complexidade do tema, é importante distinguir as especificidades dos diferentes segmentos que integram a população LGBT, pois representam diferentes formas de expressão da orientação sexual e da identidade de gênero.

É importante salientar que, do ponto de vista dos conselhos de ética profissional da área da saúde, o Conselho Federal de Medicina retirou, em 1985, a homossexualidade da lista dos desvios sexuais, rejeitando a obrigatoriedade a exames ou tratamentos com vistas à mudança de sua orientação sexual. A Classificação Internacional de Doenças (CID) também não mais inclui a homossexualidade como doença, desde 1993.

Igualmente, todos os profissionais da saúde não devem exercer qualquer ação que favoreça a patologização de comportamentos por práticas homoeróticas, nem adotar ações que obrigam a orientar homossexuais para tratamentos não solicitados, a exemplo do que dispõe a Resolução 01/99, de 22 de março de 1999, do Conselho Federal de Psicologia.

8.4.1 DETERMINANTES E CONDICIONANTES DA SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBT: O PRECONCEITO E A DISCRIMINAÇÃO COMO FATORES DE VULNERABILIDADE

O 3º Relatório Nacional sobre os Direitos Humanos no Brasil indica que entre 2003 e 2005 foram relatados 360 homicídios de GLT (*gays*, *lésbicas* e *travestis*) no Brasil. O documento registra ainda que a maior incidência de assassinatos ocorre na Região Nordeste, principalmente contra *gays* (USP, 2006).

A violência e o assassinato de *lésbicas*⁸, *gays*⁹, *bissexuais*¹⁰, *travestis*¹¹ e *transexuais*¹² podem servir de evidência de como a homofobia, lesbofobia, transfobia e outros pro-

⁸ **Lésbica** é o termo utilizado para designar mulheres que têm desejos e/ou práticas sexuais e relacionamentos exclusivamente com outras mulheres.

⁹ A palavra **gay**, originária da língua inglesa, é muito utilizada para definir os homens que têm desejos e/ou práticas sexuais e relacionamentos exclusivamente com pessoas do seu mesmo sexo.

¹⁰ O termo **bissexual** se refere às pessoas cujo desejo sexual tem como objeto pessoas de ambos os sexos.

¹¹ **Travestis** são pessoas que sustentam em sua identidade de gênero a referência tanto à masculinidade quanto à feminilidade. A característica marcante da travesti é que reivindica a androginia, e não apenas o reconhecimento social no gênero feminino, distinto daquele atribuído no nascimento. A travesti se apresenta como mulher, sustentando uma identidade de gênero feminina, mas podem vir a assumir práticas sexuais masculinas, por exemplo. A travesti é um homem no sentido anatomofisiológico, mas se relaciona com o mundo como mulher: seu corpo é moldado com formas femininas (por meio do uso de hormônios feminilizantes e/ou aplicações de silicone). Elas rompem com as “normas” ao não quererem estar dentro de um gênero masculino nem feminino; para elas isso não é importante. O importante é assumir a sua travestilidade dentro do seu contexto social e profissional; a travesti não é masculino nem feminino: é travesti. É importante ressaltar que esse é um conceito em construção no contexto do movimento LGBT.

¹² **Transexuais** são pessoas cuja identidade de gênero é oposta ao sexo biológico. A pessoa é psicologicamente de um sexo e anatomicamente de outro. No caso das mulheres transexuais, elas se consideram como sendo do sexo feminino embora tenham nascido com órgãos genitais masculinos; no caso de homens transexuais, eles se consideram do sexo masculino, ainda que apresentem anatomicamente órgãos genitais femininos. A transexualidade também pode, eventualmente, contribuir para que o indivíduo busque alterar cirurgicamente seus genitais para que possam ter correspondência estética e funcional à vivência psicoemocional da sua identidade de gênero. Transexualidade, portanto, é diferente de homossexualidade, pois a identidade de gênero de homens e mulheres homossexuais corresponde ao seu sexo biológico. É importante ressaltar que esse é um conceito em construção no contexto do movimento LGBT.

cessos estigmatizantes e discriminatórios são causadores de sofrimento, adoecimento e morte.

Enfrentar a complexidade dos determinantes sociais da vida e da saúde das pessoas e coletividades requer intervir sobre a exclusão social, o desemprego, o acesso à moradia e alimentação dignas, mas, também, o reconhecimento dos fatores que se entrecruzam, maximizando a vulnerabilidade e o sofrimento de grupos específicos.

Nesse contexto, todas as formas de discriminação, como no caso da homofobia, lesbofobia e transfobia, devem ser consideradas como situações produtoras de doença e sofrimento. É preciso compreender que essas formas de preconceito não ocorrem de maneira isolada de outras formas de discriminação social. Elas caminham lado a lado e são reforçadas pelo machismo, racismo, misoginia e todas as formas correlatas de discriminação.

A epidemia de Aids no Brasil tem contribuído para a visibilidade das condições de vida e de saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. No período entre 1980 e junho de 2008, foram notificados 506.499 casos de Aids (BRASIL, 2008c), e vem ocorrendo o processo de feminilização, pauperização e interiorização da doença, fazendo com que o governo lance planos nacionais de enfrentamento da epidemia.

A orientação sexual e a identidade de gênero são categorias reconhecidas pelo Ministério da Saúde como determinantes e condicionantes da situação de saúde, não apenas por implicarem práticas sexuais e sociais específicas, mas também por expor lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais a agravos decorrentes do estigma e da exclusão social.

Vale a pena ressaltar que na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, Portaria nº 675/GM/2006 (BRASIL, 2006f), que explicita os direitos dos usuários com o objetivo de garantir respeito às especificidades existentes na população brasileira, como conquista do movimento LGBT, foi incluída a diversidade de orientação sexual e identidade de gênero.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde formulou a Política Nacional de Saúde Integral de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com respaldo político e institucional explicitado no Pacto pela Saúde 2006, em suas três dimensões: o pacto pela vida, o pacto em defesa do SUS e o pacto de gestão do SUS, que integram o Programa Mais Saúde: direito de todos, lançado em 2008 (BRASIL, 2008b), e que se constitui numa reorientação das políticas de saúde com o objetivo de ampliar o acesso a ações e serviços de qualidade.

No Programa Mais Saúde: direito de todos, são encontradas metas específicas para promover ações de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde (para grupos populacionais de negros, quilombolas, LGBT, ciganos, prostitutas, população em situação de rua, entre outros). Por sua vez, a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS) garante viabilidade às ações de promoção da equidade em saúde nos níveis estaduais e municipais.

A Política Nacional de Saúde Integral de *Gays*, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais tem o objetivo de promover a saúde integral, humanizando e qualificando a atenção em todos os níveis, tendo como missão a redução das iniquidades em saúde e o enfrentamento do preconceito e da discriminação ainda persistente no SUS.

8.4.2 PROMOÇÃO DOS DIREITOS SEXUAIS E DOS DIREITOS REPRODUTIVOS DE LGBT

O SUS, por meio da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT, contempla ações voltadas para homens e mulheres. Entretanto, para a promoção dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos na perspectiva da saúde integral, é necessário entender as especificidades desse grupo populacional, para que o cuidado seja compatível com as suas reais necessidades.

O profissional de saúde que integra a equipe de Saúde da Família está mais próximo das famílias e das pessoas, com as quais é recomendável que se construam vínculos que lhe permitam uma relação de confiança. Esse vínculo poderá proporcionar um diálogo que inclua questões relativas à orientação sexual e identidade de gênero com a família.

Dessa forma, os profissionais de saúde devem estar atentos para o fato de que o preconceito e a discriminação a lésbicas, gays, bissexuais travestis e transexuais (LGBT) ocorre, na maioria das vezes, no interior de suas famílias, onde esses atos de violência praticados pelos próprios familiares geralmente terminam na expulsão ou abandono dessas pessoas.

O rompimento dos laços familiares pode levar a situações de vulnerabilidade social, podendo abrir alternativas que possibilitem essa pessoa a se prostituir, a usar drogas, bem como a desenvolver problemas de saúde mental como: depressão, tentativa de suicídio, entre outros.

É importante que os profissionais de saúde acolham a família que vive esse tipo de situação, buscando mediar conflitos entre os seus membros.

As equipes de Saúde da Família precisam estar atentas ao agrupamento das pessoas em novas configurações familiares, como as famílias homoafetivas (casais formados por pessoas do mesmo sexo), que devem ser acolhidas e acompanhadas da mesma forma que as famílias tradicionais.

O esclarecimento para todos os profissionais da saúde sobre as práticas sexuais e sociais de LGBT é fundamental para que o cuidado à saúde seja condizente às suas necessidades, superando, dessa forma, a associação desse seguimento à epidemia de HIV/Aids, embora sem prescindir dos esforços estratégicos na superação da alta incidência de DST/HIV/Aids entre gays, homens bissexuais e travestis, bem como em relação à prevenção das DST entre lésbicas, mulheres bissexuais e transexuais.

A disponibilização de informações confiáveis e seguras sobre o tema, desenvolvendo práticas de educação e comunicação em saúde de maneira participativa, criativa e inovadora, constitui uma das formas de combater a discriminação e o preconceito contra LGBT, envolvendo espaços institucionais e sociais como associações de moradores, grupos de jovens, escolas (as equipes de Saúde da Família podem se articular com o Programa Saúde e Prevenção na Escola).

Ainda nas relações do cidadão com os serviços de saúde, as equipes da Estratégia Saúde da Família precisam reconhecer grupos de apoio ou organizados da população LGBT que prestam suporte de informações, com o objetivo de promover os direitos e serviços que respeitem suas especificidades.

Na atenção à saúde sexual e reprodutiva da população LGBT, a prevenção e o tratamento das DST/HIV/Aids devem ser sempre abordados, com incentivo à prática do sexo seguro.

Entre as ações preventivas que podem ser desenvolvidas com lésbicas, por exemplo, constam orientações sobre higiene antes, durante e depois do ato sexual, como a higienização das mãos e unhas (bem aparadas), uso de protetores manuais (luvas de borracha) para o sexo manual, barreiras no caso de sexo oral e utilização de preservativos masculinos nos acessórios eróticos.

Em relação à população de gays, homens bissexuais e travestis, as equipes de saúde devem orientar sobre a importância da realização do exame proctológico regularmente, para prevenir câncer de próstata e problemas no ânus e reto, ressaltando também a importância do uso de gel lubrificante à base de água, durante as relações sexuais anais. É imprescindível incentivar o exame urológico e a higienização do pênis, para evitar infecções e câncer de pênis e testículos. Assim como lésbicas e mulheres bissexuais devem realizar regularmente o exame preventivo do câncer de colo de útero e o exame das mamas.

O respeito a qualquer pessoa começa com o uso do nome social. Isso deve ser levado em consideração durante o atendimento de travestis e transexuais, porque esse é o primeiro passo para a construção de uma relação confiável e saudável entre profissional e usuário.

O uso de silicone industrial assim como o uso abusivo de hormônios feminilizantes e masculinizantes são altamente prejudiciais à saúde. São utilizados, geralmente, sem controle e sem prescrição médica por grande parte das travestis e transexuais. Essa situação deve ser sempre considerada pelos profissionais da Atenção Básica, buscando encaminhar essas pessoas à atenção especializada.

As ações de saúde devem estar articuladas e integradas com outras áreas e práticas de saúde, além de outros setores do governo e da sociedade civil que atuam no território. Assim podem ser desenvolvidas:

- Ações de educação em saúde com gestores, trabalhadores de saúde, lideranças de movimentos e usuários LGBT no sentido do reconhecimento de seus direitos e mudança nas práticas de saúde.
- Inserção da temática saúde LGBT nos processos de educação permanente dos trabalhadores das equipes de Saúde da Família, do Sistema Penitenciário, em parceria com os centros de referência de combate à homofobia da Secretaria Especial de Direitos Humanos.
- Estratégias de articulação com outros grupos e organizações de promoção da equidade em saúde a fim de operacionalizar atividades intersetoriais, como fóruns, debates, semanas e outras atividades.
- Oficinas e rodas de discussão sobre a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde.
- Incentivo e apoio à participação do movimento LGBT nos conselhos de saúde em todos os níveis de gestão do SUS.
- Participação das equipes de saúde na ampliação da rede de atenção à mulheres e adolescentes em situação de violência, incluindo LGBT.
- Acesso da população LGBT aos programas e processos de planejamento reprodutivo e de reprodução humana assistida.
- Produção de informação e estratégias de comunicação a respeito do direito à saúde e contra a discriminação de LGBT nos serviços de saúde.
- Os horários de atendimento devem ser conciliados com as possibilidades do serviço e as necessidades e condições da população. Em geral, as pessoas que exercem a prostituição preferem o horário da tarde para atendimento e visitas domiciliares; e travestis podem querer horários exclusivos para evitar constrangimentos em sala de espera. Porém, apesar do respeito à cultura local, deve-se estimular que a comunidade evite atitudes discriminatórias.

8.5 POPULAÇÃO INDÍGENA

Considerando a relevância do tema saúde sexual e saúde reprodutiva relacionado aos povos indígenas, pretende-se, nesse tópico, apresentar algumas informações para os profissionais de saúde da Atenção Básica, buscando sensibilizar para uma atenção qualificada no campo da saúde sexual e da saúde reprodutiva, nos contextos específicos dessas populações.

Observa-se que os conhecimentos quanto às concepções culturais dessas populações sobre corpo, fluidos corporais e reprodução ainda são pouco conhecidos ou pouco utilizados pelos profissionais de saúde para orientar sua prática.

De acordo com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, o modelo de organização dos serviços voltados a essa população é o dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) – orientados para um espaço etnocultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado. A definição territorial procu-

rou obedecer aos seguintes critérios: população, área geográfica e perfil epidemiológico; disponibilidade de serviços, recursos humanos e infraestrutura; vias de acesso aos serviços instalados em nível local e à rede regional do SUS; relações sociais entre os diferentes povos indígenas do território e a sociedade regional; distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas, que não coincide necessariamente com os limites de estados e municípios onde estão localizadas as terras indígenas.

No plano local, os DSEI concretizam-se por uma rede física composta, nas aldeias, pelos Postos de Saúde Indígena, onde atuam os agentes indígenas de saúde, agentes indígenas de saneamento e os auxiliares de enfermagem. Conta ainda com os polos-base, unidade de maior complexidade, responsável pela cobertura de um conjunto definido de aldeias, com seus respectivos postos e agentes de saúde, comportando a lotação de pessoal de enfermagem e a visita periódica de médico e odontólogo em sua área de abrangência. Em algumas situações específicas, os polos-base podem se localizar em pequenas cidades, cuja posição estratégica facilita o acesso aos serviços nele contidos (BRASIL, 2005i).

Outro espaço de atenção à saúde nos DSEI é representado pelas Casas de Saúde do Índio (Casai), unidade de apoio ao tratamento de pacientes indígenas encaminhados para atendimento na rede de referência do SUS. Dada a sua função de elo com a rede de referências, que se localizam longe das aldeias, as Casais costumam ser sediadas em áreas urbanas, representando uma transição entre a rede do subsistema de saúde indígena e os outros níveis de complexidade do SUS (BRASIL, 2005i).

O grau de resolubilidade previsto para a rede própria dos DSEI restringe-se à prestação de serviços de Atenção Básica, gerando demandas para outros níveis do SUS, nos casos em que haja necessidade de referência para a atenção especializada (BRASIL, 2005i).

Quando se trata das comunidades indígenas no Brasil e a abordagem dos cuidados da saúde, muitos desafios são colocados para os profissionais de saúde, devido à diversidade cultural e linguística e mesmo o desconhecimento sobre os perfis epidemiológicos dessas populações.

É fundamental capacitar e instrumentalizar os profissionais que estão atuando nas áreas indígenas, bem como os profissionais da rede de referência do SUS, para que possam lidar de forma adequada com toda essa diversidade.

Segundo Coimbra Jr. & Garnelo (2004), os números escassos de informações demográficas abrangentes dificultam a realização de algumas análises demográficas, mas pode-se dizer que as mulheres indígenas chamam a atenção pelos elevados padrões de fecundidade, reforçado pela valorização sociocultural da constituição de famílias – a grande maioria das pessoas em idade reprodutiva compõe um núcleo familiar, há elevado número de mulheres em uniões conjugais e curtos intervalos entre uma gravidez e outra.

O Brasil possui imensa diversidade étnica e linguística, estando entre as maiores do mundo. São 215 sociedades indígenas e cerca de 55 grupos de índios isolados, sobre os quais ainda não há informações objetivas.

As principais fontes de informação demográfica indígena são oriundas da Funai, Funasa e do IBGE (GARNELO; MACEDO; BRANDÃO, 2003). Os dados disponíveis pela Funai não informam a composição demográfica dos residentes em áreas não demarcadas ou em espaços urbanos. Desde 1991, o IBGE inclui a categoria indígena em seus levantamentos, mas sem possibilitar a informação sobre a afiliação étnica dos recenseados.

Segundo o censo, em 1991, o percentual de indígenas em relação à população total brasileira era de 0,2%, ou 294 mil pessoas no País. Em 2000, 734 mil pessoas (0,4% dos brasileiros) se autoidentificaram como indígenas, um crescimento absoluto, no período entre censos, de 440 mil indivíduos ou um aumento anual de 10,8%, a maior taxa de crescimento entre todas as categorias de cor ou raça. O total do País apresentou, no mesmo período, ritmo de crescimento de 1,6% ao ano (IBGE, 2005).

Pelo IBGE, mais de 700 mil pessoas se autoidentificaram como indígenas, o que representa quase o dobro daqueles atualmente cobertos pelo Subsistema de Saúde Indígena, que vem priorizando o atendimento aos grupos oficialmente reconhecidos pela Funai. Exemplo da disparidade de dados é o estado de São Paulo, onde, segundo dados do IBGE (Censo 2000), há 63 mil índios e, segundo dados do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (Siasi/Funasa), dois mil.

O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (Siasi), que vem sendo implantado pela Funasa, apresenta os seguintes dados (Siasi/Funasa, 2008):

- Base populacional de 458.000 indivíduos, distribuídos em 3.225 aldeias, pertencentes a 215 etnias e falantes de 180 línguas, distribuídas em 30 famílias linguísticas.
- Distribuição regional da população indígena: 49% na Região Norte, 23% no Nordeste, 17% no Centro-Oeste, 9% no Sul e 2% no Sudeste.

A mudança no padrão de vida da maioria das comunidades indígenas, em decorrência do contato interétnico, tem exigido a elaboração de políticas que atendam às novas demandas de saúde dessa população. No campo da saúde sexual e da saúde reprodutiva não é diferente; é importante construir a organização dos serviços que ao mesmo tempo atendam a essas demandas e não fortaleçam relações de dependência dessas comunidades com os serviços.

As mulheres indígenas de diferentes etnias têm discutido as situações de vulnerabilidades que afligem as suas comunidades e que trazem consequências diretas para a sua saúde, tais como os processos violentos que essas comunidades sofreram ao longo de sua história de contato com o “branco”, ou seja, com a sociedade envolvente.

O contato como um mecanismo de transmissão de doença ligado à sexualidade reagudizou vivências traumáticas, que só podem ser adequadamente entendidas à luz da história do contato. Boa parte da mitologia do Alto Rio Negro, como é hábito entre os povos indígenas, trata da regulação das regras de comportamento moral, inclusive sexual, dos membros da sociedade e dos ancestrais míticos que criaram e organizaram o cosmo. Assim sendo, tais narrativas têm caráter fortemente sexualizado e foram reprimidas com violência pelos missionários católicos, no processo de conversão efetuado naquela região. A história da catequese mostra que os indígenas do Alto Rio Negro eram proibidos de falar sua própria língua, de praticar seus ritos e verbalizar sua rica tradição mítica, pois tais costumes, sendo considerados pecaminosos e liberadores de uma sexualidade considerada desenfreada pelos missionários, tinham que ser firmemente reprimidos, a fim de que os missionários conseguissem obter a desejada mudança das pautas de comportamento dos indígenas (GARNELO; SAMPAIO; ROCHA, 1997).

O tema saúde sexual e saúde reprodutiva tem sido objeto de preocupação pelo movimento organizado de mulheres indígenas, já discutido em fóruns nacionais, nos quais têm sido reivindicado que os direitos reprodutivos das mulheres indígenas es sejam de acordo com as tradições e culturas, desde que essas culturas não violentem as mulheres e que sejam reconhecidas pelas políticas públicas (Grumin – Mesa de Trabalho Local e Regional Rumo ao Fórum Nacional de Mulheres Indígenas, 3-4 maio de 2008/Itaipu/R.J.).

Internacionalmente, são reconhecidos como direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e dos homens ter acesso à informação e aos meios para expressar e desfrutar a sexualidade com proteção da saúde; ter liberdade e autonomia para o controle sobre o próprio corpo; exercer a orientação sexual sem sofrer discriminação, coerção ou violência; contar com respeito mútuo nas relações afetivas e sexuais, decidir de forma livre o número, espaçamento e o momento de ter filhos.

Entre os povos indígenas, a sexualidade tem como elementos estruturantes o contexto histórico, sociocultural e interétnico (BRASIL, 2005i). A divisão sexual do trabalho de cada um dos povos é um processo que integra, em um movimento contínuo, elementos do mundo mitológico, as práticas sexuais, a noção de corpo e dos fluidos corporais vitais, as relações de parentesco que regulam possibilidades de arranjos matrimoniais, as práticas rituais de iniciação e passagem, a expressão da afetividade, a estética, os papéis sociais masculino e feminino, a concepção e a vivência da sexualidade nas diferentes fases da vida, a relação entre as diferentes idades.

Segundo esse enfoque, as expressões da sexualidade são construídas no contexto cultural de cada sociedade humana e, nessa construção, adquirem sentido e significação para toda a vida. Aliás, é esse posicionamento polissêmico frente à vida, aparentemente pragmática e imediata, que se rompe com a tradição de abordagens que naturalizam a sexualidade, sejam as determinadas por modelos biológicos, sejam as que acentuam a importância do comportamento.

Os mitos são contados num contexto social muito diferente do nosso que devemos sempre ter em mente e procurar compreender. As relações de parentesco são fundamentais na sociedade indígena, base para a cooperação econômica, a moradia, o casamento. Há poligamia em muitos povos, aceita como padrão cultural, e existe mesmo a poliandria (uma mulher casada com vários homens). Aceita-se, por exemplo, em vários povos, que um homem namore uma mulher e suas irmãs, ou uma mulher, um homem e seus irmãos, justamente a relação mais desleal para nós. O sexo é menos tabu para nós, a nudez um fato corriqueiro, o corpo e as funções biológicas integram o cotidiano com naturalidade. O ciúme, assim, veste-se com outras capas. Os conceitos de concepção diferem dos elaborados pela ciência e pela medicina ocidental, o que influencia as relações afetivas e as reações de ciúme, ou a ideia do que é o adultério e a traição. Muitos povos consideram que uma criança é gerada por uma mulher e todos os homens que com ela tiveram relações sexuais em diferentes ocasiões, mesmo durante a gravidez, pais misturados do nenê que nasce, responsáveis por sua saúde, devendo manter dietas especiais e obedecer a muitas regras e proibições. O período de fertilidade é elástico, certamente não é o que corresponde à ovulação, entre as menstruações, e mais, coincidiria, em muitas culturas, com a própria época da menstruação ¹³.

Os mitos revelam muito sobre os padrões sexuais de cada povo. Os profissionais de saúde que acompanham populações indígenas terão mais facilidade nas abordagens se buscarem conhecer o conteúdo cultural de cada grupo. Devem “estudar, aprender, ouvir, perguntar, respeitar, [...] sempre procurando preservar e não abafar traços culturais, por mais que nos pareçam estranhos, desde que obedecem aos princípios éticos de nossa sociedade”, da qual os índios também fazem parte ¹⁴.

Há poucos estudos no Brasil que abordam as representações sobre o processo de saúde e doença ou sobre noções de corpo nas diferentes etnias indígenas, inclusive entre aquelas cujos territórios tradicionais ultrapassam os limites do território nacional, em países como Peru, Paraguai, Venezuela, Bolívia e Guiana Francesa.

Estamos diante da complexidade que envolve a dificuldade de compreender a categoria analítica da sexualidade, quando se trata das populações indígenas na sua grande diversidade cultural.

De acordo com estudo de populações indígenas, presentes na Amazônia brasileira e em países limítrofes [...]: as fases do ciclo reprodutivo da vida da mulher baseiam-se em ritual e mito, atribuindo-se grande importância à transição da infância para a vida adulta da jovem. [...] marcam essa transição com uma série de ritos de iniciação, que reconhecem não somente as mudanças físicas da mulher, mas também a expectativa de que ela, a partir desse momento, assuma um novo conjunto de papéis e responsabilidades na comunidade. A idade média do casamento para as mulheres varia de 15 a 19 anos, mas não é incomum meninas de apenas 12 anos se casarem logo em seguida ao primeiro ciclo menstrual (ASOCIACIÓN..., 2002).

¹³ MINDLIN, Betty. **Mito e Sexualidade**. Texto no PRELO, a ser publicado pelo Programa Nacional DST/Aids.

¹⁴ Ibid.

O cuidado com a saúde sexual e reprodutiva entre a comunidade indígena deve iniciar bem cedo, pois entre muitos povos é comum o início da vida sexual no início da puberdade e verifica-se que em diversas comunidades as meninas engravidam aos 12 e 13 anos de idade. Quando as mulheres indígenas de uma etnia da Amazônia foram solicitadas a identificar suas preocupações de saúde mais prementes, estas mencionaram:

[...] o casamento e a gravidez precoces, a violência sexual (inclusive o estupro marital), o número elevado de filhos, dores internas e hemorragia. A sexualidade da mulher é entendida em função das necessidades e expectativas dos homens. As mulheres “comprazem” aos homens e dão-lhes filhos por medo de serem abandonadas se não o fizerem. As mulheres acham que o número desejado de filhos é de quatro ou cinco, mas, dadas as dificuldades associadas à anticoncepção e o desejo dos homens de terem famílias numerosas, o número médio de filhos por mulher é de sete ou oito. As mulheres reconhecem que os filhos constituem uma força de trabalho extravaliosa para a família e a comunidade, mas também reconhecem que o fato de gerarem tantos filhos não lhes permite um padrão adequado de saúde e nutrição dentro da família. Elas indicam ainda que a frequência da gravidez e a criação de filhos aceleram a deterioração de sua própria saúde (ASOCIACIÓN..., 2002).

Um aspecto presente em algumas comunidades é a violência física e sexual contra as mulheres, cujos agressores nem sempre são punidos de acordo com as regras da comunidade indígena, e as mulheres e meninas permanecem na convivência domiciliar com o agressor. Na maioria das situações, o consumo abusivo de bebida alcoólica tem relação com o comportamento do agressor.

Há pressão histórica sobre as mulheres indígenas com relação à reprodução, dada a necessidade de aumento dessa população que sofreu grandes perdas populacionais e culturais no contato com a sociedade envolvente ¹⁵.

O espaçamento entre uma gravidez e outra, em geral, é curto, com intervalo inferior a dois anos. Embora nas comunidades indígenas sejam utilizados métodos tradicionais de anticoncepção, baseados em ervas e plantas medicinais, nem todas as mulheres fazem uso.

Observam-se condições pouco favoráveis das mulheres e meninas para negociar o sexo seguro, evitar a gravidez e, em geral, para adotar decisões quanto à sexualidade e reprodução, expondo-se a infecções de transmissão sexual, incluindo o HIV e a sífilis, entre outros agravos.

Devemos sempre lembrar que a maneira como vivenciamos nossa sexualidade implica delicada reflexão sobre mitos, crenças, valores e convenções sociais que, em muitas situações, podem deixar um sujeito ou um grupo mais vulnerável à infecção pelo HIV e por outras DST.

¹⁵ Coimbra Jr & Garnelo (2004) indicam que as mudanças nos padrões de comportamento sexual e reprodutivo, comumente caracterizado pela relação homem/mulher indígenas com não índios, tornam-se frequentes em situações de contato e de enfrentamento com colonos, garimpeiros, militares em zonas de fronteiras e outros.

Outra situação ainda observada em algumas comunidades indígenas é quanto aos homens que não permitem que suas esposas realizem exames de prevenção de câncer uterino ou mesmo que elas participem das atividades de prevenção das DST/Aids. O acesso à informação sobre a saúde sexual e reprodutiva pelas mulheres e homens indígenas ainda é precário.

Recomendações quanto à abordagem da saúde sexual e da saúde reprodutiva para as equipes multidisciplinares de saúde indígena e/ou de Saúde da Família, no âmbito dos DSEI:

- É importante que as instâncias de controle social da saúde indígena – conselhos locais e distritais – tenham ciência das ações de saúde que são desenvolvidas na comunidade.
- Dados epidemiológicos e informações organizadas, em linguagem acessível, são ferramentas que contribuem para que os indígenas que participam do controle social saibam por que essas ações estão sendo desenvolvidas. As lideranças indígenas podem contribuir para que o serviço de saúde cumpra suas funções e desenvolva suas atividades.
- Considerar que culturas diferentes possuem diferentes concepções em relação ao processo saúde-doença, fluidos corporais como sangue, sêmen, leite materno, o que pode contribuir para que os profissionais de saúde qualifiquem sua abordagem nos serviços de saúde.
- Respeitar o conhecimento tradicional das comunidades quanto a métodos contraceptivos e oferecer os cuidados necessários requeridos pelas pessoas da comunidade, sem estabelecer hierarquia entre os diferentes métodos.
- Mulheres e homens preferem ter espaços diferenciados nas atividades de educação e saúde para expressarem suas dúvidas, na sua própria língua.
- Um dos papéis do agente indígena de saúde (AIS) é participar dessas atividades e facilitar a interlocução entre as pessoas da comunidade e os profissionais de saúde.
- O serviço de saúde deve estar munido de insumos de prevenção das DST/HIV/Aids, métodos contraceptivos e desenvolver metodologias para abordar essas informações com as mulheres, homens, jovens e casais.
- Há muitos recursos didáticos que podem facilitar a abordagem desses temas, como o uso de bonecos, álbuns seriados, próteses penianas, mamárias, modelo pélvico.
- A escola da comunidade pode ser um importante espaço para abordar questões relacionadas à saúde sexual e reprodutiva com a população jovem.
- As atividades teóricas educativas, em escola ou outros espaços, devem ser acompanhadas e antecipadas de conversas sobre a cultura e relação com as questões sexuais/reprodutivas, se possível com a colaboração de antropólogos ou conhecedores da etnia, lideranças e anciãos.

- É provável que nos exames ginecológicos as mulheres de algumas comunidades tenham preferência em realizá-los com profissionais de saúde do sexo feminino – médica ou enfermeira.
- É importante que os agentes indígenas de saúde tenham capacitação sobre saúde sexual e reprodutiva, a fim de estarem mais habilitados a observar as queixas compatíveis com agravos relacionados ao tema e encaminhar as pessoas para as equipes dos postos de saúde.
- Promover a capacitação dos AIS nos temas DST/Aids, Saúde da Mulher e da criança.
- Capacitar as parteiras indígenas em noções de saúde da mulher.
- Considerar que a saúde sexual e reprodutiva não deve ser pensada apenas para a população feminina. Os homens também têm suas demandas específicas que devem ser objeto de atenção pelos serviços de saúde.
- Os agentes indígenas de saúde podem disponibilizar os insumos de prevenção, tais como preservativos masculinos e femininos entre as famílias que atende.
- Implantar todas as ações preconizadas pelo programa de saúde da mulher, respeitadas as especificidades de cada cultura, com ampliação do acesso ao pré-natal, com a realização dos exames preconizados, devolução dos resultados em tempo hábil e realização dos tratamentos, quando necessário.
- Conhecer os serviços de referência que realizam os tratamentos especializados, para os devidos encaminhamentos, de forma oportuna.
- Garantir o acompanhamento de um interlocutor da comunidade nas consultas realizadas em qualquer serviço de saúde, quando a pessoa que será atendida não dominar a língua portuguesa.
- Conhecer quais são as concepções em torno da placenta, pois há comunidades que têm a sua própria forma de dar destinação para elas, por exemplo, preferem enterrar próximo a suas residências. Essa situação deve ser observada entre as mulheres indígenas que têm parto na rede hospitalar.
- Sensibilizar hospitais e maternidades a respeitarem essas concepções e, quando for o caso, garantir a entrega da placenta para a mãe realizar seu ritual correspondente.
- Conhecer quais são as práticas que as comunidades adotam com relação ao recém-nascido e verificar com os hospitais e maternidades quais são as possibilidades para que essas práticas sejam respeitadas.
- Incentivar o parto domiciliar e a amamentação, exceto nos casos em que a mãe e o recém-nascido requererem cuidados especiais.
- Ao identificar os casos de violência sexual, praticados por não índios ou por pessoas da comunidade, comunicar às lideranças e à Funai, para que as providências sejam adotadas em relação à proteção da vítima.

- Garantir a profilaxia preconizada nos casos de violência sexual, tanto para a gravidez, quanto para doenças sexualmente transmissíveis.
- Realizar a notificação dos casos de violência sexual atendidos.
- No planejamento e na realização das ações, deve-se considerar a importância da participação dos líderes comunitários (pajés, caciques, entre outros), pois eles são referência para a comunidade e podem facilitar o processo, contribuindo na sensibilização e na viabilização das ações.
- Recomenda-se realizar ações educativas e preventivas que trabalhem os temas com linguagem adequada aos diferentes hábitos culturais e com envolvimento dos diferentes atores sociais no processo de organização, definição e realização; a metodologia pode, por exemplo, abranger a comunicação de informações por meio de imagens e símbolos.
- Valorizar o potencial criativo dos jovens, incluindo-os no processo de criação de material educativo, programação de rádio e outras atividades.
- Estabelecer cronograma de atividades que garanta a continuidade das ações implementadas.
- Desmistificar a concepção segundo a qual a doença está fora e não dentro da aldeia, já que ainda existe, nos grupos, a crença de que a doença acontece lá fora, ou na cidade, ou em determinados grupos de risco, e que a aldeia estaria protegida do externo.
- Ao planejar as ações, atentar para a presença de missões religiosas nas áreas indígenas que não concordam com a adoção do preservativo como forma de prevenção.
- As ações devem considerar o consumo abusivo de álcool e outras drogas como um dos principais produtores de vulnerabilidade na população indígena.
- Considerar, no planejamento e implementação das ações, outros fatores que contribuem para a vulnerabilidade dos povos indígenas, como: o acesso aos meios/condições básicas de sobrevivência, a intrusão das terras indígenas e os conflitos fundiários, relações de poder e a construção cultural de gênero.
- Considerar as dificuldades das mulheres para negociar o preservativo.
- O aleitamento cruzado é uma prática muito comum na população indígena; para que essa prática não seja um vetor de transmissão do vírus HIV, a comunidade deve estar adequadamente informada sobre as formas de transmissão, ter acesso ao diagnóstico e receber assistência de qualidade que possa garantir o acompanhamento das gestantes soropositivas durante todo o pré-natal e no momento do parto.
- Em algumas situações, as comunidades indígenas assumem a postura de identificar as pessoas vivendo com HIV/Aids, vendo nesse gesto um mecanismo protetor para o resto do grupo; essa questão deve ser trabalhada com bastante cuidado e sempre reforçando as informações necessárias, pois essa atitude pode deixar as pessoas vivendo com HIV/Aids mais vulneráveis.

8.6 PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

De acordo com a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência¹⁶ (BRASIL, 2007g), pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo, de natureza física, intelectual/cognitiva ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

Uma pessoa pode apresentar deficiência física, auditiva, visual, intelectual ou múltipla. A deficiência pode ser percebida já no nascimento de uma criança ou pode ser adquirida ao longo da vida da pessoa. Pesquisas revelam que muitas dessas ocorrências poderiam ter sido evitadas ou amenizadas por meio de ações de proteção e/ou prevenção.

O Censo Demográfico do IBGE, do ano 2000, identificou 24,5 milhões de pessoas com algum tipo de deficiência (14,5% da população brasileira), desde alguma dificuldade para andar, ouvir e enxergar, até as graves lesões incapacitantes. Foram detectados, no total de 24,5 milhões, 48% de pessoas com deficiência visual, 23% com deficiência motora, 17% com deficiência auditiva, 8% com deficiência mental e 4% com deficiência física. A metodologia adotada incluiu, na contagem, muitos idosos que apresentavam dificuldades para se locomover, ver e/ou ouvir. Ao se considerar apenas as pessoas com limitações mais severas (autopercepção de incapacidade), o percentual encontrado foi de 2,5% do total da população (4,3 milhões de pessoas).

Há de se registrar, nos últimos 20 anos, mudanças significativas quanto à inclusão das pessoas com deficiência nos debates que lhes dizem respeito, o que vem auxiliando a sociedade a enfrentar preconceitos, discriminação e receios. Uma visão assistencialista e paternalista vem dando lugar a outra perspectiva, que coloca mais foco nas mudanças que a própria sociedade precisa promover para incluir, aceitar e participar do desenvolvimento da vida, em todos os sentidos, das pessoas com deficiência.

Essa vida plena inclui a sexualidade com todas as suas nuances e possibilidades. Questões que precisamos aprender a considerar e a respeitar para que possamos, como profissionais da saúde, auxiliar no cuidado às crianças, jovens, adultos e idosos, homens e mulheres com deficiência, e orientar com mais segurança a família, os pais e os professores, importantes atores na vida dessa parcela ainda tão invisível da população brasileira.

¹⁶ Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (ONU/2006) – o objetivo é promover, defender e garantir condições de vida com dignidade e a emancipação das pessoas que têm alguma deficiência. O Brasil assinou-a, bem como o seu protocolo facultativo, comprometendo-se com os direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais dos brasileiros com deficiência. Seu texto foi integrado à Carta Constitucional brasileira, em julho de 2008.

A vivência da sexualidade é um direito próprio da condição humana e deve ser vista sem preconceitos, incluindo a possibilidade das pessoas com deficiência exercerem seu direito a ter uma vida afetiva e sexual ativa, constituindo suas famílias e planejando a vinda de seus filhos. A concepção ampliada de sexualidade, que não se limita ao ato sexual em si, traz à tona a inegável complexidade da afetividade humana, nos processos que envolvem a escolha de parceiros que correspondam às expectativas emocionais e sexuais de cada pessoa.

A sociedade, as famílias e os profissionais de saúde, muitas vezes, mostram-se desinformados sobre esses direitos e processos da afetividade quando envolvem diretamente suas relações, no dia a dia, com as pessoas com deficiência. Há de se reconhecer a persistência da imagem ou do mito sociocultural de que as pessoas com deficiência, crianças, adolescentes e jovens, idosos, homens ou mulheres não exercem sua sexualidade.

E, nesse ponto, a participação da família tem grande peso e papel relevante. As famílias também precisam de orientação, porque, na maioria das vezes, não conseguem admitir que a criança cresceu e tem outras necessidades. A adolescência das pessoas com deficiência deve ser vista com especial cuidado, num esforço para superação de preconceitos e discriminação.

A desinformação de profissionais e familiares deixa as pessoas com deficiência muito negligenciadas nesse aspecto e, o que é mais preocupante, mais vulneráveis e expostas a riscos para a sua saúde, em especial quanto à violência e ao abuso sexual, ao uso abusivo de medicamentos, de álcool e outras drogas.

Nesse ponto, o papel da família em relação ao desenvolvimento das pessoas com deficiência é imprescindível. No entanto, é necessário que os profissionais façam orientações adequadas, oferecendo uma assistência aos pais, dedicando-lhes maior e melhor atenção. Deve-se ter cuidado para que as informações não sejam passadas de maneira a influenciar os membros da família negativamente, sempre levando em consideração o estado emocional da família.

A família bem estruturada emocionalmente sabe lidar com situações diversas e conflitantes, busca a reestruturação e o redimensionamento de funções e papéis.

É preciso ultrapassar as noções de que parece haver somente duas alternativas possíveis: a deficiência acarretaria a impossibilidade do exercício da sexualidade ou a condição da deficiência não implicaria nenhuma alteração na vida sexual. Essas colocações são falsas. A primeira nega a sexualidade e a segunda, a deficiência. Ambas se desvencilham do problema posto pela compreensão da articulação desses dois aspectos, tanto individual quanto socialmente.

Conforme os autores Gil e Meresman (2006): “Sexo é assunto que desperta curiosidade e polêmica. Às vezes proibido, muitas outras escondido, precisa ser revelado. Na teoria e na prática, quanto mais se conhece sobre sexo, melhor.”

Rosana Glat (2004 apud GIL; MERESMAN, 2006), que pesquisou sobre o tema, apresenta alguns pontos importantes e que podem servir para orientar as discussões:

- As pessoas com deficiência não têm nenhuma necessidade especial em relação a sexo que os demais também não apresentem.
- Seu grande problema, na esfera da sexualidade, é a falta de orientação, pois, de modo geral, suas famílias, escolas, ou instituições não assumem essa responsabilidade.
- Como todas as pessoas, elas necessitam de orientação e informação sobre a sua sexualidade, porém, ao contrário dos ditos "normais", terão mais dificuldade em obtê-las com seus colegas ou absorvê-las pela mídia. Logo, maior é a importância dessa temática nos programas preventivos destinados a elas.
- O desenvolvimento da sexualidade ocorre especialmente na adolescência (potencializado por mudanças hormonais, mentais, emocionais e sociais), independentemente do grau e tipo de deficiência. No entanto, as manifestações ou comportamentos sexuais podem tomar características distintas.
- Jovens com transtornos de comportamento e/ou deficiência mental, por exemplo, frequentemente exibem comportamentos inapropriados, por falta de aprendizagem social.
- O mesmo se observa, às vezes, com jovens cegos, por não terem interiorizado de que forma o seu comportamento é visível a quem estiver por perto.
- Sabe-se que os adolescentes, em geral, têm muito pouca informação sobre o desenvolvimento do seu corpo e da sexualidade.
- A sociedade, incluindo as próprias famílias das pessoas com deficiência e muitos profissionais da área, tem uma visão estereotipada e preconceituosa da sexualidade de pessoas com deficiência.
- Essa concepção é passada para eles, que aprendem desde cedo a negar ou não reconhecer o desenvolvimento de sua sexualidade. Esse fato, aliado à autoimagem, denegrida devido ao estigma da deficiência, acarreta problemas emocionais e psicológicos para esses jovens, geralmente não reconhecidos por aqueles que estão próximos.
- Devido a suas carências afetivas, eles são ainda mais expostos às situações de vulnerabilidade e exploração sexual.

Toda pessoa com deficiência deve ser acolhida e receber respostas às suas necessidades em saúde quando recorre aos serviços de saúde do SUS, desde as unidades básicas de saúde, até os serviços de reabilitação e os hospitais. Como qualquer outro usuário/cidadão, ela pode precisar de uma consulta médica, assistência em planejamento reprodutivo, tratamento odontológico ou procedimentos de enfermagem. Deve receber visitas dos agentes comunitários de saúde ou pode também precisar de exames básicos e dos medicamentos que sejam distribuídos pelo SUS.

São consideradas parte da atenção integral à saúde das pessoas com deficiência as ações voltadas para sua saúde sexual e reprodutiva, incluindo medicamentos, recursos tecnológicos e intervenções especializadas.

Com urgência, é preciso que os profissionais de saúde sejam capacitados para a abordagem, com naturalidade e conhecimento, dos vários aspectos que podem envolver as questões do afeto, da sexualidade, da saúde sexual e do exercício da maternidade e da paternidade das pessoas com deficiência. O desempenho de papéis sexuais, a gravidez e o planejamento reprodutivo são temas fundamentais e inadiáveis.

Uma forte barreira a ser superada é a falta de informações, a eles direcionadas, sobre seus direitos sexuais e direitos reprodutivos, sobre as possibilidades de serem vítimas de violência doméstica e psicológica e de abuso sexual, sobre sua maior vulnerabilidade para o uso de medicamentos, álcool e outras drogas, para as doenças sexualmente transmissíveis e infecção pelo vírus HIV e para a gravidez não planejada.

Para superar essa barreira, é necessário garantir acessibilidade à informação e à educação em sexualidade para crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos com deficiência, considerando a especificidade de cada fase do ciclo de vida e cada deficiência. Há de se garantir também o atendimento adequado às pessoas com deficiência que vivenciam diferentes formas de expressão e exercício da sexualidade, como também as questões relativas à raça/etnia.

Citando novamente Rosana Glat (2004, apud GIL; MERESMAN, 2006), a seguir algumas ações em educação e saúde a serem consideradas no planejamento local são descritas:

- O conteúdo dos programas de educação sexual nas escolas deve ser semelhante ao de programas para qualquer jovem, abrangendo aspectos informativos e a discussão de atitudes, valores e sentimentos. A sexualidade deve ser vista como comportamento social e expressão da afetividade.
- Esses programas precisam dar conta das necessidades e características de cada jovem, já que a vulnerabilidade a situações de risco tem relação direta com sua deficiência específica.
- Para adolescentes surdos, é prioritário o desenvolvimento de programas de educação e saúde que facilitem o acesso às informações e que privilegiem o sentido da visão, como a criação de vídeos com legendas.
- Também é necessária a presença de intérpretes de língua de sinais, para garantia da aquisição de informação e para os surdos não letrados.
- Para jovens que tenham déficits cognitivos, sobretudo severos, a orientação terá que ser feita com linguagem apropriada ao seu nível de compreensão, acrescida de imagens e figuras.

- Para pessoas com deficiência visual, é fundamental o acesso à informação no sistema Braille e materiais gravados ou digitalizados.
- Serviços de orientação e apoio psicológico são fundamentais para que esses jovens possam exercer seu direito ao prazer, inclusive com parceiros, na medida de suas possibilidades, tornando sua vida mais rica em relacionamentos e experiências, mas, ao mesmo tempo, aprendendo a se proteger das situações de vulnerabilidade.

Finalmente, a seguir são apresentados alguns questionamentos que podem suscitar reflexões e orientações aos gestores e profissionais da Atenção Básica quanto à acessibilidade e acolhimento das pessoas com deficiência nos serviços.

1. Se você está planejando melhorar a qualidade dos serviços de saúde, na área de abrangência sob sua responsabilidade ou no seu município, a pessoa com deficiência está incluída? Caso sua resposta seja não, por quê?
2. Se você está programando adaptações em ambientes físicos, está considerando o Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde? ¹⁷
3. Você tem considerado adequações que permitam acessibilidade das pessoas com deficiência e com limitações? Por exemplo, rampas de acesso, portas com dimensões ampliadas, maçanetas em alavanca, barras de apoio etc.?
4. Você tem considerado a necessidade de mobiliários, equipamentos e instrumentais adaptados para realizar atendimento clínico às pessoas com deficiência?
5. Você tem considerado a necessidade de material específico para educação em saúde, para pessoas com deficiência visual e auditiva?
6. Existe algum profissional que compreenda e utilize linguagem de sinais (libras), por exemplo?
7. Ao atualizar políticas, normas e procedimentos, você tem incluído conteúdos referentes às pessoas com deficiência?
8. Você tem incluído discussões relacionadas às pessoas com deficiência nas capacitações das equipes e nas discussões com a comunidade?

8.7 PROSTITUTAS E OUTRAS PESSOAS QUE EXERCEM A PROSTITUIÇÃO

Ao se abordar o tema saúde sexual e saúde reprodutiva, é imprescindível contemplar a discussão sobre aspectos específicos relacionados a grupos populacionais como as prostitutas ou outras pessoas que exercem a prostituição, para quem as atividades sexuais, além de realizadas no contexto da vida pessoal, são também uma profissão.

¹⁷ Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde, 2ª edição publicada pelo Ministério da Saúde em 2008. Disponível em: www.saude.gov.br/dab.

A prostituição é uma prática antiga exercida de forma predominante por mulheres, embora transexuais, travestis e homens também a exerçam.

Pode ser conceituada como a troca consciente de relações sexuais por dinheiro ou por outros interesses não sentimentais, afetivos ou relacionados ao prazer. Embora o mais comum seja a prostituição ocorrer como uma relação de troca entre sexo e dinheiro, esta não é uma regra. Pode ocorrer a troca de relações sexuais por outros interesses ou bens materiais (WIKIPÉDIA, 2008).

As discussões sobre o tema apontam para a importância de se distinguir a prostituição da exploração sexual, a partir do entendimento da prostituição como uma profissão exercida por escolha adulta consciente e independente, livre de exploração, coerção ou outros tipos de violência.

De acordo com essa concepção, as situações que envolvem crianças ou adolescentes com menos de 18 anos, comumente denominadas de “prostituição infantil” ou “prostituição infantojuvenil”, seriam mais bem definidas como exploração sexual de menores.

Sociedades atuais diversas reprovam a prostituição, a partir dos valores morais dominantes.

Na perspectiva dos direitos humanos e, conseqüentemente, da oferta de atenção à saúde igualitária e integral, conforme assegura a Constituição Federal Brasileira, a atuação profissional ética e a oferta de atenção à saúde adequada e de qualidade a todos os cidadãos devem prevalecer sobre qualquer opinião ou juízo de ordem moral.

As pessoas que exercem a prostituição têm, ao longo dos anos, sofrido forte discriminação e violência de diferentes tipos, incluindo a institucional, em virtude de sua profissão. O estigma e o preconceito ferem direitos humanos e contribuem para maior vulnerabilidade desse grupo a doenças e agravos à saúde de um modo geral. A sociedade e as diversas instituições, especialmente as do setor saúde, precisam romper essas barreiras para a promoção do respeito e do acesso a ações e serviços dignos a essas pessoas.

Conforme estabelece a Lei nº 8.080/90, art. 7º, IV, as ações e serviços do Sistema Único de Saúde devem se desenvolver tendo como um dos princípios “a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie” (BRASIL, 1990b).

Constituindo-se a Atenção Básica porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde, há de se perceber e ressaltar o importante papel das equipes de Atenção Básica no acolhimento e na atenção integral e de qualidade às pessoas que exercem a prostituição.

8.7.1 PROSTITUIÇÃO NA SOCIEDADE

Mesmo com as grandes mudanças que se observa nos valores e na conformação das famílias na sociedade atual, a moral vigente possui reflexos do padrão de comportamento da mulher que foi valorizado durante muito tempo, segundo o qual a mulher era vista como “dessexualizada” ou então como depravada.

Nessa concepção, a mulher deveria ser a “rainha do lar”, onde o prazer passaria a ser direcionado para o cuidado e a reprodução da família e a sua sexualidade ficaria sob controle de questões morais de poder (GAVRANIC, [200-]).

Assim, o corpo das mulheres foi objeto de intervenções e práticas que assegurassem o seu “bom comportamento”. Por exemplo, no final do século XIX, o discurso médico começa a enfatizar a periculosidade típica das mulheres e a “transformar em anomalias as ‘peculiaridades’ típicas desse sexo” (ROHDEN, 2001, p. 70). Popularmente, a mulher passa a ter algumas figuras com que se identificar: a santa ou a pecadora, a virgem ou a prostituta, a moderada ou a louca.

Nesse momento as ovariectomias surgem como a grande possibilidade de “curar” os problemas do comportamento feminino, tais como a tendência à excessiva lascívia sexual, masturbação, desejo sexual incontrolável, histeria etc.

Ainda hoje existem relacionamentos marcados pelo machismo, em que o prazer ou o desprazer da mulher não é considerado.

Por outro lado, a prostituição e a prostituta representam o oposto ao lar e à “rainha do lar”. Nesse universo, a sexualidade insubmissa pode acontecer, associada às representações do impuro. E os desejos proibidos no território do lar, as fantasias irrealizáveis, podem ser vividos em locais com caráter lúdico e público – boates, bordéis, “zonas” e ruas (GAVRANIC, [200-]).

Muitos homens procuram nas prostitutas a oportunidade de extravasar o desejo, de viver fantasias ou fetiches sexuais de uma forma imediata, principalmente, quando não tem alguém para fazer sexo ou quando, devido a uma educação repressora, esse homem tem um modelo de relacionamento com sua parceira onde não cabe o compartilhar de fantasias sexuais, a possibilidade de ousar. O sexo pago pode também ter como significado a realização de poder (GAVRANIC, [200-]).

A prostituição é, assim, um campo de liberação de desejos e fantasias. Esse cenário inclui como profissionais mulheres, homens, travestis e transexuais, e como clientes homens e mulheres hetero ou homossexuais.

Guimarães e Merchán-Hamann (2005) destacam, em um artigo sobre a percepção das mulheres que exercem a prostituição sobre sua atividade profissional, que a concepção da mulher que vende o corpo vem sendo resignificada, dando lugar a uma nova concepção, a partir da qual a mulher prostituta é uma profissional que realiza fantasias eróticas, o comércio de fantasias.

8.7.2 UM POUCO DE HISTÓRIA

Há registros de que a prostituição existe em várias civilizações desde a antiguidade. A depender do contexto cultural e da época, a visão das sociedades sobre a prostituição apresentou-se diversa, variando entre contextos nos quais as prostitutas eram consideradas sagradas, recebendo honras semelhantes às ofertadas às divindades, e aqueles onde a prostituição era reprimida de forma severa até com a morte. A moral cristã e a ocorrência de epidemias de doenças sexualmente transmissíveis foram fatores importantes que motivaram as tentativas de eliminação da prostituição na Idade Média, colocando-a em posição de clandestinidade desde então (WIKIPÉDIA, 2008).

No Brasil, apesar do contexto de discriminação em relação à prostituição, muitas conquistas podem ser contabilizadas por esse grupo, embora ainda haja muitos desafios a enfrentar.

A organização da categoria com vistas à mobilização social teve papel fundamental para o alcance de avanços nesse sentido. O início de tal organização deu-se em 1979, com a realização de uma passeata e uma assembleia de prostitutas em protesto à violência policial cometida por um delegado que prendeu e torturou prostitutas e travestis em São Paulo, resultando na morte de uma mulher grávida e duas travestis (CONSULTA NACIONAL..., 2008a).

As principais bandeiras de luta desse movimento giram em torno do reconhecimento dos Direitos Humanos e Trabalhistas, visando à promoção de mudanças no cenário de estigma e discriminação e ao efetivo exercício da cidadania, sem exclusão social.

Em 2002, o Ministério do Trabalho e Emprego incluiu a ocupação profissional do sexo na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), que se trata de um documento oficial que reconhece, nomeia, codifica e descreve as características das ocupações do mercado de trabalho brasileiro. O reconhecimento de uma ocupação na CBO não tem função de regulamentação profissional, serve apenas para fins classificatórios dos tipos de ocupação (BRASIL, 2002d).

O Brasil vem se destacando por sua atuação política e técnica no cenário nacional e internacional de discussões sobre a promoção dos direitos humanos para as pessoas que exercem a prostituição, notadamente no que diz respeito à promoção do acesso aos serviços de saúde e à implementação de ações preventivas de DST/HIV/Aids. Esse protagonismo vem sendo marcado pela parceria entre o Programa Nacional de DST/Aids e as organizações da sociedade civil no campo da prostituição.

No Brasil, a I Consulta Nacional sobre DST/Aids, Direitos Humanos e Prostituição realizou-se no período de 26 a 28 de fevereiro de 2008, em Brasília, da qual resultaram recomendações para o desenvolvimento de ações de abrangência nacional.

8.7.3 PROSTITUIÇÃO DO PONTO DE VISTA JURÍDICO

A prostituição no Brasil não é crime. O Código Penal Brasileiro, instituído pelo Decreto nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940, não criminaliza a prostituição em si, mas sim o lenocínio, que consiste na indução, facilitação ou atração de alguém à prostituição ou impedimento para que a abandone (BRASIL, 1940 apud RODRIGUES, 2004).

Conforme o art. 229, do referido código, é crime a manutenção de casa de prostituição, em que pessoas exercem a prostituição sob a administração ou exploração de terceiros, independentemente da existência ou não de finalidade de lucro ou da mediação direta do proprietário ou do gerente. Ressalta-se que os casos em que a prostituta mantém um local para explorar o seu próprio comércio sexual não se enquadram nesse crime (BRASIL, 1940 apud RODRIGUES, 2004).

8.7.4 ALGUMAS ESPECIFICIDADES DA PROSTITUIÇÃO IDENTIFICADAS EM UM ESTUDO BRASILEIRO

Estudo avaliativo sobre a efetividade das ações de prevenção das DST/Aids, dirigidas a mulheres profissionais do sexo, de três regiões brasileiras (Nordeste, Sudeste e Sul), foi realizado entre outubro de 2000 e março de 2001, pelo Núcleo de Estudos em Saúde Pública, da Universidade de Brasília (Nesp/UnB), a partir de uma demanda do Programa Nacional de DST/Aids, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003).

Participaram 2.712 mulheres, divididas em dois grupos de comparação: um grupo era o de mulheres que participavam de algum dos projetos de intervenção educativa em avaliação (Grupo Intervenção) e o outro de mulheres que não recebiam nenhum tipo de intervenção educativa, seja dos projetos selecionados para avaliação, seja de qualquer outro (Grupo Controle).

Conforme os resultados obtidos, pouco mais de 70% das profissionais do sexo estavam na faixa etária entre 20 e 39 anos, nas três regiões pesquisadas, independentemente do grupo de comparação.

O local de trabalho para a maioria das mulheres pesquisadas é a rua (mais de 40%), bares ou boates (nesse caso, o percentual para os Grupos Intervenção e Controle foi de 39 e 45%, respectivamente). Os motivos para a atividade na rua parecem ter relação com a maior liberdade de horários e possibilidade de ficar com todo o dinheiro do programa, contudo há maior exposição à violência e a hostilidades.

Quanto à renda mensal, houve diferenças expressivas entre as regiões. Na Região Nordeste, 74,4% das prostitutas recebiam até dois salários mínimos, enquanto nas Regiões Sudeste e Sul os percentuais de mulheres que recebiam esse valor foram de 34,2% e 21,8%, respectivamente. No Sul e no Sudeste, o percentual que recebia acima de oito salários mínimos foi de 23,9% e 19,1%, respectivamente, enquanto no Nordeste apenas 1,7% conseguia ter renda nesse patamar.

O estudo mostrou ainda que, de forma semelhante à situação de renda, a escolaridade na Região Nordeste apresentou panorama mais desfavorável – 13,8% das mulheres prostitutas nunca estudaram. Na Região Sul, o percentual de mulheres que nunca estudou foi de 4,3% e no Sudeste, 5,3%.

Conforme os relatos nos grupos focais, o tipo de cliente mais comum é aquele que não cria problemas – faz o programa conforme a negociação e paga o combinado. Mas também há maus clientes, que ofendem, ameaçam ou agredem, tentam descumprir ou burlar o que foi combinado em relação ao programa ou ao preço.

A satisfação com a profissão foi relacionada com a possibilidade de liberdade, autonomia, maiores ganhos financeiros e o fato de conhecer pessoas interessantes. Em geral, os relatos são de que a renda obtida na profissão é sempre muito superior à que poderiam conseguir com outras atividades no mercado formal ou informal de trabalho, mesmo no caso daquelas com capacitação para acessar empregos melhor remunerados.

As dificuldades ou pontos negativos da profissão foram relacionados à discriminação, a ter que lidar com clientes desagradáveis, à necessidade, dependendo do caso, de encobrir a profissão, à profissão ser considerada humilhante e aos riscos que envolvem a atividade.

Quanto ao número de programas realizados por semana, a maior parte das mulheres, mais de 60%, realiza até dez programas por semana. Numa faixa aproximada entre 16 e 20% realizam entre 11 e 20 programas por semana e o restante das mulheres pesquisadas realiza mais que isso.

Quanto ao uso do preservativo de forma consistente com os clientes, 73,8% das mulheres do Grupo de Intervenção e 60,3% das mulheres do Grupo Controle ou sem intervenção referiram usar. No entanto, o uso do preservativo com o companheiro ou namorado foi bem menor: menos de um terço das mulheres do Grupo Intervenção e menos de 20% das mulheres do Grupo Controle referiram usá-lo nas relações sexuais com o namorado, marido ou companheiro. O maior percentual de mulheres que referiram fazer esse uso foi o da Região Nordeste (30,2%), seguida da Região Sul (21,3%) e Sudeste (19,4%).

A prevalência de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e HIV foram as seguintes: 6,1% para HIV, 3,8% para a sífilis, 31,9% para a hepatite B e 4,5% para a hepatite C.

O uso de drogas injetáveis, conforme os resultados do estudo, não se apresentou alto, com prevalências entre 0,5 e 3,7%. O consumo de álcool foi referido por 65% das mulheres; 16% referiram usar maconha e 11% referiram usar cocaína; 7% das mulheres disseram consumir tranquilizantes na busca de efeito antiestresse.

8.7.5 RECOMENDAÇÕES PARA A ATENÇÃO EM SAÚDE SEXUAL E EM SAÚDE REPRODUTIVA DAS PESSOAS QUE EXERCEM A PROSTITUIÇÃO

Uma primeira recomendação muito importante quanto à atenção integral à saúde das pessoas que exercem a prostituição é que gestores e profissionais de saúde contribuam para a superação do estigma e da discriminação que existe na sociedade e nas instituições em geral, com relação às pessoas que exercem a prostituição. Esse é um passo fundamental para a promoção do acesso universal ao sistema de saúde.

Orienta-se aos profissionais de saúde da Atenção Básica:

1. Ter postura ética, acolhedora e respeitosa, assegurando o sigilo e a confidencialidade das informações sobre a intimidade, estado de saúde, atividade profissional, entre outras.
2. Que a atenção em saúde para qualquer pessoa, incluindo as que exercem a prostituição, seja ofertada sob o ponto de vista de uma abordagem integral, em que se deve considerar o contexto de vida da pessoa e as implicações de agravos ou condições socioeconômicas e ambientais sobre a saúde sexual e a saúde reprodutiva.
3. Na abordagem sobre a saúde sexual, considerá-la tanto na dimensão da vida privada como na do exercício profissional.
4. Promover o respeito à orientação sexual e aos diferentes estilos de vida, na unidade de saúde e junto às famílias e à comunidade.
5. Abordar o tema da violência às pessoas que exercem a prostituição, na unidade de saúde e junto às famílias, instituições e à comunidade em geral, com o objetivo de preveni-la.
6. Promover o diálogo objetivo sobre sexualidade e uso de drogas.
7. Nos casos de consumo de álcool e outras drogas, é necessário trabalhar com as estratégias de redução de danos¹⁸, inclusive com a integração de redutores de danos¹⁹, onde for possível.
8. Desenvolver ações de promoção à saúde das pessoas que exercem a prostituição, buscando, sempre que possível, a articulação com outros setores.
9. Buscar articulação e realizar ações de forma integrada com a sociedade civil organizada, organizações não governamentais e outras instituições que realizem trabalhos direcionados às pessoas que exercem a prostituição.

¹⁸ Redução de danos é o conjunto de ações que visam a diminuir os prejuízos biológicos, econômicos e sociais trazidos pelo uso e abuso de drogas, sem necessariamente implicar no abandono do consumo, considerando que, naquele momento, algumas pessoas não querem ou não conseguem parar de usar drogas.

¹⁹ Redutores são pessoas capacitadas em práticas de redução de danos que atuam diretamente com os usuários de álcool e outras drogas.

10. Realizar ações educativas, preventivas e assistenciais em saúde sexual e saúde reprodutiva, adequadas à realidade e especificidades desse grupo.
11. Adequar, na medida do possível, horários de atendimento e a quantidade de insumos (preservativos, lubrificantes e outros) disponibilizados, considerando as necessidades das pessoas que exercem a prostituição.
12. Quando for necessário e indicado, realizar encaminhamentos a unidades de atenção especializada e manter acompanhamento sobre a situação de saúde da pessoa.
13. Contribuir com a inserção social das pessoas que exercem a prostituição.
14. Ofertar a realização do exame preventivo do câncer de colo de útero, exame das mamas e os testes sorológicos para sífilis, hepatite B e HIV.
15. Realizar acompanhamento pré-natal e puerperal.

8.8 PESSOAS EM SITUAÇÃO DE PRISÃO

Embora sejam muitos os estigmas e os preconceitos que recaem sobre as pessoas em situação de prisão, com exceção da liberdade e do direito ao voto para os já sentenciados, essas pessoas fazem jus aos mesmos direitos e garantias fundamentais das pessoas em geral, inclusive aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos, que são, reconhecidamente, direitos humanos.

Contudo, o descaso das autoridades públicas e da sociedade como um todo acompanhado, comumente, por questões de fundo moral faz com que situações de violações de direitos dos presos sejam regra, não exceção. No tocante ao número de pessoas presas no País, por exemplo, quase metade permanece sem julgamento, em clara afronta à legislação. Assim, não é de se estranhar que haja muitos entraves ao acesso de pessoas privadas de liberdade não somente no que tange à assistência jurídica, mas também à educação, trabalho e saúde, assim como à garantia a direitos sexuais e a direitos reprodutivos.

Além disso, não há consenso em relação a algumas situações que acontecem nas unidades prisionais, como a visita íntima e a presença de bebês nascidos dentro do cárcere, sendo que o modo pelo qual se permite ou não o acesso de parceiros nos presídios e aloca-se ou não crianças e mães em espaços adequados ao puerpério é bastante heterogêneo. Existem iniciativas de alguns estados da federação no sentido de garantir direitos sexuais e reprodutivos, como as atividades de educação em saúde em meio às situações de visita íntima, assim como a reserva de locais contíguos às penitenciárias para o acolhimento da mãe e do bebê após o parto.

O debate acerca dos direitos sexuais e direitos reprodutivos das pessoas privadas de liberdade, dessa maneira, em muito pode colaborar para a criação de normatizações federais a esse respeito.

São diversos os fatores que atravessam a dinâmica prisional e dificultam o acesso de pessoas privadas de liberdade aos direitos mais fundamentais. O próprio âmbito de “instituição total” – conceito cunhado pelo sociólogo canadense Erving Goffman para traduzir o controle e a normatização da vida em espaços isolados como as prisões, os hospitais psiquiátricos, entre outros – é, sozinho, um intrincado empecilho. Outros entraves e peculiaridades conexos são: a superlotação, a política repressiva contra drogas, a pressão social pelo endurecimento das penas e a insalubridade, que não podem ser compreendidas de forma dissociada da questão da saúde. Aparte tais barreiras, há desafios associados, como o de assentar a intersectorialidade de lógicas distintas como a da saúde e a da segurança em âmbito prisional, o de migrar de uma dinâmica essencialmente curativa para uma dinâmica mais ampla que inclua a promoção da saúde e a prevenção de agravos, o de contratar e capacitar recursos humanos, entre outros.

A **superlotação** é fator de vulnerabilidade que deve ser enfatizado. Entre 1992 e 2007 é possível observar crescimento de 370% entre a população em privação de liberdade no mundo. A taxa de ocupação era de 146,8% em 2007²⁰. No Brasil, os altos índices de encarceramento (220 por 100.000 habitantes), assim como a morosidade do sistema de justiça criminal e a situação precária do sistema penitenciário, em muito contribuem para a violação dos direitos humanos entre a população privada de liberdade.

Mesmo com infraestrutura adequada (o que é raro), a entrada progressiva de novos presos e presas, associada à insalubridade dela decorrente, é não somente uma das maiores barreiras da atuação da saúde no sistema penitenciário, mas também uma das razões pelas quais a dinâmica permanece curativa.

Dados recentes do Departamento Penitenciário Nacional (Depen), órgão do Ministério da Justiça responsável pela administração prisional em âmbito federal, apontam que, se apenas o estado de São Paulo quisesse acompanhar a demanda prisional, uma penitenciária com 500 vagas teria de ser criada a cada 30 dias.

Outros obstáculos comumente encontrados são a resistência por parte dos profissionais de saúde, gestores e sociedade ao reconhecimento dos direitos humanos das pessoas em situação de prisão e a pressão social pelo endurecimento da legislação, dentro de um paradigma primordialmente repressivo.

Assim, conscientizar gestores e profissionais que atuam no sistema prisional acerca da saúde como direito do cidadão e dever do Estado – no sentido de sublinhar o fato de não ser um favor, mas a efetivação de um ordenamento jurídico pactuado socialmente – é um desafio. Isso exige constante incentivo à reflexão, por meio de formação e educação permanente.

Buscar formar multiplicadores entre os detentos, em unidade prisionais, com a metodologia dos agentes comunitários de saúde, é uma proposta interessante, pois, além do impacto local, abre perspectiva profissional para o detento ao término da pena.

²⁰ World prison brief King's College London 2008.

8.8.1 O DESAFIO DA ATENÇÃO AOS DIREITOS SEXUAIS E AOS DIREITOS REPRODUTIVOS EM ÂMBITO PRISIONAL

Em face dos tratados internacionais que versam sobre o tema – notadamente os resultantes das conferências de Cairo e Beijing, e da própria Constituição Federal de 1988 – marco político da ampliação da cidadania, o Estado depara-se com o desafio de implementar efetivamente tais direitos e garantias. Para tanto, em 2003, foi criado o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), por meio da Portaria Interministerial nº 1.777/03, com vistas a levar aos cárceres, de forma concreta, o que apenas formalmente previa-se em lei: as ações e serviços de saúde.

Ainda que antes houvesse ações de saúde nos estabelecimentos penais, intentou-se com o PNSSP facilitar o acesso efetivo, por meio de incentivo financeiro para custeio e kit de medicamentos e insumos de Atenção Básica, com recursos do Ministério da Saúde e do Ministério da Justiça, que arca também com a reforma e adequação dos espaços físicos de estabelecimentos penais e equipamentos.

Contudo, a dinâmica da atenção à saúde nas unidades prisionais tem sido essencialmente curativa e pontualmente preventiva. Ainda há muito investimento a ser feito no sentido da consolidação de uma lógica de Atenção Básica, no sentido de promoção e da preservação da saúde, enfatizando-se a importância da educação em saúde.

As doenças infectocontagiosas mais frequentes são as DST/HIV/Aids, tuberculose, infecções do trato urinário, entre outras.

Quanto à saúde das mulheres em situação de prisão, são frequentes também vulvovaginites e câncer de colo de útero e de mama.

No mundo todo, observa-se que a prevalência de HIV entre pessoas privadas de liberdade é mais alta que entre a população em geral. Nos países onde a maior frequência de transmissão é por via sexual, o índice de HIV em prisões chega a ser duas vezes maior que na população em liberdade. Já nos países em que o uso de drogas injetável é o meio mais frequente de infecção por HIV, a prevalência de HIV em prisões chega a ser até 20 vezes maior que na população em liberdade. Em prisões, fatores adicionais de risco para a transmissão do HIV podem incluir: o compartilhamento de material usado em tatuagens, piercings e lâminas de barbear, além da esterilização inadequada ou reutilização de instrumentos médicos ou odontológicos.

De acordo com recente boletim do Unids sobre a situação do HIV na América Latina, os índices de HIV em prisões no Brasil são elevados. Em uma prisão masculina estudada em São Paulo, quase 6% da população tinha HIV. Entre as mulheres de outro centro penitenciário da capital paulista, o índice era de 14%. Segundo o estudo, o nível de conhecimento sobre HIV é alto entre a população prisional, mas o acesso a ações de prevenção e assistência dentro das prisões continua inadequado.

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário estabelece diretrizes relacionadas à prevenção, diagnóstico e tratamento das DST/HIV/Aids, com ênfase na qualificação dos serviços prestados à população penitenciária.

Situações de superpopulação, violência, iluminação e ventilação naturais insuficientes, falta de proteção contra condições climáticas extremas são comuns em unidades prisionais em todo o mundo. Quando essas condições se associam a inadequações nos meios de higiene pessoal e de nutrição, à falta de acesso à água potável e a serviços de saúde deficientes, cresce a vulnerabilidade da população privada de liberdade aos diversos agravos à saúde.

Ao fomentar a implantação de equipes multidisciplinares de Atenção Básica no sistema penitenciário, o PNSSP tem estimulado que as ações e serviços de saúde no sistema prisional venham a se desenvolver sob perspectiva de atenção integral, com a oferta de ações e serviços de promoção e recuperação da saúde, bem como de prevenção de agravos.

CAPÍTULO 9

PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA

O enfoque educativo é um dos elementos fundamentais na qualidade da atenção prestada em saúde sexual e saúde reprodutiva. Educar é um processo de construção permanente.

Segundo o educador Paulo Freire (1996), ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção. Para o educador:

[...] embora diferentes entre si, quem forma se forma e reforma ao formar e quem é formado forma-se e forma ao ser formado. É nesse sentido que ensinar não é transferir conhecimentos, conteúdos, nem formar é ação pela qual o sujeito dá forma, estilo ou alma a um corpo indeciso e acomodado. (FREIRE, 1996, p. 23)

A partir dessa concepção, recomenda-se que as práticas educativas façam uso de metodologia participativa, com abordagem pedagógica centrada no sujeito. Para se obter bom resultado, no que se refere à saúde sexual e à saúde reprodutiva, é importante considerar o conhecimento e experiência dos participantes, permitindo a troca de ideias sobre sexualidade, reprodução, relacionamento humano e sobre os fatores socioeconômicos e culturais que influenciam nessas questões. Essa metodologia estimula a pessoa a construir um processo decisório autônomo e centrado em seus interesses.

As ações educativas, preferencialmente realizadas em grupo, devem ser sempre reforçadas pela ação educativa individual. Sugere-se que sejam formados grupos específicos para adultos e adolescentes, com no máximo 20 pessoas por grupo. É recomendável que os grupos de adolescentes sejam formados de acordo com as seguintes faixas etárias: de 10 a 14 anos e 15 a 19 anos.

No grupo, as pessoas têm a oportunidade de redimensionar suas dificuldades ao compartilhar dúvidas, sentimentos, conhecimentos etc. A dinâmica grupal contribui para o indivíduo perceber sua própria demanda, reconhecer o que sabe e sente, estimulando sua participação ativa nos atendimentos individuais subsequentes.

Existem diferentes metodologias de trabalho de grupo. Cada serviço deve utilizar a que melhor se adapte às suas disponibilidades de pessoal, de tempo e de espaço, bem como às características e necessidades do grupo em questão. A linguagem utilizada pelo profissional de saúde deve ser sempre acessível, simples e clara.

As ações educativas devem estimular as mulheres e os homens, adultos e adolescentes ao conhecimento e ao cuidado de si mesmos, fortalecendo a autoestima e a autonomia, contribuindo para o pleno exercício dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos.

Para que esses valores e conceitos sejam incorporados, é fundamental que os profissionais aprendam a acolher o discurso do outro, interagindo sem expressar juízo de valor – escuta ativa – e a reconhecer a subjetividade – que deve ser entendida como um conjunto de características pessoais, emocionais e culturais que permitem a identidade própria e fazem do indivíduo sujeito de suas ações.

O tema sexualidade está presente no cotidiano de todas as pessoas. Tão importante quanto polêmica, a abordagem da educação sexual é de suma importância para a qualidade e efetividade da atenção em saúde sexual e saúde reprodutiva. Devido à sua importância, deve, além de contar com ações específicas, transversalizar as ações da equipe de saúde, na escuta aos usuários do serviço.

Abordar a temática saúde sexual e saúde reprodutiva sob enfoque educativo significa ofertar oportunidades aos usuários de falarem sobre o que pensam do amor, do preconceito, da amizade, da família, da cidadania, do namoro, do “ficar”, da virgindade, das doenças sexualmente transmissíveis, da raiva, da violência, das drogas, do sexo, da fome, da desigualdade, da arte, do medo, da gravidez desejada ou indesejada etc. Por tudo isso, abordagens coletivas, ou melhor, conversas coletivas sobre esse assunto tornam-se fundamentais.

Nesse sentido, o primeiro passo para provocar o debate com o usuário é entender que todos estão fortemente afetados por esse assunto e que não é possível implementar diálogo pedagógico efetivo a partir de propostas que se baseiem unicamente em estratégias pedagógicas tradicionais, tais como “palestras sobre métodos de planejamento familiar”, planejadas pelos trabalhadores do serviço, onde o usuário é obrigado a participar para ter acesso ao método de planejamento familiar.

As estratégias educativas devem ser implementadas a partir da problematização das realidades dos usuários, o que significa refletir sobre as situações, questionando os fatos, fenômenos e ideias, para compreender os processos e construir propostas e soluções no coletivo. E nesse processo de problematização deve-se buscar envolver todos, ou seja, tanto os usuários quanto os trabalhadores do serviço de saúde.

É necessário que se considere que cada pessoa envolvida no processo educativo tem determinado conceito de saúde, visão de mundo, de corpo, de sexualidade, orientação sexual etc. Além disso, também carrega diversos conhecimentos sobre sua saúde, autocuidado, doenças e como evitar ou tratá-las. E cada um desses conceitos e conhecimentos deve ser considerado no processo educativo, pois o reconhecimento e o acolhimento, por parte do grupo, de todos esses conceitos prévios são determinantes na construção da possibilidade de um diálogo educativo, produtor de novos conhecimentos e novas práticas.

A aprendizagem, para ser significativa, deve estar diretamente ligada à experiência afetiva do sujeito. O processo educativo e o ato de aprender são prazerosos e mobili-

zadores na medida em que se relacionam com a vida do sujeito e lhe permitem ampliar a compreensão sobre a sua vida, isto é, mostram-se com potência para qualificar o seu cotidiano, possibilitando a solução de problemas ou dificuldades.

As práticas educativas tradicionais, tais como as “palestras”, não se mostram efetivas por não levarem em conta as concepções prévias e situações de vida dos sujeitos envolvidos.

A aprendizagem significativa acontece quando aprender uma novidade faz sentido para nós. Geralmente isso ocorre quando a novidade responde a uma pergunta nossa e/ou quando o conhecimento novo é construído a partir de um diálogo com o que já sabíamos antes. Isso é bem diferente da aprendizagem mecânica, na qual retemos conteúdos. Na aprendizagem significativa, acumulamos e renovamos experiências.

As atividades educativas podem e devem ser desenvolvidas nos serviços de saúde e nos diversos espaços sociais existentes na comunidade. Deve-se promover a participação dos homens – adolescentes, adultos ou idosos – para promover cultura de responsabilidade compartilhada, não sobrecarregando as mulheres.

O profissional deve sempre pautar suas ações em princípios éticos, como o respeito à autonomia das pessoas, a privacidade, a confidencialidade e o sigilo na abordagem da sexualidade e saúde reprodutiva.

Entre as habilidades que o profissional de saúde deve buscar desenvolver estão:

- Respeito e empatia pelos usuários.
- Boa capacidade de comunicação.
- Utilizar linguagem acessível, simples e clara.
- Ser gentil, favorecendo o vínculo e uma relação de confiança.
- Acolher o saber e o sentir das(os) usuárias(os).
- Tolerância aos princípios e às distintas crenças e valores que não sejam os seus próprios.
- Sentir-se confortável para falar sobre sexualidade e sobre sentimentos.
- Ter conhecimentos técnicos.

CAPÍTULO 10

FALANDO SOBRE ANTICONCEPÇÃO

A atenção em anticoncepção pressupõe a oferta de informações, de aconselhamento, de acompanhamento clínico e de um leque de métodos e técnicas anticoncepcionais, cientificamente aceitos, que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, para homens, mulheres, adultos(as) e adolescentes, num contexto de **escolha livre e informada**.

Na atenção em anticoncepção, é muito importante oferecer diferentes opções de métodos anticoncepcionais para todas as etapas da vida reprodutiva, de modo que as pessoas tenham a possibilidade de escolher o método mais apropriado às suas necessidades e circunstâncias de vida.

10.1 PESQUISA NACIONAL DE DEMOGRAFIA E SAÚDE DA CRIANÇA E DA MULHER – PNDS/2006: DADOS SOBRE ATIVIDADE SEXUAL E ANTICONCEPÇÃO

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) traça um perfil da população feminina em idade fértil e das crianças menores de cinco anos no Brasil. Em 2006, foi realizada a sua terceira edição. A maior parte dos dados foi coletada por meio de entrevistas domiciliares, realizadas com cerca de 15 mil mulheres entre 15 e 49 anos que vivem em áreas urbanas e rurais, nas cinco regiões brasileiras (BRASIL, 2008b).

Nos últimos 10 anos, verificou-se que as mulheres estão começando sua atividade sexual cada vez mais cedo, o mesmo sucedendo com a prática da anticoncepção (BRASIL, 2008b).

Até os 15 anos, em 2006, 33% das mulheres entrevistadas já haviam tido relações sexuais, valor que representa o triplo do verificado na PNDS realizada em 1996. Por sua vez, 66% das jovens de 15 a 19 anos sexualmente ativas já haviam usado algum método contraceptivo, sendo que o preservativo (33%), a pílula (27%) e os injetáveis (5%) foram os mais utilizados (BRASIL, 2008b).

A pesquisa verificou que a imensa maioria das mulheres já fez uso de algum método anticoncepcional, sendo esse percentual de quase 100% entre as não unidas sexualmente ativas maior que entre as atualmente unidas. A camisinha masculina e a pílula são os métodos mais citados. Chama ainda a atenção que quase 29,1% das mulheres atualmente unidas e 11% das sexualmente ativas não unidas recorreram à esterilização feminina. Em torno de 20% das mulheres, em todos esses grupos, usaram injeções. O percentual das que tiveram experiência com a pílula do dia seguinte alcança 23,2% no grupo das não unidas sexualmente ativas, no qual quase 5% já usaram a camisinha feminina (BRASIL, 2008b).

III

CADERNOS DE
ATENÇÃO BÁSICA

Na PNDS/2006, o perfil de uso de métodos anticoncepcionais, segundo o tipo de método, para todas as entrevistadas, as mulheres unidas e as não unidas sexualmente ativas, foi o seguinte: o percentual de mulheres que usam atualmente algum método é extremamente alto, alcançando mais de 80% entre as unidas. Praticamente todas as entrevistadas que regulam a fecundidade utilizam métodos anticoncepcionais modernos: 29% das atualmente unidas estão esterilizadas, 21% utilizam pílulas, 6% recorrem à camisinha masculina, 5% têm o companheiro vasectomizado e apenas 3% usam métodos tradicionais (BRASIL, 2008b). Na Tabela 1, é apresentado o uso atual de anticoncepcionais:

Tabela 1: Distribuição percentual de todas as mulheres, mulheres atualmente unidas e mulheres não unidas sexualmente ativas usando algum método, segundo o tipo de método. PNDS 2006.

Método **	Uso atual		
	Todas as mulheres	Mulheres atualmente unidas	Mulheres não unidas, sexualmente ativas*
Algum método	67,8	80,6	75,2
Métodos modernos	65,2	77,1	73,3
Esterilização feminina	21,8	29,1	10,9
Esterilização masculina	3,3	5,1	0,1
Pílula	22,1	24,7	30,3
DIU	1,5	1,9	1,3
Injeção contraceptiva	3,5	4,0	4,4
Implantes	0,1	0,1	0,4
Camisinha masculina	12,9	12,2	26,0
Camisinha feminina	0,0	0,0	0,0
Diafragma	0,0	0,0	0,0
Creme, óvulos vaginais	0,0	0,0	0,0
Pílula do dia seguinte	0,0	0,0	0,1
Método tradicional	2,4	3,2	1,6
Tabela / abstinência periódica / Billings	0,8	1,1	0,6
Coito interrompido	1,5	2,1	1,0
Outro método***	0,2	0,3	0,3
Não está usando método	32,2	19,4	24,8
Número de casos	15.575	9.989	2.838

* Mulheres que tiveram relação sexual nos últimos 12 meses.

** Se mais de um método foi reportado, foi considerado o método mais efetivo.

*** Inclui outros métodos modernos e tradicionais não especificados no questionário, tais como adesivo hormonal, anel vaginal, chás, ervas, ducha vaginal, entre outros.

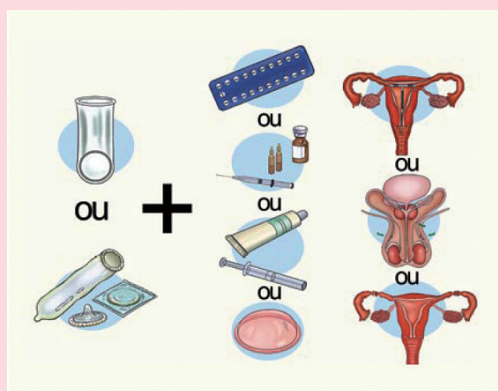
Mudança substancial ocorreu no padrão contraceptivo, entre 1996 e 2006. Observa-se declínio da esterilização feminina, que passou de 40% a 29%, e crescimento do uso do preservativo, de 4% a 12%, entre mulheres atualmente unidas (BRASIL, 2008b).

A maior parte das cirurgias de esterilização feminina continua sendo associada ao parto cesáreo, apresentando o mesmo percentual (59%) na PNDS/1996 e na PNDS/2006 (BRASIL, 2008b).

No que diz respeito às fontes de obtenção de métodos modernos, verifica-se que as farmácias continuam sendo a fonte mais importante de obtenção dos métodos hormonais (pílulas e injeções) e do preservativo. Por sua vez, os serviços de saúde do SUS são os grandes responsáveis pelo provimento da esterilização e do DIU (BRASIL, 2008b).

10.2 DUPLA PROTEÇÃO É A MELHOR SOLUÇÃO

A prevenção simultânea das doenças sexualmente transmissíveis (DST) e gravidez foi definida pela Organização Mundial de Saúde como dupla proteção. Esse conceito surgiu na década de 70 e consiste no uso combinado da camisinha masculina ou feminina com outro método anticoncepcional, tendo como finalidade promover, ao mesmo tempo, a prevenção da gravidez e a prevenção da infecção pelo HIV/Aids e por outras DST.



Em meio a uma realidade global de índices elevados de doenças transmissíveis por via sexual, torna-se necessário pensar em opção contraceptiva que proporcione a dupla proteção. **Nesse cenário, assume importância a estratégia de enfatizar a adoção da dupla proteção.**

As DST vêm sendo muito discutidas no ambiente científico e nos meios de comunicação de massa, em especial, por sua associação a maior risco de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e estão entre os problemas de saúde pública mais comuns em todo o mundo.

Em 1999, a Organização Mundial de Saúde estimou que ocorrem, no mundo, cerca de 340 milhões de casos novos de DST por ano, entre 15 e 49 anos, 10 a 12

milhões desses casos no Brasil. Nessa estimativa, não estão incluídas DST não curáveis (virais), incluindo o herpes genital, infecções pelo papiloma vírus humano (HPV), hepatite B (HBV) e infecções pelo HIV (WHO, 2005).

Há grande proporção de mulheres, em particular as de maior vulnerabilidade social, que, por dificuldade de acesso aos insumos de prevenção e serviços, falta de conhecimento, questões de gênero e relacionamentos estáveis, não adota medidas de proteção em relação às DST.

Mais de 20 tipos diferentes de doenças são transmitidos por meio do contato sexual (O'LEARY; CHENEY, 1993) e representam grave problema de saúde pública por suas repercussões na saúde, sociais e econômicas. As DST ocorrem com maior frequência nos países em desenvolvimento, onde constituem a segunda maior causa de morbidade entre mulheres de 15 e 45 anos (DALLABETTA et al., 1997).

Considerando que, em média, 20% das mulheres e 70% dos homens apresentam sintomas ou sinais dessas infecções, há enorme contingente de pessoas que procuram atenção formal ou informal, e que poderiam ser orientadas para reconhecimento de suas vulnerabilidades e não reincidirem em práticas de risco, que as levaram àquela DST e também as expuseram ao HIV.

Com a descoberta da penicilina, na década de 40, as epidemias de algumas DST começam a recuar. Nos anos 60/70, com a descoberta da pílula anticoncepcional e com a maior liberdade sexual entre os jovens, voltam a aumentar os números de casos de DST em todo o mundo. Nos anos 80/90, observou-se aumento dramático dos casos de sífilis e gonorreia, muitos dos quais têm ocorrido na população adolescente e de adultos jovens.

Entre todas as DST, a Aids, HIV em gestantes/crianças expostas, sífilis em gestantes e sífilis congênita são agravos de notificação compulsória. No entanto, cerca de cinco mil casos novos de sífilis congênita têm sido notificados anualmente de um total estimado de 12.000 casos, demonstrando significativa subnotificação. Isso mostra que o País desconhece o que ocorre com 50% dos casos de crianças com sífilis congênita. Entre os casos notificados em 2006, 75,8% das mães realizaram pré-natal, 53,7% tiveram diagnóstico na gravidez, para 16,6% houve tratamento do parceiro, 68,2% dos recém-nascidos tiveram diagnóstico clínico de sífilis congênita assintomática e 19,4% sintomática. Com diagnóstico de sífilis congênita recente 89,2%, sífilis congênita tardia 1,0%, natimorto sífilítico 3,8% e aborto por sífilis 2,2% (Brasil, 2006i).

A sífilis é uma doença cujo diagnóstico e tratamento devem ser realizados na Atenção Básica, com baixo custo e pouca ou nenhuma dificuldade operacional. Assim, os profissionais da Atenção Básica precisam estar preparados para implementar estratégias de prevenção e pronto-atendimento com intervenção terapêutica imediata, disponibilização de insumos, mantendo confidencialidade e ausência de discriminação.

Para propiciar o diagnóstico precoce e tratamento imediato das DST, no Brasil, desde 1993, o Ministério da Saúde recomenda a “abordagem sindrômica” para facilitar o controle e o tratamento adequado das DST. Essa abordagem consiste na identificação de um grupo de sinais e sintomas comuns a determinadas DST e no tratamento simultâneo de todas elas. Dessa forma, por meio de fluxogramas de conduta, o diagnóstico e o tratamento das DST se tornam mais rápidos e eficazes.

Além do tratamento medicamentoso, os serviços devem contar com a oferta de atividades de orientação preventiva, de disponibilização de insumos de prevenção (preservativos masculinos e femininos, gel lubrificante) e de mecanismos para tratamento dos parceiros.

As DST podem causar complicações e sequelas decorrentes da ausência de tratamento, já que, apesar de algumas serem curáveis, a maioria dessas doenças apresenta infecções subclínicas ou pode ser assintomática durante muito tempo.

Entre mulheres com infecções não tratadas por gonorreia e/ou clamídia, 10 a 40% desenvolvem doença inflamatória pélvica (DIP). Destas, mais de 25% se tornarão inférteis. Para efeito de comparação, observa-se que a taxa de infertilidade por causas não infecciosas é estimada em 3 a 7%. Dados de países desenvolvidos indicam que mulheres que tiveram DIP têm probabilidade 6 a 10 vezes maior de desenvolver gravidez ectópica. Nos países em desenvolvimento, a gravidez ectópica contribui com mais de 15% das mortes maternas (WHO, 2004).

Abortos espontâneos, natimortos, baixo peso ao nascer, infecção congênita e perinatal estão associados às DST não tratadas em gestantes (GUTMAN, 1999). Entre homens, a clamídia também pode causar infertilidade (KARINEN et al., 2004; MARDH, 2004; ELLEY et al., 2005). Consequências associadas ao HPV incluem carcinoma de colo uterino, de pênis e de ânus.

O aumento da prevalência e da infecção pelo HIV, a gravidade das consequências das DST e sua frequente ocorrência entre mulheres mostram a necessidade de uma abordagem dessas questões sob a perspectiva de gênero. Fatores biológicos, culturais e socioeconômicos contribuem para a alta incidência e prevalência de DST e de infecção pelo HIV em mulheres.

Na maioria das sociedades, estas têm pouco ou nenhum controle quanto às decisões relativas a quando e sob quais condições ter relação sexual, com relação ao uso do preservativo pelo parceiro e, menos ainda, das condutas sexuais dele (FAÚNDES, 1994; VAN DAM, 1995; MacDONALD, 1996).

Uma explicação possível é que as mulheres ocupam posição secundária na relação, o que dificultaria a discussão aberta com o parceiro a respeito de sexo e modos de proteção (ROSENBERG; GOLLUB, 1992; PAIVA, 1993; HEBLING, 1997; VILLELA, 1997). Além disso, em um relacionamento afetivo, sexual e duradouro, que implica

“conhecer” e “confiar” no marido ou companheiro, ainda é difícil negociar o uso do preservativo. Para algumas mulheres, a confiança no parceiro constitui o método de prevenção (GUIMARÃES, 1996; GOGNA, 1998).

Diversas campanhas educativas têm encorajado o uso do preservativo pelo casal para prevenir as DST/HIV/Aids, entretanto, tem sido observado que os heterossexuais com relações consideradas, por eles, fixas ou de longa duração não adotam esse método de forma regular, por não fazer parte de sua rotina de vida (GERTIG et al., 1997; SANGI-HAGHPEYKAR et al., 1997; AGHA, 1998).

É esse mesmo argumento, o da fidelidade, que atinge diretamente muitas mulheres. Não são poucas as que relatam ocorrência de violência por parte do parceiro ao ser proposto o uso do preservativo, pois esse considera que, se a mulher faz essa proposta, é porque o está traindo. Esse fator as vulnerabiliza ainda mais.

Esse cenário justifica o uso da dupla proteção, que deve ser feita usando um método anticoncepcional (pílula, injetável, DIU, diafragma, laqueadura tubária, vasectomia, entre outros) associado ao preservativo masculino ou feminino, em todas as relações sexuais.

É, portanto, fundamental promover atividades que enfatizem a necessidade da reflexão sobre a cultura machista e os riscos de infectar-se com essas doenças, de modo a propiciar processos verdadeiros de mudança por parte dos homens e mulheres.

Os serviços e profissionais de saúde devem incentivar a adoção da dupla proteção, de modo a garantir a prevenção das DST/HIV/Aids e da gravidez não planejada e/ou indesejada.

Diante do fenômeno de feminização, juvenização e pauperização da epidemia de Aids, o planejamento reprodutivo tem que ser trabalhado juntamente com a prevenção das DST/HIV/Aids.

10.3 ANTICONCEPÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

Os adolescentes e os jovens têm direito de ter acesso a informações e à educação em saúde sexual e saúde reprodutiva e de ter acesso a meios e métodos que os auxiliem a evitar uma gravidez não planejada, bem como a prevenir-se contra as doenças sexualmente transmissíveis, respeitando-se a sua liberdade de escolha.

Nas últimas décadas, vários estudos vêm demonstrando que a primeira relação sexual está acontecendo cada vez mais cedo. É muito importante que adolescentes e jovens estejam informados sobre sexo seguro e dupla proteção, incentivando-se o uso da camisinha masculina ou feminina em todas as relações sexuais, associada a outro método anticoncepcional.

Os serviços de saúde devem garantir atendimento aos adolescentes e jovens, antes mesmo do início de sua atividade sexual e reprodutiva, para ajudá-los a lidarem com a sua sexualidade de forma positiva e responsável, incentivando comportamentos de prevenção e autocuidado.

É preciso enfatizar que adolescentes e jovens têm direito a ter **atendimento sem discriminação de qualquer tipo, com garantia de privacidade, segredo e confidencialidade**, ou seja, de serem atendidos sozinhos, em espaço privado, onde possa ser reconhecida sua autonomia e individualidade. Por outro lado, recomenda-se que a equipe de saúde busque sempre encorajar o adolescente a dialogar com a sua família, de modo a envolvê-la no acompanhamento dos seus problemas.

Algumas situações são consideradas de exceção quanto ao sigilo, como os atendimentos a pessoas com deficiência intelectual, distúrbios psiquiátricos e nos casos em que há referência explícita ou suspeita de maus-tratos e/ou de abuso sexual (nos casos de maus-tratos e/ou de abuso sexual, é obrigatória a notificação ao Conselho Tutelar ou à Vara da Infância e da Juventude). Em todos esses casos citados, além de ser determinante a quebra de sigilo, recomenda-se que deverá fazer parte da consulta outro profissional da equipe de saúde, para salvaguardar o profissional de saúde responsável pelo atendimento de possíveis situações que coloquem em questão as suas condutas (GUAZZELLI; LINDSEY; ALDRIGHI; PETTA, 2005).

Além disso, quando o(a) adolescente não tem capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-los, situação em que a não revelação das condições de saúde pode acarretar danos ao paciente, é fundamental a quebra do sigilo para seus pais ou responsáveis legais, de modo a garantir que o(a) adolescente tenha os cuidados necessários à manutenção de sua saúde.

A prescrição de métodos anticoncepcionais para menores de 14 anos deve ser criteriosa, não constituindo ato médico inadequado, desde que não se trate de situação de abuso ou violência sexual da adolescente. Se a adolescente informar que a relação sexual não resulta de violência sexual, o profissional de saúde deve registrar tal informação no prontuário e prescrever o método anticoncepcional adequado, salvaguardando-se, dessa forma, de qualquer penalidade legal (GUAZZELLI; LINDSEY; ALDRIGHI; PETTA, 2005).

De um modo geral, os adolescentes podem usar a maioria dos métodos anticoncepcionais disponíveis. No entanto, alguns são mais adequados que outros nessa fase da vida.

A seguir, alguns pontos a serem considerados em relação à anticoncepção na adolescência:

- A escolha do método anticoncepcional deve ser livre e informada, respeitando-se os critérios de elegibilidade clínica.
- **Estimular sempre o uso da camisinha masculina ou feminina em todas as relações sexuais, por ser o único método que protege contra as DST/HIV/Aids. A camisinha pode ser usada associada a outro método anticoncepcional – dupla proteção ou isoladamente. Enfatizar a importância da dupla proteção.**
- Em geral, não há restrições ao uso de **anticoncepcionais hormonais** na adolescência. Os anticoncepcionais hormonais combinados, compostos de estrogênio e progestogênio (anticoncepcionais orais combinados, injetável mensal, adesivo anticoncepcional transdérmico e anel vaginal), podem ser usados desde a menarca. Deve-se, entretanto, **evitar o uso de anticoncepcionais só de progestogênio (injetável trimestral e da pílula só de progesterona – minipílula) antes dos 18 anos, pelo possível risco de diminuição da calcificação óssea**, pois, para mulheres com menos de 18 anos, há uma preocupação teórica em relação ao efeito hipoestrogênico, especialmente do injetável trimestral (DIAZ; PETTA; ALDRIGHI, 2005). Quando o injetável trimestral é usado na menarca, o bloqueio do eixo hipotálamo-hipófise-ovário causa supressão na produção de estrogênio, que aumentaria a reabsorção óssea (PETTA; BASSALOBRE; ALDRIGHI, 2005).
- **O diafragma** é um ótimo método para adolescentes motivadas a usá-lo e bem orientadas.
- **O DIU** deve ser usado com cuidado e com acompanhamento rigoroso da menarca até 19 anos de idade, em jovens nulíparas. Há preocupações pelo risco de expulsão e de infecções em mulheres muito jovens (DIAZ; PETTA; ALDRIGHI, 2005). O DIU não é indicado para as adolescentes que têm mais de um parceiro sexual ou cujos parceiros têm outros parceiros/parceiras e não usam camisinha em todas as relações sexuais, pois nessas situações existe risco maior de contrair doenças sexualmente transmissíveis (DST).
- **Os métodos comportamentais** (tabela, muco cervical, temperatura basal, entre outros) **são pouco recomendados para adolescentes**, pois a irregularidade menstrual é muito comum nessa fase e, além disso, são métodos que exigem disciplina e planejamento e as relações sexuais nessa fase, em geral, não são planejadas.
- **A anticoncepção oral de emergência** é um método muito importante para os adolescentes, porque pertencem a um grupo que tem maior risco de ter relações sexuais desprotegidas. É importante que os adolescentes conheçam esse método e saibam que deve ser usado em caráter de exceção, somente em situações emergenciais, e não como método anticoncepcional regular.
- **Os métodos cirúrgicos** – laqueadura tubária e vasectomia – só se justificam nos casos em que existem condições clínicas ou genéticas que façam com que seja imperativo evitar a gravidez permanentemente.

10.4 ANTICONCEPÇÃO NA PERIMENOPAUSA

A perimenopausa é o período que antecede a última menstruação. Em geral, a última menstruação ocorre entre 40 e 55 anos de idade.

O climatério, por sua vez, compreende a transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo. A instalação da irregularidade menstrual ocorre no início dessa fase, consequente à diminuição da fertilidade e ocorrência de alguns ciclos anovulatórios, ou com corpo lúteo insuficiente. Devido a essas características, qualquer método de anticoncepção adotado pelas mulheres, nesse período, tem maior eficácia (BRASIL, 2008d).

Respeitando-se a liberdade de escolha da mulher e/ou do casal, a prática da anticoncepção no climatério é de grande importância, pois há maior possibilidade de complicações maternas em uma gravidez nessa fase da vida. Além disso, há maior ocorrência de anomalias cromossômicas fetais e abortamentos espontâneos (BRASIL, 2008d).

A mulher no climatério pode usar qualquer método anticoncepcional, desde que não apresente algumas das condições clínicas que contraindiquem o seu uso.

A anticoncepção nessa fase, quando requerida, deve ser mantida até um ano após a menopausa.

Para a verificação da ocorrência ou não da menopausa, é necessário fazer a dosagem sérica do FSH, na fase folicular que se segue à pausa de sete dias na tomada do anticoncepcional. Valores maiores que 40 mUI/ml sugerem falência ovariana, o que deve ser repetido e confirmado depois de 30 dias sem medicação, suspendendo assim o uso do método (BRASIL, 2008d).

A seguir, alguns pontos a serem considerados em relação à anticoncepção na perimenopausa:

- A escolha do método anticoncepcional deve ser livre e informada, respeitando-se os critérios de elegibilidade clínica.
- **Estimular sempre o uso da camisinha masculina ou feminina em todas as relações sexuais, por ser o único método que protege contra as DST/HIV/Aids. A camisinha pode ser usada associada a outro método anticoncepcional – dupla proteção ou isoladamente. Enfatizar a dupla proteção.**
- **O anticoncepcional hormonal combinado oral** é seguro e eficaz, quando usado correta e consistentemente. Além disso, mantém ciclos menstruais regulares, alivia a dismenorrea, tem efeito protetor sobre o endométrio e o ovário, reduz doenças benignas da mama, reduz o crescimento de miomas uterinos, menor incidência e recidiva de endometriose, evidências de ação profilática na osteoporose, entre ou-

tros benefícios não contraceptivos (BRASIL, 2008d; FINOTTI; ALDRIGHI; PETTA, 2005). Devido aos riscos cardiovasculares, a primeira opção deve recair sobre pílulas combinadas de baixa dosagem, as que contêm 0,03 mg ou menos de etinilestradiol, em face da sua melhor tolerabilidade, com alta eficácia. A utilização desse método pode prosseguir até a menopausa, caso a mulher não apresente complicações ou contraindicações à medicação. **O tabagismo em mulheres acima de 35 anos constitui uma contraindicação para o uso dos anticoncepcionais hormonais combinados orais**, pois, em qualquer idade, o fumo aumenta o risco para as doenças cardiovasculares (BRASIL, 2008d).

- **A minipílula** tem eficácia contraceptiva inferior à dos anticoncepcionais orais combinados, porém, como a fertilidade diminui nessa faixa etária, sua segurança na perimenopausa é comparável à apresentada por usuárias mais jovens de anticoncepcionais hormonais combinados orais. Pode ser utilizada quando há contraindicação ao uso de estrogênio.
- **O injetável mensal** pode ser usado na mulher climatérica, desde que sejam observadas as suas contraindicações. Entretanto, deve-se evitar o uso de formulações com elevadas doses de estrogênio, que aumentam o risco de hiperplasia do endométrio e favorecem o aparecimento de fenômenos tromboembólicos (FINOTTI; ALDRIGHI; PETTA, 2005). A primeira opção deve recair sobre os injetáveis mensais que contenham 5 mg de estrogênio.
- **O injetável trimestral** tem como vantagem poder ser usado quando for contraindicado o uso de estrógeno e também a facilidade do seu uso e sua alta eficácia. Porém apresenta grande incidência de efeitos indesejáveis, tais como: causa alterações metabólicas discretas, porém significativas, destacando-se a queda do HDL – colesterol, elevação da glicemia e do nível de insulina; aumento de peso; alterações menstruais, como amenorréia e sangramento de interrupção; depressão; diminuição da libido e, muitas vezes, diminuição da lubrificação vaginal. Além disso, a provável influência do acetato de medroxiprogesterona sobre o osso tem sido estudada, uma vez que a densidade óssea pode ser alterada pelo seu uso. Entretanto, são necessários mais estudos até que esse efeito seja totalmente esclarecido e seu risco completamente definido. Assim sendo, o injetável trimestral não constitui boa escolha para a perimenopausa, restringindo-se sua indicação quando da impossibilidade de uso de outros métodos (BRASIL, 2008d; FINOTTI; ALDRIGHI; PETTA, 2005).
- **Os implantes subcutâneos** apresentam alta eficácia contraceptiva e proteção endometrial. Os efeitos colaterais como acne, mastalgia, cefaléia, aumento de peso, diminuição da libido, labilidade emocional e controle deficiente de ciclos menstruais fazem com que o método não seja bem aceito na perimenopausa, apesar da sua eficácia contraceptiva e proteção endometrial (FINOTTI; ALDRIGHI; PETTA, 2005).

- **O anel vaginal**, composto de estrogênio e progesterona, envoltos por uma camada de silástico microperfurada, com liberação constante e controlada dos hormônios para a corrente sanguínea, representa alternativa de contracepção importante no climatério, em razão de sua praticidade de uso e de sua eficácia comprovada. Promove bom controle do ciclo, embora tenha dosagens baixas. Suas contraindicações são as mesmas do anticoncepcional hormonal combinado oral, por exemplo, tabagismo, cefaléia crônica, além da presença de cervicocolpites (BRASIL, 2008d; FINOTTI; ALDRIGHI; PETTA, 2005).
- **O adesivo anticoncepcional transdérmico** contém dois hormônios, estrogênio e progestogênio, que são absorvidos por meio da pele. Pode ser uma escolha apropriada em casos de intolerância gástrica ou da dificuldade de uso das pílulas anticoncepcionais pela ocorrência de esquecimentos frequentes. Possui também alta eficácia, sendo claramente, opção confortável a qualquer faixa etária. O custo do produto é fator que dificulta seu uso (BRASIL, 2008d). Suas contraindicações são as mesmas do anticoncepcional hormonal combinado oral, por exemplo, tabagismo e cefaléia crônica.
- **O DIU de cobre** é um excelente método para ser usado na pré-menopausa, desde que a mulher não apresente nenhuma condição que contraindique o seu uso. Apresenta elevada eficácia, tem poucos efeitos colaterais, longa duração e ausência de efeitos metabólicos. O DIU de cobre, modelo TCu-380 A, como tem duração de uso de 10 anos, após a sua inserção, inserido aos 40 anos, pode ser removido somente depois de instalada a menopausa. É importante lembrar que o DIU não é um método indicado para mulheres com risco aumentado para DST/HIV/Aids. Entre as suas desvantagens, destacam-se a possibilidade de aumento do fluxo menstrual, a maior incidência de dismenorréia e a maior taxa de expulsão (BRASIL, 2008d; FINOTTI; ALDRIGHI; PETTA, 2005).
- **O DIU com levonorgestrel** – sistema intrautrino liberador de levonorgestrel (SIU-LNG) – age localmente no útero, com mínima absorção sanguínea. Provoca diminuição gradativa do fluxo menstrual, podendo promover amenorreia por atrofia endometrial, embora não provoque as reações sistêmicas relacionadas à progesterona. É considerado bom método para uso no climatério, por ser um método anticoncepcional de longa duração, altamente eficaz e reversível que contribui para o controle das hipermenorragias, comuns nessa fase (BRASIL, 2008d; FINOTTI; ALDRIGHI; PETTA, 2005).
- **O diafragma** é um ótimo método para mulheres motivadas a usá-lo e bem orientadas. Assim como todos os métodos de barreira, tem a vantagem de não ocasionar alterações sistêmicas. O aumento da frequência de relaxamento pélvico e de prolapso uterino, nesse grupo etário, deve ser considerado na indicação desse método.
- **Os espermaticidas** à base de nonoxinol-9 (N-9) a 2%, que são os mais amplamente utilizados, podem provocar irritação e/ou microfissuras na mucosa vaginal e cervical

quando usados várias vezes ao dia, aumentando o risco de infecção e transmissibilidade de DST/HIV. Além disso, podem agravar a colpíte hipoestrogênica (atrófica), não sendo um método que deva ser incentivado para a mulher na perimenopausa (BRASIL, 2008d).

- **Os métodos comportamentais** (tabela, muco cervical, temperatura basal, sintotérmico, entre outros) são pouco recomendados para mulheres na pré-menopausa, pois a irregularidade menstrual é muito comum nessa fase.
- **A anticoncepção oral de emergência** é um método muito importante para evitar gravidez indesejada após relação sexual desprotegida. Deve ser usada somente como método de emergência, e não de forma regular, substituindo outro método anticoncepcional.
- **A laqueadura tubária** está em franca decadência nos países mais desenvolvidos, devido ao planejamento reprodutivo dispor atualmente de inúmeros outros métodos reversíveis, de menor custo, menor risco e menores complicações em longo prazo. No Brasil, a esterilização feminina mantém-se como o método contraceptivo mais frequentemente utilizado (29%), seguida pela pílula (25%) (BRASIL, 2008b). Por outro lado, cada vez mais aumenta a demanda para reversão de laqueadura tubária, decorrente do arrependimento da mulher. Entretanto, o procedimento para reverter a ligadura é difícil, caro e não está acessível para a maioria das mulheres. Por essas razões, a esterilização sempre deve ser considerada como definitiva, o que enfatiza a importância de aconselhamento muito cuidadoso e completo das pessoas e/ou casais que solicitam esse método, como pré-requisito ético e legal (BRASIL, 2002c; HATCHER; RINEHART; BLACKBURN; GELLER; SHELTON, 2001; ROSAS, 2005). É importante salientar ainda que, com o avanço da idade, os riscos relacionados à morbiletalidade são maiores e as queixas menstruais, como o aumento do volume do fluxo, algia pélvica, hipermenorreia e outras irregularidades, tendem a piorar com a laqueadura tubária. Portanto, a indicação desse método deve ser criteriosa, quando os benefícios realmente compensarem os riscos e não houver outras opções (BRASIL, 2008d).
- **A vasectomia**, ao contrário da esterilização feminina, deve ser incentivada, por se tratar de um procedimento mais fácil e seguro, em relação à laqueadura tubária. É ótima alternativa de dividir a responsabilidade sexual e reprodutiva com o parceiro. Entretanto, a reversão cirúrgica é complexa, cara e não está amplamente disponível. Por essas razões, a esterilização sempre deve ser considerada como definitiva, o que enfatiza a importância de aconselhamento muito cuidadoso e completo das pessoas e/ou casais que solicitam esse método, como pré-requisito ético e legal.

10.5 ANTICONCEPÇÃO NO PÓS-PARTO E NO PÓS-ABORTO

ANTICONCEPÇÃO NO PÓS-PARTO

Inicialmente, é preciso enfatizar que os profissionais de saúde devem encorajar a amamentação exclusiva nos primeiros seis meses pós-parto.

A orientação para uso de métodos anticoncepcionais no pós-parto deve considerar se vai ser ou não ser estabelecida a amamentação exclusiva com leite materno, pois alguns métodos anticoncepcionais interferem na amamentação.

Durante os primeiros seis meses pós-parto, a amamentação exclusiva, à livre demanda, com amenorréia, está associada à diminuição da fertilidade. Porém esse 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 – o que ocorrer primeiro. O efeito inibidor da fertilidade, que o aleitamento exclusivo com amenorreia tem, pode ser utilizado como método comportamental de anticoncepção – **LAM** (método da lactação e amenorréia) (BRASIL, 2002c).

A mulher disposta a realizar amamentação exclusiva pode optar pelo LAM isoladamente como método anticoncepcional, ou pela associação do LAM com algum outro método anticoncepcional que não interfira na amamentação.

O método da lactação e amenorreia (LAM) impõe três condições. Todas as três devem ser cumpridas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; JOHNS HOPKINS; AGÊNCIA PARA O DESENVOLVIMENTO INTERNACIONAL DOS ESTADOS UNIDOS, 2007):

- Que a menstruação da mãe não tenha retornado.
- Que o bebê esteja sendo alimentado no peito de forma integral e que seja amamentado com frequência, dia e noite.
- Que o bebê tenha menos de seis meses de idade.

Quando o efeito inibidor da fertilidade produzido pelo LAM deixa de ser eficiente (quando a mulher volta a menstruar, quando o bebê começa a receber outros alimentos, além do leite materno, e também quando completar seis meses) ou quando a mulher deseja utilizar outro método anticoncepcional associado ao LAM, é preciso escolher um método anticoncepcional que não interfira na amamentação. Nesses casos, deve-se primeiro considerar os métodos não hormonais, como o DIU e os métodos de barreira.

Dessa forma, para orientar o uso de métodos anticoncepcionais no pós-parto, deve-se considerar:

- O tempo pós-parto.
- Se vai ser adotada ou não a amamentação.
- O padrão da amamentação.

- O retorno ou não da menstruação.
- Os possíveis efeitos dos anticoncepcionais hormonais sobre a lactação e o lactente.
Outros pontos a serem considerados em relação à anticoncepção no pós-parto são:
- A escolha do método anticoncepcional deve ser livre e informada, respeitando-se os critérios de elegibilidade clínica.
- **Estimular sempre o uso da camisinha masculina ou feminina em todas as relações sexuais, por ser o único método que protege contra as DST/HIV/Aids. A camisinha pode ser usada associada a outro método anticoncepcional – dupla proteção ou isoladamente. Enfatizar a dupla proteção.**
- **A minipílula**, que contém apenas progestogênio, em baixa dosagem, pode ser utilizada pela mulher que está amamentando. O seu uso deve ser iniciado após seis semanas do parto. Há preocupações teóricas sobre a exposição do neonato a hormônios esteroidais nas primeiras seis semanas de vida (DIAZ; PETTA; ALDRIGHI, 2005).
- **O injetável trimestral** pode ser utilizado pela mulher que está amamentando. O seu uso deve ser iniciado após seis semanas do parto. Há preocupações teóricas sobre a exposição do neonato a hormônios esteroidais nas primeiras seis semanas de vida (DIAZ; PETTA; ALDRIGHI, 2005).
- **Os anticoncepcionais hormonais combinados**, que contêm estrogênio e progesterona (**pílulas combinadas e injetável mensal**), não devem ser usados em lactantes, pois interferem na qualidade e na quantidade do leite materno e podem afetar adversamente a saúde do bebê (DIAZ; PETTA; ALDRIGHI, 2005).
- **O DIU** é um bom método para ser utilizado pela mulher que está amamentando. Pode ser inserido imediatamente após o parto, ou a partir de quatro semanas pós-parto, sem que seja necessário esperar pelo retorno da menstruação. O DIU está contraindicado para os casos que cursaram com infecção puerperal, até três meses após a cura, e para mulheres com risco aumentado para DST/HIV.
- **O diafragma** é um bom método para mulheres motivadas a usá-lo e bem orientadas, mas é preciso repetir a medida do diafragma após cada parto.
- **Os métodos comportamentais** (tabela, muco cervical, temperatura basal, entre outros) só poderão ser usados após o estabelecimento de ciclos menstruais regulares.
- Com relação à **laqueadura tubária**, a legislação federal não permite a esterilização cirúrgica feminina durante os períodos de parto ou aborto ou até o 42º dia do pós-parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores. Essa restrição visa à redução da incidência de cesárea para procedimento de laqueadura, levando-se em consideração que o parto cesariano, sem indicação clínica, constitui-se em risco inaceitável à saúde da mulher e do recém-nascido.

ANTICONCEPÇÃO NO PÓS-ABORTO

Ao se realizar o planejamento reprodutivo pós-abortamento, pode-se estar em uma situação de abortamento provocado ou de abortamento espontâneo.

Em geral, a mulher que teve uma gestação interrompida por decisão pessoal não deseja uma gravidez logo em seguida.

No entanto, toda mulher que ingressa no hospital em abortamento deve ser acolhida e receber orientação em planejamento reprodutivo. As orientações devem começar por informar que a recuperação da fertilidade pode ser quase que imediata após o abortamento e que, portanto, se for o desejo da mulher, a anticoncepção deve ser iniciada também de imediato, ainda que relate não desejar, tão logo, ter relações sexuais. A experiência mostra que a possibilidade do abortamento se repetir é maior justamente entre as que acham que não estarão expostas à gravidez nos meses ou anos seguintes e, por isso mesmo, não se protegem adequadamente. Esse maior risco deve ser comunicado às mulheres atendidas por abortamento para motivá-las a se proteger contra a gravidez não desejada (BRASIL, 2005b).

Devem ser oferecidas informações sobre todos os métodos disponíveis e aceitos no Brasil, inclusive sobre a eficácia de cada método para evitar a gravidez. É importante informar também sobre a anticoncepção oral de emergência.

Idealmente, métodos anticoncepcionais deveriam estar disponíveis no hospital onde se atende à mulher em abortamento, dando oportunidade às mulheres que optarem por anticoncepção de iniciar o uso de método anticoncepcional antes de receber alta. Reitera-se que pode engravidar caso reinicie sua vida sexual no primeiro mês pós-abortamento e não esteja protegida por algum método anticoncepcional (BRASIL, 2005b).

Apesar de ser difícil distinguir se um abortamento é espontâneo ou provocado, sempre há de se considerar que a mulher tem direito à opção de engravidar algum tempo após o abortamento. Por essa razão, é necessário que também receba orientação sobre o planejamento de nova gravidez.

A completa recuperação da mulher após um abortamento é relativamente rápida, sendo mais demorada se ocorreu no 2º trimestre da gestação. O retorno das relações sexuais, pós-abortamento não complicado, pode ocorrer tão logo a mulher deseje, portanto, ela deve ser orientada a usar durante três meses um método contraceptivo, que tenha uma recuperação rápida da fertilidade após sua interrupção, para iniciar uma próxima gravidez em melhores condições físicas e emocionais (BRASIL, 2005b).

Pontos a serem considerados em relação à anticoncepção no pós-aborto:

- A escolha do método anticoncepcional deve ser livre e informada, respeitando-se os critérios de elegibilidade clínica.

- Estimular sempre o uso da camisinha masculina ou feminina em todas as relações sexuais, por ser o único método que protege contra as DST/HIV/Aids. A camisinha pode ser usada associada a outro método anticoncepcional ou isoladamente.
- Os anticoncepcionais hormonais (pílulas, injetáveis, entre outros) podem ser iniciados imediatamente após o aborto. Podem ser administrados entre o dia do esvaziamento e o 5º dia pós-abortamento.
- O DIU pode ser inserido imediatamente após aborto espontâneo ou induzido, em mulheres sem nenhum sinal ou suspeita de infecção. No abortamento que ocorreu no 2º trimestre da gestação, há preocupação pelo risco maior de expulsão. O DIU está contraindicado para os casos que cursaram com septicemia, até três meses após a cura, e para mulheres com risco aumentado para DST/HIV.
- O diafragma é um bom método para mulheres motivadas a usá-lo e bem orientadas, mas é preciso repetir a medida do diafragma após abortamento.
- Os métodos comportamentais (tabela, muco cervical, temperatura basal, entre outros) só poderão ser usados após o estabelecimento de ciclos menstruais regulares.
- Com relação à laqueadura tubária, a legislação federal não permite a esterilização cirúrgica feminina durante os períodos de parto ou aborto ou até o 42º dia do pós-parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores.

10.6 ANTICONCEPÇÃO EM PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS

A orientação em planejamento reprodutivo para pessoas vivendo com o HIV/Aids deve acontecer num contexto de respeito aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos dessas pessoas e a escolha deve ser livre e informada.

Além disso, essa orientação deve ser sempre acompanhada de informações adequadas sobre a dupla proteção, que é dada pelo uso combinado da camisinha masculina ou feminina com outro método anticoncepcional, com a finalidade de promover, ao mesmo tempo, a prevenção de gravidez e a prevenção da transmissão do HIV e de outras doenças sexualmente transmissíveis.

As pessoas que vivem com HIV/Aids não precisam deixar de amar e de se relacionar sexualmente. A relação é de responsabilidade de ambos(as) os(as) parceiros(as), no que se refere à prevenção e transmissão do HIV e das demais DST.

Viver a soropositividade de forma integral e com qualidade de vida tem sido uma conquista conjunta da mobilização das pessoas vivendo com HIV/Aids e de muitos profissionais de saúde dedicados aos direitos humanos e à saúde. A reflexão sobre os direitos sexuais e os direitos reprodutivos do portador do HIV, ou mesmo a disposição e capacitação de profissionais de saúde para promover a saúde sexual e a saúde reprodu-

tiva de portadores do HIV/Aids, que se pressupõe indissociável da discussão de direitos, precisa ser discutida nos serviços de saúde (PAIVA et al., 2003).

Tanto para as mulheres quanto para os homens que vivem com HIV há o risco de nova infecção quando se expõem novamente ao vírus, podendo se infectar com cepas distintas do HIV, por isso é fundamental continuar se prevenindo e usando camisinha, mesmo em caso de casais soroconcordantes (ambos portadores do HIV).

É provável que a maioria das mulheres que contraiu o vírus tenha se infectado em relações sexuais sem proteção (Unaid, 2006). Esse dado reforça a importância do uso do preservativo em todas as relações sexuais, inclusive para pessoas que vivem com HIV/Aids.

No início da epidemia de Aids, o risco de transmissão vertical do HIV elevado impediu que profissionais de saúde e a sociedade aceitassem o direito reprodutivo das mulheres infectadas pelo HIV. Sabe-se que a maternidade é uma experiência importante do ponto de vista social e psicológico para a maioria das mulheres (FERNANDEZ, 1994; SZEJER; STEWART, 1997) e que o desejo reprodutivo das mulheres HIV-positivas foi desvalorizado e reprimido no contexto dessa epidemia (ROSSI, 2003).

Entretanto, muitas mudanças ocorreram desde a descoberta do vírus HIV até agora e entre elas a diminuição significativa do risco de transmissão vertical (ROSSI, 2003). A taxa de transmissão vertical do HIV, sem qualquer intervenção, situa-se em torno de 25,5%. No entanto, diversos estudos publicados na literatura médica demonstram a redução da transmissão vertical do HIV para níveis entre zero e 2%, por meio de intervenções preventivas, tais como: o uso de antirretrovirais (ARV) combinados na gestação, o parto por cirurgia cesariana eletiva, o uso de quimioprofilaxia com o AZT na parturiente e no recém-nascido, e a não amamentação (BRASIL, 2006e).

Os avanços verificados, principalmente em relação ao tratamento, têm possibilitado a diminuição da mortalidade, da morbidade, a redução da taxa de transmissão vertical e a melhoria da qualidade e perspectiva de vida das pessoas que vivem com o vírus da imunodeficiência humana. A vontade de ter filhos está surgindo como uma escolha legítima, exigindo preparo das equipes de saúde para o aconselhamento reprodutivo voltado às pessoas que vivem com o HIV (ROSSI, 2003).

Segundo dados do relatório do VI Congresso Brasileiro de Prevenção das DST e Aids, realizado em 2006, de acordo com estudos apresentados, ainda é preocupante o despreparo dos profissionais de saúde para lidar com o desejo da mulher soropositiva em engravidar. Por sua vez, há medo acentuado das gestantes soropositivas sobre a reação dos profissionais, aumentando a angústia, ansiedade e a própria culpa de terem engravidado e saberem do risco de transmissão do vírus, o que evidencia mais ainda o despreparo dos profissionais da assistência.

Diante desse cenário, faz-se necessário incrementar discussão sobre os direitos sexuais e os direitos reprodutivos e as questões de gênero e que a divulgação de informações sobre a transmissão vertical seja mais aprimorada, como acontece com as medidas de prevenção.

É imprescindível também que se implementem estratégias de assistência para diminuir os riscos da transmissão vertical, nos casos de mulheres soropositivas para o HIV, privilegiando práticas de aconselhamento e planejamento reprodutivo.

Entre as inúmeras orientações a respeito da infecção pelo HIV dadas pela equipe de saúde, deve-se incluir o aconselhamento reprodutivo. Cabe ao profissional de saúde discutir e oferecer reflexão, em parceria com a mulher HIV+, a respeito da sua condição clínica e de tratamento, meios de transmissão da doença (inclusive a transmissão vertical), explorando também sua expectativa e interesse de engravidar e as condições psicológicas e socioeconômicas da mulher (KASS, 1994; ANDERSON, 2000).

O respeito a uma decisão informada faz parte dessa nova realidade. Não se pode encarar da mesma forma uma mulher que faz uso das medicações antirretrovirais adequadamente, que tem sua carga viral sob controle e sistema imune razoavelmente preservado, com outra que manifesta complicações clínicas graves e não responde mais às terapias antirretrovirais. Faz-se necessário que os profissionais de saúde, ao realizarem o aconselhamento reprodutivo, levem em consideração a vida da mulher que vive com HIV como um todo, e não apenas a doença como uma entidade única (MINKHOFF; SANTORO, 2000; WESLEY et al., 2000; ROSSI, 2003).

O aconselhamento reprodutivo deve levar em consideração o melhor momento clínico da pessoa infectada para uma gravidez, preferencialmente aquele em que a carga viral de HIV circulante esteja indetectável e a pessoa esteja com boa condição de imunidade (recuperação dos níveis de linfócitos T-CD4+). É importante o encaminhamento para o serviço de atenção especializada (SAE) e, dessa forma, a pessoa será acompanhada conjuntamente pelo SAE e pela equipe da Atenção Básica.

Com relação à anticoncepção, existem muitos métodos anticoncepcionais que são efetivos para prevenir a gravidez, mas não previnem a infecção ou (re)infecção pelo HIV e outras DST.

A seguir, alguns pontos a serem considerados em relação à anticoncepção para pessoas vivendo com HIV/Aids:

- A escolha do método anticoncepcional deve ser livre e informada, respeitando-se os critérios de elegibilidade clínica.
- **Estimular sempre o uso da camisinha masculina ou feminina em todas as relações sexuais, por ser o único método que protege contra as DST/HIV/Aids. A**

camisinha pode ser usada associada a outro método anticoncepcional ou isoladamente. É importante o uso do preservativo tanto para casais soroconcordantes (quando ambos os parceiros estão infectados pelo HIV), quanto para casais sorodiscordantes (em que apenas um dos parceiros está infectado pelo HIV).

- Estimular a adoção da dupla proteção, uso combinado da camisinha masculina ou feminina com outro método anticoncepcional, com vistas à prevenção simultânea da gravidez indesejada e da transmissão das DST/HIV/Aids.
- Com relação aos **anticoncepcionais hormonais**, as mulheres com HIV, com Aids, em uso ou não de terapia antirretroviral (ARV), podem usar os anticoncepcionais hormonais. É importante observar que os medicamentos antirretrovirais (ARV) tanto podem diminuir quanto aumentar a biodisponibilidade dos hormônios esteroides dos anticoncepcionais hormonais. Os dados disponíveis são limitados e algumas informações sugerem que as potenciais interações medicamentosas entre muitos ARV, particularmente alguns inibidores de transcriptase reversa não nucleosídeo (ITRNN) e inibidores de protease (IP) e os anticoncepcionais hormonais, podem alterar a segurança e eficácia tanto dos anticoncepcionais hormonais quanto dos ARV. Caso uma mulher esteja tomando terapia antirretroviral, a condição de Aids com terapia ARV está classificada na Categoria 2 dos critérios médicos de elegibilidade para métodos anticoncepcionais da OMS (na Categoria 2, estão enquadradas situações nas quais as vantagens de usar o método geralmente superam os riscos comprovados ou teóricos que seu uso poderia acarretar). Sugere-se ainda que, em caso de opção por um anticoncepcional oral combinado, deve-se usar formulação que contenha um mínimo de 0,03 mg de etinilestradiol (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2004, 2008; AMARAL; VISCOLA; BAHAMONDES, 2006).
- **O DIU de cobre**, no que se refere aos critérios médicos de elegibilidade para métodos anticoncepcionais da OMS, a Aids enquanto condição é classificada como Categoria 3 (os riscos comprovados e teóricos decorrentes do uso do método, em geral, superam os benefícios do uso do método) para inserção e Categoria 2 para continuação de uso a menos que a mulher esteja clinicamente bem em terapia ARV. Nesse caso, tanto a inserção quanto a continuação de uso são classificadas como Categoria 2. Não há interação medicamentosa conhecida entre a terapia ARV e o uso de DIU (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2004, 2008). Pode-se colocar a questão do uso do DIU da seguinte forma: se a mulher é portadora do HIV, pode colocar um DIU. Uma mulher com Aids não deve colocar um DIU a menos que esteja clinicamente bem ou em terapia ARV. Uma mulher que desenvolva Aids quando estiver usando DIU pode continuar a usá-lo com segurança (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; JOHNS HOPKINS; AGÊNCIA PARA O DESENVOLVIMENTO INTERNACIONAL DOS ESTADOS UNIDOS, 2007).
- **O diafragma** é um ótimo método para mulheres motivadas a usá-lo e bem orientadas. Assim como todos os métodos de barreira, tem a vantagem de não ocasionar

alterações sistêmicas. **Entretanto, o diafragma não protege contra a transmissão das DST/HIV, daí ser imprescindível associar o seu uso com o uso adequado e consistente do preservativo masculino.** Em mulheres HIV-positivas, não deve ser utilizado associado ao espermaticida.

- **Os espermaticidas** à base de nonoxinol-9 (N-9) a 2% não devem ser usados por mulheres HIV-positivas ou por parceiras de homens HIV-positivos, porque podem provocar irritação e/ou microfissuras na mucosa vaginal e cervical quando usados várias vezes ao dia, aumentando o risco de infecção e transmissibilidade de DST/HIV.
- **Os métodos comportamentais** (tabela, muco cervical, temperatura basal, sintotérmico, entre outros) não protegem 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 de relações sexuais vaginais no período fértil.
- **A anticoncepção oral de emergência** é um método muito importante para evitar gravidez indesejada após relação sexual desprotegida. Deve ser usada somente como método de emergência, e não de forma regular, substituindo outro método anticoncepcional.
- **A laqueadura tubária** não confere proteção à transmissão do HIV e outras DST, devendo, nessa condição, a mulher ser orientada para o uso adequado e consistente do preservativo, masculino ou feminino. Para escolher a laqueadura tubária como método anticoncepcional, é preciso que a mulher esteja realmente segura de que não deseja mais ter filhos, pois este é um método considerado permanente ou irreversível.
- **A vasectomia** é um procedimento mais fácil e seguro, em relação à laqueadura tubária. É ótima alternativa de dividir a responsabilidade sexual e reprodutiva com o parceiro. Não confere proteção à transmissão do HIV e outras DST, devendo, nessa condição, o homem ser orientado para o uso adequado e consistente do preservativo masculino. Para escolher a vasectomia como método anticoncepcional, é preciso que o homem esteja realmente seguro de que não deseja mais ter filhos, pois este é um método considerado permanente ou irreversível.

CAPÍTULO 11

131

MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS

11.1 INTRODUÇÃO

A Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que regulamenta o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece em seu art. 2º:

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

Parágrafo único – É proibida a utilização das ações a que se refere o caput para qualquer tipo de controle demográfico (BRASIL, 1996).

Determina a mesma Lei, em seu art. 9º, que:

Para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção (BRASIL, 1996).

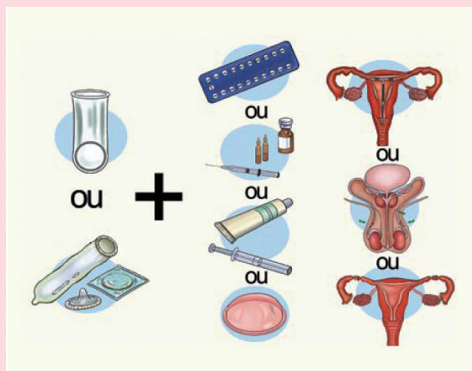
Portanto, as instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS), em todos os seus níveis, têm a obrigação de garantir a atenção integral à saúde, que inclua a assistência à concepção e à contracepção, num contexto de respeito aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos.

No que se refere particularmente à atenção em **anticoncepção**, esta pressupõe a **oferta de informações, de aconselhamento, de acompanhamento clínico e de um leque de métodos e técnicas anticoncepcionais**, cientificamente aceitos, que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, para homens e mulheres, adultos(as) e adolescentes, num contexto de escolha livre e informada.

Na atenção em anticoncepção, é muito importante oferecer diferentes opções de métodos anticoncepcionais para todas as etapas da vida reprodutiva, de modo que as pessoas tenham a possibilidade de escolher o método mais apropriado às suas necessidades e circunstâncias de vida.

Diante do fenômeno de feminização, juvenização e pauperização da epidemia de Aids, o planejamento reprodutivo deve ser trabalhado juntamente com a prevenção das DST/HIV/Aids.

Em meio a uma realidade global de índices elevados de doenças transmissíveis por via sexual, torna-se imprescindível a abordagem da prevenção das DST/HIV/Aids, dando-se **ênfase à dupla proteção**, que é dada pelo uso combinado do preservativo masculino ou feminino com algum outro método anticoncepcional, tendo como finalidade promover, ao mesmo tempo, a prevenção da gravidez e a prevenção da infecção pelo HIV/Aids e por outras DST.



Os serviços e profissionais de saúde devem incentivar a adoção da dupla proteção, de modo a garantir a prevenção das DST/HIV/Aids e da gravidez não planejada e/ou indesejada.

No que concerne aos métodos anticoncepcionais, segundo Aldrighi, Sauerbronn e Petta (2005a), podem ser classificados da seguinte forma:

Temporários (reversíveis)

a. Hormonais

- Orais
 - Combinados
 - Monofásicos
 - Bifásicos
 - Trifásicos
 - Minipílulas
- Injetáveis
 - Mensais
 - Trimestrais
- Implantes subcutâneos
- Percutâneos
 - Adesivos
- Vaginais
 - Comprimidos
 - Anel
- Sistema liberador de levonorgestrel (SIU)

b. Barreira

- **Feminino**
 - Diafragma
 - Espermaticida
 - Esponjas
 - Capuz cervical
 - Preservativo feminino
- **Masculino**
 - Preservativo masculino

c. Intrauterinos

- **Medicados**
 - DIU de cobre
 - Diu com levonorgestrel
- **Não medicados**

d. Comportamentais ou naturais

Tabela ou calendário (Ogino-Knaus)
Curva térmica basal ou de temperatura
Sintotérmico
Billings (mucocervical)
Coito interrompido

e. Duchas vaginais**Definitivos (esterilização)**

- **Feminino (ligadura tubária)**
- **Masculino (vasectomia)**

Os métodos anticoncepcionais reversíveis adquiridos atualmente pelo Ministério da Saúde para serem oferecidos à rede de serviços do SUS são:

- Pílula combinada de baixa dosagem (etinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg).
- Minipílula (noretisterona 0,35 mg).
- Pílula anticoncepcional de emergência (levonorgestrel 0,75 mg).
- Injetável mensal (enantato de noretisterona 50 mg + valerato de estradiol 5 mg).
- Injetável trimestral (acetato de medroxiprogesterona 150 mg).

- Preservativo masculino.
- Diafragma.
- DIU Tcu-380 A (DIU T de cobre).

Algumas secretarias estaduais e municipais de saúde também fazem aquisições de métodos anticoncepcionais e complementam o que é distribuído pelo Ministério da Saúde.

11.2 ESCOLHENDO O MÉTODO ANTICONCEPCIONAL

A orientação é essencial antes de escolher um método anticoncepcional. No processo de escolha, devem ser levados em consideração os seguintes aspectos:

A. A preferência da mulher, do homem ou do casal

É fundamental discutir o conceito de escolha livre e informada. Embora o orientador deva estar disposto a aceitar a preferência da usuária(o) por um determinado método, é importante certificar-se de que essa decisão está sendo tomada com base em informações corretas, atualizadas e completas (DIAZ; PETTA; ALDRIGHI, 2005).

É comum observar-se nos serviços de saúde a conduta simplista de oferecer liberdade de escolha não informada. Essa conduta consiste, basicamente, em iniciar a orientação perguntando em que método a pessoa está pensando ou considerando como preferencial, dar uma informação muito superficial sobre todos os métodos, sem conferir se a pessoa conhece as características de cada um. Essa conduta oferece livre escolha, mas não se trata de uma escolha livre e informada (DIAZ; PETTA; ALDRIGHI, 2005).

B. Características dos métodos

B.1 Eficácia

Não existe método 100% eficaz. Todos os métodos anticoncepcionais apresentam taxa de falha, que é calculada com o número de gestações não desejadas entre os usuários(as) de determinado método anticoncepcional, nos primeiros 12 meses de uso. Dessa forma, duas taxas podem ser encontradas para cada método: uma mostra a taxa de falha entre os usuários(as) de uma forma geral de uso, isto é, sem considerar todas as dificuldades que possam ter sido encontradas durante o uso – **eficácia no uso rotineiro ou uso típico**. Outra taxa é aquela que leva em conta apenas os usuários que fizeram o uso correto e consistente do método escolhido – **eficácia em uso correto e consistente**. A seguir, na Tabela 2, taxa de falha de anticoncepcionais, de acordo com o manual Planejamento familiar: um manual global para profissionais e serviços de saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; JOHNS HOPKINS; AGÊNCIA PARA O DESENVOLVIMENTO INTERNACIONAL DOS ESTADOS UNIDOS, 2007).

Tabela 2: Taxa de falha de anticoncepcionais (número de gravidez por cada 100 mulheres, no primeiro ano de uso).

Método anticoncepcional	Em uso consistente e correto	Uso típico (rotineiro)
Implantes	0,05	0,05
Vasectomia	0,1	0,15
Esterilização feminina	0,5	0,5
DIU com cobre	0,6	0,8
DIU com levonorgestrel	0,2	0,2
Injetáveis mensais	0,05	3
Injetáveis só de progestogênio	0,3	3
Anticoncepcionais orais combinados	0,3	8
Pílulas orais só de progestogênio	0,3	8
Adesivo combinado	0,3	8
Anel vaginal combinado	0,3	8
Preservativos masculinos	2	15
Diafragmas com espermicida	6	16
Preservativos femininos	5	21
Espermicidas	18	29
Nenhum método	85	85

B.2 Efeitos secundários

A inocuidade, ou seja, a ausência de quaisquer efeitos secundários adversos seria condição ideal, ainda não conseguida na maioria dos métodos anticoncepcionais até os dias atuais. Todo método tem vantagens e desvantagens. Por outro lado, é também verdade que alguns ocasionam mais efeitos secundários adversos que outros, sendo direito da(o) usuária(o) ser corretamente informada(o) a respeito dessas diferenças.

Além disso, o profissional de saúde deve estar capacitado para prevenir e tratar tais efeitos, assim como avaliar os riscos que o uso de determinados métodos possa acarretar à saúde.

B.3 Aceitabilidade

A aceitação do método, o grau de confiança que nele se tem, a motivação para seu uso e a correta orientação do profissional de saúde são importantes fatores para o sucesso

do método escolhido. Por outro lado, a inadaptação psicológica e cultural a determinado método pode ser a maior causa de seu fracasso ou de mudança para outro método.

B.4 Disponibilidade

O acesso gratuito aos métodos anticoncepcionais é condição fundamental para que a escolha se realize livremente, sem restrições. Isso é particularmente importante considerando-se que grande parte da população não tem condição de pagar pelo método. Assim, nas situações em que a oferta de determinado método não seja possível, é da maior importância considerar o seu custo, avaliando-se a possibilidade da(o) usuária(o) arcar com ele.

B.5 Facilidade de uso

De nada adiantará a indicação de um método que tenha todas as qualidades anteriormente descritas se sua utilização for difícil, complexa ou de difícil assimilação para a pessoa. No entanto, é igualmente verdade que a maior parte das dificuldades relacionadas ao uso do método pode ser resolvida com o adequado suporte do profissional de saúde.

B.6 Reversibilidade

Existem métodos considerados reversíveis, que são aqueles em que a pessoa, após parar de usá-los, recupera a fertilidade. Existem métodos considerados irreversíveis, como os métodos cirúrgicos (laqueadura tubária e vasectomia), porque após utilizá-los é muito difícil a pessoa recuperar a capacidade reprodutiva.

O ideal é que os métodos anticoncepcionais sejam completa e imediatamente reversíveis e que, uma vez interrompido seu uso, haja recuperação total da fertilidade, correspondente à faixa etária da(o) usuária(o).

B.7 Proteção contra doenças sexualmente transmissíveis (DST) e infecção pelo HIV

A ocorrência das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV traz consequências para o exercício da sexualidade e da reprodução e produz série de desafios e desdobramentos para a área da saúde reprodutiva e sexual. Dessa forma, é fundamental estimular a prática da dupla proteção, ou seja, a prevenção simultânea das DST/HIV/Aids e da gravidez indesejada. Isso pode ser obtido pelo uso combinado do preservativo masculino ou feminino com outro método anticoncepcional.

Nesse sentido, os profissionais de saúde devem conversar com o indivíduo ou o casal sobre DST/HIV/Aids, propiciando assim percepção a respeito de situações de risco para essas infecções e reflexão sobre a necessidade de sua prevenção, favorecendo a adesão ao uso do preservativo.

Considerando o fato de existirem os recursos disponíveis para tratamento ou controle de DST e Aids, o diagnóstico para essas infecções deve ser oportunizado e garantido também nos serviços de planejamento reprodutivo.

C. Fatores individuais e contexto de vida relacionados aos usuários(as) que devem ser considerados no momento da escolha do método.

- C.1 Condições econômicas.
- C.2 Estado de saúde.
- C.3 Características da personalidade da mulher e/ou do homem.
- C.4 Fase da vida.
- C.5 Padrão de comportamento sexual.
- C.6 Aspirações reprodutivas.
- C.7 Fatores culturais e religiosos.
- C.8 Outros fatores, como medo, dúvidas e vergonha.

11.3 CRITÉRIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDADE PARA USO DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS

Os critérios médicos de elegibilidade para uso de métodos anticoncepcionais foram desenvolvidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) com o objetivo de auxiliar os profissionais da saúde na orientação das(os) usuárias(os) de métodos anticoncepcionais.

O reconhecimento da necessidade de ter normas claras de elegibilidade, para melhorar a qualidade da atenção em anticoncepção, motivou a OMS a constituir um Comitê Consultivo formado por cientistas e provedores de serviços de planejamento familiar com grande experiência na área para definir critérios de elegibilidade baseados em evidências científicas (DIAZ; PETTA; ALDRIGHI, 2005).

Como resultado do trabalho do Comitê Consultivo, foi publicado, em 1996, o primeiro documento – *Aprimorando o acesso e a qualidade de atenção em planejamento familiar: critérios médicos de elegibilidade para o uso de métodos anticoncepcionais*.

Em 1999, a OMS decidiu solicitar ao mesmo grupo consultivo a revisão do documento de 1996. O grupo revisou as publicações até março de 2000 e discutiu as modificações que deveriam ser feitas no documento numa reunião realizada em Genebra, em março de 2000 (DIAZ; PETTA; ALDRIGHI, 2005). Dessa atualização, surgiu a segunda edição, em 2000, do documento *Aprimorando o acesso e a qualidade de atenção em planejamento familiar: critérios médicos de elegibilidade para o uso de métodos anticoncepcionais*.

Em 2003, a OMS realizou nova reunião do grupo de trabalho, que contou com a participação de 36 especialistas de 18 países, resultando desse trabalho de revisão a terceira edição do documento referido acima, que foi publicada em 2004.

Em abril de 2008, a OMS organizou mais uma reunião do grupo de trabalho, que contou com a participação de 43 especialistas de 23 países, que resultou na publicação do documento *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos: actualización 2008*.

Os critérios médicos de elegibilidade para uso de métodos anticoncepcionais não devem ser considerados norma estrita, mas sim recomendação, que pode ser adaptada às condições locais de cada país. Consistem em uma lista de condições das(os) usuárias(os), que poderiam significar limitações para o uso dos diferentes métodos, e as classificam em quatro categorias, conforme descrito a seguir:

- **Categoria 1:** o método pode ser usado sem restrições.
- **Categoria 2:** o método pode ser usado com restrições. As condições listadas na Categoria 2 significam que o método em questão pode ser utilizado com alguma precaução. São situações nas quais as vantagens de usá-lo geralmente superam os riscos comprovados ou teóricos que seu uso poderia acarretar. As condições da Categoria 2 fazem com que o método não seja a primeira escolha e, se usado, um acompanhamento mais cuidadoso faz-se necessário.
- **Categoria 3:** os riscos comprovados e teóricos decorrentes do uso do método, em geral, superam os benefícios. Quando há condição da Categoria 3 para um método, este deve ser o de última escolha e, caso seja escolhido, é necessário acompanhamento rigoroso da(o) usuária(o).
- **Categoria 4:** o método não deve ser usado, pois apresenta risco inaceitável.

Considerando que as situações que se enquadram na Categoria 3 exigem acompanhamento rigoroso, recomenda-se, nesta publicação, adaptar a classificação da OMS supramencionada, de modo a englobar as Categorias 3 e 4 como a categoria em que o método não deve ser usado.

11.4 MÉTODOS HORMONAIS

ANTICONCEPCIONAL HORMONAL ORAL

Os anticoncepcionais hormonais orais, também chamados de pílulas anticoncepcionais, são esteroides utilizados isoladamente ou em associação, com a finalidade básica de impedir a concepção. Entretanto, atualmente, seu emprego clínico transcende a indicação exclusiva como método contraceptivo.

Os anticoncepcionais hormonais orais classificam-se em:

- **Combinados:** monofásicos, bifásicos e trifásicos.

- **Apenas com progestogênio ou minipílulas:** acetato de noretisterona, levonorgestrel e desogestrel.

A primeira pílula anticoncepcional foi comercializada em 1960, nos Estados Unidos, com o nome de Enovid®. Somente após um ano do lançamento foram relatados os primeiros e mais sérios efeitos colaterais relacionados às altas doses do componente estrogênico. Desde então, os pesquisadores vêm se dedicando à investigação de novas formulações, com doses mais baixas, e à síntese de novos esteroides, com perfil bioquímico cada vez mais seguro. Essas formulações iniciais, com altas doses de estrogênio (75 a 150 mcg do componente estrogênio), constituíram as pílulas de primeira geração (ALDRIGHI; SAUERBRONN; PETTA, 2005b).

Em seguida, surgiram os contraceptivos hormonais orais de segunda geração, com 50 mcg do componente estrogênico, que, anos mais tarde, reduziram em 25% a ocorrência de trombose venosa (ALDRIGHI; SAUERBRONN; PETTA, 2005b).

Na década de 1970, reduziu-se ainda mais o teor do componente estrogênico, alcançando 30 mcg. Isso foi possível graças à associação com um novo progestógeno recém-sintetizado na época, o levonorgestrel. Surgiram, então, as pílulas de terceira geração, também denominadas de baixa dosagem (ALDRIGHI; SAUERBRONN; PETTA, 2005b).

Enquanto o estrogênio das pílulas foi responsabilizado pelas complicações venosas, os progestógenos se associaram às complicações arteriais. Dependendo do tipo e da dose, alteram o metabolismo lipoprotéico, podem reduzir o HDL-colesterol e, assim, acelerar o processo de aterogênese. Foram então sintetizados novos progestógenos, com perfil metabólico mais próximo à progesterona natural, que exercem menor impacto sobre o metabolismo lipídico e dos carboidratos, tais como o gestodene, desogestrel e norgestimate (ALDRIGHI; SAUERBRONN; PETTA, 2005b).

A elevada atividade progestacional desses progestógenos permitiu reduzir ainda mais a dose dos esteroides nas formulações contraceptivas; por isso, foram lançadas pílulas com 20 mcg de etinilestradiol e 75 mcg de gestodene e, mais recentemente, com 15 mcg de etinilestradiol e 60 mcg de gestodene. Apesar de a expressiva diminuição da dose dos esteroides, conseguiu-se manter adequada inibição do eixo neuroendócrino e reduzir o risco metabólico. Entretanto, a ocorrência de sangramentos intermenstruais aumentou, o que muitas vezes contribui para a descontinuidade no uso do método (ALDRIGHI; SAUERBRONN; PETTA, 2005b).

Deve-se ter como critério, na prescrição de métodos hormonais, adotar, como primeira escolha, a utilização de formulações com baixas doses hormonais. No caso da pílula combinada, formulações que contenham 30 mcg ou menos de etinilestradiol.

ANTICONCEPCIONAIS HORMONAIS ORAIS COMBINADOS

Os anticoncepcionais orais combinados contêm dois hormônios sintéticos, o estrogênio e o progestogênio, semelhantes aos produzidos pelo ovário da mulher. São mais conhecidos como pílula. No Brasil, a pílula é o método anticoncepcional reversível mais utilizado. A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher, realizada em 2006 – PNDS/2006, apontou que, para o total de mulheres entrevistadas vivendo em alguma forma de união, de 15 a 49 anos, 25% utilizam a pílula como método anticoncepcional, que fica dessa forma em segundo lugar na preferência das mulheres, sendo o primeiro lugar ocupado pela esterilização feminina, 29% (BRASIL, 2008).

Tipos

As pílulas combinadas dividem-se em monofásicas, bifásicas e trifásicas.

Nas **monofásicas**, que são as mais comuns, a dose dos esteróides é a mesma nos 21 ou 22 comprimidos ativos da cartela. A apresentação pode ser em cartelas com 21 ou 22 comprimidos ativos ou em cartelas com 28 comprimidos, sendo 21 ou 22 comprimidos ativos, que contêm hormônios, seguidos de 6 ou 7 comprimidos de placebo, de cor diferente, que não contêm hormônios.

As pílulas combinadas **bifásicas** contêm dois tipos de comprimidos ativos, de diferentes cores, com os mesmos hormônios, mas em proporções diferentes. Devem ser tomadas na ordem indicada na embalagem.

As pílulas combinadas **trifásicas** contêm três tipos de comprimidos ativos, de diferentes cores, com os mesmos hormônios, mas em proporções diferentes. Devem ser tomadas na ordem indicada na embalagem.

Dependendo da quantidade de etinilestradiol, classificam-se em pílulas combinadas de baixa dosagem as que contêm 30 microgramas (0,03 mg) ou menos de etinilestradiol, e pílulas de média dosagem as que contêm 50 microgramas (0,05 mg) de etinilestradiol.

É recomendável como primeira opção o uso de pílulas combinadas de baixa dosagem.

Mecanismo de ação

Inibem a ovulação e tornam o muco cervical espesso, dificultando a passagem dos espermatozoides. Provocam ainda alterações nas características físico-químicas do

endométrio, mantendo-o fora das condições para a implantação do blastócito, e interferem na motilidade e na qualidade da secreção glandular tubária.

Eficácia

A eficácia das pílulas anticoncepcionais relaciona-se diretamente à sua forma de administração, ou seja, esquecimento na ingestão de comprimidos e irregularidades na posologia podem interferir. A orientação adequada é fundamental para que as mulheres usem a pílula corretamente.

São muito eficazes quando usadas correta e consistentemente, podendo a sua taxa de falha ser da ordem de 0,1%, ou seja, uma mulher grávida em cada 1.000 mulheres no primeiro ano de uso. Em uso típico ou habitual ou rotineiro, a sua taxa de falha é em torno de 6 a 8%, ou seja, seis a oito gravidezes por 100 mulheres no primeiro ano de uso.

Prazo de validade

De dois a três anos, variando de acordo com o fabricante. A data de fabricação e a data de validade estão impressas na embalagem e também na cartela. O profissional de saúde, ao fornecê-las, deve entregar primeiro aquelas mais próximas do prazo de vencimento.

Efeitos secundários

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

- Alterações de humor, como depressão e menor interesse sexual, que são pouco comuns.
- Náuseas, vômitos e mal-estar gástrico (mais comum nos três primeiros meses).
- Cefaleia leve.
- Leve ganho de peso.
- Nervosismo.
- Acne (pode melhorar ou piorar, mas geralmente melhora).
- Tonteira.
- Mastalgia.
- Alterações do ciclo menstrual: manchas ou sangramentos nos intervalos entre as menstruações, especialmente quando a mulher se esquece de tomar a pílula ou toma tardiamente (mais comum nos três primeiros meses), e amenorreia.
- Cloasma.

Outras alterações físicas possíveis:

- A pressão arterial aumenta alguns pontos (mm Hg). Quando o aumento se deve aos anticoncepcionais orais combinados, a pressão arterial cai rapidamente após a

interrupção do uso deles.

Complicações

- Acidente vascular cerebral.
- Infarto do miocárdio.
- Trombose venosa profunda.

Todas essas complicações acontecem com maior frequência em fumantes de qualquer faixa etária.

Riscos

- Não são recomendados para lactantes, pois afetam a qualidade e quantidade do leite.
- Muito raramente, podem causar acidentes vasculares, trombozes venosas profundas ou infarto do miocárdio, sendo que o risco é maior entre fumantes (mais de 15 cigarros/dia) com 35 anos ou mais.
- Podem aumentar o risco para tumores de fígado, sendo extremamente raros os tumores malignos.
- De acordo com a informação atualmente disponível, a pílula não aumenta o risco para câncer de colo uterino e de mama, porém novos estudos são necessários para se obter conclusões mais precisas. Além disso, existem ainda dúvidas sobre a possível aceleração da evolução de cânceres preexistentes com o uso da pílula.

Pontos-chave

- Proporcionam ciclos menstruais regulares, com sangramento durante menos tempo e em menor quantidade.
- Diminuem a frequência e a intensidade das cólicas menstruais (dismenorreias) e dos ciclos hipermenorrágicos.
- Diminuem a incidência de gravidez ectópica, doença inflamatória pélvica (DIP), câncer de endométrio, câncer de ovário, cistos funcionais de ovário, doença benigna da mama e miomas uterinos.
- Muito eficazes quando em uso correto.
- Não há necessidade de pausas para “descanso”.
- Podem ser usadas desde a adolescência até a menopausa.
- A fertilidade retorna logo após a interrupção de seu uso.
- Não previnem contra DST/HIV/Aids.

A escolha da pílula

Preferencialmente, deve-se sempre optar por pílulas combinadas de baixa dosagem.

Nos casos em que existirem manifestações androgênicas, como hirsutismo e acne, preconizam-se pílulas contendo progestógenos com atividade antiandrogênica – gestodene, acetato de ciproterona, acetato de clormadinona e a drospirenona.

Relatos prévios de sangramentos persistentes com contraceptivos hormonais orais combinados, de baixa dosagem, podem sinalizar a escolha de outra pílula com dose mais alta.

No caso de mulheres que engravidaram usando pílulas de 30 ou 35 mcg de etinilestradiol de forma correta, é prudente substituir por pílula com 50 mcg de etinilestradiol.

Modo de uso – instruções às usuárias

- No primeiro mês de uso, ingerir o primeiro comprimido no primeiro dia do ciclo menstrual ou, no máximo, até o quinto dia. A pílula, se usada corretamente, oferece proteção anticoncepcional já no primeiro ciclo de uso. Quanto mais precoce for o início de uso da pílula em relação ao início do ciclo menstrual, melhor é a sua eficácia nesse ciclo.
- 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 se certificar do seu uso no dia anterior.
- Ao final da cartela, se a cartela for de 21 comprimidos, fazer pausa de sete dias e iniciar nova cartela no oitavo dia. Se a cartela for de 22 comprimidos, fazer pausa de seis dias e iniciar nova cartela no sétimo dia. Alguns tipos de pílulas já possuem cartelas com sete comprimidos placebos (não contêm hormônio), período em que deve ocorrer o sangramento, não sendo necessário haver interrupção de uso da cartela.
- Caso não ocorra a menstruação no intervalo entre as cartelas, mesmo assim, a usuária deve iniciar nova cartela e procurar o serviço de saúde para descartar a hipótese de gravidez.
- Mesmo que a pílula já venha sendo usada por longo período de tempo, não há necessidade de interromper o seu uso para descanso, pois não existe amparo científico que o justifique, sendo causa frequente de ocorrência de gestações.
- A mulher deve informar o uso da pílula sempre que for a qualquer consulta, mesmo que isso não lhe seja perguntado.
- Quando uma mulher começa a usar a pílula, seu organismo precisa de um tempo para se adaptar. Por isso, a mulher não deve interromper o uso da pílula se ocorre-

- rem alguns dos efeitos secundários indicados acima. Esses efeitos não são perigosos e, na maioria das vezes, desaparecem após os três primeiros meses de uso. Se eles continuarem por mais de três meses, a mulher deve procurar o serviço de saúde.
- O exame clínico-ginecológico deve ser realizado em intervalos regulares de 12 meses.
 - Em caso de esquecimento:
 - Se esquecer de tomar uma pílula, tomar a pílula esquecida imediatamente e a pílula regular no horário habitual. Tomar o restante regularmente, uma a cada dia.
 - Se esquecer de tomar duas ou mais pílulas:
 - Tomar uma pílula imediatamente.
 - Usar método de barreira ou evitar relações sexuais durante sete dias.
 - Contar quantas pílulas restam na cartela.
 - Se restam sete ou mais pílulas: tomar o restante como de costume.
 - Se restam menos que sete pílulas: tomar o restante como de costume e iniciar nova cartela no dia seguinte após a última pílula da cartela. Nesse caso, a menstruação pode não ocorrer naquele ciclo.
 - Na ocorrência de coito desprotegido, nesse período, orientar a mulher para o uso de anticoncepção de emergência.
 - Em caso de vômitos e/ou diarreia: vômitos dentro de uma hora após tomar a pílula, há o risco de não ter sido absorvida; por esse motivo, indica-se tomar outra pílula de outra cartela – para isso é importante fornecer à mulher pelo menos uma cartela extra para que ela tenha pílulas em número suficiente para tomar, se vomitar. Diarreia grave ou vômitos durante mais de 24 horas, continuar, se for possível, a tomar a pílula normalmente na sequência indicada na cartela; contudo deve usar camisinha ou evitar relações sexuais até que tenha tomado uma pílula por dia, durante sete dias seguidos, depois que a diarreia e os vômitos cessarem, pois, nessa situação, existe a possibilidade de não absorção dos esteroides da pílula, com consequente perda da ação anticonceptiva.

Interação medicamentosa

As interações entre contraceptivos hormonais orais e outras drogas podem ser de dois tipos:

- Aquelas em que o fármaco diminui a eficácia dos contraceptivos orais, resultando em sangramentos intermenstruais e/ou gravidez. Incluem-se nesse grupo a rifampicina, griseofulvina, antibióticos em geral (embora nem todos), anticonvulsivantes como o fenobarbital, fenitoínas, primidona, carbamazepina, etosuximida. Os antirretrovirais (ARS) 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.

- Aquelas em que os contraceptivos alteram os efeitos de um fármaco. Incluem-se nesse grupo os anticonvulsivantes, antidepressivos, teofilina, certos benzodiazepínicos, anticoagulantes, entre outras drogas.

MEDICAMENTOS QUE PODEM INTERAGIR COM A PÍLULA

GRUPOS	EFEITOS
Analgésicos	A
Antibióticos (Rifampicina)	A
Antifúngicos (Griseofulvina)	A
Anticonvulsivantes	A, B
Hipnóticos	A
Tranquilizantes	A, B
Diuréticos	A
Anti-hipertensivos	B
Hipoglicemiantes	B
Anticoagulantes	B
Antiretrovirais	A

A - diminuição do efeito hormonal

B - Diminuição do efeito terapêutico

Atuação do profissional de saúde

• Primeira consulta:

- Incluir na anamnese a investigação de todas as condições que contraindiquem o uso da pílula.
- Fazer exame físico geral, exame ginecológico, incluindo o exame de mamas (ensinar o autoexame das mamas).
- Explicar detalhadamente a técnica adequada de uso do método, levando em consideração 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), em face da sua melhor tolerabilidade, alta eficácia e baixo custo.
- As pílulas de doses maiores podem ser utilizadas, como medida de exceção, em mulheres com perdas sanguíneas intermenstruais persistentes ou situações de interação medicamentosa.
- Esclarecer à mulher que é frequente a ocorrência de pequeno sangramento intermenstrual durante os primeiros meses de uso da pílula combinada de baixa dosagem. Nessa situação, ela deve ser orientada a continuar o uso da pílula. Durante o período de uso, se o sangramento persistir por mais de 10 dias, a mulher deve procurar o serviço de saúde.
- Permanecendo o sangramento intermenstrual após três meses em mulheres que usam a pílula corretamente, impõe-se a realização de exame ginecológico minucioso, para afastar outras etiologias.

- Orientar que é absolutamente necessário procurar assistência médica imediata em serviço de emergência ou hospital, quando do aparecimento de sintomas atípicos, tais como aparecimento ou agravamento de cefaleia, 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.
 - Esclarecer que a pílula não protege contra as DST/HIV/Aids.
 - Incentivar a adoção da dupla proteção – uso associado do preservativo, masculino ou feminino, com a pílula.
- **Consultas de retorno:** o 1º retorno deve ser após 30 dias de uso da pílula. O retorno seguinte, após três meses de uso do método. Os retornos subsequentes devem ser anuais. Retornos mais frequentes devem ser agendados para usuárias com patologias associadas, tais como hipertensão arterial leve, diabetes, entre outras. Nas consultas de retorno:
 - Avaliar as condições de uso da pílula – regularidade na ingestão, tolerância, aceitabilidade, entre outras.
 - Indagar sobre a satisfação com o método em uso.
 - Checar o modo de uso do método – reorientar.
 - Indagar sobre possíveis efeitos secundários e avaliar a gravidade dos mesmos.
 - Pesquisar o aparecimento de condições clínicas que possam significar contraindicação ao uso da pílula.
 - Avaliar peso e pressão arterial em cada retorno.
 - Realizar exame físico geral anual.
 - Realizar exame ginecológico anual, incluindo o exame de mama.
 - Colher material para colpocitologia oncótica, de acordo com o protocolo vigente.
 - O fornecimento sistemático da pílula pelo serviço de saúde não precisa estar vinculado a uma consulta naquele serviço de saúde.

Sinais de alerta

- Dor intensa e persistente no abdome, tórax ou membros.
- Cefaleia intensa que começa ou piora após o início do uso da pílula.
- Perda breve de visão.
- Escotomas cintilantes ou linhas em zigue-zague.

Manejo das intercorrências ou complicações

- **Náuseas:** sugerir tomar a pílula à noite ou após uma refeição.
- **Cefaleia leve:** sugerir o uso de um analgésico.
- **Efeitos secundários menores que duram mais de três meses:** se a mulher prefere pílula, oferecer outro anticoncepcional oral combinado ou pílula apenas de progesterona – minipílula.
- **Amenorreia na vigência de uso da pílula:**
 - Perguntar se está realmente tomando a pílula diariamente.
 - Perguntar se esqueceu de tomar duas ou mais pílulas consecutivamente: nesse caso, há possibilidade de gravidez.
 - Recomendar a interrupção do uso da pílula e sugerir o uso da camisinha até a próxima menstruação ou até que a possibilidade de gravidez seja afastada.
- **Manchas ou sangramentos intermenstruais**
 - Perguntar se esqueceu de tomar alguma pílula, se apresentou vômitos ou diarreia, se está tomando rifampicina ou anticonvulsivante.
 - Esclarecer que é frequente a ocorrência de pequeno sangramento intermenstrual durante os primeiros meses do uso da pílula.
 - Se o sangramento persistir por mais de 10 dias, deve ser investigado.
 - Permanecendo o sangramento intermenstrual após três meses, investigar para afastar outras etiologias.
- **Sangramento vaginal anormal:** orientar a continuar usando a pílula, enquanto o problema está sendo avaliado.
- **Cefaleias muito severas:** orientar a mudar para outro método.

Critérios de elegibilidade médica para uso de anticoncepcionais orais combinados de baixa dosagem

- **Categoria I:** o método pode ser usado sem restrições.
- Desde a menarca até os 40 anos de idade – há preocupações teóricas sobre o uso da pílula combinada entre adolescentes muito jovens, que não tem evidência científica. Por sua vez, o risco de doenças cardiovasculares aumenta com a idade e pode também aumentar com o uso da pílula combinada. Na ausência de condições clínicas adversas, elas podem ser usadas até a menopausa.
- Nuliparidade ou multiparidade.

Continua...

Continuação

- 21 dias pós-parto ou mais, em mulheres que não amamentam – há preocupações teóricas sobre a associação entre uso de anticoncepcionais orais combinados antes de três semanas após o parto e o risco de trombose na mãe. A coagulação sanguínea e a fibrinólise normalizam-se três semanas após o parto.
- Pós-aborto (primeiro ou segundo trimestre ou aborto infectado) – a pílula pode ser usada imediatamente após o aborto.
- Antecedente de gravidez ectópica – a pílula combinada tem efeito protetor contra gravidez ectópica.
- Antecedente de cirurgia pélvica.
- História de diabetes gestacional.
- Cirurgia de pequeno porte sem imobilização.
- Varizes.
- Cefaleia leve.
- Epilepsia – a condição em si não restringe o uso da pílula. Entretanto, algumas drogas anticonvulsivantes podem diminuir a eficácia da pílula.
- 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 sanguínea.
- Endometriose – a pílula pode aliviar os sintomas de endometriose.
- Tumores ovarianos benignos (incluindo cistos).
- Dismenorreia grave – a pílula pode aliviar os sintomas.
- Doença trofoblástica gestacional benigna ou maligna.
- Doença mamária benigna.
- História familiar de câncer de mama.
- Ectopia cervical.
- Câncer de ovário ou de endométrio, no período em que a mulher está aguardando tratamento – 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. Em geral, o tratamento da doença deixa a mulher infértil.
- Mioma uterino – a pílula combinada não produz aumento dos miomas uterinos.
- Doença inflamatória pélvica no passado, com ou sem gravidez subsequente, ou atual – a pílula reduz o risco para doença inflamatória pélvica, mas não protege contra DST/HIV/Aids.

- **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.
- Amamentação – iniciar seis 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 da pílula. Na ausência de condições clínicas desfavoráveis, pode ser usada até a menopausa.
- Fumante com menos de 35 anos de idade.
- Obesidade (IMC maior ou igual a 30 kg/m²) – obesidade é fator de risco para tromboembolismo venoso.
- História de hipertensão gestacional (se a pressão arterial atual é normal) – alguns estudos sugerem que mulheres com antecedente de hipertensão gestacional usuárias de pílula podem apresentar aumento do risco para infarto e tromboembolismo venoso.
- Diabetes sem doença vascular (insulinodependente 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.
- Doença cardíaca valvular não complicada – o uso da pílula por mulheres portadoras de doença cardíaca valvular aumenta o risco para trombose arterial.
- Cefaleia leve ou grave, exceto enxaqueca (para continuação do uso).
- Sangramento vaginal inexplicado (antes da investigação) – avaliar a categoria após a investigação.
- Nódulo mamário sem diagnóstico – a grande maioria dos nódulos mamários em mulheres em idade reprodutiva é benigna; a investigação deve ser o mais rápida possível.
- Neoplasia cervical intraepitelial (NIC) – existe alguma preocupação de que o uso da pílula possa, a longo prazo, acelerar a progressão de NIC para doença invasiva.
- Câncer de colo uterino, aguardando tratamento.
- Doença da vesícula biliar tratada com cirurgia ou assintomática.
- Antecedente de colestase associada à gravidez – história de colestase associada à gravidez pode indicar aumento do risco para colestase associada à pílula.
- Anemia falciforme – mulheres com anemia falciforme são predispostas à oclusão da circulação microvascular. A pílula combinada pode afetar a coagulação, a viscosidade sanguínea e a frequência e gravidade das crises falciformes.

- **Categorias 3 e 4:** o método não deve ser usado. Os riscos possíveis e comprovados superam os benefícios do método.
- Lactantes com menos de seis semanas após o parto e entre seis semanas e menos de seis meses pós-parto – nos primeiros seis meses pós-parto, o uso do anticoncepcional oral combinado diminui a quantidade e a qualidade do leite e pode afetar adversamente a saúde da criança.
- < 21 dias pós-parto (não lactantes) – há preocupações teóricas sobre a associação entre uso de anticoncepcionais orais combinados antes de três semanas pós-parto e o risco de trombose na mulher. A coagulação sanguínea e a fibrinólise normalizam-se em torno de três semanas pós-parto.
- Idade maior ou igual a 35 anos e fumante.
- Múltiplos fatores de risco para doença cardiovascular, como idade avançada, fumo, diabetes e hipertensão arterial – quando uma mulher apresenta múltiplos fatores de risco para doença cardiovascular simultaneamente, o uso do anticoncepcional oral combinado pode aumentar o risco até um nível inaceitável.
- História de hipertensão arterial, onde a pressão arterial não pode ser avaliada, incluindo história de hipertensão gestacional.
- Hipertensão adequadamente controlada, onde a pressão arterial pode ser avaliada.
- Hipertensão arterial: PA sistólica 140-159 ou PA diastólica 90-99 ou níveis pressóricos mais elevados.
- Cardiopatia isquêmica.
- Antecedente de acidente vascular cerebral – AVC.
- Doença cardíaca valvular complicada (hipertensão pulmonar, fibrilação atrial, história de endocardite bacteriana).
- Enxaqueca sem sintomas neurológicos focais e idade menor que 35 anos (para continuação do uso) – mulheres portadoras de enxaqueca com sintomas neurológicos focais apresentam maior risco para AVC do que as assintomáticas. Além disso, o uso do anticoncepcional oral combinado aumenta em até 2-4 vezes o risco para AVC entre mulheres com enxaqueca.
- Enxaqueca sem sintomas neurológicos focais e idade maior ou igual a 35 anos (para início de uso) – mulheres portadoras de enxaqueca com sintomas neurológicos focais apresentam maior risco para AVC do que as assintomáticas. Além disso, o uso do anticoncepcional oral combinado aumenta em até 2-4 vezes o risco para AVC entre mulheres com enxaqueca.
- Enxaqueca com sinais neurológicos focais.
- Câncer de mama atual ou 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.

ANTICONCEPCIONAIS HORMONAIS ORAIS APENAS DE PROGESTOGÊNIO – MINIPÍLULAS

Os anticoncepcionais orais apenas de progestogênio contêm uma dose muito baixa de progestogênio. Eles não contêm estrogênio. Também são conhecidos como minipílulas. São os anticoncepcionais orais mais apropriados para a mulher que amamenta. Porém mulheres que não estão amamentando também podem usá-los.

Tipos

Esses anticoncepcionais são encontrados em embalagens com 28 ou 35 comprimidos ativos. Todos os comprimidos têm a mesma composição e dose.

Algumas das formulações disponíveis no Brasil são:

- Noretisterona 0,35 mg com 35 comprimidos ativos.
- Levonorgestrel 0,03 mg com 35 comprimidos ativos.
- Linestrenol 0,5 mg com 28 comprimidos ativos.
- Desogestrel 75 mcg com 28 comprimidos ativos.

Mecanismo de ação

As minipílulas apresentam mecanismo de ação e eficácia diferentes dos descritos para as pílulas combinadas. Livres do componente estrogênico e com menores doses de progestógenos, inibem a ovulação em 15 a 40% dos casos. Sua ação é mais pronunciada sobre o endométrio e o muco cervical (promovem o espessamento do muco cervical, dificultando a penetração dos espermatozoides). Por isso, seu efeito contraceptivo é mais baixo em relação às pílulas combinadas (ALDRIGHI; SAUERBRONN; PETTA, 2005b).

A ausência do componente estrogênico permite sua utilização nas situações em que há contraindicação ao uso desse esteroide, como as doenças cardiovasculares, tabagismo e amamentação.

Eficácia

- **Para a lactante:** é muito eficaz quando usada de forma correta e consistente, com taxa de falha de aproximadamente 0,5 em cada 100 mulheres em um ano. A eficácia em uso típico também é alta, com taxa de falha de aproximadamente uma gravidez para cada 100 mulheres em um ano. A alta eficácia durante a lactação explica-se porque a lactação, especialmente quando exclusiva e nos primeiros seis meses, oferece alta taxa de proteção.
- **Para a não lactante:** a eficácia em uso correto e consistente não é tão alta quanto à da pílula combinada. Não existe muita informação sobre a eficácia desse método em uso típico fora da lactação, mas a maioria dos autores concorda que a taxa de gravidez é mais alta do que a das pílulas combinadas. Os estudos disponíveis mostram resultados muito variáveis. A taxa de gravidez da minipílula é influenciada pela maneira como é tomada.

Quando não é tomada regularmente a cada 24 horas, a taxa de falha aumenta. As taxas de incidência de gravidez para as minipílulas em uso típico, fora da amamentação, não estão disponíveis. (HATCHER; RINEHART; BLACKBURN; GELLER; SHELTON, 2001; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; JOHNS HOPKINS; AGÊNCIA PARA O DESENVOLVIMENTO INTERNACIONAL DOS ESTADOS UNIDOS, 2007).

Prazo de validade

De dois a cinco anos, variando com o fabricante. A data de fabricação e a data de validade estão impressas na embalagem e também na cartela. O profissional de saúde, ao fornecer as cartelas, deve entregar primeiro aquelas mais próximas do prazo de vencimento.

Efeitos secundários

Os principais efeitos secundários que podem estar relacionados com o uso da minipílula são:

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

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

Para as lactantes, as alterações menstruais podem não ser percebidas ou não representam incômodo, porque essas mulheres habitualmente não têm ciclos regulares. As minipílulas podem prolongar a amenorreia durante a amamentação.

Riscos

O risco mais importante é a falha anticoncepcional. Para minimizar o risco de gravidez, deve ser tomada sempre na mesma hora, todos os dias. Algumas horas de atraso já são suficientes para aumentar o risco de gravidez em mulheres que não estão amamentando. Esse risco aumenta significativamente se ela se esquece de tomar duas ou mais pílulas (HATCHER; RINEHART; BLACKBURN; GELLER; SHELTON, 2001).

As usuárias desse método apresentam maior risco de gravidez ectópica do que as usuárias de anticoncepcional oral combinado e de DIU, porém o risco é menor do que entre as que não estão usando nenhum método anticoncepcional (HATCHER; RINEHART; BLACKBURN; GELLER; SHELTON, 2001).

Pontos-chave

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

- Não apresentam os efeitos colaterais do estrogênio. Não aumentam o risco de complicações relacionadas ao uso de estrogênio, tais como infarto do miocárdio ou acidente vascular cerebral.
- Menor risco de efeitos colaterais relacionados ao uso de progestogênio, tais como acne e aumento de peso, do que com o uso de anticoncepcionais orais combinados.
- Podem ajudar a prevenir doenças benignas de mama, câncer de endométrio, câncer de ovário, doença inflamatória pélvica.
- Boa escolha para as lactantes que desejam um anticoncepcional oral.
- Muito eficazes durante a amamentação.
- Dosagem bastante reduzida.
- Não diminui a produção do leite materno.
- Não apresentam os efeitos colaterais do estrogênio.
- Quando usadas fora da amamentação, alterações menstruais são comuns, especialmente ciclo menstrual irregular e sangramento nos intervalos. Isso não constitui perigo ou sinal de perigo.
- Não protegem contra DST/HIV/Aids.

Modo de uso – instruções às usuárias

- Nas lactantes, o uso deve ser iniciado após seis semanas do parto. A amamentação exclusiva previne a gravidez eficazmente pelo menos por seis meses ou até a menstruação retornar, o que ocorrer primeiro. Os anticoncepcionais orais apenas de progestogênio garantem proteção adicional se a opção da usuária for por anticoncepção oral durante a amamentação.
- Se a menstruação já retornou, a mulher pode começar a tomar os anticoncepcionais orais apenas de progestogênio a qualquer momento, desde que se tenha certeza de que ela não está grávida. Se não há certeza em relação à gravidez, a mulher deve evitar relações sexuais ou usar camisinha até a primeira menstruação e, então, começar a tomar os anticoncepcionais orais apenas de progestogênio.
- Após o parto, se a mulher não estiver amamentando, a minipílula pode ser iniciada imediatamente, ou a qualquer momento durante as quatro primeiras semanas após o parto. Não há necessidade de esperar o retorno da menstruação.
- Após aborto espontâneo ou provocado, no primeiro ou no segundo trimestre, pode ser iniciada imediatamente ou nos primeiros sete dias após o aborto, ou a qualquer momento, desde que se tenha certeza de que a mulher não está grávida.
- Durante a menstruação normal, a minipílula pode ser iniciada em qualquer momento, desde que se tenha certeza de que a mulher não está grávida. Pode também ser iniciada nos primeiros cinco dias de menstruação, preferencialmente no primeiro dia, não sendo necessário o uso de outro método para proteção adi-

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

- O uso da minipílula é contínuo, não deve haver intervalo entre as cartelas; a mulher deve tomar uma pílula todos os dias, sempre no mesmo horário, porque o atraso de algumas horas na ingestão da minipílula aumenta o risco de gravidez. O esquecimento de duas ou mais pílulas aumenta mais ainda esse risco.
- Quando uma cartela termina, no dia seguinte ela deve tomar a primeira pílula da próxima cartela (não deixar dias de descanso). Todas as pílulas da cartela são ativas.
- Se a mulher atrasou a ingestão da pílula mais do que três horas ou esqueceu alguma pílula e já não amamenta ou amamenta, mas a menstruação já retornou, deve tomar a pílula esquecida assim que possível, e continuar tomando uma pílula por dia, normalmente. Entretanto, além disso, deve ser orientada a evitar relações sexuais ou usar camisinha por dois dias.
- Orientar a mulher sobre os efeitos secundários mais comuns, explicando que não são sinais de doenças, desaparecendo, em geral, após os três primeiros meses de uso, e que muitas mulheres não os apresentam. A usuária deve ser alertada sobre possíveis alterações no padrão menstrual (intervalo, duração e sangramentos intermenstruais). Em caso de efeitos secundários mais comuns, continuar a tomar a pílula; os sintomas podem se agravar se suspender o uso e o risco de gravidez aumenta. No caso de *spotting* (manchas) ou sangramento irregular, a mulher deve procurar tomar a pílula todos os dias, no mesmo horário.
- Em caso de vômito dentro de uma hora após tomar a pílula, há o risco de não ter sido absorvida; por esse motivo, indica-se tomar outra pílula de outra cartela – para isso é importante fornecer à mulher pelo menos uma cartela extra para que ela tenha pílulas em número suficiente para tomar se vomitar.
- Diarreia grave ou vômitos durante mais de 24 horas, continuar, se for possível, a tomar a pílula normalmente na sequência indicada na cartela; contudo deve usar camisinha ou evitar relações sexuais até que tenha tomado uma pílula por dia, durante sete dias seguidos, depois que a diarreia e os vômitos cessarem, pois, nessa situação, existe a possibilidade de não absorção da pílula e perda da ação anticonceptiva.

Interação medicamentosa

Pode haver interação com a rifampicina, griseofulvina e anticonvulsivantes (fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, 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 antirretrovirais (ARV) disponíveis para o controle de infecção pelo HIV.

Atuação do profissional de saúde**• Primeira consulta:**

- Incluir na anamnese a investigação de todas as condições que contraindiquem o uso da pílula.
- Fazer exame físico geral, exame ginecológico, incluindo o exame de mamas (ensinar o autoexame das mamas).
- Explicar detalhadamente a técnica adequada de uso do método, levando em consideração 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 necessário procurar assistência médica imediata em serviço de emergência ou hospital, quando do aparecimento de sintomas atípicos, tais como aparecimento ou agravamento de cefaleia, 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.
- Esclarecer que a pílula não protege contra DST/HIV/Aids.
- Incentivar a adoção da dupla proteção – uso associado do preservativo, masculino ou feminino, com a pílula.
- O fornecimento do método pode ser feito pelo serviço de saúde, independentemente de ter ocorrido uma consulta naquele serviço.

• Consultas de retorno: o primeiro retorno deve ser após 30 dias de uso da pílula. O retorno seguinte, após três meses de uso do método. Os retornos subsequentes devem ser anuais. Retornos mais frequentes para usuárias com patologias associadas, tais como hipertensão arterial leve, diabetes, entre outras. Nas consultas de retorno:

- Avaliar as condições de uso da pílula – regularidade na ingestão, tolerância, aceitabilidade, entre outras.
- Indagar sobre a satisfação com o método em uso.
- Checar o modo de uso do método – reorientar.
- Pesquisar o aparecimento de condições clínicas que possam significar contraindicação ao uso da pílula.
- Avaliar peso e pressão arterial em cada retorno.
- Realizar exame físico geral anual.
- Realizar exame ginecológico anual, incluindo o exame de mama.
- Colher material para colpocitologia oncótica, de acordo com o protocolo vigente.
- O fornecimento sistemático da pílula não precisa estar vinculado a uma consulta no serviço.

Sinais de alerta

- Sangramento excessivo.
- Cefaleia intensa que começou ou piorou após o início da minipílula.
- Icterícia.
- Possibilidade de gravidez.

Manejo das intercorrências ou complicações

- **Amenorreia, sangramento irregular ou manchas (spotting), na lactante:** tranquilizar a mulher e lhe dizer que essas situações são normais durante a amamentação, com ou sem o uso de minipílula.
- **Amenorreia, sangramento irregular ou manchas (spotting), em mulheres que não estão amamentando:** perguntar se a mulher está menstruando regularmente com o uso da minipílula e a menstruação falhou de repente. Nesse caso, ela pode ter ovulado e deve-se descartar gravidez.
- **Sangramento vaginal inexplicado e anormal, que sugira gravidez ectópica ou doença de base, subjacente:** explicar à mulher que ela pode continuar tomando a pílula enquanto se submete à investigação. Explicar ainda que a minipílula às vezes altera a menstruação e que isso não é prejudicial.
- **Cefaleia intensa com visão turva (enxaqueca):** a minipílula pode ser usada com segurança; a mulher deverá trocar por um método não hormonal se a cefaleia começou ou piorou após ter iniciado o uso da pílula e se a cefaleia é acompanhada de visão turva, perda temporária de visão, escotomas cintilantes, linhas em zigue-zague, dificuldade para falar e se locomover.

Critérios de elegibilidade médica para uso de anticoncepcionais apenas de progestogênio – minipílula, injetável trimestral (acetato de medroxiprogesterona de depósito-AMP-D) e implantes subcutâneo.

- **Categoria I:** o método pode ser usado sem restrições.
- Lactantes: iniciar seis semanas após o parto.
- Não lactantes: podem ser iniciados com menos de 21 dias ou 21 dias ou mais – os anticoncepcionais apenas de progestogênio podem ser iniciados imediatamente após o parto.
- Pós-aborto (primeiro ou segundo trimestre ou aborto séptico): podem ser iniciados imediatamente após o aborto.
- Idade de 18 anos a 45 anos – para mulheres com menos de 18 anos, há preocupação teórica em relação ao efeito hipoestrogênico, especialmente do AMP-D. Nova evidência: três estudos sobre o uso de norplant, um em adolescentes e dois em adultas, mostraram não haver diminuição de densidade óssea em usuárias de longo tempo, comparadas com não usuárias. Para mulheres com mais de 45 anos, há preocupações teóricas sobre o efeito hipoestrogênico, especialmente do AMP-D, e se as mulheres podem recuperar a perda óssea depois de parar o uso de AMP-D.

Continua...

Continuação

157

CADERNOS DE
ATENÇÃO BÁSICA

- Fumante (qualquer idade).
- História de pré-eclâmpsia, onde a pressão arterial pode ser avaliada e é normal.
- História de diabetes gestacional.
- História familiar de doença tromboembólica (parentesco de primeiro grau).
- Cirurgia de grande porte sem imobilização prolongada.
- Cirurgia de pequeno porte sem imobilização.
- Varizes.
- Tromboflebite superficial.
- Doença cardíaca valvular complicada (hipertensão pulmonar, fibrilação auricular, história de endocardite bacteriana subaguda) ou não.
- Cefaleia (do tipo não enxaqueca, leve ou severa).
- Doença mamária benigna.
- História familiar de câncer de mama.
- Ectopia cervical.
- Câncer de ovário ou de endométrio (durante a espera do tratamento. Em geral, o tratamento dessas doenças deixa a mulher infértil).
- Doença inflamatória pélvica (DIP) no passado, com ou sem gravidez subsequente. DIP atual ou nos últimos três meses.
- Doença sexualmente transmissível (DST) atual ou nos últimos três meses, incluindo cervicite purulenta, ou risco aumentado para DST (parceiros múltiplos ou parceiro que tem múltiplos parceiros).
- HIV positivo ou Aids ou risco para HIV.
- História de colestase relacionada à gravidez.
- Portador assintomático de hepatite viral – embora seja metabolizado pelo fígado, o progestágeno parece exercer efeito mínimo sobre a função hepática.
- Mioma uterino.
- Obesidade: IMC igual ou $> 30 \text{ kg/m}^2$.
- Tireoidopatias (bócio simples, hipertireoidismo, hipotireoidismo).
- Talassemia.
- Doença trofoblástica gestacional benigna ou maligna.
- Anemia falciforme.
- Anemia ferropriva.

- **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.
- Hipertensão arterial adequadamente controlada, onde a pressão arterial pode ser diagnosticada.
- História de hipertensão arterial, onde a pressão arterial não pode ser avaliada (incluindo hipertensão durante a gravidez).
- Idade: desde a menarca até mais de 45 anos.
- História de doença tromboembólica.
- Cirurgia de grande porte com imobilização prolongada.
- Diabetes (insulinodependente ou não).
- Hiperlipidemias.
- Enxaqueca, sem sintomas neurológicos focais e em qualquer idade (para continuação de uso).
- Sangramento vaginal irregular não volumoso, ou volumoso e prolongado.
- Sangramento vaginal inexplicado (antes da investigação) – se existe suspeita de gravidez ou alguma condição médica subjacente, deve-se ajustar a categoria após a avaliação, modificando para Categoria 3 e 4.
- Nódulo mamário sem diagnóstico – a grande maioria dos nódulos mamários em mulheres em idade reprodutiva é benigna; a investigação deve ser o mais rápida possível.
- Neoplasia cervical intraepitelial (NIC).
- 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 a anticoncepcionais apenas de progestogênio.
- Doença biliar sintomática ou assintomática.
- 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 entre mulheres que não usam métodos.

- **Categorias 3 e 4:** o método não deve ser usado. Os riscos possíveis e comprovados superam os benefícios do método.
- Lactantes com menos de seis semanas pós-parto – existe a preocupação com o risco de exposição do recém-nascido aos hormônios esteroides durante as primeiras seis semanas pós-parto.
- Doença tromboembólica atual – teoricamente, o progestágeno pode aumentar o risco para trombose, embora esse risco seja menor do que com os anticoncepcionais hormonais combinados.
- Fatores de risco múltiplos para doença cardiovascular (tais como idade, tabagismo, diabetes e hipertensão).
- 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.
- Diabetes com doenças vasculares (nefropatia, retinopatia, neuropatia) ou com mais de 20 anos de duração
- Enxaqueca com sintomas neurológicos focais (em qualquer idade).
- Câncer de mama atual ou no passado e sem evidência de doença nos últimos cinco anos.
- Hepatite viral aguda – existe a preocupação com o risco em mulheres com doença hepática ativa, porém menor do que com a pílula combinada.
- Sangramento vaginal inexplicado.
- 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 podem reduzir a eficácia da minipílula.

ANTICONCEPCIONAL HORMONAL INJETÁVEL

A. Anticoncepcional injetável combinado mensal – injetável mensal

Os anticoncepcionais injetáveis mensais são combinados e, em suas diferentes formulações, contêm um éster de um estrogênio natural, o estradiol e um progestogênio sintético, diferentemente dos anticoncepcionais orais combinados, nos quais ambos os hormônios são sintéticos.

Tipos

No Brasil, dispomos de três associações:

- 50 mg de enantato de noretisterona + 5 mg de valerato de estradiol.
- 25 mg de acetato de medroxiprogesterona + 5 mg de cipionato de estradiol.
- 150 mg de acetofenido de diidroxiprogesterona + 10 mg de enantato de estradiol.

Mecanismo de ação

Inibem a ovulação e tornam o muco cervical espesso, impedindo a passagem dos espermatozoides. Provocam, ainda, alterações no endométrio.

Eficácia

São muito eficazes. A taxa de falha desse método varia de 0,1% a 0,3%, durante o primeiro ano de uso.

A recuperação da fertilidade após o uso de injetáveis mensais é rápida, quando comparada com os que contêm somente progestogênio (injetável trimestral). Em média, o retorno da ovulação acontece em 60 a 90 dias após a última injeção.

Prazo de validade

O prazo de validade do anticoncepcional injetável combinado mensal varia de três a cinco anos. A data de fabricação e a data de validade estão impressas na embalagem. O profissional de saúde, ao aplicar a injeção, deve aplicar primeiro a que estiver mais próxima do fim do prazo de validade.

Efeitos secundários

- Alterações do ciclo menstrual: manchas ou sangramento nos intervalos entre as menstruações, sangramento prolongado e amenorreia.
- Ganho de peso.
- Cefaleia.
- Náuseas e/ou vômitos.
- Mastalgia.

Riscos

- Embora não existam dados sobre os efeitos dos anticoncepcionais injetáveis mensais sobre a composição e a quantidade do leite materno, seu uso entre as lactantes deve ser evitado, pelo menos até o sexto mês após o parto.
- Para evitar o risco de doença tromboembólica no período puerperal, não devem ser utilizados antes dos 21 dias após o parto, entre não lactantes.
- Podem causar acidentes vasculares, trombozes venosas profundas ou infarto do miocárdio, sendo que o risco é maior entre fumantes (mais de 20 cigarros/dia), com 35 anos ou mais.

- A eventual relação entre o uso desses contraceptivos e risco de câncer ginecológico e mamário tem sido pouco estudada. Porém o seu uso poderia acelerar a evolução de cânceres preexistentes.

Pontos-chave

- Diminuem a frequência e a intensidade das cólicas menstruais.
- A fertilidade retorna em tempo mais curto do que com os injetáveis trimestrais.
- Ajudam a prevenir problemas, tais como gravidez ectópica, câncer de endométrio, câncer de ovário, cistos de ovário, doença inflamatória pélvica, doenças mamárias benignas e miomas uterinos.
- Método muito efetivo
- O padrão menstrual altera-se menos do que com os injetáveis trimestrais.
- Possivelmente menos riscos estrogênicos porque contêm estrogênios naturais.
- **Não protegem contra DST/HIV/Aids.**

Modo de uso – instruções às usuárias

- A primeira opção deve recair sobre os injetáveis mensais que contenham 5 mg de estrogênio.
- A primeira injeção deve ser feita até o quinta dia do início da menstruação. As aplicações subsequentes devem ocorrer a cada 30 dias, mais ou menos três dias, independentemente da menstruação.
- O anticoncepcional injetável combinado mensal oferece proteção anticoncepcional já no primeiro ciclo de uso. Não há necessidade de pausas para “descanso”, após um longo período de uso.
- Deve-se aplicar por via intramuscular profunda, na parte superior do braço (músculo deltoide) ou na nádega (músculo glúteo, quadrante superior lateral).
- Após a aplicação, não deve ser feita massagem ou aplicação de calor local, para evitar difusão do material injetado.
- É obrigatório o uso de seringas e agulhas estéreis e descartáveis, agitando-se bem a ampola do anticoncepcional e aspirando-se todo o conteúdo para a administração da dose adequada.
- Se houver atraso de mais de três dias para a aplicação da nova injeção, a mulher deve ser orientada para o uso da camisinha ou evitar relações sexuais até a próxima injeção.

Interação medicamentosa

Não existem estudos acerca do uso concomitante dos injetáveis mensais com rifampicina ou anticonvulsivantes, porém acredita-se que essas drogas não diminuem a eficácia anticoncepcional (PETTA; BASSALOBRE; ALDRIGHI, 2005).

Os antirretrovirais (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 indicado.

Atuação do profissional de saúde

- **Primeira consulta:**

- Incluir na anamnese a investigação de todas as condições que contraindiquem o uso do injetável mensal.
- Fazer exame físico geral, exame ginecológico, incluindo o exame de mamas (ensinar o autoexame).
- Explicar detalhadamente a técnica adequada de uso do método, levando em consideração os antecedentes e as circunstâncias individuais de cada mulher.
- Recomendar à mulher que informe o uso do injetável sempre que for a qualquer consulta médica, mesmo que isso não lhe seja perguntado.
- Orientar que é absolutamente necessário procurar assistência médica imediata em serviço de emergência ou hospital quando do aparecimento de sintomas atípicos, tais como aparecimento ou agravamento de cefaleia, com sinais neurológicos; hemorragias; dor intensa e persistente no abdômen, tórax ou membro; alteração visual de aparecimento súbito (escotomas cintilantes ou linhas em zigue-zague, perda breve de visão); icterícia.
- Agendar retorno dentro de 30 dias.
- Esclarecer que a injeção não protege contra DST/HIV/Aids.
- Incentivar a adoção da dupla proteção – uso associado do preservativo, masculino ou feminino, com o injetável mensal.
- É recomendável o uso da anticoncepção de emergência na ocorrência de coito desprotegido, quando houver atraso em mais de três dias na administração da injeção.
- O fornecimento do método pode ser feito pelo serviço de saúde, independentemente de ter ocorrido consulta naquele serviço.

- **Consultas de retorno:** o primeiro retorno deve ser após 30 dias de uso da injeção. O retorno seguinte após três meses de uso do método. Os retornos subsequentes devem ser anuais. Retornos mais frequentes para usuárias com patologias associadas, tais como hipertensão arterial leve, diabetes, entre outras. Nas consultas de retorno:
 - Avaliar as condições de uso do injetável mensal – regularidade na aplicação, tolerância, aceitabilidade, entre outras.
 - Indagar sobre a satisfação com o método em uso.
 - Checar o modo de uso do método – reorientar.

- Pesquisar o aparecimento de condições clínicas que possam significar contraindicação ao uso do injetável mensal.
- Avaliar peso e pressão arterial em cada retorno.
- Realizar exame físico geral anual.
- Realizar exame ginecológico anual, incluindo o exame de mama.
- Colher material para colpocitologia oncótica, de acordo com o protocolo vigente.
- O fornecimento sistemático do injetável mensal não precisa estar vinculado a uma consulta no serviço.

Sinais de alerta

- Sangramento excessivo.
- Cefaleia intensa que começou ou piorou após o início de uso do injetável mensal.
- Icterícia.
- Dor intensa e persistente no abdome, tórax ou membros.
- Perda breve de visão.
- Escotomas cintilantes ou linhas em zigue-zague.
- Possibilidade de gravidez.

Manejo das intercorrências ou complicações

- **Amenorreia:** embora seja incomum, pode ocorrer, mas não compromete a saúde da mulher. Caso ocorra, deve-se tranquilizar a mulher. Se há sintomas ou razões para a suspeita de gravidez, investigar adequadamente.
- **Sangramento mais volumoso ou prolongado do que o usual:** tranquilizar a mulher, explicando que é comum nos três primeiros meses de uso e não traz riscos à saúde. Se o sangramento a incomoda, mas ela deseja continuar usando o anticoncepcional injetável mensal, pode-se tentar melhorá-lo com o uso de estrogênio ou anticoncepcionais orais combinados ou inibidores de prostaglandina. Se ela não desejar continuar usando, ajudar na escolha de outro método anticoncepcional. Sugerir a ingestão de alimentos ricos em ferro ou suplementação com ferro, se necessário.
- **Sangramento vaginal anormal e inexplicado, que sugira doença de base subjacente:** explicar à mulher que ela pode continuar usando o injetável mensal enquanto se submete à investigação. Avaliar a possibilidade de gravidez.
- **Cefaleia leve:** sugerir o uso de analgésico.
- **Efeitos colaterais menores que duram mais de três meses:** se a mulher preferir, ajudar a escolher outro método anticoncepcional.

Critérios de elegibilidade clínica para uso de anticoncepcionais injetáveis combinados mensais – injetável mensal

- **Categoria I:** o método pode ser usado sem restrições.
- Desde a menarca até os 40 anos de idade – a preocupação teórica sobre o uso de anticoncepcionais injetáveis combinados mensais por adolescentes muito jovens não tem sido cientificamente provada. O risco de doença cardiovascular aumenta com a idade e pode aumentar com o uso dos anticoncepcionais injetáveis combinados mensais.
- Nuliparidade ou multiparidade.
- 21 dias pós-parto ou mais, em mulheres que não amamentam – há preocupações teóricas sobre a associação entre o uso de anticoncepcionais injetáveis combinados antes de três semanas após o parto e o risco de trombose na mãe. A coagulação sanguínea e a fibrinólise normalizam-se três semanas após o parto.
- Pós-aborto (primeiro ou segundo trimestre ou aborto infectado) – a injeção mensal pode ser usada imediatamente após o aborto.
- Antecedente de gravidez ectópica – o injetável mensal tem efeito protetor contra gravidez ectópica.
- Antecedente de cirurgia pélvica.
- História de diabetes gestacional.
- Cirurgia de pequeno porte sem imobilização.
- Varizes.
- Cefaleia leve.
- Epilepsia.
- Sangramento vaginal, irregular, não volumoso ou volumoso e prolongado – modificações no padrão menstrual são comuns em mulheres na idade reprodutiva. O injetável mensal pode reduzir a perda sanguínea.
- Endometriose – o injetável mensal pode aliviar os sintomas de endometriose.
- Tumores ovarianos benignos (incluindo cistos).
- Dismenorreia grave – o injetável mensal pode aliviar os sintomas de dismenorreia.
- Doença trofoblástica gestacional benigna ou maligna.
- História familiar de câncer de mama.
- Ectopia cervical.
- Câncer de ovário ou de endométrio – o uso do injetável mensal reduz o risco para câncer de ovário ou de endométrio. Enquanto aguarda tratamento, a mulher com alguma dessas condições pode continuar usando o injetável mensal. Em geral o tratamento da condição deixa a mulher infértil.
- Mioma uterino – a pílula combinada parece não causar aumento dos miomas uterinos e espera-se que os injetáveis mensais também não tenham esse efeito.

Continua...

Continuação

165

CADERNOS DE
ATENÇÃO BÁSICA

- Doença inflamatória pélvica (DIP) no passado, com ou sem gravidez subsequente, ou DIP atual ou nos últimos três meses – o injetável mensal reduz o risco para doença inflamatória pélvica, mas não protege contra DST/HIV/Aids.
- Doença sexualmente transmissível (DST) atual ou nos últimos três meses, incluindo cervicite purulenta, ou risco aumentado para DST – o injetável mensal reduz o risco para doença inflamatória pélvica, mas não protege contra DST/HIV/Aids.
- Portador assintomático de hepatite viral.
- Esquistossomose não complicada ou com fibrose hepática leve.
- Tuberculose pélvica ou não pélvica.
- Malária.
- Tireoidopatias (bócio simples, hipertireoidismo, hipotireoidismo).
- Anemia ferropriva – o injetável mensal pode reduzir a perda sanguínea.
- Talassemia.
- Antibióticos (excluindo rifampicina ou griseofulvina).

- **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.

- Amamentação: iniciar seis 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. Na ausência de outras condições clínicas desfavoráveis, o injetável mensal pode ser usado até a menopausa.
- Fumante com menos de 35 anos de idade.
- Obesidade (IMC maior ou igual a 30 kg/m²) – fator de risco para tromboembolismo venoso.
- Diabetes sem doença vascular (insulinodependente ou não) – embora o injetável mensal 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.
- Doença cardíaca valvular não complicada – o uso de anticoncepcionais orais combinados por mulheres portadoras de doença cardíaca valvular aumenta o risco para trombose arterial.
- Cefaleia leve ou grave, do tipo não enxaqueca (para continuação do uso).

Continua...

Continuação

- Sangramento vaginal inexplicado (antes da investigação) – avaliar a categoria após a investigação.
- Nódulo mamário sem diagnóstico – a grande maioria dos nódulos mamários em mulheres em idade reprodutiva é benigna; a investigação deve ser o mais rápida possível, pois, se o nódulo for maligno, o uso desse método está contraindicado.
- Patologia mamária benigna.
- Neoplasia cervical intraepitelial – NIC – existe alguma preocupação de que o uso dos métodos hormonais combinados possa, a longo prazo, acelerar a progressão de NIC para doença invasiva.
- Câncer de colo uterino, aguardando tratamento.
- Doença da vesícula biliar atual, já tratada com cirurgia ou medicamento, ou assintomática.
- Antecedente de colestase associada à gravidez – diferentemente dos anticoncepcionais orais combinados, os injetáveis mensais têm mínimo efeito sobre a função hepática em mulheres saudáveis e não apresentam a primeira passagem pelo fígado.
- Anemia falciforme – mulheres com anemia falciforme são predispostas à oclusão da circulação microvascular.
- História familiar de trombose venosa profunda/embolia pulmonar (parentesco de primeiro grau).

- **Categorias 3 e 4:** o método não deve ser usado. Os riscos possíveis e comprovados superam os benefícios do método.
- Lactantes nos primeiros seis meses pós-parto – o uso do anticoncepcional injetável combinado diminui a quantidade de leite materno, diminui a duração da amamentação e pode, consequentemente, afetar o crescimento do bebê.
- < 21 dias pós-parto (não lactantes) – há preocupações teóricas sobre a associação entre uso de anticoncepcionais injetáveis mensais antes de três semanas pós-parto e o risco de trombose na mãe. A coagulação sanguínea e a fibrinólise normalizam-se em torno de três semanas pós-parto.
- Idade maior ou igual a 35 anos e fumante.
- Múltiplos fatores de risco para doença cardiovascular (como idade avançada, fumo, diabetes e hipertensão arterial) – quando uma mulher apresenta múltiplos fatores de risco para doença cardiovascular simultaneamente, o uso do anticoncepcional injetável mensal pode aumentar o risco até um nível inaceitável.
- História de hipertensão arterial, onde a pressão arterial não pode ser avaliada (incluindo história de hipertensão gestacional).

Continua...

Continuação

167

CADERNOS DE
ATENÇÃO BÁSICA

- Hipertensão arterial: PA sistólica 140-159 ou PA diastólica 90-99 ou níveis pressóricos mais elevados.
- Cardiopatia isquêmica.
- Antecedente de acidente vascular cerebral – AVC.
- Doença cardíaca valvular complicada (hipertensão pulmonar, fibrilação atrial, história de endocardite bacteriana).
- Enxaqueca sem sintomas neurológicos focais e idade menor que 35 anos (para continuação do uso) – mulheres portadoras de enxaqueca com sintomas neurológicos focais apresentam maior risco para AVC do que as assintomáticas. Além disso, o uso do anticoncepcional oral combinado aumenta em até 2-4 vezes o risco para AVC entre mulheres com enxaqueca. Até que ponto isso é igual com anticoncepcionais injetáveis mensais não é conhecido.
- Enxaqueca sem sintomas neurológicos focais e idade maior ou igual a 35 anos (para início de uso) – mulheres portadoras de enxaqueca com sintomas neurológicos focais apresentam maior risco para AVC do que as assintomáticas. Além disso, o uso do anticoncepcional oral combinado aumenta em até 2-4 vezes o risco para AVC entre mulheres com enxaqueca. Até que ponto isso é igual com anticoncepcionais injetáveis mensais não é conhecido.
- Enxaqueca com sinais neurológicos focais (em qualquer idade).
- Câncer de mama atual ou 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.
- Diabetes com mais de 20 anos de duração ou doença vascular (nefropatia, neuropatia, retinopatia).
- História de colestase relacionada ao uso de anticoncepcional oral combinado – pode aumentar o risco para episódios subsequentes.
- Cirrose hepática compensada e descompensada – o anticoncepcional injetável mensal tem mínimo efeito sobre a função hepática em mulheres saudáveis e não apresenta a primeira passagem pelo fígado. Entretanto, os injetáveis mensais são metabolizados no fígado e podem causar efeitos em mulheres com a função hepática já comprometida.
- Hepatite viral em atividade.
- Tumores de fígado malignos ou benignos.
- Cirurgia de grande porte com imobilização prolongada.
- Uso de rifampicina, griseofulvina e anticonvulsivantes (fenitoína, carbamazepina, barbituratos, primidona) – esses medicamentos são indutores de enzimas hepáticas e reduzem a eficácia do anticoncepcional injetável mensal.
- Trombose venosa profunda em atividade no momento ou no passado.
- Lupus eritematoso sistêmico.

B. Anticoncepcional hormonal injetável só de progestogênio – injetável trimestral

O acetato de medroxiprogesterona é um método anticoncepcional injetável apenas de progestogênio. É um progestogênio semelhante ao produzido pelo organismo feminino, que é liberado lentamente na circulação sanguínea. É também conhecido como acetato de medroxiprogesterona de depósito – AMP-D.

Tipos

No Brasil, a formulação disponível é à base de acetato de medroxiprogesterona 150 mg, preparada na forma de suspensão microcristalina de depósito para injeção IM, apresentada em frasco-ampola de 1 ml.

Mecanismo de ação

Inibe a ovulação e espessa o muco cervical, dificultando a passagem dos espermatozoides por meio do canal cervical.

O AMP-D não interrompe uma gravidez já instalada.

Eficácia

São altamente eficazes. A taxa de falha desse método é de 0,3% durante o primeiro ano de uso, com injeções regulares a cada três meses.

O retorno da fertilidade, em média, pode levar quatro meses após o término do efeito (sete meses após a última injeção). Em geral, as mulheres engravidam entre 9 e 16 meses após ter recebido a última injeção. Essa demora no retorno da fertilidade não está relacionada com o tempo de uso.

Prazo de validade

O prazo de validade do anticoncepcional injetável trimestral varia de três a cinco anos. A data de fabricação e a data de validade estão impressas na embalagem. O profissional de saúde, ao aplicar a injeção, deve aplicar primeiro a que estiver mais próxima do fim do prazo de validade.

Efeitos secundários

- Alterações menstruais: são comuns, incluindo manchas ou sangramento leve (o mais comum), sangramento volumoso (raro) ou amenorreia (bastante comum, ocorre em mais de 50% dos casos do segundo ano em diante). Apenas cerca de 10% das usuárias de acetato de medroxiprogesterona de depósito têm ciclos regulares durante o primeiro ano de uso. Sangramentos irregulares ocorrem com mais frequência durante os primeiros seis meses; após esse período, tornam-se menos frequentes, podendo chegar à amenorreia. A porcentagem de mulheres em amenorreia pode chegar a 50%, após o primeiro ano de uso, e a 70% após três anos de uso. Nesses casos, não há necessidade de tratamento, mas uma orientação adequada deve ser reforçada para as usuárias, no sentido de tranquilizá-las quanto

a essa ocorrência (HATCHER; RINEHART; BLACKBURN; GELLER; SHELTON, 2001; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; JOHNS HOPKINS; AGÊNCIA PARA O DESENVOLVIMENTO INTERNACIONAL DOS ESTADOS UNIDOS, 2007; PETTA; BASSALOBRE; ALDRIGHI, 2005).

- Aumento de peso: esse aumento é de, aproximadamente, 1,5 a 2 kg ao fim do primeiro ano de uso. No entanto, algumas usuárias continuam ganhando peso, mesmo após o primeiro ano. Controle dietético pode auxiliar na prevenção do ganho de peso (HATCHER; RINEHART; BLACKBURN; GELLER; SHELTON, 2001; PETTA; BASSALOBRE; ALDRIGHI, 2005; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; JOHNS HOPKINS; AGÊNCIA PARA O DESENVOLVIMENTO INTERNACIONAL DOS ESTADOS UNIDOS, 2007).
- Cefaleia, sensibilidade mamária, desconforto abdominal, alterações do humor, náuseas, queda de cabelos, diminuição da libido, acne.

Riscos

- Redução da densidade mineral óssea: a provável influência do AMP-D sobre o osso tem sido estudada, uma vez que a densidade óssea pode ser alterada pelo seu uso. Quando usado na menacme (menarca), o bloqueio do eixo hipotálamo-hipófise-ovário causa supressão na produção de estrogênio, que aumenta a reabsorção óssea. As alterações provocadas pelo AMP-D, em geral, parecem ser leves, sendo necessários mais estudos até que esse efeito seja totalmente esclarecido e seu risco completamente definido (PETTA; BASSALOBRE; ALDRIGHI, 2005).
- Alteração do metabolismo lipídico: algumas pesquisas demonstram mudanças nos níveis de triglicerídeos e colesterol e redução do HDL-colesterol. Existe a preocupação de que os baixos níveis de HDL-colesterol estejam relacionados com a maior formação de ateromas e coronariopatias. O uso do AMP-D em mulheres com coronariopatia ou que tenham risco aumentado para arteroesclerose não deve ser a primeira opção (PETTA; BASSALOBRE; ALDRIGHI, 2005).

Pontos-chave

- Diminui a incidência de gravidez ectópica, câncer de endométrio, doença inflamatória pélvica (DIP), mioma uterino.
- Pode ajudar a prevenir câncer de ovário e cistos de ovário.
- Pode ajudar a diminuir a frequência de crises de falcização, em portadoras de anemia falciforme, por promover estabilização da membrana das hemácias.
- Pode ajudar a diminuir a frequência de crises convulsivas, em portadoras de epilepsia.
- Muito eficaz e seguro
- Alterações no ciclo menstrual são comuns
- Atraso no retorno da fertilidade
- Pode ser usado durante a amamentação

- Não tem as contraindicações dos contraceptivos orais e injetáveis combinados, por não possuir o componente estrogênico.
- **Não protege contra DST/HIV/Aids.**

Modo de uso – instruções às usuárias

- É recomendável o uso de 150 mg trimestralmente.
- A primeira injeção deve ser feita até o sétimo dia do início da menstruação. As aplicações subsequentes devem ocorrer a cada três meses, independentemente da menstruação. O prazo máximo permitido entre cada injeção subsequente é de duas semanas antes ou depois da data prevista. Para mulheres que tenham recebido a primeira injeção depois do sétimo dia do início da menstruação, aconselhar o uso de método adicional, de barreira, durante sete dias, até que o AMP-D comece a exercer seu efeito anticoncepcivo.
- Oferece proteção anticoncepcional já no primeiro ciclo de uso.
- A mulher deve procurar retornar a tempo para a próxima injeção, que deve ser aplicada a cada 90 dias. Porém ela pode vir até duas semanas mais cedo ou até duas semanas mais tarde.
- Se houver atraso de mais de duas semanas para a nova injeção, a mulher deve usar *condom* ou evitar relações sexuais até a próxima injeção.
- Deve-se aplicar por via intramuscular profunda, na parte superior do braço (músculo deltoide) ou na nádega (músculo glúteo, quadrante superior lateral).
- Após a aplicação, não deve ser feita massagem ou aplicação de calor local, o que pode acelerar o metabolismo e diminuir a eficácia.
- É obrigatório uso de seringas e agulhas estéreis e descartáveis, agitando-se bem a ampola do anticoncepcional, para homogeneizar a suspensão, e aspirando-se todo o conteúdo para a administração da dose adequada.

Interação medicamentosa

Não tem sido demonstrada interação com antibióticos. Não há interação clínica significativa, demonstrada até o momento, com os antirretrovirais (ARV) disponíveis para o controle de infecção pelo HIV.

Atuação do profissional de saúde

- **Primeira consulta:**
 - Incluir na anamnese a investigação de todas as condições que contraindiquem o uso do injetável trimestral.
 - Fazer exame físico geral, exame ginecológico, incluindo o exame de mamas (ensinar o autoexame).

- Explicar detalhadamente a técnica adequada de uso do método, levando em consideração os antecedentes e as circunstâncias individuais de cada mulher.
 - Explicar detalhadamente a possibilidade da ocorrência de irregularidades menstruais e outros sintomas.
 - Recomendar à mulher que informe o uso do injetável sempre que for a qualquer consulta médica, mesmo que isso não lhe seja perguntado.
 - Orientar que é absolutamente necessário procurar assistência médica imediata diante de suspeita de gravidez ou intolerância às irregularidades menstruais.
 - Esclarecer que a injeção trimestral não protege contra DST/HIV/Aids.
 - Incentivar a adoção da dupla proteção – uso associado do preservativo, masculino ou feminino, com o injetável trimestral.
 - 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.
 - O fornecimento do método pode ser feito pelo serviço de saúde, independentemente de ter ocorrido consulta naquele serviço.
- **Consultas de retorno:** o primeiro retorno deve ser em três meses, em que também se fará a aplicação de nova injeção. Se o retorno em três meses não for possível naquele serviço, fornecer uma receita e uma dose da injeção para que seja aplicada em três meses e agendar o retorno em seis meses. Os retornos subsequentes devem ser anuais. Retornos mais frequentes para usuárias com patologias associadas, tais como hipertensão arterial leve, diabetes, entre outras. A mulher deve retornar mesmo que esteja muito atrasada para uma nova dose, para avaliar a possibilidade de gravidez e receber nova injeção. Nas consultas de retorno:
- Avaliar as condições de uso do injetável trimestral – regularidade na aplicação da injeção, tolerância, aceitabilidade, entre outras.
 - Indagar sobre a satisfação com o método em uso.
 - Checar o modo de uso do método – reorientar.
 - Pesquisar o aparecimento de condições clínicas que possam significar contraindicação ao uso do injetável trimestral.
 - Avaliar peso e pressão arterial em cada retorno.
 - Realizar exame físico geral anual.
 - Realizar exame ginecológico anual, incluindo o exame de mama.
 - Colher material para colpocitologia oncótica, de acordo com o protocolo vigente.
 - O fornecimento sistemático do injetável trimestral não precisa estar vinculado a uma consulta naquele serviço de saúde.

Sinais de alerta

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

Manejo de intercorrências ou complicações

É importante não menosprezar as queixas da usuária. Se a mulher está preocupada, procurar tranquilizá-la. Se a mulher continuar insatisfeita após o tratamento e orientação, ajudá-la a escolher outro método, se ela assim o desejar.

- **Atraso de mais de duas semanas para uma nova injeção**, e trata-se de uma mulher sexualmente ativa, investigar a possibilidade de gravidez. Se a possibilidade de gravidez é nula ou pequena, a mulher pode continuar a usar o AMP-D, se assim o desejar.
- **Manchas ou sangramento no intervalo entre as menstruações**: tranquilizar a mulher explicando que manchas ou sangramento no intervalo entre as menstruações é normal e muito comum durante os primeiros meses de uso do AMP-D. Se algum problema ginecológico for detectado, tratar.
- **Amenorreia**: tranquilizar a mulher, explicando que a amenorreia é frequente entre as usuárias de AMP-D e não significa um problema de saúde. Explicar também que a amenorreia não significa que ela não poderá ficar grávida após interromper o AMP-D. Também não significa que entrou na menopausa precocemente. Se a mulher completou 50 anos ou mais, interromper o AMP-D por nove meses e verificar se a menstruação retorna. A mulher deve usar método de barreira no período. Onde está disponível a dosagem de FSH no sangue pode ser um excelente indicador para permitir suspender o uso de AMP-D, em mulheres com amenorreia e com idade de 50 anos ou mais. Se o FSH for superior a 30 mUI/ml, o AMP-D pode ser suspenso sem risco de gravidez. Se há sintomas ou razões para a suspeita de gravidez, investigar adequadamente.
- **Sangramento mais volumoso e incômodo**: se o sangramento sugere condição subjacente, investigar e tratar a condição. Se o sangramento não tem causa aparente e não há contraindicação ao uso de estrogênio, podem ser usados anticoncepcionais orais combinados de baixa dosagem, um por dia, por 7 a 21 dias, por dois ou três ciclos, ou anticoncepcionais orais combinados com 30 a 50 mcg de etinilestradiol, um por dia, durante 7 a 21 dias, por dois ou três ciclos. Podem ser usados também inibidores de prostaglandinas. Sugerir a ingestão de alimentos ricos em ferro ou suplementação com ferro, se necessário.
- **Sangramento vaginal anormal e inexplicado**, que sugira doença de base subjacente: explicar à mulher que pode continuar usando o injetável trimestral enquanto submete-se à investigação. Avaliar a possibilidade de gravidez.

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

Critérios de elegibilidade clínica para uso do injetável trimestral – acetato de medroxiprogesterona de depósito – AMP-D

Os critérios de elegibilidade clínica para uso do injetável trimestral são os mesmos que para o conjunto dos anticoncepcionais apenas de progestogênio e foram relacionados neste manual no tópico que se refere à minipílula.

IMPLANTES SUBCUTÂNEOS

Os implantes são métodos contraceptivos constituídos de um sistema de silicone polimerizado com um hormônio no seu interior, responsável pelo efeito anticoncepcional quando liberado na corrente sanguínea. Esse sistema é disponível atualmente no Brasil à base de progestagênio. O mais comercializado contém etonogestrel (3-keto-desogestrel).

Tipos e composição

Os implantes atualmente existentes são:

- Implantes que contêm levonorgestrel: norplant e norplant 2.
- Implantes que contêm acetato de nomegestrol: uniplant.
- Implantes que contêm nestorone ou elcometrina: elmetrin.
- Implantes que contêm etonogestrel (3-keto-desogestrel): implanon.

O implante contendo etonogestrel é o mais comercializado no Brasil. Trata-se de um sistema contendo 68 mg de etonogestrel cristalino, em um transportador de etilenovinilacetato, que consiste de um bastonete de 4 cm de comprimento e 2 mm de diâmetro.

A taxa de liberação “in vitro” desse implante é de aproximadamente 60-70 mcg/dia de etonogestrel durante a semana 5 e 6 de uso, diminuindo para aproximadamente 35-45 mcg/dia no final do primeiro ano, 30-40 mcg/dia no final do segundo ano e 25-30 mcg/dia no final do terceiro ano.

Mecanismo de ação

- **Inibição da ovulação:** estudos realizados mostram ausência de ciclos ovulatórios nos primeiros dois anos de uso. Após dois anos e meio de uso, a ovulação começa a ocorrer em menos de 5% das usuárias.

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

Eficácia e reversibilidade

A taxa de gravidez acumulada até três anos foi de zero. Por sua vez, o efeito contraceptivo dos implantes é suspenso tão logo sejam removidos, e o retorno à fertilidade é imediato. As pesquisas mostraram ovulação três a seis semanas após a sua remoção. A taxa de gravidez ectópica do implante que contém etonogestrel é considerada mínima.

Prazo de validade e duração de uso

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

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

Efeitos secundários

São efeitos secundários do implante com etonogestrel:

- Sangramento: o sangramento frequente ocorreu em 6% das mulheres, e o sangramento prolongado, com mais de 14 dias consecutivos, ocorreu em 11,8% das usuárias
- Amenorreia: 20,7% das usuárias entram em amenorréia.
- Outros efeitos: acne (presente em 59% das mulheres usuárias), dor nas mamas, cefaleia, aumento de peso, dor abdominal, diminuição da libido, tonturas, inflamação ou infecção no local dos implantes, labilidade emocional, cistos ovarianos.

Riscos

- Os métodos só de progestogênio apresentam menos riscos que os hormonais combinados. O fato de ser administrado pela via subcutânea evita a primeira passagem pelo fígado, reduzindo os efeitos sobre esse órgão.

Pontos-chave

- Método de longa duração: o implante com etonogestrel dura três anos.
- Muito eficaz.
- Previne gravidez ectópica.
- Rapidamente reversível: o retorno da fertilidade ocorre rapidamente após a remoção do implante; os estudos mostraram retorno da ovulação três a seis semanas após a sua remoção.
- Pode ser usado como coadjuvante no tratamento da dismenorreia.
- Não previne contra DST/HIV/Aids.

Modo de uso

Os implantes deverão ser inseridos por profissional devidamente treinado, com técnica de assepsia adequada e bloqueio anestésico local. A inserção é feita no subcutâneo da face interna do braço, no esquerdo das mulheres destrás e no direito das canhotas, a cerca de quatro dedos transversos acima da prega do cotovelo. O implante é acondicionado em embalagem estéril com um conjunto de trocater e êmbolo, podendo ser feita pequena incisão para entrada do trocater com lâmina de bisturi ou com o próprio trocater.

Sinais de alerta

- **A mulher acha que pode estar grávida**, especialmente se ela apresenta sintomas de gravidez ectópica, tais como sangramento vaginal anormal, dor abdominal ou sensibilidade abdominal, desmaios.
- **Dor pélvica intensa.**
- **Infecção no local da inserção.**
- **Sangramento menstrual abundante**, pelo menos duas vezes mais abundante ou prolongado do que o usual.
- **Cefaleia intensa**, que começou ou piorou após iniciar o uso do implante.
- **Icterícia.**

Manejo de intercorrências ou complicações

- **Amenorreia:** tranquilizar a usuária informando que a amenorreia é normal entre as usuárias dos implantes e que não é prejudicial à saúde. Se ela considerar a amenorreia inaceitável, remover o implante e ajudá-la a escolher outro método.
- **Sangramento irregular ou *spotting*:** tranquilizar a usuária informando que o sangramento entre as menstruações é muito comum e normal, especialmente nos primeiros três a seis meses de uso e não é prejudicial à saúde. Se a mulher continua considerando o sangramento inaceitável e não há contraindicação ao uso de estrogênio, oferecer:

- Um ciclo de anticoncepcionais orais combinados de baixa dosagem. A pílula contendo um estrogênio e o progestogênio levonorgestrel é a melhor escolha para controlar o sangramento; ou
 - Ibuprofeno ou outro agente anti-inflamatório não esteroide, exceto aspirina.
 - Se algum problema ginecológico for diagnosticado, o profissional de saúde deve oferecer tratamento ou encaminhar a mulher, ficando alerta para a possibilidade de gravidez ectópica.
 - Se a mulher está grávida, remover o implante ou encaminhá-la para remoção.
 - Se o diagnóstico é doença inflamatória pélvica ou doença sexualmente transmissível, o implante não precisa ser removido.
- **Sangramento abundante ou prolongado:** é raro, mas requer atenção.
 - Se uma condição anormal provoca o sangramento, tratar a condição ou encaminhar para tratamento.
 - Se não tiver uma condição anormal provocando o sangramento, tratar com anticoncepcionais orais combinados de baixa dosagem ou anti-inflamatórios não esteroides. Pílulas contendo 50 microgramas de estrogênio podem ser necessárias.
 - Verificar a presença de anemia e tratar, se houver.
 - Estimular a ingestão de alimentos ricos em ferro.
 - **Sangramento vaginal anormal e inexplicado que sugere gravidez ou condição médica subjacente:**
 - A mulher pode continuar usando o implante enquanto a condição é avaliada.
 - Explicar que o implante comumente provoca mudança no padrão menstrual e que isso não é nocivo para a saúde.
 - Avaliar e tratar qualquer problema médico subjacente, ou encaminhar para cuidado.
 - **Dor intensa em baixo ventre:** investigar para descartar a possibilidade de cistos ovarianos, torção de folículos ovarianos, tumor de ovário, doença inflamatória pélvica, apendicite, gravidez ectópica ou ruptura de tumor hepático.
 - Se a dor é provocada por gravidez ectópica, tratar ou encaminhar. Retirar o implante e ajudar a mulher a escolher outro método.
 - Se a dor é causada por cistos de ovário, não é necessário remover o implante. Assegurar à mulher que os cistos geralmente desaparecem espontaneamente, sem necessidade de cirurgia. Reavaliar em três semanas.
 - Se a dor se deve a outros problemas, não é necessário remover o implante. Tratar o problema ou encaminhar para tratamento.
 - **Dor após a inserção da cápsula:**
 - Assegurar-se de que o curativo no braço não está muito apertado.
 - Trocar o curativo.

- Não pressionar o implante se a área está sensível.
- Tratar com anti-inflamatório não esteroide.
- Infecção ou abscesso no local da inserção:
 - Existe infecção, mas sem abscesso:
 - Não retirar o implante.
 - Limpar a área infectada com água e sabão ou antisséptico.
 - Prescrever antibiótico por via oral por sete dias e solicitar à mulher para retornar dentro de uma semana. Se após esse tempo não houver melhora, retirar o implante ou encaminhar para remoção.
 - Existe abscesso:
 - Limpar a área com antisséptico, fazer uma incisão e drenar o pus.
 - Remover o implante ou encaminhar para remoção.
 - Tratar a ferida.
 - Se existe infecção cutânea importante, prescrever antibiótico oral durante sete dias.

Critérios de elegibilidade clínica para uso de implantes subcutâneos

Os critérios de elegibilidade clínica para uso dos implantes subcutâneos são os mesmos que para o conjunto dos anticoncepcionais apenas de progestogênio e estão relacionados neste manual, no tópico que trata sobre a minipílula.

11.5 MÉTODOS DE BARREIRA

Os métodos de barreira são aqueles que impedem a trajetória do espermatozoide em direção ao óvulo, impondo obstáculos mecânicos e/ou químicos à penetração dos espermatozoides no canal cervical.

Os métodos de barreira disponíveis são: condons masculinos e femininos; diafragma; espermaticidas; capuz cervical; e esponjas vaginais.

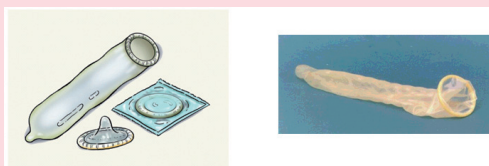
Os aspectos favoráveis atribuídos aos métodos de barreira são os seguintes:

- O **condom masculino e o feminino** constituem atualmente os **únicos métodos de planejamento reprodutivo que protegem contra a transmissão de DST/HIV/Aids**.
- São métodos elegíveis para todas as pessoas que não estão dispostas a usar métodos hormonais, DIU, métodos comportamentais ou anticoncepção cirúrgica.
- Apesar de alguns métodos de barreira requererem mais tempo para o aprendizado de seu uso, suas vantagens são consideráveis.
- Não possuem efeitos sistêmicos.
- Possuem poucos efeitos colaterais locais.
- Indicados em pessoas portadoras de doenças endocrinometabólicas.
- A eficácia dos diversos métodos de barreira aumenta com a associação deles.
- Existem raras contraindicações para o seu uso.
- Dispensam prescrição.

- Não requerem acompanhamento médico especializado.
- O retorno à fertilidade é imediato.

CONDOM OU PRESERVATIVO OU CAMISINHA MASCULINA

Consiste em um envoltório de látex, poliuretano ou silicone, bem fino, porém resistente, que recobre o pênis durante o ato sexual e retém o esperma por ocasião da ejaculação, impedindo o contato com a vagina, assim como impede que os microorganismos da vagina entrem em contato com o pênis e vice-versa. **É um método que, além de evitar a gravidez, reduz o risco de transmissão de DST/HIV/Aids.**



Tipos

A maioria é feita de látex; podem ser secos ou lubrificados. Alguns *condons* são lubrificados com silicone ou lubrificantes à base de água e alguns são revestidos com espermicidas além do lubrificante. Atualmente, estão disponíveis em grande variedade de tamanhos, formas, cores e texturas.

Mecanismo de ação

Os *condons* ajudam a prevenir tanto a gravidez quanto as DST/HIV/Aids. Usados corretamente, eles não permitem que os espermatozoides e os microorganismos contidos no sêmen entrem em contato com a vagina; também impedem que os microorganismos da vagina penetrem no pênis.

Eficácia

É importante destacar que o *condom* **deve ser usado corretamente, em todas as relações sexuais, para ser altamente eficaz**. Muitos homens não usam o *condom* adequadamente ou não o usam em todas as relações sexuais. Nesses casos, eles correm o risco de engravidar a parceira, de contrair ou de transmitir uma DST. O *condom* é o único meio de proteção contra a transmissão sexual do HIV.

Quando usado da forma mais comum, habitual, tem eficácia média para prevenir a gravidez: taxa de gravidez de 14 para cada 100 mulheres no primeiro ano de uso (14%).

Tem maior eficácia para prevenir a gravidez quando usado corretamente, em todas as relações sexuais: taxa de gravidez de três em cada 100 mulheres no primeiro ano de uso (3%).

Sua eficácia depende de seu uso correto, da motivação do casal em usá-lo a cada relação sexual, do tempo de experiência com o método e da qualidade do produto, que por sua vez pode ser afetada pelo armazenamento inadequado, principalmente por parte do usuário.

Com relação às DST, os *condons* oferecem proteção contra o HIV/Aids, gonorréia, sífilis, clamídia e tricomoníase. Oferecem menor proteção contra o herpes genital, vírus do condiloma genital (HPV) e outras doenças que causam ulcerações na pele desprotegida.

Prazo de validade

O prazo de validade do *condom* varia de três a quatro anos, de acordo com o fabricante. Em nenhuma hipótese, preservativos com o prazo de validade vencido devem ser utilizados ou distribuídos. A data de fabricação e a data de validade estão impressas no invólucro. O profissional de saúde, ao fornecer os *condons*, deve entregar primeiro aqueles mais próximos do prazo de vencimento. Deve também orientar as pessoas para verificarem o prazo de validade ao adquirir o produto.

Efeitos secundários

- Alergia ao látex.
- Irritação vaginal devido à fricção, quando se usa preservativo não lubrificado.

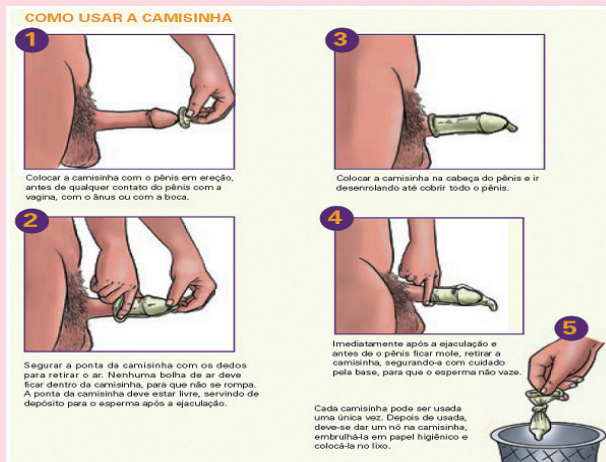
Benefícios não contraceptivos

- Ausência de efeitos sistêmicos.
- Redução de risco de transmissão do HIV e de outras DST.
- Redução da incidência das complicações causadas pelas DST.
- Podem proteger as mulheres da doença inflamatória pélvica (DIP).
- Previnem ou detêm o desenvolvimento de anormalidades nas células do colo uterino, que podem levar ao câncer cervical.
- Na fase inicial da gestação, podem prevenir a infecção do líquido amniótico, que pode desencadear parto prematuro. Podem ser usados para prevenir DST durante a gravidez.
- Auxiliam a prevenir a ejaculação precoce, pois reduzem um pouco a sensibilidade.

Modo de uso – instruções aos usuários(as)

Inicialmente, explicar por que é importante usar o *condom* em todas as relações sexuais:

- Um único ato sexual desprotegido pode resultar em gravidez ou em DST.
- Pela aparência, não se pode identificar quem é portador de uma DST. Uma pessoa portadora de uma DST, inclusive HIV/Aids, pode parecer saudável.



Sempre que possível, mostre ao usuário(a) como colocar e retirar os condons. Para tanto pode ser usado modelo, pedaço de pau, banana, ou dois dedos juntos. Sugerir a um novo usuário que pratique algumas vezes sozinho, antes de ter a sua próxima relação sexual.

Outras orientações importantes

1. Qualquer lubrificante à base de água pode ser usado. A maioria das camisinhas vem lubrificada. São lubrificantes à base de água: gel lubrificante, geleias ou cremes espermicidas, glicerina. Água e saliva também podem ser usadas. O lubrificante ajuda a manter o *condom* intacto durante a relação sexual. A secreção vaginal também age como lubrificante.
2. **Não utilizar lubrificante à base de óleo.** A maioria danifica os condons. Não usar óleo de cozinha, óleo de bebê, óleo de coco, óleo mineral, vaselina, loções para a pele, filtro solar, cremes frios, manteiga.
3. Orientar o uso da anticoncepção de emergência para evitar a gravidez, em caso de ruptura da camisinha ou quando ocorrer vazamento do esperma.

Atenção: nunca se deve usar duas camisinhas ao mesmo tempo, nem masculina com feminina, nem duas camisinhas masculinas, nem duas femininas, pois o risco de rompimento é maior.

Dicas sobre como cuidar e manusear os condons

- Armazenar os *condons* em lugar fresco e escuro, se possível. Calor, luz e umidade os danificam. Por exemplo: evitar deixá-los em porta-luvas de automóveis, em carteiras de dinheiro ou bolso da calça.
- Se possível, usar *condons* lubrificados que vêm embalados em pacotinhos quadrados à prova de luz. A lubrificação ajuda a prevenir ruptura do látex.
- Manuseá-los com cuidado. Unhas e anéis podem rasgá-los.
- Não desenrolar um *condom* antes de usá-lo. Isso pode tornar a borracha mais fraca. Além disso, um *condom* desenrolado é mais difícil de ser colocado.
- Usar sempre outro *condom* quando:
 - Veio em pacote danificado ou rasgado.
 - Passou do prazo de validade.
 - Parece irregular e apresenta coloração alterada.
 - Parece quebradiço, seco ou pegajoso.

Atuação do profissional de saúde

a) Primeira consulta:

- Explicar detalhadamente e discutir com o usuário a técnica de uso do método.
- Reforçar o aconselhamento. Insistir na importância e necessidade de utilizar o preservativo em todas as relações sexuais.

- Recomendar que os preservativos sejam guardados em lugar fresco, seco e de fácil acesso ao indivíduo ou casal.
- Considerar o oferecimento de outro método contraceptivo, para uso associado ao preservativo, com vista à redução do risco de gravidez por falha de uso do método.
- Na ocorrência de coito desprotegido ou ruptura do preservativo, recomendar a anticoncepção de emergência.

b) Consultas de retorno:

- Avaliar o uso correto, efeitos secundários e fornecer as orientações que se fizerem necessárias.
- Podem ser feitas por qualquer profissional da equipe de saúde, desde que devidamente treinado.
- O **fornecimento sistemático** dos preservativos masculinos **não precisa estar vinculado à consulta com profissional de saúde ou ao comparecimento em palestras e não necessita de receita médica.**
- Primeiro retorno depois de um mês e demais retornos anuais.

CONDOM OU PRESERVATIVO OU CAMISINHA FEMININA

O *condom* feminino, também conhecido como camisinha ou preservativo feminino, é um saco transparente de poliuretano, macio e fino, para uso vaginal, constituído de dois anéis flexíveis em cada extremidade, medindo 17 cm de comprimento. Um anel, o menor, que está posicionado na extremidade fechada do *condom*, será colocado internamente na vagina, encaixando-se no colo do útero; o outro, maior, vai se adaptar externamente à vulva, servindo de fixação e recobrimdo os lábios vaginais, impedindo, assim, que o dispositivo entre na vagina. É pré-lubrificado com substância siliconada, inerte, não espermaticida. **O produto deve ser usado uma única vez.** Trata-se de um **método de proteção contra DST/HIV/Aids e de anticoncepção sob o controle da mulher.**



Mecanismo de ação

Os *condons* ajudam a prevenir tanto a gravidez quanto as DST/HIV/Aids. Usados corretamente, não permitem que os espermatozoides e os microorganismos contidos

no sêmen entrem em contato com a vagina; também impedem que os microorganismos da vagina penetrem no pênis.

Eficácia

É importante destacar que o *condom* feminino **deve ser usado corretamente, em todas as relações sexuais, mesmo durante a menstruação, para ser altamente eficaz.**

Quando usado da forma mais comum, habitual, tem eficácia média para prevenir a gravidez: taxa de gravidez de 21 para cada 100 mulheres no primeiro ano de uso (21%).

Tem maior eficácia para prevenir a gravidez quando usados corretamente, em todas as relações sexuais: taxa de gravidez de 5 em cada 100 mulheres no primeiro ano de uso (5%).

Sua eficácia depende de seu uso correto, da motivação do casal em usá-lo a cada intercurso sexual, do tempo de experiência com o método e da qualidade do produto, que por sua vez pode ser afetada pelo armazenamento inadequado, principalmente por parte do usuário.

Com relação às DST, os *condons* oferecem proteção contra o HIV/Aids, gonorreia, sífilis, clamídia e tricomoníase. Oferecem menor proteção contra o herpes genital, vírus do condiloma genital (HPV) e outras doenças que causam ulcerações na pele desprotegida.

Prazo de validade

A data de fabricação e a data de validade estão impressas no invólucro. Em nenhuma hipótese, preservativos com o prazo de validade vencido devem ser utilizados ou distribuídos. O profissional de saúde, ao fornecê-los, deve entregar primeiro aqueles mais próximos do prazo de vencimento. Deve também orientar as pessoas para verificarem o prazo de validade ao adquirir o produto.

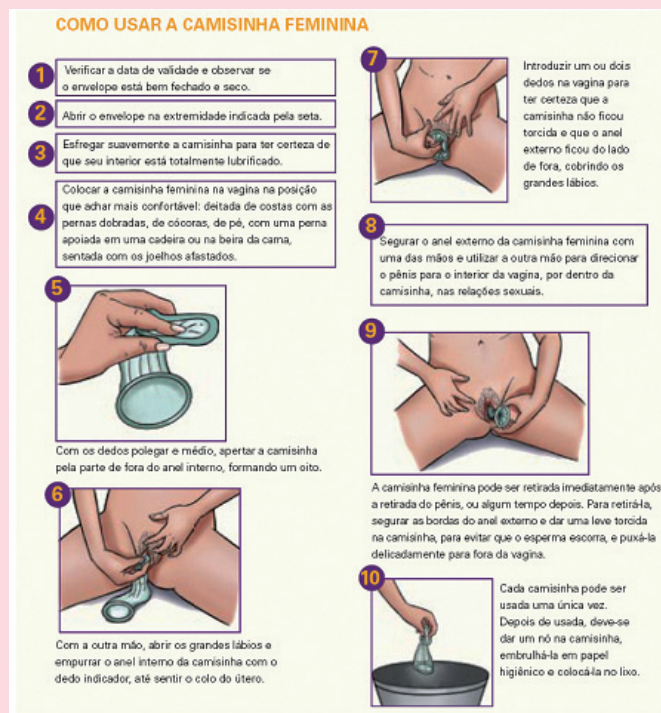
Algumas características que podem facilitar o uso do método

- É um método controlado pela mulher. A camisinha feminina dá maior autonomia à mulher sobre o seu corpo e sua vida sexual, quando as mulheres têm dificuldade de negociar o uso da camisinha masculina com o parceiro.
- Planejado para prevenir tanto a gravidez quanto as DST.
- Parece não haver condições clínicas que limitem o seu uso.
- É confortável, tanto para o homem quanto para a mulher.
- É inserido antes da relação sexual, provocando menos interrupções do ato sexual. Pode ser colocado na vagina imediatamente antes da penetração ou até oito horas antes da relação sexual.
- Não precisa ser retirado imediatamente após a ejaculação.

- É fácil de remover.
- Menor perda de sensibilidade.
- O poliuretano é mais forte do que o látex empregado nos condons masculinos.
- Pode ser usado com lubrificante à base de óleo.
- Não apresenta efeitos colaterais aparentes, nem reações alérgicas.

Dificuldades para o uso do método

- Preço elevado.
- Dificuldade de colocação, que pode ser superada com orientação adequada.
- A vergonha de mostrar o preservativo ao parceiro.
- O deslocamento do *condom* durante o ato sexual, com receio do preservativo escapar da vagina, que pode ser contornado com a fixação manual.
- Durante a penetração, o *condom* feminino pode provocar um pequeno ruído durante a relação sexual. A adição de lubrificante dentro do *condom* ou diretamente no pênis pode evitar esse acontecimento.
- É inadequado para algumas posições sexuais.
- Embora seu tamanho seja adequado à vagina, algumas mulheres podem achá-lo muito grande.



Atenção: o preservativo feminino não deve ser usado junto com o preservativo masculino porque o atrito aumenta o risco de rompimento.

Benefício não contraceptivo

- Ausência de efeitos sistêmicos.
- Redução do risco de transmissão do HIV e de outros agentes sexualmente transmissíveis.
- Auxilia na prevenção do câncer de colo de útero.

Atuação do profissional de saúde

a) Primeira consulta:

- Explicar detalhadamente e discutir com a usuária a técnica de uso do método.
- Reforçar o aconselhamento. Insistir na importância e necessidade de utilizar o preservativo em todas as relações sexuais, mesmo durante a menstruação.
- Recomendar que os preservativos sejam guardados em lugar fresco, seco e de fácil acesso ao casal.
- Na ocorrência de coito desprotegido, recomendar a anticoncepção de emergência.

b) Consultas de retorno:

- Avaliar o uso correto, efeitos secundários e fornecer as orientações que se fizerem necessárias.
- Podem ser feitas por qualquer profissional da equipe de saúde, desde que devidamente treinado.
- O **fornecimento sistemático** do método **não precisa estar vinculado à consulta com profissional de saúde**.
- Primeiro retorno depois de um mês e demais retornos anuais.

DIAFRAGMA

O diafragma é um método vaginal de anticoncepção que consiste em um capuz macio de látex ou de silicone côncavo, com borda flexível, que recobre o colo uterino.

Existem diafragmas de diversos tamanhos, sendo necessária a medição por profissional de saúde treinado para determinar o tamanho adequado a cada mulher. O produto de fabricação nacional está disponível nos tamanhos: 60 mm, 65 mm, 70 mm, 75 mm, 80 mm e 85 mm.



Mecanismo de ação

O diafragma impede a penetração dos espermatozoides no útero e trompas.

Eficácia

A eficácia depende do uso do diafragma de forma correta, todas as vezes em que a mulher tenha relação sexual.

Em uso rotineiro, não consistente, são pouco eficazes: a taxa de gravidez é de 20 para cada 100 mulheres, no primeiro ano de uso.

Usados correta e consistentemente são eficazes: a taxa de gravidez é de 6 para cada 100 mulheres, no primeiro ano de uso.

Prazo de validade

A durabilidade do diafragma é de aproximadamente dois a três anos, se observadas as recomendações do produto; após esse período deverá ser trocado.

Efeitos secundários

Raramente ocorrem. Ocasionalmente, pode haver irritação vaginal devido aos agentes espermicidas empregados. Nesse caso, aconselha-se mudança do produto. O posicionamento inadequado ou a manutenção do diafragma na vagina por período superior a 24 horas poderá acarretar irritação da mucosa vaginal e infecções urinárias.

Benefícios não contraceptivos

- Ausência de efeitos sistêmicos.
- Prevenir algumas DST (cervicites) e suas complicações.
- Possivelmente auxilia na prevenção do câncer de colo de útero.

Pontos-chave

- É um método controlado pela mulher.
- Previne algumas DST e complicações por elas causadas, especialmente gonococos e clamídia.
- Não protege contra HIV, HPV, herpes genital e tricomonas porque não recobre a parede vaginal e a vulva.
- Previne a gravidez, se utilizado correta e consistentemente.

Técnica de medição do diafragma

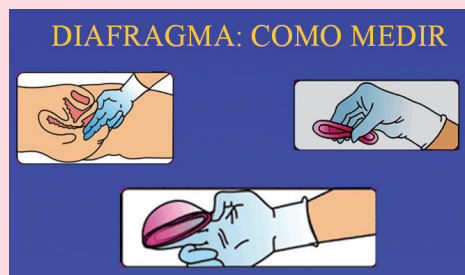
Existem diafragmas de diversos tamanhos, sendo necessária a medição por profissional de saúde treinado para determinar o tamanho adequado a cada mulher.

O tamanho adequado do diafragma para cada mulher corresponde ao comprimento diagonal do canal vaginal, desde a face posterior da sínfise púbica até o fundo do saco vaginal posterior.

A medição deve ser feita por meio da seguinte técnica:

- Introduzir os dedos indicador e médio na vagina, até que a extremidade do dedo médio atinja o fundo do saco vaginal posterior.
- Em seguida, com a ponta do polegar da mesma mão ou com o dedo de outra mão, marcar o local em que o dedo indicador toca a sínfise púbica.
- Retirar os dedos da vagina e medir o diâmetro aproximado.
- A distância da ponta do polegar e o local onde o dedo médio toca o fundo da vagina corresponde ao diâmetro aproximado.
- Partindo de um número inferior ao diâmetro aproximado, determinado pelo toque vaginal, experimentar as variações de 5 em 5 mm, por meio dos anéis medidores do diafragma ou, na ausência destes, de um jogo de diafragmas de amostra. Os diafragmas devem ser experimentados um a um, até se encontrar o que melhor se adapte à vagina.
- O anel (ou a borda do diafragma) deve tocar as paredes laterais da vagina e se assentar confortavelmente entre a sínfise púbica e o fundo de saco posterior.
- Como regra prática, deve-se usar o maior tamanho que, adaptando-se perfeitamente à vagina, não fique deformado e não seja percebido, causando desconforto à mulher.

Observação: para reutilização em outras mulheres, tanto os anéis medidores quanto os diafragmas de amostra devem ser lavados com água e sabão e mergulhados em solução antisséptica por, no mínimo, 30 minutos (por exemplo: glutaraldeído 2%, hipoclorito de sódio 1% ou álcool 70%). Enxaguar bem.



Medir novamente o diafragma após cada parto, abortamento de segundo trimestre, cirurgia vaginal ou perineal, a cada dois anos ou caso ocorra aumento ou diminuição de peso superior a dez quilos. O ideal é a avaliação do diafragma a cada ano, por ocasião do exame de rotina.

Modo de uso – instruções às usuárias

Inicialmente, é necessário exame ginecológico para afastar alterações que possam inviabilizar seu uso, tais como anormalidades anatômicas da vagina, colo e útero, prolapso uterino, cisto ou retoceles pronunciadas, retroversão uterina acentuada e fístulas vaginais.

A mulher pode começar a usar o diafragma a qualquer momento durante o ciclo menstrual. Entretanto, não pode ser ajustado antes de 6 a 12 semanas após um parto a

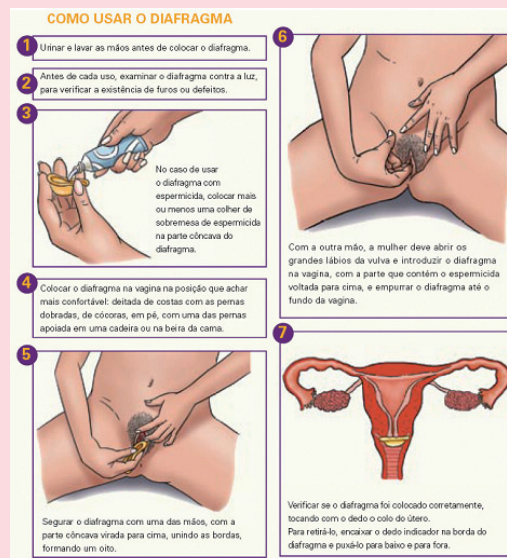
termo ou um aborto no segundo trimestre. O ajuste somente poderá ser feito quando o colo e o útero retornarem ao tamanho normal.

Antes que a mulher comece a usar o diafragma, é importante que aprenda a identificar o colo do útero por meio do autotoque vaginal da seguinte forma:

- Após lavar as mãos, introduzir o dedo médio na vagina, dirigindo-o para trás.
- Movendo suavemente o dedo dentro da vagina, procurar o colo uterino, cuja forma e consistência se assemelham à ponta do nariz.
- Quando colocar o diafragma, a usuária deve ser capaz de sentir o colo do útero por meio da borracha, portanto deve estar bem familiarizada com tal identificação.

Algumas considerações importantes sobre o uso do diafragma

- O diafragma deve ser colocado em todas as relações sexuais, antes de qualquer contato entre o pênis e a vagina.
- Pode ser colocado na hora da relação sexual ou, no máximo, duas horas antes.
- Pode ser usado com ou sem geleia espermicida.
- O diafragma só deve ser retirado de seis a oito horas após a última relação sexual, não devendo permanecer mais de 24 horas, com a finalidade de se evitar efeitos colaterais.
- Quando a mulher está bem orientada, a colocação do diafragma é tão simples quanto a de uma lente de contato e não dói.
- Não deve ser usado durante a menstruação.
- Imediatamente depois de retirar o diafragma, deve-se lavá-lo com água e sabão neutro, secá-lo bem com um pano macio e guardá-lo em um estojo, em lugar seco, fresco, não exposto à luz do sol. Não se deve polvilhar o diafragma com talcos, pois podem danificá-lo ou causarem irritação na vagina ou no colo do útero.
- Quando o diafragma está bem colocado, não atrapalha a relação sexual, nem é percebido pelo homem.



Atenção: a detecção de DST é motivo para suspender o uso do método. O retorno ao uso ficará condicionado à cura da infecção e reavaliação de risco de nova DST e infecção pelo HIV.

Atuação do profissional de saúde

a) Primeira consulta:

- Explicar detalhadamente e discutir com a usuária a técnica de uso do método.
- Determinar o tamanho adequado do diafragma.
- Testar a medida correta por meio do toque vaginal, com o diafragma já colocado.
- Solicitar que a usuária retire e recoloca o diafragma, verificando, então, pelo toque, se a colocação está correta.
- Pedir à mulher que se locomova, sente-se e abaixe-se com o diafragma colocado, durante alguns minutos, para verificar se sente algum desconforto.
- Orientar a mulher a colocar e remover o diafragma várias vezes na primeira semana, até que possa fazê-lo facilmente e esteja segura de sua correta colocação. Durante essa semana de aprendizagem, recomendar abstinência sexual ou o uso do preservativo masculino isolado ou associado ao método anterior.
- Orientar a mulher para urinar sempre após as relações sexuais de forma a evitar infecções do trato urinário.
- Agendar o retorno dentro de uma semana, orientando a mulher para que venha com o diafragma colocado.
- Reforçar o aconselhamento. Insistir na importância e necessidade de utilizar o diafragma em todas as relações sexuais. Considerar o oferecimento do preservativo masculino para uso associado ao diafragma, com vistas à dupla proteção.
- A orientação e a medição para uso do diafragma pode ser feita por médico(a) ou enfermeira(o).
- Na ocorrência de coito desprotegido, recomendar a anticoncepção de emergência.

b) Primeiro retorno (uma semana após a primeira consulta):

- Verificar se a colocação do diafragma está correta, pelo toque vaginal.
- Solicitar que a mulher retire e recoloca o diafragma. Verificar a exatidão da técnica.
- As consultas de retorno podem ser feitas pelo médico(a) ou pela(o) enfermeira(o).
- Agendar o novo retorno para 30 dias, recomendando que a mulher traga consigo o seu diafragma. Demais retornos anuais.

ESPERMATICIDAS

São substâncias químicas que, quando introduzidas na vagina, destroem ou imobilizam os espermatozoides ou ainda inativam as enzimas necessárias para a penetra-

ção deles no óvulo. No Brasil e no mundo, o produto espermaticida à base de nonoxinol-9 (N-9) a 2% é o mais amplamente utilizado.

O uso de alguns métodos contraceptivos contendo N-9 podem aumentar o risco de transmissão sexual do HIV e outras DST. Isso foi demonstrado em ensaio clínico que observou risco acrescido entre usuárias(os) desse produto. A razão desse risco acrescido reside no fato do N-9 provocar lesões (fissuras/microfissuras) na mucosa vaginal e retal, dependendo da frequência de uso e do volume aplicado (BRASIL, 2002b).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) orienta, então, que as mulheres que estejam sob risco acrescido para a infecção pelo HIV/DST, especialmente as que têm muitas relações sexuais diárias, não devem usar métodos contraceptivos que contêm o N-9 (BRASIL, 2002b).

Não se recomenda o uso de espermicida para as mulheres que têm mais de um parceiro sexual ou cujos parceiros têm outros parceiros/parceiras e não usam camisinha em todas as relações sexuais, pois, nessas situações, existe maior risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis.

Eficácia

Em uso rotineiro, não consistente, são pouco eficazes, a taxa de gravidez é de 26 para cada 100 mulheres, no primeiro ano de uso.

Usados correta e consistentemente são eficazes, a taxa de gravidez é de 6 para cada 100 mulheres, no primeiro ano de uso.

Prazo de validade

O espermicida pode ser estocado por até cinco anos, sem perda da efetividade. A data de fabricação e a data de validade estão impressas na embalagem. O profissional de saúde deve orientar a(o) usuária(o) para verificar o prazo de validade ao adquirir o produto. O espermicida pode ser danificado se estocado em ambiente excessivamente quente.

Efeitos secundários

- Irritação ou alergia na vagina ou pênis.
- Fissuras e microfissuras na mucosa vaginal ou retal, que são mais elevadas com o uso mais frequente (várias vezes ao dia) e em dosagens mais elevadas.

Modo de uso – instruções às usuárias

1. O espermicida é colocado com um aplicador, que deve ser introduzido na vagina o mais fundo possível. Tirar a tampa do tubo e colocar o aplicador na abertura do mesmo, girando.
2. Apertar o tubo desde o fundo, forçando seu conteúdo para o cilindro do aplicador, até que o êmbolo esteja totalmente exposto e o cilindro completamente cheio.

3. Separar o aplicador do tubo, fechar o tubo e enroscá-lo desde o fundo, após cada uso.
4. Segurar o aplicador cheio e inseri-lo na vagina o mais profundo possível.
5. O espermicida é eficaz por um período de uma hora após a sua aplicação. Portanto, a mulher deve ser orientada para que a relação sexual ocorra nesse período de tempo. Não sendo assim, nova dose deve ser aplicada antes do coito.
6. Reaplicar a cada relação sexual.
7. Evitar duchas vaginais por, no mínimo, seis horas após a relação sexual.
8. Lavar o aplicador com água e sabão após cada uso, enxaguando-o bem, entretanto não se deve fervê-lo.

Atuação do profissional de saúde

a) Primeira consulta:

- Explicar detalhadamente e discutir com a usuária a técnica de uso do método.
- Esclarecer que o método, se utilizado isolado, não oferece proteção contraceptiva satisfatória, nem proteção para o HIV e outras DST, podendo, inclusive, potencializar o risco de transmissão em algumas situações.
- Reforçar o uso do preservativo associado ao espermaticida, com vistas à dupla proteção.
- A orientação para uso do espermaticida pode ser feita por médico(a) ou enfermeira(o).
- Na ocorrência de coito desprotegido, recomendar a anticoncepção de emergência.

b) Consulta de retorno:

- Avaliar o uso correto, efeitos secundários e eficácia do método e dar as orientações que se fizerem necessárias.
 - O acompanhamento poderá ser feito por qualquer profissional da equipe de saúde, desde que devidamente treinado.
 - O fornecimento sistemático do método não precisa estar vinculado à consulta com o profissional de saúde.
- primeiro retorno deve ser agendado para 30 dias. Os demais retornos anuais.



11.6 DISPOSITIVO INTRAUTERINO – DIU

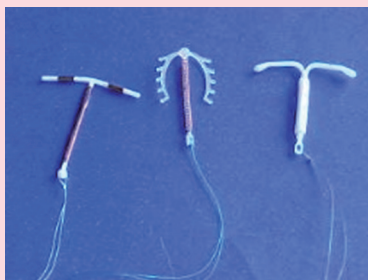
O dispositivo intrauterino – DIU é um objeto pequeno de plástico flexível, em forma de T, que mede aproximadamente 31 mm, ao qual pode ser adicionado cobre ou hormônios que, inserido na cavidade uterina, exerce função contraceptiva. É um dos métodos de planejamento familiar mais usados em todo o mundo.

A sua aceitação vem aumentando e as pesquisas mais recentes mostram que os DIU mais modernos, medicados com cobre ou com levonorgestrel, são seguros e muito eficazes. A seleção adequada da usuária e a inserção cuidadosa, realizada por profissional treinado e experiente, melhoram a eficácia, a continuidade de uso e a segurança do método.

Tipos e modelos

1. DIU com cobre: é feito de polietileno estéril radiopaco e revestido com filamentos e/ou anéis de cobre, enrolado em sua haste vertical, sendo que o modelo TCu-380 A também tem anéis de cobre em sua haste horizontal. Atualmente os modelos TCu-380 A e MLCu-375 são os mais usados.

2. DIU que libera hormônio: é feito de polietileno e a haste vertical é envolvida por uma cápsula que libera continuamente pequenas quantidades de levonorgestrel. O sistema intrauterino (SIU) de levonorgestrel – LNG-20 é desse tipo.



TCu-380A, Multiload Cu 375,
DIU com levonorgestrel

DIU DE COBRE

Mecanismo de ação

Os estudos sugerem que o DIU atua impedindo a fecundação porque torna mais difícil a passagem do espermatozoide pelo trato reprodutivo feminino, reduzindo a possibilidade de fertilização do óvulo. O DIU de cobre afeta os espermatozoides e os óvulos de várias maneiras. Eles estimulam reação inflamatória pronunciada ou reação à presença de corpos estranhos no útero. Poucos espermatozoides chegam às trompas de Falópio, e os que chegam, com toda probabilidade, não são aptos para fertilizar um óvulo.

Os mecanismos de ação do DIU de cobre não são ainda completamente conhecidos, embora a maioria dos pesquisadores acredite que os dispositivos com cobre atuem principalmente na prevenção da fertilização, na forma de muitas ações como as seguintes (MAGALHÃES; PETTA; ALDRIGHI, 2005):

- Provoca reação inflamatória pela presença de corpo estranho na cavidade uterina.
- Há liberação aumentada de prostaglandinas por macrófagos e neutrófilos.
- Precipitação de espermatozoides por reações imunológicas.
- Assincronia no desenvolvimento endometrial.
- Alterações enzimáticas no endométrio: diminuição da amilase (menor sobrevivência do espermatozoide), diminuição da fosfatase alcalina (dificuldade na motilidade espermática) e aumento da anidrase carbônica (implantação dificultada).
- Alterações no muco cervical.
- Fagocitose de espermatozoides por macrófagos.

Eficácia

O DIU TCu-380 A é o mais eficaz dos DIU com cobre e seu efeito depois da inserção dura 10 anos. A taxa de falha é de 0,6 a 0,8 por 100 mulheres, no primeiro ano de uso. Nos anos seguintes, a taxa anual de gravidez é ainda menor.

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

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

Prazo de validade

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

Por serem de plástico, os DIU devem ser protegidos contra o calor e a luz direta do sol. A embalagem esterilizada não pode ser danificada. O cobre passa por processo de ligeira oxidação, que torna o DIU escurecido. Isso não impede a utilização do DIU.

Duração de uso

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

Efeitos secundários

São efeitos secundários comuns (5 a 15% dos casos):

- Alterações no ciclo menstrual (comum nos primeiros três meses, geralmente diminuindo depois desse período).

- Sangramento menstrual prolongado e volumoso.
- Sangramento e manchas (spotting) no intervalo entre as menstruações.
- Cólicas de maior intensidade ou dor durante a menstruação.

Outros efeitos secundários (menos de 5% dos casos) são:

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

Complicações

- **Gravidez ectópica:** a gravidez ectópica ocorre em menos de 1,5 por 1.000 mulheres/ano/uso e, das gestações ocorridas em usuárias do DIU, 3 a 5% são ectópicas. Por essa razão a ocorrência de atraso menstrual deve ser investigada de forma a avaliar a possibilidade de gravidez e sua localização.
- **Gravidez tópica:** embora o DIU de cobre apresente taxa de gravidez bastante baixa, a ocorrência de gestações em mulheres com DIU demanda condutas adequadas, de acordo com a localização do saco gestacional em relação ao DIU e da idade gestacional no momento do diagnóstico. Se a **gestação não ultrapassa as 12 ou 13 semanas e os fios do DIU são visíveis no exame especular, deve ser retirado delicadamente por tração contínua e suave**. Nos casos de fios não visíveis ao exame especular, a histeroscopia realizada por profissional experiente e cuidadoso pode resolver boa parte dos casos. Explicar à mulher que existe a possibilidade de abortamentos espontâneos após a remoção do DIU, em 50% dos casos. Nos casos de **gestações mais avançadas, as tentativas de retirada devem ser evitadas**. Nesses casos, é importante o aconselhamento da gestante, ressaltando que aquela gestação possui um risco aumentado de abortamento, trabalho de parto prematuro e infecções. Trata-se de gravidez de alto risco e a mulher deve ser encaminhada para atenção pré-natal de alto risco (MAGALHÃES; PETTA; ALDRIGHI, 2005).
- **Perfuração:** é uma complicação rara (0,1%) que geralmente ocorre na inserção. Tem na técnica cuidadosa de inserção a sua principal prevenção. No momento da perfuração, a paciente sente uma forte dor e o procedimento de inserção deve ser imediatamente interrompido. Se a perfuração ocorrer durante a histerometria, o DIU não deve ser colocado e deve-se postergar a inserção para um mês após. O DIU deve ser removido por meio de tração delicada dos fios, o que resolve a grande maioria dos casos. Se o DIU ficou na cavidade abdominal, encaminhar a mulher para serviço de maior complexidade visando à retirada cirúrgica, preferencialmente por laparoscopia (MAGALHÃES; PETTA; ALDRIGHI, 2005; BRASIL, 2002b).
- **Expulsão:** nesse caso a mulher deve procurar o serviço de saúde o quanto antes para inserir novo DIU ou escolher outro método anticoncepcional.
- **Dor ou sangramento:** o DIU deve ser retirado em caso de hemorragia abundante com impacto hemodinâmico e/ou na série vermelha.

- **Infecção:** as infecções bacterianas parecem ser devidas à contaminação da cavidade endometrial, no momento da inserção do DIU, e a ocorrência de doença inflamatória pélvica aguda (DIPA) é bastante rara, após dias da inserção. A ocorrência de infecções associadas ao uso de DIU parece estar relacionada ao comportamento sexual da usuária e de seu parceiro, e não ao dispositivo, por si só. **Em caso de DIPA, deve-se retirar o DIU e iniciar antibioticoterapia.** Mulheres assintomáticas para DIPA, quando apresentam culturas positivas para gonorreia ou clamídia, devem ser tratadas com as drogas recomendadas, sem a remoção do DIU. Mulheres assintomáticas para DIPA, em caso de vaginose bacteriana, devem ser tratadas com metronidazol ou secnidazol, sem necessidade da retirada do DIU. Não existem evidências de que a prevalência de vaginose bacteriana seja influenciada pelo uso de DIU (MAGALHÃES; PETTA; ALDRIGHI, 2005).

Pontos-chave

- Método de longa duração: o TCU-380 A dura 10 anos após a sua inserção, mas pode ser retirado a qualquer momento, se a mulher assim desejar ou se apresentar algum problema.
- Muito eficaz.
- Não interfere nas relações sexuais.
- Não apresenta os efeitos colaterais do uso de hormônios.
- A fertilidade retorna logo após a sua remoção.
- Não interfere na qualidade ou quantidade do leite materno.
- Pode ser usado até a menopausa (até um ano ou mais após a última menstruação).
- Não interage com outra medicação.
- **O DIU não protege de DST/HIV/Aids.**
- **O DIU não é indicado para mulheres com risco aumentado para DST/HIV/Aids:** mulheres que têm mais de um parceiro sexual ou cujos parceiros têm outros parceiros/parceiras e não usam preservativo em todas as relações sexuais.

Técnica de uso

I. Inserção

a) Momento apropriado 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 não tenha malformação uterina e não existam sinais de infecção.
 - O DIU deve ser inserido, preferencialmente, durante a menstruação, pois tem algumas vantagens: 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 pode ser inserido durante a permanência no hospital, se a mulher já havia tomado essa decisão antecipadamente. O momento mais indicado é logo após a expulsão da placenta. Porém pode ser inserido a qualquer momento dentro de 48 horas após o parto, embora a taxa de expulsão, nesses casos, seja em torno de 20%. Passado esse período, deve-se aguardar, pelo menos, quatro semanas. Destaca-se que é necessário treinamento especial para evitar perfurações uterinas e mau posicionamento, que pode levar à expulsão do DIU.

- **Após aborto espontâneo ou induzido:**

- Imediatamente, se não houver infecção, embora a taxa de expulsão seja de 25%.
- Se houver infecção, tratar e orientar para a escolha de 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 outro método anticoncepcional:**

- Imediatamente.

b) Técnica de inserção:

É necessário treinamento adequado, sob supervisão direta, para aprender como inserir o DIU. Uma inserção correta do DIU reduz os riscos de gravidez e de todos os principais efeitos adversos: expulsão, sangramento e dor, perfuração e infecção. As práticas cuidadosas de prevenção de infecção são essenciais durante a colocação e retirada do DIU.

As instruções que se seguem constituem apenas um resumo, e não uma descrição técnica detalhada do procedimento de inserção. A técnica de inserção mais indicada é aquela em que o profissional não toca o DIU diretamente. A mulher deve ser avaliada clinicamente antes da inserção dele. Cabe, aqui, a lembrança de que o maior número de casos de infecções associadas ao uso do DIU ocorre pouco tempo após a inserção, por conta de infecções preexistentes não diagnosticadas. Todo DIU deverá estar esterilizado e embalado individualmente. 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 cuidadosamente o colo uterino e a cavidade vaginal com uma solução antiséptica, antes da inserção do DIU.
- Pinçar o lábio anterior do colo uterino com uma pinça de Pozzi e tracionar suavemente para corrigir ante ou retroflexão uterina.
- Inserir delicadamente o histerômetro por meio do canal cervical até atingir o fundo

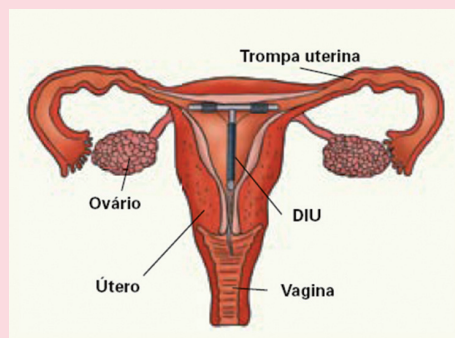
uterino. Deve-se tomar cuidado para não tocar as paredes vaginais ou as lâminas do espécúlo com o histerômetro e deve-se passar o histerômetro somente uma vez pelo canal cervical.

- Depois da histerometria, 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.
- 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, o DIU deve ser liberado e com o aplicador empurrar o DIU até o fundo do útero.
- Retirar o dispositivo de inserção, seguindo as instruções do fabricante.
- É recomendável padronizar o comprimento do fio entre 2 e 3 cm.

c) A mulher deve ser orientada para informar ao profissional de saúde a ocorrência de desconforto ou dor em qualquer momento durante o procedimento de inserção.

d) Depois da inserção, a mulher deve ficar deitada, repousando, por cinco a dez minutos. A cólica não deve durar muito tempo.

e) Não é necessário realizar ultrassonografia, após a inserção, como rotina. Deve ser realizada quando existe dúvida se o DIU está corretamente posicionado e na condução de casos com suspeita ou presença de complicações (BRASIL, 2002c).



DIU inserido no útero

Agendar consulta de retorno dentro de três a seis semanas, após a primeira menstruação depois da inserção, para exame pélvico e revisão. O objetivo dessa consulta é verificar, por meio do exame físico, se o DIU continua no lugar e se não há sinais de infecção. Depois dessa consulta, os retornos subsequentes devem ser a cada seis meses, no primeiro ano. Os demais retornos devem ser anuais.

2. Remoção do DIU

A remoção pode ser feita considerando-se o tempo de uso do DIU ou por solicitação da usuária ou por indicação clínica. Com relação ao tempo de uso, deve-se

observar a especificação do dispositivo utilizado: o TCu-380 A deve ser removido 10 anos após a inserção; para o Multiload Cu-375, esse período é de cinco anos. A duração de uso do DIU com levonorgestrel é de cinco a sete anos.

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

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

- Doença inflamatória pélvica aguda, após o início de antibioticoterapia adequada.
- 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 atenção à gestação de alto risco. Quando o fio do DIU é visível e a gestação não ultrapassa as 12 ou 13 semanas, 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.
- Após um ano da menopausa.

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

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 uterino usando uma pinça longa e fina. A mulher deve ser encaminhada para um serviço especializado se persistir a dificuldade de retirada do DIU ou quando houver indicação de remoção e os fios não estiverem visíveis.

3. Orientações às usuárias

É importante orientar a mulher para que ela saiba identificar o tipo de DIU que está usando e o seu formato; para compreender a importância das consultas de retorno agendadas para acompanhamento do uso; para saber quando deve retornar para remover ou trocar o DIU. Deve-se fornecer a ela ficha em que estejam registrados os dados sobre a inserção do DIU, incluindo mês e ano, e a data para a remoção. A mulher deve ser orientada a informar o uso do DIU sempre que for a qualquer consulta, mesmo que isso não lhe seja perguntado.

A mulher deve ser orientada sobre a possibilidade das seguintes ocorrências, após a inserção:

- Um pouco de cólica durante um ou dois dias após a inserção; caso sinta cólicas, ela poderá tomar analgésicos.
- Um pouco de secreção vaginal durante algumas semanas após a inserção, que é normal.
- Sangramento menstrual mais volumoso e, possivelmente, sangramentos ou manchas nos intervalos entre as menstruações, especialmente nos primeiros meses após a inserção do DIU.

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

- Uma vez por semana, durante o primeiro mês após a inserção.
- Periodicamente, após a menstruação: o DIU apresenta 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, se não encontrar os fios, se eles estiverem 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.

Atuação do profissional de saúde

a) Primeira consulta:

- Incluir na anamnese a investigação de todas as condições que contraindiquem o uso do DIU.
- Fazer exame físico geral e ginecológico.
- Explicar detalhadamente e discutir com a usuária a técnica de uso do método.
- Esclarecer à mulher que é frequente 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 à 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 do útero.

- A mulher deve ser incentivada a adotar a dupla proteção, ou seja, o uso do preservativo masculino ou feminino associado ao DIU.
- Na ocorrência de coito desprotegido, recomendar a anticoncepção de emergência.

b) Consultas de retorno:

- Avaliar o uso correto, efeitos secundários e fornecer as orientações que se fizerem necessárias.
- Deve haver fácil acesso ao acompanhamento e agenda aberta para consultas em caso de intercorrências.
- A ultrassonografia de rotina não é necessária já que o diagnóstico só indica a retirada do DIU caso este já se encontre parcialmente no canal cervical (BRASIL, 2002c).
- Primeiro retorno após a primeira menstruação depois da inserção.
- Retornos subsequentes a cada seis meses no primeiro ano. Demais retornos anuais.
- Nos retornos, acompanhar o prazo de duração do DIU e da data de remoção; avaliar e pesquisar condições clínicas que possam indicar a descontinuação do método; e avaliar a aceitabilidade do método.

Sinais de alerta

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

Outras situações comuns

- Parceiro sexual sente os fios do DIU durante a relação sexual e isso o incomoda. Nesse caso, os fios podem ser aparados no serviço de saúde.
- Sangramento volumoso ou prolongado que incomoda a mulher.
- A mulher ou o seu parceiro não está satisfeito com o DIU.
- Expirou o prazo de validade de um DIU de cobre ou de um DIU que libera hormônio e a mulher retorna para remover ou trocar o DIU.
- A mulher deseja remover o DIU por qualquer razão, a qualquer momento.
- A mulher tem dúvidas.
- A mulher deseja outro método de planejamento familiar.

Manejo de intercorrências ou complicações

• Sangramento vaginal prolongado e volumoso:

- Há evidência de infecção ou outra anormalidade? Realizar exame pélvico para afastar doença cervical, gravidez ectópica ou doença inflamatória pélvica. Encaminhar ou tratar quando necessário. A mulher pode continuar a usar o DIU enquanto se submete à investigação.
- Não há evidência de infecção ou outra anormalidade, faz menos de três meses desde a inserção do DIU e o sangramento está dentro do esperado como normal? Tranquilizar a mulher, explicando que as alterações menstruais são normais e provavelmente diminuirão com o tempo. Informar a mulher sobre os alimentos ricos em ferro e recomendar sua ingestão. Se necessário, fornecer suplementação de ferro. Perguntar se a mulher quer continuar a usar o DIU. Em caso positivo, pedir que retorne em três meses para outra avaliação. Se o sangramento continuar incomodando, recomendar o uso de ibuprofeno ou outra droga anti-inflamatória não esteroide (exceto aspirina) para ajudar a diminuir a perda de sangue. No caso da mulher não querer mais usar o DIU, remover o DIU e ajudar na escolha de outro método anticoncepcional.
- Não há evidência de infecção ou outra anormalidade e mais de três meses se passaram desde a inserção do DIU? Se o sangramento ou a dor são intensos, ou se a mulher preferir, remover o DIU e ajudar na escolha de novo método. Se uma condição anormal está causando o sangramento volumoso e irregular, tratar ou encaminhar para tratamento. Se o sangramento é muito importante, examinar a mulher para detectar sinais de anemia. Se sinais de anemia estiverem presentes, recomendar a remoção do DIU, ajudar na escolha de outro método e fornecer suplementação de ferro por três meses.

• Sangramento vaginal inexplicado e anormal que sugira gravidez ou condição clínica subjacente:

- A mulher pode continuar a usar o DIU enquanto se submete à investigação.
- Avaliar e tratar a condição clínica subjacente ou encaminhar para tratamento.

• Dor no baixo ventre que sugira doença inflamatória pélvica – DIP:

- Investigar a história e realizar os exames físico e pélvico. Se os seguintes achados forem encontrados, encaminhar para serviço de referência:
 - Ausência de menstruação, atraso menstrual ou gravidez.
 - Parto ou aborto recente.
 - Dor ou sensibilidade à palpação do abdome durante o exame.
 - Sangramento vaginal.
 - Massa pélvica.

- Se a mulher não apresentar nenhuma das condições acima, diagnosticar DIP, caso apresente quaisquer dos seguintes achados:
 - Temperatura oral de 38,3°C ou mais.
 - Corrimento vaginal ou cervical anormal.
 - Dor à mobilização do colo uterino durante exame pélvico.
 - Sensibilidade sobre a região pélvica.
 - Parceiro sexual com secreção uretral ou tratado para gonorreia.
 - O diagnóstico de DIP pode ser difícil. Os sinais e sintomas podem ser leves ou ausentes, ou podem se confundir com sinais e sintomas de outras condições como gravidez ectópica e apendicite.
 - Em caso de DIP, tratar ou encaminhar para tratamento imediatamente, de acordo com o protocolo da abordagem sindrômica para DST.
 - Tratar o parceiro.
 - Normalmente, remover o DIU se o exame físico ou os testes de laboratório indicam DIP.
- **Doença sexualmente transmissível em atividade ou nos últimos três meses:** mulheres assintomáticas para DIP, quando apresentam culturas positivas para gonorreia ou clamídia, devem ser tratadas com as drogas recomendadas, sem a remoção do DIU. Entretanto, se existirem sintomas ou sinais de DIP, o DIU deve ser retirado prontamente. Em caso de vaginose bacteriana, deve ser tratada com metronidazole ou secnidazole, sem a necessidade de retirada do DIU (MAGALHÃES; PETTA; ALDRIGHI, 2005).
- **Gravidez:**
 - Se os fios do DIU estão visíveis e a gravidez está no primeiro trimestre: explicar à mulher que a remoção é indicada devido ao risco de infecção. Explicar também que ela corre o risco de abortamento espontâneo. Se aceitar, remover o DIU ou encaminhar para a remoção.
 - Se os fios do DIU não estão visíveis e a gravidez está no primeiro trimestre: explicar à mulher que a remoção é indicada devido ao risco de infecção. Explicar também que ela corre o risco de abortamento espontâneo. Se aceitar, encaminhar para a remoção em serviço de referência, para que a remoção seja feita por meio de histeroscopia (MAGALHÃES; PETTA; ALDRIGHI, 2005).
 - Se a gravidez já passou do primeiro trimestre, com o DIU distante do orifício interno do colo, as tentativas de retirada devem ser evitadas, pois a ocorrência de insucesso é muito alta. Nesses casos, é importante o aconselhamento da gestante, ressaltando que aquela gestação possui risco aumentado de abortamentos, trabalho de parto prematuro e infecções. A gestante deve ser encaminhada para

atenção ao pré-natal de alto risco (MAGALHÃES; PETTA; ALDRIGHI, 2005).

- **O parceiro se queixa dos fios:** explicar à mulher (e ao seu parceiro, se possível) que o que está sentindo é normal. Recomendar nova tentativa. Alternativas: os fios podem ser aparados mais curtos; o DIU pode ser removido.

Critérios de elegibilidade médica para uso do dispositivo intrauterino – DIU de cobre

- **Categoria I:** o método pode ser usado sem restrições.
 - Quatro semanas ou mais após o parto.
 - Pós-aborto (primeiro trimestre).
 - Idade de 20 anos ou mais.
 - Fumante (qualquer idade).
 - Hipertensão:
 - o História de hipertensão, onde a pressão sanguínea não pode ser diagnosticada.
 - o Hipertensão arterial.
 - o História de pré-eclâmpsia.
 - o Hipertensão adequadamente controlada, onde a pressão sanguínea pode ser diagnosticada.
 - Múltiplos fatores de risco para doença cardiovascular (como idade avançada, fumo, hipertensão e diabetes).
 - Diabetes:
 - o História de diabetes gestacional.
 - o Diabetes (insulinodependente ou não).
 - o Diabetes com lesão vascular ou duração maior que 20 anos.
 - Trombose venosa profunda ou embolia pulmonar atual ou no passado.
 - História familiar de doença tromboembólica (parentesco de 1º grau).
 - Cirurgias:
 - o Cirurgia de grande porte com ou sem imobilização prolongada.
 - o Cirurgia de pequeno porte sem imobilização.
 - Varizes.
 - Tromboflebite superficial.
 - Doença cardíaca isquêmica atual ou passada.
 - AVC.
 - Hiperlipidemias.
 - Doença cardíaca valvular complicada ou não.

Continua...

Continuação

203

CADERNOS DE
ATENÇÃO BÁSICA

- Cefaleia e 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 – NIC.
- 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:
 - Hepatite viral aguda.
 - Portador assintomático de hepatite viral.
- Cirrose hepática compensada ou descompensada.
- Tumor hepático benigno ou maligno.
- Antecedente de gravidez ectópica.
- Obesidade: IMC maior ou igual a 30 kg/m².
- Tireoidopatias (bócio simples, hipertireoidismo, hipotireoidismo).
- Epilepsia.
- Esquistossomose não complicada ou com fibrose hepática.
- Malária.
- Uso de qualquer antibiótico, inclusive rifampicina e griseofulvina.
- Uso de anticonvulsivantes (fenitoína, carbamazepina, barbituratos, primidona).
- Multiparidade.
- Tuberculose não pélvica.
- Tumores ovarianos benignos (inclusive cistos).
- Cirurgia pélvica no passado.

Continua...

Continuação

- **Categoria 2:** o método pode ser usado. As vantagens geralmente superam riscos possíveis ou comprovados. As condições da Categoria 2 devem ser consideradas na escolha de um método. Se a mulher escolhe 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 < 20 anos: há aumento do risco de expulsão em mulheres jovens devido à nuliparidade e o risco de DST deve ser considerado.
- 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 volumoso e prolongado: se há anemia – Categoria 3.
- Sangramento vaginal inexplicado (para continuação do uso): não é necessário remover o DIU antes da avaliação.
- 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.
- Mioma uterino, sem distorção da cavidade uterina: miomas uterinos preexistentes podem distorcer a cavidade uterina e dificultar o correto posicionamento do DIU.
- Talassemia.
- Anemia falciforme.
- Anemia ferropriva: o DIU pode aumentar a perda sanguínea.
- 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).
- Dismenorreia grave: pode haver piora da dismenorreia.
- Endometriose.

Continua...

- **Categoria 3 e 4:** o método não deve ser usado. Os riscos possíveis e comprovados superam os benefícios do método.
- 48 horas a 4 semanas após o parto: existe aumento do risco de perfuração uterina em inserções entre 48 horas e 28 dias pós-parto.
- Risco aumentado para DST/HIV: existe aumento do risco para doença inflamatória pélvica.
- Aids: para iniciar o uso, essa condição enquadra-se na Categoria 3. Para continuação de uso, enquadra-se na Categoria 2. Se a mulher estiver clinicamente bem, mas em terapia ARV, essa condição enquadra-se na Categoria 2.
- Tuberculose pélvica: existe aumento do risco para infecção secundária e sangramento.
- Câncer de ovário.
- Gravidez: nenhum método é indicado durante a gravidez. O uso de DIU durante a gravidez aumenta bastante o risco para abortamento espontâneo e aborto séptico.
- Infecção puerperal.
- Após aborto séptico.
- Sangramento vaginal inexplicado (suspeita de condições sérias), antes do diagnóstico: se há suspeita de gravidez ou alguma condição clínica subjacente, deve-se investigar e a classificação da categoria deve ser avaliada após o diagnóstico. Não é necessário remover o DIU durante a investigação.
- Câncer de colo uterino: pode aumentar o risco para infecção e sangramento durante a inserção, que pode piorar a situação; o DIU deve ser removido ao começar o tratamento.
- Câncer de endométrio: pode aumentar o risco para infecção, perfuração e sangramento durante a inserção, que podem piorar a condição; o DIU deve ser removido ao começar o tratamento.
- Doença inflamatória pélvica atual ou nos últimos três meses (para iniciar o uso): o DIU aumenta muito o risco de doença inflamatória pélvica para essas mulheres. Há sérias preocupações de que o DIU possa piorar uma DIP. Uma DIP recente é forte fator de risco para uma DIP subsequente. A continuação de uso depende dos fatores de risco da mulher para DST e DIP e deve ser uma decisão informada.
- Doença sexualmente transmissível atual ou nos últimos três meses, incluindo cervicite purulenta: há sérias preocupações sobre o aumento do risco de DIP em mulheres com DST, ou em alto risco para elas, que inserem DIU.
- Doença trofoblástica benigna e maligna: há risco maior de perfuração uterina porque o tratamento da condição inclui curetagens repetidas.
- Alterações anatômicas que distorcem a cavidade uterina: o correto posicionamento do DIU na cavidade uterina pode ser impossível.
- Mioma uterino com distorção da cavidade uterina.

DIU COM LEVONORGESTREL – SIU-LNG-20

O sistema intrauterino de levonorgestrel – SIU-LNG-20 consiste numa matriz de plástico em forma de T com 32 mm de comprimento, radiopaco, cuja haste vertical é revestida com um cilindro de polidimetilsiloxano de 19 mm de comprimento, contendo 52 mg de levonorgestrel, e libera 20 µg de levonorgestrel por dia, o que acrescenta ação progestogênica à reação de corpo estranho presente nos dispositivos de cobre. Pode ser utilizado como método anticoncepcional, no tratamento da menorragia e na terapia de reposição hormonal da mulher menopausada, associado ao estrogênio. A duração de uso recomendada é de cinco a sete anos.

Mecanismo de ação

O sistema intrauterino com levonorgestrel apresenta os seguintes mecanismos de ação:

- **Efeitos endometriais:** devido aos níveis elevados de levonorgestrel na cavidade uterina, ocorre insensibilidade do endométrio ao estradiol circulante, com inibição da síntese do receptor de estradiol no endométrio e efeito antiproliferativo do endométrio, com atrofia endometrial. Aproximadamente um mês após a inserção, ocorrem supressão do epitélio endometrial e intensa reação tecidual do estroma. Essas alterações desaparecem um mês após a remoção do endoceptivo.
- **Muco cervical:** diminui a produção e aumenta a viscosidade do muco cervical, inibindo a migração espermática.
- **Inibição da ovulação:** produz anovulação em aproximadamente 25% das mulheres, porém com produção estrogênica, o que possibilita boa lubrificação vaginal.
- **Outros efeitos:** efeitos uterovasculares, diminuição da motilidade espermática, reação de corpo estranho, entre outros.

Eficácia

A taxa de gravidez acumulada até cinco anos é de 0 e 0,2 por 100 mulheres, do DIU com levonorgestrel. A eficácia desse método é similar à da esterilização cirúrgica. A taxa de falha não é influenciada pela idade.

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

A concentração de levonorgestrel no trato genital superior cai rapidamente **após a remoção do SIU-LNG-20 e a recuperação da fertilidade é imediata.**

Prazo de validade

O SIU-LNG-20 é acondicionado em embalagem estéril; o prazo de validade do SIU-LNG-20 na embalagem é de três anos, de acordo com o fabricante; não se pode

reesterilizar após esse prazo. A data de fabricação e a data de validade estão impressas na embalagem.

Duração de uso

O DIU com levonorgestrel aprovado para uso no Brasil apresenta duração de cinco anos após a sua inserção. A efetividade do método se mantém durante todo o período de uso. Não há necessidade de períodos de “descanso” para inserir novo DIU com levonorgestrel, após a mulher ter usado o anterior por longo período.

Efeitos secundários

- *Spotting* ou manchas: são frequentes nos dois – cinco primeiros meses.
- Amenorreia: 20% em um ano e 50% em cinco anos.
- Sensibilidade mamária.
- Acne.
- Outros efeitos: dor abdominal, dor nas costas, cefaleia, depressão, náuseas, edema.

Complicações

- Expulsão
- Dor ou sangramento.
- Perfuração.
- Infecção: durante o primeiro ano de uso, a taxa de infecções é baixa. Após três anos, a taxa de DIPA em usuárias do SIU-LNG-20 é ainda mais baixa (0,3%).
- Gravidez ectópica: a taxa de gravidez ectópica em usuárias do SIU-LNG-20 é de 0,2/1.000 mulheres/ano/uso.
- Gravidez tópica

Pontos-chave

- Método muito efetivo, reversível e de longa duração.
- Baixa frequência de efeitos hormonais sistêmicos que, quando ocorrem, são de pouca intensidade.
- O padrão menstrual altera-se na maioria dos casos.
- Habitualmente há diminuição da quantidade dos sangramentos incluindo amenorreia prolongada.
- Não interfere nas relações sexuais.
- A fertilidade retorna logo após a sua remoção. O retorno da fertilidade no primeiro

ano é de 75,4% e, no segundo ano, de 81%. As taxas de recuperação da fertilidade são semelhantes às do DIU de cobre.

- Promove o controle da menorrágia; alguns estudos sugerem que o método pode ser tratamento eficaz para retardar ou evitar algumas indicações de histerectomia e ablação endometrial.
- **O DIU não protege de DST/HIV/Aids.**
- **O DIU não é indicado para mulheres com risco aumentado para DST/HIV/Aids:** mulheres que têm mais de um parceiro sexual ou cujos parceiros têm outros parceiros/parceiras e não usam preservativo em todas as relações sexuais.

Técnica de uso

I. Inserção

a) Momento apropriado para iniciar o uso:

- **Mulher menstruando regularmente:**
 - Entre o primeiro e o sétimo dia do ciclo menstrual.
- **Após o parto:**
 - No período pós-parto, recomenda-se a inserção após seis semanas do parto nas mulheres que estão amamentando. Sem lactação, pode ser inserido imediatamente após o parto ou nas 48 horas seguintes, embora a taxa de expulsão seja em torno de 20%. Passado esse período, deve-se aguardar, pelo menos, quatro semanas. Destaca-se que é necessário treinamento especial para evitar perfurações uterinas e mau posicionamento, que podem levar à expulsão do DIU.
- **Após aborto espontâneo ou induzido:**
 - Imediatamente, se não houver infecção, embora a taxa de expulsão seja de 25%.
 - Se houver infecção, tratar e orientar para a escolha de outro método eficaz. O DIU pode ser inserido após três meses, se não houver mais infecção, e a mulher não estiver grávida.

b) Técnica de inserção:

É necessário treinamento adequado, sob supervisão direta, para aprender como inserir o SIU-LNG-20, cuja técnica de inserção é diferente do DIU TCu-380 A. As práticas cuidadosas de prevenção de infecção são essenciais durante a colocação e retirada do DIU. O SIU-LNG-20 deve ser inserido de acordo com as instruções do fabricante.

c) Agendar consulta de retorno dentro de três a seis semanas, após a primeira menstruação, depois da inserção, para exame pélvico e revisão. O objetivo dessa consulta é verificar, por meio do exame físico, se o DIU continua no lugar e se não há sinais de infecção. Depois dessa consulta, os retornos subsequentes devem ser a cada seis meses, no primeiro ano. Os demais retornos devem ser anuais.

2. Remoção do DIU

A remoção pode ser feita considerando-se o tempo de uso do DIU ou por solicitação da usuária ou por indicação clínica. Com relação ao tempo de uso, deve-se observar a especificação do dispositivo utilizado: no caso do DIU com levonorgestrel, deve ser removido cinco a sete anos após a inserção.

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

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

- Doença inflamatória pélvica aguda, após o início de antibioticoterapia adequada.
- 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 atenção à gestação de alto risco e deve ser informada que apresenta risco aumentado para aborto espontâneo e infecção. 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. Devem ser observadas as medidas para prevenção de infecção.

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 uterino usando uma pinça longa e fina. A mulher deve ser encaminhada para um serviço de maior complexidade se persistir a dificuldade de retirada do DIU ou quando houver indicação de remoção e os fios não estiverem visíveis.

3. Orientações às usuárias

É importante orientar a mulher para que ela saiba identificar o tipo de DIU que está usando e o seu formato; para compreender a importância das consultas de retorno agendadas para acompanhamento do uso; para saber quando deve retornar para remover ou trocar o DIU. Deve-se fornecer à mulher ficha em que estejam registrados os dados sobre a inserção do DIU, incluindo mês e ano, e a data para a remoção.

A mulher deve ser orientada a informar o uso do DIU sempre que for a qualquer consulta, mesmo que isso não lhe seja perguntado.

A mulher deve ser orientada sobre a possibilidade das seguintes ocorrências, após a inserção:

- Um pouco de cólica durante um ou dois dias após a inserção; caso sinta cólicas, ela poderá tomar analgésicos.
- Um pouco de secreção vaginal durante algumas semanas após a inserção, que é normal.
- Manchas ou *spotting*, principalmente nos primeiros dois a quatro meses.

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

- Uma vez por semana, durante o primeiro mês após a inserção.
- Periodicamente, após a menstruação: o DIU apresenta 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, se não encontrar os fios, se achar que 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.

Atuação do profissional de saúde

a) Primeira consulta:

- Incluir na anamnese a investigação de todas as condições que contraindiquem o uso do SIU-LNG-20.
- Fazer exame físico geral e ginecológico.
- Explicar detalhadamente e discutir com a usuária a técnica de uso do método.
- Esclarecer à mulher que é frequente a ocorrência de cólicas, manchas ou *spotting* 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: acha que pode estar grávida; exposição à doença sexualmente transmissível; dor intensa no baixo ventre; prazo de validade do SIU-LNG-20 vencido e/ou se percebe objeto de consistência dura na vagina ou no colo do útero.

- A mulher deve ser incentivada a adotar a dupla proteção, ou seja, o uso do preservativo masculino ou feminino associado ao SIU-LNG-20.
- Na ocorrência de coito desprotegido, recomendar a anticoncepção de emergência.

b) Consultas de retorno:

- Avaliar o uso correto, efeitos secundários e fornecer as orientações que se fizerem necessárias.
- Deve haver fácil acesso ao acompanhamento e agenda aberta para consultas em caso de intercorrências.
- A ultrassonografia de rotina não é necessária já que o diagnóstico ultrassonográfico só indica a retirada do DIU, caso este já se encontre parcialmente no canal cervical (BRASIL, 2002c).
- Primeiro retorno após a primeira menstruação depois da inserção.
- Retornos subsequentes a cada seis meses no primeiro ano. Demais retornos anuais.
- Nos retornos, acompanhar o prazo de duração do SIU-LNG-20 e da data de remoção; avaliar e pesquisar condições clínicas que possam indicar a descontinuação do método; e avaliar a aceitabilidade do método.

Sinais de alerta

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

Outras situações comuns

- Parceiro sexual sente os fios do DIU durante a relação sexual e isso o incomoda. Nesse caso, os fios podem ser aparados no serviço de saúde.
- A mulher ou o seu parceiro não está satisfeito com o DIU.
- Expirou o prazo de validade do SIU-LNG-20 e a mulher retorna para remover ou trocar o DIU.

- A mulher deseja remover o SIU-LNG-20 por qualquer razão, a qualquer momento.
- A mulher tem dúvidas.
- A mulher deseja outro método de planejamento familiar.

Manejo de intercorrências ou complicações

- **Manchas ou spotting persistentes:**
 - Há evidência de infecção ou outra anormalidade? Realizar exame pélvico para afastar doença cervical, gravidez ectópica ou doença inflamatória pélvica. Encaminhar ou tratar quando necessário. A mulher pode continuar a usar o SIU-LNG-20 enquanto se submete à investigação.
 - Não há evidência de infecção ou outra anormalidade, faz menos de quatro meses desde a inserção do SIU-LNG-20 e o sangramento está dentro do esperado como normal? Tranquilizar a mulher, explicando que as alterações menstruais são comuns nos quatro primeiros meses e provavelmente diminuirão com o tempo. Se o SIU está localizado em posição fúndica correta, progressivamente ocorre redução da duração e da quantidade do sangramento, podendo chegar até a amenorreia. Perguntar se a mulher quer continuar a usar o DIU. Em caso positivo, pedir que retorne em três meses para outra avaliação. Se o sangramento continuar incomodando, recomendar o uso de ibuprofeno ou outra droga anti-inflamatória não esteroide (exceto aspirina) para ajudar a diminuir a perda de sangue. No caso da mulher não querer mais usar o DIU, remover o DIU e ajudar na escolha de outro método anticoncepcional.
 - Não há evidência de infecção ou outra anormalidade e mais de quatro meses se passaram desde a inserção do DIU? Se o sangramento ou a dor são intensos, ou se a mulher preferir, remover o DIU e ajudar na escolha de novo método. Se uma condição anormal está causando o sangramento, tratar ou encaminhar para tratamento. Se o sangramento é muito importante, examinar a mulher para detectar sinais de anemia. Se sinais de anemia estiverem presentes, recomendar a remoção do DIU e ajudar na escolha de outro método e fornecer suplementação de ferro por três meses.
- **Sangramento vaginal inexplicado e anormal que sugira gravidez ou condição clínica subjacente:**
 - A mulher pode continuar a usar o DIU enquanto se submete à investigação.
 - Avaliar e tratar a condição clínica subjacente ou encaminhar para tratamento.
- **Dor no baixo ventre que sugira doença inflamatória pélvica – DIP:**
 - A DIP é incomum entre as usuárias do SIU-LNG-20; todavia, deve-se sempre estar atento aos sinais e sintomas sugestivos de DIP.

- **Doença sexualmente transmissível em atividade ou nos últimos três meses:** mulheres assintomáticas para DIP, quando apresentam culturas positivas para gonorreia ou clamídia, devem ser tratadas com as drogas recomendadas, sem a remoção do DIU. Entretanto, se existirem sintomas ou sinais de DIP, o DIU deve ser retirado prontamente. Em caso de vaginose bacteriana, deve ser tratada com metronidazole ou secnidazole, sem a necessidade de retirada do DIU (MAGALHÃES; PETTA; ALDRIGHI, 2005).
- **Gravidez:**
 - Se os fios do DIU estão visíveis, explicar à mulher que a remoção é indicada devido ao risco de infecção. Explicar também que ela corre o risco de abortamento espontâneo. Se aceitar, remover o DIU ou encaminhar para a remoção.
 - Se os fios do DIU não estão visíveis, informar à mulher que ela apresenta risco aumentado para aborto espontâneo e infecção. A gestante deve ser encaminhada para pré-natal de alto risco.
- **O parceiro se queixa dos fios:** explicar à mulher (e ao seu parceiro, se possível) que o que está sentindo é normal. Recomendar nova tentativa. Alternativas: os fios podem ser aparados mais curtos; o DIU pode ser removido.

Critérios de elegibilidade clínica para uso do Sistema intrauterino – SIU – LNG – 20

- **Categoria I:** o método pode ser usado sem restrições.
- Quatro semanas ou mais após o parto (não lactantes) ou seis semanas ou mais após o parto (lactantes).
- Pós-aborto (primeiro trimestre).
- Idade de 20 anos ou mais.
- Fumante (qualquer idade).
- Hipertensão:
 - o Hipertensão adequadamente controlada, onde a pressão sanguínea pode ser diagnosticada.
 - o Hipertensão arterial: PA sistólica 140-159 ou PA diastólica 90-99.
 - o História de pré-eclâmpsia, onde a pressão sanguínea pode ser medida e é normal.
- História de diabetes gestacional.
- História familiar de doença tromboembólica (parentesco de 1º grau).
- Cirurgias:
 - o Cirurgia de grande porte sem imobilização prolongada.
 - o Cirurgia de pequeno porte sem imobilização.

Continua...

Continuação

- Varizes.
- Tromboflebite superficial.
- Doença cardíaca valvular não complicada.
- Cefaleia leve ou grave
- Sangramentos:
 - o Sangramento irregular não volumoso.
 - o Sangramento irregular volumoso e prolongado (para iniciar o uso).
 - o 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.
- História de colestase relacionada à gravidez.
- Portador assintomático de hepatite viral.
- Antecedente de gravidez ectópica.
- Tireoidopatias (bócio simples, hipertireoidismo, hipotireoidismo).
- Talassemia.
- Anemia falciforme.
- Anemia ferropriva.
- Epilepsia.
- Esquistossomose não complicada ou com fibrose hepática.
- Malária.
- Antibióticos:
 - o Uso de rifampicina, griseofulvina e anticonvulsivantes (fenitoína, carbamazepina, barbituratos, primidona).
 - o Outros antibióticos.
- Multiparidade.
- Dismenorreia grave.
- Endometriose.
- Tuberculose não pélvica.
- Tumores ovarianos benignos (inclusive cistos).
- Cirurgia pélvica no passado

Continua...

- **Categoria 2:** o método pode ser usado. As vantagens geralmente superam riscos possíveis ou comprovados. As condições da Categoria 2 devem ser consideradas na escolha de um método. Se a mulher escolhe 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. Não existem dados sobre os efeitos locais do SIU-LNG-20 sobre a involução uterina.
- Menarca até < 20 anos: há preocupações pelo aumento do risco de expulsão e de infecções em mulheres muito jovens.
- Hipertensão:
 - o História de hipertensão onde não é possível aferir a pressão arterial.
 - o Hipertensão arterial: PA sistólica igual ou maior que 160 ou PA diastólica igual ou maior que 100 ou com doença vascular: existe preocupação com o risco potencial do efeito hipoestrogênico e o SIU-LNG-20 pode diminuir o HDL-colesterol.
- Múltiplos fatores de risco para doença cardiovascular arterial (como idade avançada, fumo, diabetes e hipertensão).
- Antecedente de doença tromboembólica.
- Cirurgia de grande porte com imobilização prolongada.
- Diabetes:
 - o Diabetes (insulinodependente ou não).
 - o Diabetes com lesão vascular, neuropatia, retinopatia, nefropatia ou duração maior que 20 anos: o SIU-LNG-20 pode alterar levemente o metabolismo lipídico e dos carboidratos.
 - o AVC (histórico de acidente cerebrovascular): existe preocupação com o risco potencial do efeito hipoestrogênico e o SIU-LNG-20 pode diminuir o HDL-colesterol.
- 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.
- Enxaqueca sem sintomas neurológicos focais: pode haver piora da cefaleia.
- Sangramento volumoso e prolongado: o SIU-LNG-20 pode provocar sangramento irregular, principalmente nos 3-6 primeiros meses de uso; a quantidade da perda sanguínea é reduzida.
- Sangramento vaginal inexplicado (para continuação do uso): não é necessário remover o DIU antes da avaliação.

Continua...

Continuação

- Nódulo mamário sem diagnóstico.
- Neoplasia intraepitelial cervical-NIC: existe alguma preocupação sobre a possibilidade de progressão do NIC com o uso do SIU-LNG-20.
- 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.
- Doença biliar sintomática ou assintomática.
- História de colestase relacionada ao uso de anticoncepcional oral combinado.
- Cirrose leve (compensada).
- Mioma uterino (sem distorção da cavidade uterina). Miomas uterinos preexistentes podem distorcer a cavidade uterina e dificultar o correto posicionamento do DIU.
- 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).
- Obesidade: IMC maior ou igual a 30 kg/m².

- **Categorias 3 e 4:** o método não deve ser usado. Os riscos possíveis e comprovados superam os benefícios do método.
- 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 esteroides.
- 48 horas a quatro semanas após o parto (não lactante) ou até seis semanas após o parto (lactante): 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 esteroides.
- Doença cardíaca isquêmica atual ou no passado: pode ocorrer redução do HDL-colesterol devido à ação hipoestrogênica.
- Doença tromboembólica atual.
- Enxaqueca com sintomas neurológicos focais.
- Câncer de ovário.
- Câncer endometrial.
- Câncer de mama atual ou no passado e sem evidência de doença nos últimos cinco anos.
- Risco aumentado para DST: existe aumento do risco para doença inflamatória pélvica.

Continua...

Continuação

- Doença inflamatória pélvica atual ou nos últimos três meses (incluindo cervicite purulenta): existe aumento do risco para doença inflamatória pélvica.
- Doença sexualmente transmissível atual ou nos últimos três meses, incluindo cervicite purulenta
- Aids: para início de uso, essa condição enquadra-se na Categoria 3. Para continuação de uso, enquadra-se na Categoria 2. Se a mulher encontra-se clinicamente bem, mas em terapia ARV, essa condição enquadra-se na Categoria 2.
- Hepatite viral ativa: os progestogênios são metabolizados no fígado e seu uso afeta negativamente mulheres com a função hepática comprometida. Além disso, os progestogênios aceleram o crescimento de tumores.
- Cirrose grave (descompensada): os progestogênios são metabolizados no fígado e seu uso afeta negativamente mulheres com a função hepática comprometida. Além disso, os progestogênios aceleram o crescimento de tumores.
- Tumores hepáticos benignos e malignos: os progestogênios são metabolizados no fígado e seu uso afeta negativamente mulheres com a função hepática comprometida. Além disso, os progestogênios aceleram o crescimento de tumores.
- Doença trofoblástica benigna e maligna.
- Tuberculose pélvica: existe aumento do risco para infecção secundária e sangramento.
- 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.
- Infecção puerperal.
- Após aborto séptico.
- Sangramento vaginal inexplicado (suspeita de condições sérias antes do diagnóstico): se há suspeita de gravidez ou alguma doença subjacente, deve-se investigar e reavaliar a indicação do método após.
- Alterações anatômicas que distorcem a cavidade uterina: o correto posicionamento do DIU na cavidade uterina pode ser impossível.
- Mioma uterino com distorção da cavidade uterina.

11.7 MÉTODOS COMPORTAMENTAIS

Os métodos comportamentais, também conhecidos como métodos de abstinência periódica ou de percepção da fertilidade ou métodos naturais, são técnicas para obter ou evitar a gravidez, mediante a identificação do período fértil da mulher. O casal pode concentrar as relações sexuais nessa fase, caso deseje obter uma gravidez, ou abster-se de relações sexuais vaginais, caso deseje evitar a gravidez.

O sucesso dos métodos comportamentais depende do reconhecimento dos sinais da ovulação (aproximadamente 14 dias antes do início da menstruação) e do período fértil. Sabe-se que, após a postura ovular, o óvulo possui sobrevida de apro-

ximadamente 24 horas. Por sua vez, os espermatozoides, após ejaculação no trato genital feminino, têm capacidade para fecundar o óvulo por um período de até aproximadamente seis dias. Para que haja fecundação, tem que ocorrer a ovulação e pelo menos um coito próximo a ela, pois é necessário que se encontrem um espermatozoide com um óvulo e que ambos estejam em boas condições para poder unirem-se. Isso só pode ocorrer se o coito antecede a ovulação por não mais de cinco dias ou se coincide com a ovulação (CROXATTO, 2001).

Em consequência, seria suficiente praticar a abstinência de relação sexual vaginal durante seis dias em cada ciclo para garantir efeito anticoncepcional de alta eficácia. A razão pela qual o período de abstinência deve ser maior é que não há métodos confiáveis para predizer, de maneira precisa, quando ocorrerá a ovulação, que é um fenômeno variável, de pessoa para pessoa e, na mesma pessoa, em diferentes períodos de tempo.

A maior ou menor eficácia desses métodos dependerá então da precisão com que seja possível predizer a ovulação, do cálculo adequado da margem de segurança para evitar erros devidos à variabilidade e da adesão ao modo de uso do método, ou seja, a capacidade de manter abstinência de relações sexuais vaginais no período indicado, o que faz necessária a colaboração de ambos os parceiros.

Eficácia

A eficácia dos métodos baseados na percepção da fertilidade varia muito, mais do que a dos outros métodos anticoncepcionais, porque depende muito da maneira como são usados. Para maior eficácia, o casal deve abster-se de relações sexuais com penetração vaginal durante todo o período fértil. Manter relações vaginais durante o período fértil, ainda que usando métodos de barreira, diminui a eficácia.

Em geral, todos os métodos baseados na percepção da fertilidade são pouco eficazes no uso rotineiro ou habitual, apresentando taxa de gravidez de 20 em 100 mulheres no primeiro ano de uso. Podem ser eficazes ou muito eficazes, quando usados de forma correta e consistente:

- **Tabela ou calendário ou ritmo:** nove em 100 mulheres no primeiro ano de uso.
- **Muco cervical:** três em 100 mulheres no primeiro ano de uso.
- **Temperatura corporal basal:** uma em 100 mulheres no primeiro ano de uso (somente quando as relações sexuais acontecem apenas depois da ovulação e antes da próxima menstruação).
- **Sintotérmico:** duas em 100 mulheres no primeiro ano de uso.
- **Método dos dias fixos ou método do colar:** recentemente o método dos dias fixos (colar) foi avaliado, num estudo muito bem controlado, e os resultados mostraram taxa de gravidez de 4,75 em 100 mulheres em uso correto e 11,96 em mulheres que tiveram algumas relações durante o período fértil definido pelo método.

No período fértil, o casal pode namorar, trocar carícias, desde que tenha os cuidados necessários para que não haja contato do pênis com a vagina, se houver o desejo de evitar a gravidez. O homem não deve ejacular próximo à entrada da vagina, por exemplo, na coxa, no períneo ou na virilha.

Pontos-chave

- Baixa eficácia em uso rotineiro.
- Desaconselha-se o uso desses métodos em mulheres que apresentam longos períodos de anovulação, ciclos irregulares ou amenorreia, assim como nas adolescentes, nos períodos pós-parto, pós-aborto, durante a amamentação e na perimenopausa; ou seja, nas situações em que as mulheres tenham dificuldade de interpretar seus sinais de fertilidade. Esses métodos também não estão indicados em casos onde a mulher tem dificuldades de seguir as orientações de uso do método e cuja gravidez constitui risco de vida (LIMA,2005).
- Esses métodos requerem disciplina, conhecimento do funcionamento do corpo, observação atenta e a cooperação de ambos os parceiros.
- A eficácia depende de seu uso correto e da cooperação de ambos os parceiros.
- Não têm efeitos colaterais orgânicos.
- Favorecem o conhecimento da fisiologia reprodutiva.
- **Não previnem contra DST/HIV/Aids.**

Existem várias modalidades de métodos anticoncepcionais baseados na percepção da fertilidade que usam diferentes técnicas para identificar os dias em que deve ser praticada a abstinência de relações sexuais vaginais.

TABELA OU CALENDÁRIO OU RITMO – OGINO-KNAUS

Esse método baseia-se no fato de que a duração da segunda fase do ciclo menstrual (pós-ovulatória ou fase lútea) é relativamente constante, com a ovulação ocorrendo entre 11 e 16 dias antes do início da próxima menstruação (BRASIL, 2002c).

O cálculo do período fértil da mulher é feito mediante a análise de seu padrão menstrual prévio, durante 6 a 12 meses.

A mulher que quiser usar esse método deve ser orientada a marcar em um calendário, durante pelo menos seis meses, o primeiro dia de cada menstruação, para verificar o número de dias que durou cada ciclo menstrual.

Técnica de uso do método – instruções às usuárias

- Verificar a duração (número de dias) de cada ciclo, contando desde o primeiro dia da menstruação (primeiro dia do ciclo) até o dia que antecede a seguinte (último dia do ciclo).
- Verificar o ciclo mais curto e o mais longo.
- Calcular a diferença entre eles. Se a diferença entre o ciclo mais longo e o mais curto for de 10 dias ou mais, a mulher não deve usar esse método.
- Determinar a duração do período fértil da seguinte maneira:
 - Subtraindo-se 18 do ciclo mais curto, obtém-se o dia do início do período fértil.
 - Subtraindo-se 11 do ciclo mais longo, obtém-se o dia do fim do período fértil.
- Para evitar a gravidez, orientar a mulher e/ou casal para abster-se de relações sexuais vaginais durante o período fértil.

Exemplo

Primeiro ciclo (29 dias)							Segundo ciclo (30 dias)						
DOM	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SAB	DOM	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SAB
		X	2	3	4	5					1	2	3
7	8	9	10	11	12	13	4	5	6	7	8	9	10
14	15	16	17	18	19	20	11	12	13	14	15	16	17
21	22	23	24	25	26	27	18	19	20	21	22	23	24
28	29	X	31				25	26	27	28			

Terceiro ciclo (28 dias)							Quarto ciclo (31 dias)						
DOM	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SAB	DOM	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SAB
					X	2	1	2	3	4	5	6	7
4	5	6	7	8	9	10	8	9	10	11	12	13	14
11	12	13	14	15	16	17	15	16	17	18	19	20	21
18	19	20	21	22	23	24	22	23	24	25	26	27	28
25	26	27	28	29	30	31	29	30					

Quinto ciclo (31 dias)							Sexto ciclo (30 dias)						
DOM	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SAB	DOM	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SAB
			1	2	3	4						1	2
6	7	8	9	10	11	12	3	4	5	6	7	8	9
13	14	15	16	17	18	19	10	11	12	13	14	15	16
20	21	22	23	24	25	26	17	18	19	20	21	22	23
27	28	29	30	X			24	25	26	27	28	29	30

O ciclo mais curto e o ciclo mais longo foram, nesse exemplo, 28 e 31 dias, respectivamente.

A diferença entre o ciclo mais curto e o ciclo mais longo, nesse exemplo, é de três dias.

Início do período fértil = $28 - 18 = 10^{\circ}$ dia

Fim do período fértil = $31 - 11 = 20^{\circ}$ dia

Nesse exemplo, o período fértil determinado foi do 10° ao 20° dia do ciclo menstrual (ambos os dias, inclusive), com uma duração de 11 dias.

Atuação do profissional de saúde

a) Primeira consulta:

- Explicar detalhadamente e discutir com a usuária a técnica de uso do método.
- Elaborar com a mulher e/ou orientá-la para fazer o cálculo de sua tabela, sempre com base nos 6 a 12 ciclos mais recentes, que devem estar marcados no calendário.

- Para evitar a gravidez, orientar a mulher e/ou casal para abster-se de relações sexuais vaginais no período fértil, lembrando que a eficácia do método depende da colaboração de ambos os parceiros.
- Alertar a usuária para o fato de que cada mulher tem um padrão menstrual próprio e que os cálculos devem ser individualizados, portanto, a tabela de uma mulher não serve para outra.
- Recomendar especial atenção a fatores que possam alterar o ciclo menstrual: doenças, estresse, depressão, mudança de ritmo de trabalho, entre outros.
- Reforçar o aconselhamento.
- Considerar o oferecimento do preservativo masculino ou feminino para uso associado ao método, com vistas à dupla proteção.
- A orientação para uso da tabela pode ser feita por qualquer profissional da equipe de saúde, desde que devidamente treinado.
- Na ocorrência de coito desprotegido no período fértil, recomendar a anticoncepção de emergência.

b) Consultas de retorno:

- Avaliar a qualidade dos registros e a capacidade da mulher e/ou do casal em cumprir as instruções de uso do método.
- Refazer os cálculos com a usuária a cada seis meses, sempre com base nos últimos 6 a 12 ciclos.
- Reforçar as recomendações dadas na primeira consulta.
- Agendar o primeiro retorno depois de um mês. Retornos subsequentes de seis em seis meses.

CURVA TÉRMICA BASAL OU DE TEMPERATURA

Esse método fundamenta-se nas alterações da temperatura basal que ocorrem na mulher ao longo do ciclo menstrual.

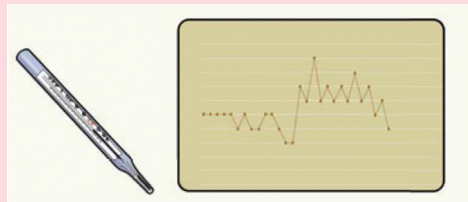
A temperatura basal corporal é a temperatura do corpo em repouso.

Antes da ovulação, a temperatura basal corporal permanece num determinado nível baixo; após a ovulação, se eleva ligeiramente (alguns décimos de grau centígrado), permanecendo nesse novo nível até a próxima menstruação. Esse aumento de temperatura é resultado da elevação dos níveis de progesterona, que tem um efeito termogênico. O método permite, portanto, por meio da mensuração diária da temperatura basal, a determinação da fase infértil pós-ovulatória.

O casal que não deseja engravidar deve evitar as relações sexuais com penetração vaginal no período de quatro a cinco dias antes da data prevista da ovulação até o quarto dia da temperatura basal alta.

Técnica de uso do método – instruções às usuárias

- A partir do primeiro dia do ciclo menstrual, verificar diariamente a temperatura basal, pela manhã, antes de realizar qualquer atividade e após um período de repouso de no mínimo cinco horas, procedendo da seguinte forma:
 - Usar termômetro comum para a medida da temperatura.
 - O termômetro deve ser sempre o mesmo (no caso de quebra ou qualquer outro dano, anotar o dia da sua substituição). Abaixar o nível de marcação do termômetro na véspera.
 - A temperatura pode ser verificada por via oral, retal ou vaginal. A temperatura oral deve ser verificada colocando-se o termômetro embaixo da língua e mantendo-se a boca fechada, pelo tempo mínimo de cinco minutos. A temperatura retal ou vaginal deve ser verificada por, no mínimo, três minutos.
 - Um vez escolhida a via de verificação da temperatura, esta deve ser mantida durante todo o ciclo.
- Registrar a temperatura observada a cada dia do ciclo menstrual em papel quadriculado comum ($0,5 \text{ cm} = 0,1^\circ\text{C}$). Ligar os pontos referentes a cada dia, formando uma linha que vai do primeiro ao segundo ao terceiro etc. Cada ciclo menstrual terá seu gráfico próprio de temperatura basal corporal.



- Verificar a ocorrência de aumento persistente da temperatura basal por quatro dias no período esperado após a ovulação.
- Reconhecer que a diferença de no mínimo $0,2^\circ\text{C}$ entre a última temperatura baixa e as três temperaturas altas que se seguem indica a mudança da fase ovulatória para a fase pós-ovulatória do ciclo menstrual, durante a qual a temperatura se manterá alta, até a época da próxima menstruação. O período fértil termina na manhã do quarto dia em que for observada a temperatura elevada.
- Para evitar a gravidez, o casal deve abster-se das relações sexuais vaginais durante toda a primeira fase do ciclo menstrual e até a manhã do dia em que se verificar a quarta temperatura alta acima da linha de base, principalmente durante os primeiros meses de uso do método. Posteriormente, sendo possível prever a data da ovulação, com base nos registros anteriores, a abstinência sexual pode ficar limitada ao período de quatro a cinco dias antes da data prevista da ovulação e até a manhã do quarto dia da temperatura alta.

- Atentar para os seguintes fatores que podem alterar a temperatura basal, registrando-os no gráfico quando ocorrerem:
 - Mudança no horário de verificação da temperatura.
 - Ingestão de bebidas alcoólicas.
 - Recolher-se tarde da noite para dormir.
 - Perturbações do sono, sono interrompido (necessidade de se levantar com frequência, insônia).
 - Doenças como resfriados, gripes ou outras infecções.
 - Mudanças de ambiente (principalmente nos períodos de férias).
 - Perturbações emocionais, fadiga, estresse, entre outros.
 - Refeição muito próxima do horário de dormir.
 - Relações sexuais na madrugada.

Atuação do profissional de saúde

a) Primeira consulta:

- Explicar detalhadamente e discutir com a usuária a técnica de uso do método.
- Solicitar que a mulher elabore o registro da temperatura basal durante um ciclo, abstendo-se de relações sexuais sem proteção.
- Caso a mulher apresente dificuldade para traçar o gráfico, solicitar que simplesmente anote os dias com as respectivas temperaturas e traga essas anotações ao serviço de saúde, para elaborar o gráfico com o profissional de saúde.
- Recomendar especial atenção a fatores que possam influir nos valores da temperatura basal, solicitando à mulher que anote sua ocorrência no gráfico.
- Recomendar especial atenção a fatores que possam alterar o ciclo menstrual: doenças, estresse, depressão, mudança de ritmo de trabalho, entre outros.
- Reforçar o aconselhamento. Considerar o oferecimento do preservativo masculino ou feminino para uso associado ao método, com vistas à dupla proteção.
- A orientação para uso do método da curva basal pode ser feita por qualquer profissional da equipe de saúde, desde que devidamente treinado.
- Na ocorrência de coito desprotegido no período fértil, recomendar a anticoncepção de emergência.

b) Consultas de retorno:

- Avaliar a qualidade dos registros e a capacidade da mulher e/ou do casal em cumprir as instruções de uso do método.

- Havendo boa qualidade do registro e condições de interpretação, orientar o casal para abstenção de relações sexuais vaginais durante toda a fase pré-ovulatória do ciclo menstrual e até a manhã do quarto dia depois da elevação da temperatura, para evitar a gravidez.
- Caso a mulher retorne apenas com as anotações das datas e das temperaturas, fazer o gráfico com ela, explicando-lhe como proceder.
- Reforçar as recomendações dadas na primeira consulta.
- Os retornos devem ser mensais durante os seis primeiros meses de uso do método. Retornos subsequentes anuais (BRASIL, 2002b).

MUCO CERVICAL – BILLINGS

Esse método baseia-se na identificação do período fértil por meio da auto-observação, com relação às mudanças do muco cervical e à sensação de umidade na vagina ao longo do ciclo menstrual.

O muco cervical é uma secreção produzida no colo do útero pelo epitélio glandular das criptas cervicais, que, por ação hormonal, apresenta transformações características ao longo do ciclo menstrual, possibilitando dessa maneira a identificação do processo ovulatório.

Modificações do muco cervical ao longo do ciclo menstrual

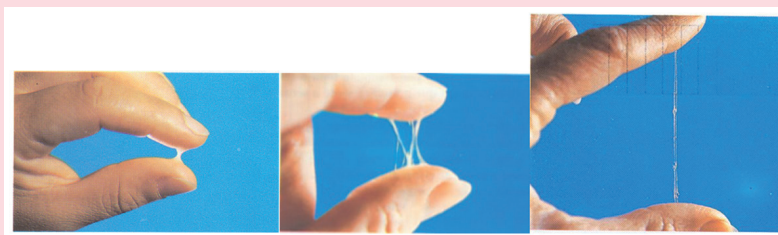
Fase pré-ovulatória

Ao término da menstruação, pode começar uma fase seca, que não tem muco, ou com sensação igual e contínua na aparência e na sensação. O casal pode ter relações sexuais nos dias da fase seca, em noites alternadas (para que o sêmen não prejudique a observação do muco cervical). Depois, surge um muco esbranquiçado e pegajoso, que se quebra quando esticado.

Às vezes, o muco cervical aparece na própria menstruação ou logo no primeiro dia de seu término, especialmente nos casos em que o período menstrual é longo e o ciclo é curto.

Fase ovulatória

O muco cervical inicialmente é esbranquiçado, turvo e pegajoso; sob ação estrogênica, vai se tornando a cada dia mais elástico e lubrificante, semelhante à clara de ovo (transparente, elástico, escorregadio e fluido), podendo-se puxá-lo em fio; produz na vulva uma sensação de umidade e lubrificação, indicando o tempo da fertilidade – esse é o período em que os espermatozoides têm maior facilidade de penetração no colo uterino.



O último dia de aparência elástica do muco chama-se ápice.

O dia ápice, no entanto, só pode ser reconhecido posteriormente, pois, somente quando o muco elástico desaparece ou retorna à aparência de muco pegajoso, com sensação de seca, é que se identifica que o dia anterior foi o dia ápice. Os três dias que se seguem a ele são também considerados dias férteis. O quarto dia após o dia do ápice marca o início de um período infértil. O casal que não deseja engravidar deve evitar ter relações sexuais com penetração vaginal quando a mulher sentir mudança na seca até o quarto dia após o ápice.

Técnica de uso do método – instruções às usuárias

- Observar, diariamente, a presença ou ausência de fluxo mucoso, mediante sensação de seca ou umidade da vulva.
- Analisar as características do muco, de acordo com a seguinte descrição: pegajoso, turvo, elástico, claro, transparente ou sensação escorregadia.

Atuação do profissional de saúde

a) Primeira consulta:

- Explicar detalhadamente e discutir com a usuária a técnica de uso do método.
- Solicitar que a mulher proceda ao registro das características e sensações que tem na vulva durante o ciclo. Durante esse primeiro ciclo, a mulher deve ser acompanhada semanalmente.
- Para a prática de uso do método, recomendar que se observe o muco (aparência e sensação) várias vezes ao dia e que se faça o registro dessas observações à noite. Se no mesmo dia forem observados dois tipos de muco, deve-se anotar no fim do dia apenas o tipo de muco mais indicativo de fertilidade.
- Reforçar, para a mulher, que o aspecto e a sensação relativa ao fluxo mucoso são muito mais importantes que a quantidade de muco.
- Reforçar ainda que o padrão de muco de cada mulher é individual, não sendo possível determiná-lo com antecipação.
- Orientar a mulher a descrever o muco e a sensação com suas próprias palavras, diariamente, no seu gráfico.

- Recomendar especial atenção a fatores que possam alterar o ciclo menstrual: doenças, estresse, depressão, mudança de ritmo de trabalho, entre outros.
- Reforçar o aconselhamento. Considerar o oferecimento do preservativo masculino ou feminino para uso associado ao método, com vistas à dupla proteção.
- A orientação para uso do método do muco cervical pode ser feita por qualquer profissional da equipe de saúde, desde que devidamente treinado.
- Na ocorrência de coito desprotegido no período fértil, recomendar a anticoncepção de emergência.

b) Consultas de retorno:

- Avaliar a qualidade dos registros e a capacidade da mulher e/ou do casal em cumprir as instruções de uso do método.
- Durante os retornos do período de aprendizagem (primeiros ciclos), se a mulher ainda não for capaz de distinguir entre os tipos de muco e sensações, e consequentemente não souber distinguir o dia ápice, orientar para que se abstenha de relações sexuais com penetração vaginal quando houver qualquer tipo de muco ou lubrificação até a quarta noite após este haver desaparecido, caso deseje evitar a gravidez.
- Quando a mulher já tiver aprendido a distinguir bem os tipos de muco e sensações, orientar para que se abstenha de relações sexuais durante os dias de muco com características do período ovulatório (claro, elástico, conferindo sensação lubrificante), até a quarta noite após o dia ápice, caso deseje evitar a gravidez.
- Reforçar as recomendações dadas na primeira consulta.
- Os retornos devem ser semanais durante o primeiro mês. Retornos quinzenais até o terceiro mês. Retornos mensais até o sexto mês. Retornos subsequentes semestrais (BRASIL, 2002b).

SINTOTÉRMICO

Esse método baseia-se na combinação de múltiplos indicadores da ovulação, com a finalidade de determinar o período fértil com maior precisão e confiabilidade.

Fundamentalmente, ele combina os métodos da tabela, do muco cervical, da temperatura basal e a observação de sinais e sintomas que indicam o período fértil da mulher.

Os parâmetros subjetivos relacionados com a ovulação podem ser, entre outros:

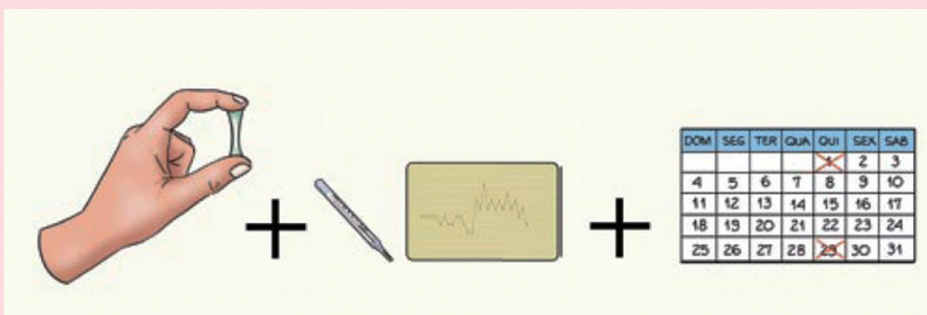
- Dor abdominal.
- Sensação de peso nas mamas, mamas inchadas ou doloridas.
- Variações de humor e/ou da libido.

- Outros sintomas e sinais (enxaqueca, náuseas, acne, aumento de apetite, ganho de peso, sensação de distensão abdominal, sangramento intermenstrual, entre outros).

A mulher que deseja fazer uso desse método deve estar completamente familiarizada com as técnicas de cada um dos métodos comportamentais já descritos anteriormente.

Técnica de uso do método – instruções às usuárias

- Registrar, diariamente, os dados sobre as características do muco cervical, as temperaturas e os sintomas que eventualmente possa sentir.
- Identificar o início do período fértil por meio de um dos métodos a seguir ou a combinação deles:
 - Método da tabela: o ciclo mais curto dos últimos 6 a 12 ciclos menos 18 dias.
 - Método do muco cervical: primeiro dia de muco.
- Identificar o término do período fértil de um dos métodos a seguir ou a combinação deles:
 - Método da temperatura basal corporal: quatro dias após a manutenção da temperatura basal elevada.
 - Método do muco cervical: quarta noite após o ápice do muco.
 - Método da tabela: o ciclo mais longo dos últimos 6 a 12 ciclos menos 11 dias.
- Para evitar a gravidez, o casal deve abster-se de relações sexuais vaginais durante o período fértil.



Atuação do profissional de saúde

a) Primeira consulta:

- Explicar detalhadamente e discutir com a usuária a técnica de uso do método.
- Fazer todas as recomendações referentes a cada um dos métodos naturais.
- Recomendar especial atenção a fatores que possam alterar o ciclo menstrual: doenças, estresse, depressão, mudança de ritmo de trabalho, entre outros.

- Reforçar o aconselhamento. Considerar o oferecimento do preservativo masculino ou feminino para uso associado ao método, com vistas à dupla proteção.
- A orientação para uso do método sintotérmico pode ser feita por qualquer profissional da equipe de saúde, desde que devidamente treinado.
- Na ocorrência de coito desprotegido no período fértil, recomendar a anticoncepção de emergência.

b) Consultas de retorno:

- Avaliar a qualidade dos registros e a capacidade da mulher e/ou do casal em cumprir as instruções de uso do método.
- Reforçar as recomendações dadas na primeira consulta.
- Os retornos devem ser semanais durante o primeiro mês. Retornos quinzenais até o terceiro mês. Retornos mensais até o sexto mês. Retornos trimestrais até o primeiro ano. Retornos subsequentes semestrais (BRASIL, 2002b).

MÉTODO DOS DIAS FIXOS OU MÉTODO DO COLAR

Esse método é uma simplificação do método da tabela, que facilita e encurta o tempo requerido para ensinar/aprender a utilizar a abstinência periódica e proporciona um mecanismo para que o casal identifique com facilidade o período fértil do ciclo menstrual (BRASIL, 2002b).

Também requer a análise do padrão menstrual da mulher nos últimos seis meses, mas apenas para verificar se os ciclos não foram mais curtos que 26 dias nem mais longos que 32 dias. As mulheres com ciclos mais curtos ou mais longos que 26 e 32 dias, respectivamente, não podem utilizar esse método.

Com base em estudos clínicos com número grande de usuárias, foi possível estabelecer qual seria o período fértil das que apresentam ciclos de 26 a 32 dias, que pode servir para a grande maioria delas. Para simplificar o seu uso, recomenda-se usá-lo com o auxílio de um colar de contas coloridas que guia na detecção do período fértil.

Esse método identifica os dias 8º ao 19º do ciclo menstrual como férteis para aquelas mulheres com ciclos de 26 a 32 dias de duração (JENNINGS; AREVALO, 2003).

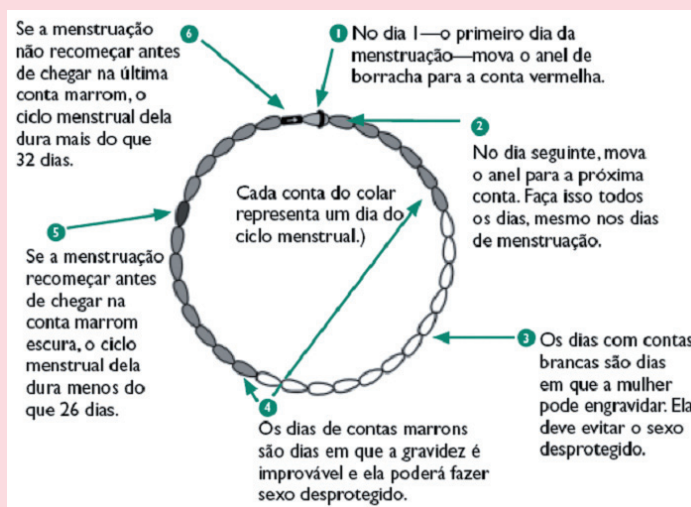
Para evitar a gravidez, o casal deve abster-se de relações sexuais vaginais no período que vai do 8º ao 19º dia do ciclo menstrual.

Técnica de uso do método – instruções às usuárias

Utiliza-se um colar de contas (confeccionado artesanalmente) para identificar os dias férteis e inférteis de cada ciclo. O colar deve começar com uma conta de cor vermelha,

que sinaliza o primeiro dia da menstruação. Segue-se por seis contas de cor marrom, que indicam o período infértil do início do ciclo menstrual. As contas de 8 a 19 são de cor branca, para sinalizar o período fértil. A partir da 20ª até a 32ª, as contas são novamente de cor marrom, indicando o período infértil da segunda metade do ciclo menstrual. Após a 32ª conta, chega-se novamente à conta vermelha, que indica o primeiro dia da menstruação.

O colar tem um anel de borracha preto que deve estar situado sobre a conta vermelha no primeiro dia da menstruação e deve mover-se diariamente à conta seguinte. As contas são ovaladas, com um extremo fino dirigido para a conta vermelha, para facilitar a passagem do anel de borracha, e o outro extremo redondo, para dificultar a passagem do anel na direção oposta. Dessa forma, é fácil saber em que direção deve se mover o anel de borracha preto a cada dia. O casal deve anotar em um calendário normal o primeiro dia de cada menstruação, para poder verificar se há algum erro na passagem do anel preto.



Enquanto o anel preto estiver sobre as contas marrons, o casal pode ter relações sexuais vaginais, com risco mínimo de engravidar. A partir do dia em que o anel chega às contas brancas, o casal deve abster-se de relações sexuais vaginais, até atingir novamente as contas marrons.

Se a menstruação chegar antes que o anel de borracha tenha alcançado a conta vermelha, será preciso pular as contas marrons que ainda faltarem e passar o anel até a conta vermelha indicativa do primeiro dia da menstruação. Se, pelo contrário, o anel atingir a conta vermelha antes de chegar a menstruação, ele deve ficar nesse lugar esperando a menstruação chegar. Se demorar mais de um dia em retornar a menstruação, significa que o ciclo durou mais que 32 dias ou que houve algum erro na passagem do anel de borracha de uma conta para a seguinte. De qualquer forma, quando isso acontecer, o casal deve ir ao serviço de saúde para verificar se pode seguir usando o método. O método do colar somente é apropriado para casais em que a mulher tenha ciclos regulares, de 26 a 32 dias de duração.

Atuação do profissional de saúde

a) Primeira consulta:

- Explicar detalhadamente e discutir com a usuária a técnica de uso do método.
- Elaborar com a mulher e/ou orientá-la para calcular a duração de seus últimos seis ciclos menstruais. Recomendar o método somente se seus ciclos variam entre 26 e 32 dias de duração.
- Orientar a mulher e/ou o casal para marcar em um calendário comum o primeiro dia de cada menstruação. Dessa forma, poderão verificar, em qualquer momento, se o anel corresponde ao dia correto do ciclo.
- Para evitar a gravidez, orientar o casal para abster-se de relações sexuais com penetração vaginal no período fértil.
- Recomendar especial atenção a fatores que possam alterar o ciclo menstrual: doenças, estresse, depressão, mudança de ritmo de trabalho, entre outros.
- Reforçar o aconselhamento. Considerar o oferecimento do preservativo masculino ou feminino para uso associado ao método, com vistas à dupla proteção.
- A orientação para uso do método do colar pode ser feita por qualquer profissional da equipe de saúde, desde que devidamente treinado.
- Na ocorrência de coito desprotegido no período fértil, recomendar a anticoncepção de emergência.

b) Consultas de retorno:

- Avaliar a capacidade do casal de anotar o primeiro dia da menstruação, quando o anel de borracha deve estar sobre a conta vermelha, assim como de seguir as instruções de avançar o anel de borracha preto cada dia e de identificar os dias nas contas marrons como inférteis (dias em que podem ter relações sexuais vaginais) e os dias nas contas brancas como férteis (dias em que devem se abster de relações sexuais vaginais).
- Reforçar as recomendações dadas na primeira consulta.
- O primeiro retorno deve ser no terceiro mês. Retornos subsequentes semestrais (BRASIL, 2002b).

COITO INTERROMPIDO

Além dos métodos descritos acima, existem práticas sexuais que podem ser consideradas como métodos comportamentais, já que reduzem o risco de gravidez indesejada. São elas: a relação sexual sem penetração vaginal e o coito interrompido.

São práticas muito usadas, embora não sejam recomendadas como único método anticoncepcional. Podem ser especialmente úteis em situações de emergência, nas quais, por alguma razão, não se dispõe de outro método contraceptivo e não é possível evitar a relação sexual.

Com relação ao coito interrompido, o homem retira o pênis da vagina um pouco antes da ejaculação e o sêmen é depositado longe dos genitais femininos. Esse método também é conhecido como “gozar fora”.

O coito interrompido, apesar de ser muito usado, não deve ser estimulado como método anticoncepcional, porque é grande a possibilidade de falha, considerando que o líquido que sai pouco antes da ejaculação pode conter espermatozoides. Além disso, às vezes o homem não consegue interromper a relação antes da ejaculação.

O coito interrompido pode gerar tensão entre o casal, pois a relação fica incompleta.

11.8 MÉTODO DA LACTAÇÃO E AMENORREIA – LAM

É um método anticoncepcional temporário que consiste no uso da amamentação exclusiva para evitar a gravidez.



A amamentação tem efeito inibidor sobre a fertilidade. A amamentação é um método importante de planejamento familiar, pois é acessível à maioria das mulheres e, efetivamente, contribui para o espaçamento entre as gestações. Entre as mulheres que amamentam, a possibilidade de retomada das ovulações é remota nos primeiros dois meses pós-parto. A incidência acumulada de gravidez após seis meses de amenorreia da lactação, em amamentação exclusiva, é inferior a 1% (REIS; CAMARGOS; ALDRIGHI, 2005).

Durante os primeiros seis meses pós-parto, a amamentação exclusiva (o bebê não recebe nenhum outro tipo de alimento e líquidos), à livre demanda (amamentação frequente, durante o dia e a noite), com amenorreia, está associada a taxas baixíssimas de gravidez (0,5 a 2%) (BRASIL, 2002b; HATCHER; RINEHART; BLACKBURN; GELLER; SHELTON, 2001).

A eficácia da amamentação como método contraceptivo depende, portanto, de sucção frequente para promover intensa liberação de prolactina e o consequente bloqueio da liberação pulsátil de gonadotrofinas pela hipófise. Dessa forma, considera-se que a lactação é um método efetivo de planejamento familiar, se forem obedecidas duas condições (REIS; CAMARGOS; ALDRIGHI, 2005):

- O aleitamento materno deve ser a única fonte de alimento do bebê. Portanto, a amamentação deve ser exclusiva ao seio, na hora em que o bebê quiser, durante o dia e durante a noite, sem chás, sucos ou água.
- A mulher deve permanecer em amenorreia. O retorno das menstruações indica que provavelmente a secreção de prolactina não é mais intensa o suficiente para bloquear o eixo hipotálamo-hipófise-ovário e produzir anovulações e amenorreia.

Os profissionais de saúde devem encorajar a amamentação exclusiva nos primeiros seis meses. A mulher disposta a realizar amamentação exclusiva nos primeiros seis meses após o parto pode utilizar o LAM como método anticoncepcional, ou associar o LAM com outro método anticoncepcional que não interfira na amamentação.

O efeito inibidor da fertilidade produzido pelo LAM deixa de ser eficiente quando ocorre o retorno das menstruações ou aparecimento de manchas de sangue (sangramento nos primeiros 56 dias ou até oito semanas após o parto não é considerado sangramento menstrual) e também quando o leite materno deixa de ser o único alimento recebido pelo bebê, à livre demanda. Nessas situações, é preciso escolher outro método anticoncepcional, mas a mulher pode continuar amamentando.

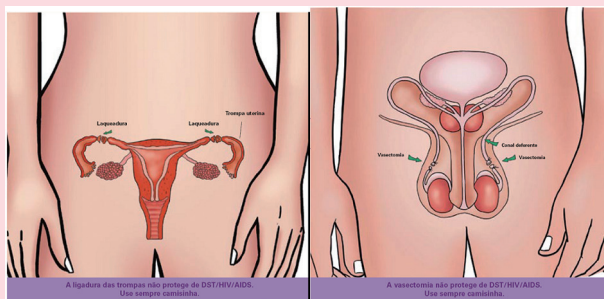
Usar outro método anticoncepcional quando (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; JOHNS HOPKINS; AGÊNCIA PARA O DESENVOLVIMENTO INTERNACIONAL DOS ESTADOS UNIDOS, 2007):

- A menstruação retornar.
- A mulher parar de amamentar em tempo integral e começar a oferecer outros alimentos e líquidos.
- O bebê completar seis meses.
- A mulher não quiser mais somente o LAM como método anticoncepcional.

Se quaisquer dessas condições estão presentes, ajudar a mulher a escolher outro método.

11.9 MÉTODOS CIRÚRGICOS

Os métodos cirúrgicos são métodos contraceptivos definitivos – esterilização – que podem ser realizados na mulher, por meio da ligadura das trompas (laqueadura ou ligadura tubária), e no homem, por meio da ligadura dos canais deferentes (vasectomia).



Por serem métodos contraceptivos de caráter definitivo, deve-se levar em consideração a possibilidade de arrependimento da mulher ou do homem e o pouco acesso das pessoas às técnicas de reversão da cirurgia.

Assim sendo, antes da escolha de um método contraceptivo permanente, laqueadura tubária ou vasectomia, vários fatores, e não apenas sua eficácia e segurança, devem ser analisados. Acolhimento do casal, informação, aconselhamento e consentimento esclarecido são impositivos éticos e legais antes de uma esterilização cirúrgica (ROSAS, 2005).

No aconselhamento, deve ser desencorajada a esterilização precoce, ressaltando-se a existência de métodos reversíveis com eficácia similar aos métodos cirúrgicos.

No Brasil, a esterilização cirúrgica está regulamentada por meio da Lei nº 9.263/96, que trata do planejamento familiar, a qual estabelece no seu art. 10 os critérios e as condições obrigatórias para a sua execução.

No art. 10, da referida Lei, está estabelecido que:

Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações:

I – em homens ou 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 a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce;

II – risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro conceito, testemunhado em relatório e assinado por dois médicos (BRASIL, 1996).

A legislação federal (BRASIL, 1996) impõe, como condição para a realização da esterilização cirúrgica, o registro da expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

A legislação federal (BRASIL, 1996) estabelece, ainda, que, em vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges.

IMPORTANTE: a laqueadura tubária e a vasectomia não protegem contra as DST/HIV/Aids; considerar o oferecimento do preservativo masculino ou feminino para uso associado ao método, com vistas à dupla proteção.

LAQUEADURA TUBÁRIA

A laqueadura tubária, também conhecida como ligadura tubária, ligadura de trompas e anticoncepção cirúrgica voluntária, é um método de esterilização feminina que consiste em algum procedimento cirúrgico de oclusão da trompa de Falópio, com a finalidade de interromper a sua permeabilidade e, conseqüentemente, a função do órgão, com fim exclusivamente contraceptivo.

A legislação federal não permite a esterilização cirúrgica feminina durante os períodos de parto ou aborto ou até o 42º dia do pós-parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores (BRASIL, 1996). Essa restrição visa à redução da incidência de cesárea para procedimento de laqueadura, levando-se em consideração que o parto cesariano, sem indicação clínica, constitui-se em risco inaceitável à saúde da mulher e do recém-nascido. Além disso, esses momentos são marcados por fragilidade emocional, em que a angústia de uma eventual gravidez não programada pode influir na decisão da mulher. Ademais, há sempre o risco de que uma patologia fetal, não detectada no momento do parto, possa trazer arrependimento posterior à decisão tomada (ROSAS, 2005).

Segundo a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher, realizada em 2006, a esterilização feminina manteve-se como o método contraceptivo mais frequentemente utilizado entre mulheres unidas (29%), seguida pela pílula (25%). A pesquisa apontou ainda que a maior parte das cirurgias de esterilização feminina continua sendo associada ao parto cesariano (59%), o que certamente contribui para as altas e inaceitáveis taxas de partos cirúrgicos realizados no Brasil (44%). Por sua vez, a vasectomia responde a 5% das práticas contraceptivas (BRASIL, 2008).

No Brasil, observa-se, portanto, certo abuso da utilização da laqueadura tubária como método contraceptivo, que se soma ao cenário preocupante de que é frequentemente praticada durante a cesariana no setor privado.

Mecanismo de ação

A obstrução mecânica das trompas impede que os espermatozoides migrem ao encontro do óvulo, impedindo a fertilização.

Eficácia

Muito eficaz e permanente. No primeiro ano após o procedimento, a taxa de gravidez é de 0,5 para 100 mulheres. Dez anos após o procedimento, a taxa é de 1,8 para 100 mulheres.

A eficácia depende, em parte, de como as trompas foram bloqueadas, mas a taxa de gravidez é sempre baixa.

Técnicas de laqueadura tubária

No Brasil, assim como na maioria dos países em desenvolvimento, onde os recursos são limitados, a laqueadura tubária geralmente é realizada por meio da **mini-laparotomia**, isto é, por meio de pequena incisão cirúrgica abdominal transversa (3-5 cm), que é feita acima da linha dos pelos pubianos. Cada trompa é ligada e seccionada, ou bloqueada com um grampo ou anel.

Pode ser realizada também a **colpotomia**, que pode ser anterior (entrada pelo espaço vésico-uterino) ou posterior (entrada pelo espaço de Douglas), geralmente utilizada quando a mulher se submete a um procedimento cirúrgico por via vaginal.

Nos países desenvolvidos, a técnica mais utilizada é a **laparoscopia transumbilical**, que pode ser realizada em nível ambulatorial, com anestesia local e sedação leve. Uma pequena incisão (2 cm) é feita logo abaixo da cicatriz umbilical, por meio da qual se insere o laparoscópio. Cada trompa é bloqueada com um grampo, um anel ou por eletrocoagulação.

Quanto aos tipos de oclusão tubária:

- **Salpingectomia parcial:** é o tipo mais comum de esterilização feminina e inclui diferentes técnicas; a mais amplamente utilizada é a de Pomeroy.
- **Anéis:** o mais utilizado é o anel de silicone, também chamado anel de Yonn.
- **Grampos:** essa técnica causa menor lesão nas trompas. Os tipos mais utilizados são os grampos ou cliques de Filshie e de Hulka-Clemens.
- **Eletrocoagulação:** na eletrocoagulação, a corrente elétrica é usada para queimar ou coagular pequena parte da trompa de Falópio. A eletrocoagulação bipolar é a mais utilizada. A coagulação monopolar vem caindo em desuso, devendo ser abolida, pelas complicações e relatos de mortes decorrentes das queimaduras de alças intestinais e ureterais, bem como queimaduras a distância provocadas pela fulguração (ROSAS, 2005).

Complicações (raras)

- Infecção e sangramento no local da incisão.
- Infecção ou sangramento intra-abdominal.
- Lesão de órgãos pélvicos ou abdominais.
- Reação alérgica ao anestésico.
- Embolia pulmonar.

Reversão da laqueadura tubária

A recanalização tubária é possível por microcirurgia. Entretanto, o procedimento para reverter a ligadura é difícil, caro e não está acessível para a maioria das mulheres. De qualquer forma, a cirurgia para reverter a esterilização é possível apenas em algumas mulheres, quando ainda resta um segmento de trompa. Mesmo entre estas mulheres, a cirurgia para reverter a ligadura nem sempre é bem sucedida. Por sua vez, o risco de gravidez ectópica após a reversão é alto. Por essas razões, a esterilização sempre deve ser considerada como definitiva, o que enfatiza a importância de aconselhamento muito cuidadoso e completo das pessoas e/ou casais que solicitam esse método como pré-requisito ético e legal (BRASIL, 2002c; HATCHER; RINEHART; BLACKBURN; GELLER; SHELTON, 2001; ROSAS, 2005).

Arrependimento

Cada vez mais aumenta a demanda para reversão de esterilização tubária, decorrente do arrependimento da mulher. Diversos estudos indicaram proporção de arrependimento entre 10 e 20% das mulheres laqueadas (ROSAS, 2005).

As taxas de arrependimento são maiores nas seguintes situações:

- Entre mulheres cujas trompas foram ligadas antes dos 30 anos de idade.
- O fato de a pessoa ter poucos ou nenhum filho ou ter todos os filhos do mesmo sexo ou sem filhos do sexo masculino (para algumas culturas).
- Entre mulheres solteiras ou em união conjugal recente ou instável.
- A separação e um novo casamento.
- A pressão e influência no processo de decisão.
- Informação deficiente sobre os riscos e efeitos colaterais do procedimento, as possibilidades e o acesso à técnica de reversão.
- Insuficiente informação sobre os outros métodos anticoncepcionais.
- Quando o parceiro não apoia a decisão.
- Com história de morte de um filho após o procedimento.
- Quando o procedimento é realizado durante ou logo após o parto.

Aconselhamento

São recomendadas as seguintes informações e orientações que devem ser oferecidas ao casal no processo de discussão e decisão pré-esterilização (ROSAS, 2005):

- Enfatizar que a laqueadura tubária é um método permanente e definitivo de esterilização.
- Desencorajar a esterilização precoce.
- Esclarecer que a cirurgia de reversão tubária é procedimento caro, não acessível a todos e que nem sempre alcança sucesso.
- Envolver o casal no processo de decisão, oferecendo a vasectomia ao homem, que é procedimento seguro, de menor custo, de mais simples execução e altamente eficaz.
- Oferecer amplas informações sobre todos os métodos anticoncepcionais reversíveis e, segundo a legislação brasileira, também oferecer acesso a eles.
- Dar informações sobre as taxas de falha de cada método e da possibilidade de a gravidez ocorrer longo tempo após a esterilização.
- Informar sobre o risco de gravidez ectópica e orientar a mulher a procurar imediatamente o serviço de saúde, havendo qualquer sinal suspeito de gravidez.
- **Informar que a laqueadura tubária não protege de DST/HIV/Aids.** Deve ser abordada a necessidade de dupla proteção, ou seja, o uso combinado da laqueadura tubária com a camisinha masculina ou feminina.
- Mostrar ao casal as taxas de arrependimento após a esterilização.
- Explanar ao casal sobre o procedimento cirúrgico e seus riscos, instruções pré e pós-operatórias, tipo de anestesia, tempo de recuperação e possibilidade de mudanças no padrão menstrual.

VASECTOMIA

É um procedimento cirúrgico simples, de pequeno porte, seguro e rápido. Consiste na ligadura dos ductos deferentes. Tem por objetivo interromper o fluxo de espermatozoides em direção à próstata e vesículas seminais para constituição do líquido seminal. Pode ser realizado em ambulatório, com anestesia local, desde que se observem os procedimentos adequados para a prevenção de infecções. É também conhecida como esterilização masculina e anticoncepção cirúrgica masculina (HATCHER; RINEHART; BLACKBURN; GELLER; SHELTON, 2001; GROMATZKY; LUCON; BAUTZER, 2005).

A vasectomia não altera a vida sexual do homem. O desejo e a potência sexual continuam iguais ao que eram antes da cirurgia. A única diferença é que o esperma ejaculado não contém mais espermatozoides, mas não ocorrem alterações na quantidade e no aspecto do esperma.

Comparada à esterilização feminina, a vasectomia:

- É provavelmente um pouco mais eficaz.
- É um pouco mais segura.
- É mais fácil de ser realizada.
- É de menor custo.
- Sua eficácia pode ser verificada a qualquer momento por meio de espermograma.

Eficácia

Muito eficaz e permanente, com taxa de gravidez de 0,15 para cada 100 homens após o primeiro ano do procedimento (HATCHER; RINEHART; BLACKBURN; GELLER; SHELTON, 2001).

Mais eficaz ainda quando usada corretamente. “Usada corretamente” quer dizer usar *condons* ou outro método de planejamento familiar eficaz pelo menos nas primeiras 20 ejaculações ou por três meses após o procedimento (HATCHER; RINEHART; BLACKBURN; GELLER; SHELTON, 2001).

Recomenda-se fazer espermograma para ter certeza de que a vasectomia foi eficaz antes de liberar as relações sexuais sem proteção anticoncepcional adicional. Ele pode ser feito em qualquer momento após três meses do procedimento ou após 20 ejaculações. É necessário ter um resultado de espermograma que demonstre a azoospermia para atestar que a vasectomia funcionou. Nem o número de ejaculações nem o tempo após a cirurgia são indicadores confiáveis.

Aspectos socioculturais

Culturalmente a contracepção masculina é encarada de maneira preconceituosa, principalmente pelos homens. Em determinados países, a capacidade de gerar filhos está diretamente relacionada ao valor do homem na sociedade. Nesse contexto, a vasectomia teria conotação de perda do status social e respeito do homem (GROMATZKY; LUCON; BAUTZER, 2005).

Estudos mostram que a baixa aceitação cultural da população brasileira, associada ao receio de complicações no desempenho sexual, com diminuição da masculinidade, contribui para a baixa prevalência desse método anticoncepcional (5%) (GROMATZKY; LUCON; BAUTZER, 2005).

Técnica cirúrgica

A vasectomia pode ser realizada em ambiente ambulatorial, com anestesia local, sem necessidade de internação.

Existem diversas técnicas descritas para a realização da vasectomia. A **técnica convencional** consiste na incisão da pele da bolsa escrotal com aproximadamente

um centímetro de extensão, exatamente sobre o ducto deferente individualizado. Deve ser ressecado um pequeno segmento do ducto deferente, seguido da ligadura das duas extremidades.

Na **técnica sem bisturi**, após o bloqueio anestésico, o ducto deferente é fixado à pele por meio de uma pinça autostática especial, com a ponta em anel. A pele é perfurada com uma pinça do tipo mosquito, curva, com a ponta afiada, que isola o ducto deferente, permitindo a secção e ligadura dele, como na técnica convencional. Trata-se de procedimento ambulatorial pouco invasivo, com curativo sem sutura, de imediata recuperação e liberação do paciente.

A técnica básica usada para a oclusão do ducto deferente consiste em cortá-lo e fechar as extremidades por meio de ligadura, eletrocoagulação ou colocação de grampos. Essa última não é de utilização comum.

A reversão cirúrgica é complexa, cara e não está amplamente disponível. Além disso, pequena porcentagem de homens interessados em reversão é elegível para o procedimento. Mesmo quando a reversão é possível, o sucesso do procedimento é bastante limitado.

Complicações

- Entre as complicações agudas, destacam-se: a formação de hematomas e a infecção local.
- Entre as complicações crônicas, destacam-se: a síndrome dolorosa pós-vasectomia, que inclui a congestão epididimária; a epididimite; o granuloma espermático; e a persistência de espermatozoides no ejaculado, essa última decorrente de erro técnico ou recanalização.

Orientações importantes

- Após a vasectomia, usar condons ou outro método anticoncepcional eficaz durante as próximas 20 ejaculações ou por três meses após o procedimento. Estudos mais recentes reforçam a orientação de que a liberação de relações sexuais sem proteção anticoncepcional adicional só deverá ocorrer após a realização de um espermograma cujo resultado indique azoospermia.
- Realizar o espermograma três meses após a vasectomia ou após 20 ejaculações.
- Liberar a atividade sexual sem outra proteção anticoncepcional somente quando o espermograma não indicar presença de espermatozoides.
- Enfatizar que a vasectomia não protege contra DST/HIV/Aids. Estimular o uso da dupla proteção, orientando o uso combinado da vasectomia com a camisinha masculina ou feminina.

11.10 ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

Anticoncepção ou contracepção de emergência consiste na utilização de pílulas contendo estrogênio e progestogênio ou apenas progestogênio depois de uma relação sexual desprotegida, para evitar gravidez. Deve ser usada somente como método de emergência, e não de forma regular, substituindo outro método anticoncepcional. O método também é conhecido como “pílula do dia seguinte” ou “pílula pós-coital”, que utiliza compostos hormonais concentrados e por curto período nos dias seguintes da relação sexual.

A incidência da gravidez indesejada ainda é muito elevada em todo o mundo, particularmente em países em desenvolvimento. Primeiro, porque milhões de pessoas têm necessidades não satisfeitas de planejamento familiar, por falta de acesso a métodos anticoncepcionais apropriados ou por informação e apoio insuficientes para utilizá-los. Segundo, porque todos os métodos anticonceptivos falham, sem exceção. Em terceiro, é preciso considerar-se, também, que as mulheres nem sempre têm relações sexuais voluntárias ou desejadas. Existe elevada prevalência da violência sexual, da coerção sexual nas relações conjugais e da gravidez forçada (BRASIL, 2005).

A anticoncepção de emergência pode ajudar a prevenir os abortos provocados, na medida em que previne gestações indesejadas, que decorram de relações sexuais sem proteção anticoncepcional.

O método atualmente está disponível na Atenção Básica. Desde 2001, o Ministério da Saúde incluiu a pílula anticoncepcional de emergência – levonorgestrel 0,75 mg – no elenco de métodos anticoncepcionais que adquire e distribui para ser ofertado no SUS. Entretanto, apesar da disponibilidade do método, ainda existe resistência por parte de alguns profissionais de saúde em ofertá-lo, o que provavelmente está ligado à desinformação e tabus.

Ainda é presente a ideia de que a pílula anticoncepcional de emergência – a pílula apenas de progestogênio (levonorgestrel) – seja abortiva, hipótese que não tem sido confirmada em vários estudos disponíveis. Além disso, existe o receio de que a utilização da contracepção de emergência possa provocar o abandono ou substituição do uso de outros métodos anticoncepcionais, incluindo o preservativo, principalmente entre adolescentes e jovens.

Faz-se necessário esclarecer que a pílula anticoncepcional de emergência compõe o leque de recursos anticoncepcionais cientificamente aceitos e está aprovada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), pela Agência de Vigilância Sanitária (Anvisa), pelas Agências Reguladoras de Medicamentos da Europa, Estados Unidos e muitas da Ásia e da América Latina. Essas agências exigem que os produtos passem por rigorosa avaliação de sua segurança e eficácia antes de serem aprovados.

Não disponibilizar a anticoncepção de emergência fere os direitos sexuais e os direitos reprodutivos das pessoas e a Lei federal nº 9.263, que regulamenta o planejamento familiar.

Esquemas, tipo e composição

Os esquemas utilizados para anticoncepção de emergência são de pílulas combinadas de etinilestradiol e levonorgestrel (esquema de Yuzpe) ou pílulas contendo apenas levonorgestrel – pílula anticoncepcional de emergência (PAE).

Um estudo amplo da Organização Mundial de Saúde (OMS) revelou que as pílulas apenas de progestogênio (levonorgestrel) são melhores do que os anticoncepcionais orais combinados (etinilestradiol e levonorgestrel) para a anticoncepção oral de emergência. A pílula apenas de progestogênio é mais eficaz e causa menos náuseas e vômitos (BRASIL, 2005).

Mecanismo de ação

Vários estudos recentes indicaram que, quando a pílula anticoncepcional de emergência é tomada antes da ovulação, inibe ou atrasa a liberação do óvulo do ovário. Além disso, pode interferir na migração dos espermatozoides do colo uterino às trompas, ou com o processo de adesão e capacitação dos espermatozoides nas trompas. Por meio desses mecanismos, a PAE impede a fecundação. Se a fecundação já ocorreu quando a mulher toma a PAE, tem 50% de probabilidade de que o zigoto se implante e a gravidez ocorra, já que essa é a probabilidade espontânea de implantação. Na mulher, aproximadamente 50% dos zigotos são eliminados espontaneamente, antes que haja atraso menstrual. Por outro lado, se o zigoto é normal e viável, a PAE não impedirá nem alterará seu desenvolvimento, já que o levonorgestrel é um progestogênio sintético que tem efeito protetor sobre a gravidez. Isso explica porque o método é progressivamente menos eficaz quanto mais tarde seja utilizado (CROXATTO, 2001).

A OMS, em seu Boletim Informativo de março de 2005, confirma, com base em vários estudos disponíveis, o mecanismo de ação descrito acima. **Dessa forma, pode-se afirmar que a pílula anticoncepcional de emergência não é abortiva, pois não interrompe uma gravidez estabelecida.**

Indicação

As indicações da anticoncepção de emergência são reservadas a situações especiais e excepcionais. A anticoncepção não deve ser usada de forma planejada, previamente programada, ou substituir método anticonceptivo como rotina. Entre as principais indicações da anticoncepção de emergência, encontram-se:

- Relação sexual sem uso de anticoncepcional.
- Falha ou esquecimento do uso de algum método: ruptura do preservativo, esquecimento de pílulas ou injetáveis, deslocamento do DIU ou do diafragma.
- No caso de violência sexual, se a mulher não estiver usando nenhum método anticoncepcional

Eficácia

Estima-se que depois de uma relação sexual única, desprotegida, que ocorra na segunda ou terceira semana de um ciclo menstrual, engravidam apenas 8 de cada 100 mulheres (8%). Com a anticoncepção de emergência, essa taxa cai para 2%, o que equivale a 75% de efetividade (BRASIL, 2005; CHINAGLIA; PETTA; ALDRIGHI, 2005; CROXATTO, 2001).

A eficácia da anticoncepção de emergência pode variar de forma importante em função do tempo entre a relação sexual e a sua administração. Segundo estudo multicêntrico desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde, o método Yuzpe apresenta taxas de falha de 2% entre 0 e 24 horas, de 4,1% entre 25 e 48 horas e de 4,7% entre 49 e 72 horas, sendo a taxa de gravidez para o método Yuzpe em torno de 3,2%. Para os mesmos períodos de tempo, as taxas de falha do levonorgestrel são expressivamente menores: 0,4%, 1,2% e 2,7%, respectivamente, sendo a taxa de gravidez para o levonorgestrel em torno de 1,1%. Entre o quarto e o quinto dia, seguramente a taxa de falha da anticoncepção de emergência é mais elevada (BRASIL, 2005; CHINAGLIA; PETTA; ALDRIGHI, 2005).

O uso repetitivo ou frequente da anticoncepção de emergência compromete sua eficácia, que será sempre menor do que aquela obtida com o uso regular do método anticonceptivo de rotina.

Efeitos secundários

Os efeitos secundários associados ao uso da contracepção de emergência são significativamente mais frequentes com o método de Yuzpe do que com o levonorgestrel (BRASIL, 2005; CHINAGLIA; PETTA; ALDRIGHI, 2005).

Em geral, os sintomas não persistem além de 24 horas desde o uso. Os efeitos secundários mais comuns são:

- Náuseas.
- Vômitos.
- Tontura.
- Fadiga.
- Cefaleia.
- Mastalgia.
- Diarreia.
- Dor abdominal.
- Irregularidade menstrual.

Modo de uso – instruções às usuárias

A mulher deve tomar as pílulas de anticoncepção de emergência até cinco dias (120 horas) após a relação sexual desprotegida, mas, quanto mais precocemente se administra, maior a proteção.

Qualquer mulher pode usar a anticoncepção oral de emergência, mesmo aquelas que, habitualmente, tenham contraindicações ao uso de anticoncepcionais hormonais combinados. Não existem riscos para a mulher ou para o feto se for acidentalmente usada na vigência de gravidez. A ausência de contraindicações não se aplica para o uso repetitivo do método (BRASIL, 2005; CHINAGLIA; PETTA; ALDRIGHI, 2005).

Não deve ser utilizada como método anticoncepcional regular, mas apenas em situações de emergência. Como as pílulas do esquema de anticoncepção de emergência, tanto as de progestogênio como as combinadas, são usadas por tempo muito curto, não apresentam os mesmos problemas potenciais observados quando usadas na anticoncepção regular (BRASIL, 2005; CHINAGLIA; PETTA; ALDRIGHI, 2005).

Os seguintes esquemas podem ser utilizados para anticoncepção de emergência (BRASIL, 2005; CHINAGLIA; PETTA; ALDRIGHI, 2005):

- **Levonorgestrel** (comprimido de 0,75 mg ou comprimido de 1,5 mg): uma forma de realizar a anticoncepção de emergência é com o uso de progestágeno isolado, o levonorgestrel 0,75 mg ou 1,5 mg, na dose total de 1,5 mg, que pode ser administrada em dose única oral de 1,5 mg (dois comprimidos de 0,75 mg ou um comprimido de 1,5 mg) ou duas doses de 0,75 mg administradas com intervalo de 12 horas. A dose única apresenta a vantagem de simplificar o uso, evitando o esquecimento da segunda pílula após 12 horas.
- **Método Yuzpe:** utiliza anticoncepcionais hormonais orais combinados (etinilestradiol e levonorgestrel) divididos em duas doses iguais, com intervalo de 12 horas e com dose total de 0,2 mg de etinilestradiol e 1 mg de levonorgestrel. No caso de utilização de pílulas contendo 0,05 mg de etinilestradiol e 0,25 mg de levonorgestrel por comprimido, usar dois comprimidos a cada 12 horas. No caso de utilização de pílulas contendo 0,03 mg de etinilestradiol e 0,15 mg de levonorgestrel por comprimido, usar quatro comprimidos a cada 12 horas.

O profissional de saúde deve observar os seguintes pontos:

- Avaliar com cuidado a possibilidade de gravidez. Se a mulher estiver grávida, não prescrever anticoncepção de emergência.
- Fornecer as pílulas para a anticoncepção de emergência, quando indicado.
- Explicar que as pílulas para anticoncepção de emergência podem ser usadas em qualquer momento do ciclo menstrual, porém, para maior eficácia, no tempo mais próximo possível da relação sexual desprotegida.
- 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 e vômitos.
- Explicar que, após tomar as pílulas para anticoncepção de emergência, 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 três dias para mais ou para menos.

- Esclarecer que a anticoncepção oral de emergência não é abortiva.
- Enfatizar que a anticoncepção de emergência não protege contra posteriores relações sexuais desprotegidas, fazendo-se necessária a instituição de método regular para anticoncepção.
- **Explicar que a anticoncepção de emergência não protege contra DST/HIV/Aids.** Considerar o oferecimento do preservativo masculino ou feminino para uso associado a outro método anticoncepcional, com vistas à dupla proteção.
- Esclarecer que, caso ocorra gravidez, as pílulas anticoncepcionais de emergência 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 menos eficaz do que a maioria dos métodos regulares de anticoncepção e os efeitos secundários são mais frequentes do que para qualquer outro método hormonal.
- Explicar que o uso ocasional da anticoncepção oral 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 fazer uso da 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, se um desses métodos tiver indicação e for a escolha livre e informada da mulher.
- Aguardar o retorno dos ciclos menstruais regulares, caso a escolha seja o uso dos métodos comportamentais.
- Se a mulher optar por esperar a próxima menstruação para iniciar o uso de algum método anticoncepcional, deve ser orientada para usar preservativo até então.

Acompanhamento

- Aconselhar a mulher a retornar ou consultar um profissional de saúde se a sua próxima menstruação for bastante diferente da usual, especialmente se:
 - For escassa, e isso não corresponder ao usual.
 - Não ocorrer dentro de quatro semanas (gravidez é possível).
 - For dolorosa (possibilidade de gravidez ectópica. Porém a anticoncepção oral de emergência não causa gravidez ectópica).
- 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/HIV/Aids e ajudá-la na escolha de um método anticoncepcional eficaz. Se ela não

iniciar o uso de outro método anticoncepcional imediatamente, oferecer *condoms*, pelo menos até que opte por outro método anticoncepcional de uso continuado.

245

Manejo de intercorrências ou complicações

- **Náuseas:** recomendar à mulher que se alimente 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 a mulher vomitar dentro de duas horas após tomar as pílulas, ela deve tomar nova dosagem. Se o vômito ocorrer após esse período, 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, ausente dentro de quatro semanas, dolorosa; nesses casos, deverá ser orientada a retornar para avaliação clínica.

CADERNOS DE
ATENÇÃO BÁSICA

CAPÍTULO 12

FALANDO SOBRE CONCEPÇÃO E INFERTILIDADE

Historicamente os serviços de saúde buscam ofertar meios e métodos de auxílio à anticoncepção. Pouco se fala na responsabilidade que os serviços também têm em ofertar auxílio à concepção.

A atenção em planejamento reprodutivo deve incluir a oferta de métodos e técnicas tanto para a anticoncepção como para a concepção, a depender das escolhas das pessoas quanto a ter ou não filhos. Tais meios e métodos devem ser cientificamente aceitos e não colocar em risco a vida e a saúde das pessoas.

12.1 AVALIAÇÃO PRÉ-CONCEPCIONAL

O auxílio à concepção pode ocorrer de diferentes formas. Uma delas é disponibilizar e incentivar a **avaliação pré-concepcional**, ou seja, a consulta que o casal faz antes de uma gravidez, objetivando identificar fatores de risco ou doenças que possam alterar a evolução normal de uma futura gestação. Essa avaliação constitui instrumento importante na melhoria dos índices de morbidade e mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2006h).

As atividades a serem desenvolvidas na avaliação pré-concepcional devem incluir anamnese e exame físico, com exame ginecológico completo (incluindo exame das mamas), além da realização de alguns exames complementares de diagnóstico.

Podem ser realizadas as seguintes ações (BRASIL, 2006h):

- Orientação nutricional, visando a adoção de práticas alimentares saudáveis.
- Orientação sobre os riscos do tabagismo e do uso rotineiro de bebidas alcoólicas e outras drogas.
- Orientação quanto ao uso de medicamentos e, se necessário mantê-los, realizar substituição para drogas com menores efeitos sobre o feto.
- Avaliação das condições de trabalho, com orientação sobre os riscos nos casos de exposição a tóxicos ambientais.
- Administração preventiva de ácido fólico no período pré-gestacional, para a prevenção de defeitos congênitos do tubo neural, especialmente nas mulheres com antecedentes desse tipo de malformações (5 mg, VO/dia, durante 60 a 90 dias antes da concepção).
- Orientação para o registro sistemático das datas das menstruações e estímulo para que o intervalo entre as gestações seja de, no mínimo, dois anos.

- Investigação para rubéola e hepatite B, para o casal. Em casos negativos, providenciar a imunização prévia à gestação, tanto para a mulher quanto para o homem.
- Investigação para toxoplasmose.
- Oferecer a realização do teste anti-HIV, para o casal, com aconselhamento pré e pós-teste. Em caso de teste negativo, orientar para os cuidados preventivos e, em casos positivos, prestar esclarecimentos sobre os tratamentos disponíveis e sobre as medidas para o controle da infecção materna e para a redução da transmissão vertical do HIV.
- Investigação para sífilis, para o casal.
- Para as outras DST, nos casos positivos, instituir diagnóstico e tratamento no momento da consulta (abordagem sindrômica das DST) e orientar para a sua prevenção.
- Realização de colpocitologia oncótica, de acordo com o protocolo vigente.

A avaliação pré-concepcional tem-se mostrado altamente eficaz quando existem doenças crônicas, tais como (BRASIL, 2006h):

- **Diabetes mellitus:** o controle estrito da glicemia prévio à gestação e durante esta, tanto no diabetes pré-gravídico como no gestacional, bem como a substituição do hipoglicemiante oral por insulina, associado ao acompanhamento nutricional e dietético têm reduzido significativamente o risco de macrosomia e malformação fetal, de abortamentos e mortes perinatais.
- **Hipertensão arterial crônica:** a adequação de drogas, o acompanhamento nutricional e dietético e a avaliação do comprometimento cardíaco e renal são medidas importantes para se estabelecer prognóstico em gestação futura.
- **Epilepsia:** a orientação, conjunta com neurologista, para o uso de monoterapia e de droga com menor potencial teratogênico, por exemplo, a carbamazepina, tem mostrado melhores resultados perinatais. A orientação para o uso de ácido fólico, prévio à concepção, também tem se correlacionado à redução do risco de malformação fetal, porque, nesse grupo de mulheres, a terapia medicamentosa aumenta o consumo de folato.
- **Infecção pelo HIV:** a assistência pré-concepcional para pessoas que vivem com o HIV pressupõe a recuperação dos níveis de linfócitos T-CD4+ (parâmetro de avaliação de imunidade) e a redução da carga viral de HIV circulante para níveis indetectáveis. Esses cuidados, acrescidos das técnicas de assistência preconizadas para a concepção em casais HIV+ (sorocordantes ou sorodiscordantes) e das medidas para a prevenção da transmissão vertical do HIV (uso de antirretrovirais na gestação, uso de AZT no parto e para o recém-nascido exposto e a inibição da amamentação), permitem circunstâncias de risco reduzido para a mulher e para a criança. É importante o encaminhamento para o serviço de atenção especializada (SAE) e, dessa forma, a pessoa será acompanhada conjuntamente pelo SAE e pela equipe da Atenção Básica.

Outra forma de auxiliar à concepção é acolher as angústias e queixas do casal que está tentando a gravidez, sem sucesso, iniciando o processo de orientações para a concepção e investigação de possível infertilidade.

12.2 INFERTILIDADE

A infertilidade se define como a ausência de gravidez em um casal após um ano ou mais de atividade sexual regular e sem uso de medidas anticonceptivas.

Subdivide-se em:

- **Infertilidade primária:** ausência de gestação prévia.
- **Infertilidade secundária:** se a falha na capacidade reprodutiva se estabeleceu após uma ou mais gestações.
- **Abortamento habitual ou de repetição:** ocorrência de três ou mais interrupções naturais consecutivas da gestação de até 20 semanas.
- **Esterilidade:** incapacidade definitiva de gerar filhos.

Apesar de não haver dados exatos quanto à incidência da infertilidade conjugal, a qual varia de acordo com a região geográfica, a Organização Mundial de Saúde e diversas sociedades científicas estimam que aproximadamente 8 a 15% dos casais em idade reprodutiva têm algum problema de infertilidade (BRASIL, 2005j).

Os estudos sobre as causas de infertilidade e sua distribuição na população masculina e feminina apresentam resultados diversos, conforme o país ou região em que são realizados. Levantamento realizado em 1991, em Porto Alegre, teve os seguintes resultados: 66,6% dos casos de infertilidade foram devidos a causas femininas, 18,3% a causas masculinas, 11,6% a causas desconhecidas e 3,3% a causas femininas e masculinas associadas (PASSOS, CUNHA-FILHO e FREITAS, 2004).

Nas mulheres, alguns fatores são conhecidos por aumentarem o risco de infertilidade (PASSOS, CUNHA-FILHO e FREITAS, 2004):

1. **Idade:** quanto maior a idade, maior a prevalência de infertilidade. Mulheres com mais de 35 anos já apresentam redução das chances de reprodução; próximo aos 40 anos a mulher apresenta 90% de sua fertilidade basal; de 40 a 44 anos apresentam 62% e, entre 45 e 49 anos, 14%.
2. **Doença inflamatória pélvica:** na ocorrência de um, dois, três ou mais episódios de doença inflamatória pélvica, os percentuais de mulheres acometidas por infertilidade são, respectivamente, de 11%, 34% e 54%.
3. **Fumo:** mulheres que fumam têm 1,4 vez maior chance de serem inférteis.
4. **Peso:** os extremos de peso têm relação com o pior prognóstico de fertilidade.

Quanto a essa questão do peso corporal, é importante destacar que mulheres com excesso ou falta de peso extremos têm ciclos menstruais irregulares, onde a

ovulação não ocorre ou é inadequada. A obesidade é fator que dificulta a gravidez, em virtude de, frequentemente, se acompanhar de distúrbios hormonais. O estrogênio é um hormônio sexual produzido nas células adiposas e, nos casos de produção de estrogênio em excesso, provável de ocorrer na obesidade, o corpo começa a reagir como se estivesse controlando a reprodução, limitando as chances de gravidez. Mulheres obesas costumam apresentar irregularidades menstruais e hirsutismo, especialmente quando apresentam depósito central de gordura. Podem apresentar síndrome de ovários policísticos, com oligomenorreia, anovulação e hiperandrogenismo ovariano (MEDEIROS NETO, [200-]).

O oposto também pode dificultar a gravidez. Mulheres com magreza extrema, com pouquíssima gordura corporal, por não consumirem quantidade saudável de calorias e não terem peso adequado, não produzem estrogênio suficiente em seus corpos e seus ciclos reprodutivos começam a falhar (MEDEIROS NETO, [200-]).

As causas de infertilidade podem ser divididas em quatro grandes grupos (PAS-SOS, CUNHA-FILHO e FREITAS, 2004):

1. **Causas anatômicas** relacionadas ao útero ou às trompas (fator tuboperitoneal): pode haver alterações na parte interna do útero (endométrio), como mioma, pólipos e aderência, ou pode existir obstrução ou aderências das trompas.
2. **Hormonais** (fatores do eixo hipotálamo-hipófise-gônadas): alterações hormonais que interfiram no processo de ovulação ou em alguma outra fase da reprodução.
3. **Masculinas:** o fator masculino pode estar envolvido em 30 a 50% dos casos de infertilidade. Podem estar relacionadas a alterações na produção do esperma, na quantidade ou qualidade dos espermatozoides, como capacidade de movimentação e a proporção de espermatozoide com formato normal. Vários fatores ou condições podem interferir ou ter influência na produção espermática, por exemplo: traumas testiculares, uso de fármacos, presença de varicocele, doenças, entre outros.
4. **Desconhecidas:** para uma parcela significativa dos casos de infertilidade não se encontra nenhuma alteração ao se fazer a avaliação do casal – entre 10% e 30%. Contudo, em torno de dois terços dos casais cujo diagnóstico de infertilidade tem causa desconhecida concebem sem tratamento, embora a probabilidade de concepção seja baixa – em torno de 3% ao mês.

12.3 ABORDAGEM DA INFERTILIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção Básica deve se constituir na porta de entrada para a identificação do casal infértil. Durante a avaliação clínica, devem ser realizados anamnese, exame clínico-ginecológico, exame clínico-urológico, além da solicitação de exames complementares de diagnóstico básicos e orientações adequadas a cada caso, afastando-se patologias, fatores concomitantes e qualquer situação que interfira em futura ges-

tação, tais como diabetes, hipertensão e cardiopatias descompensadas, insuficiência renal crônica, obesidade mórbida e doenças infectocontagiosas e genéticas, entre outras, que ponham em risco a vida da mulher ou do feto.

Tentativas de gravidez sem sucesso podem gerar ansiedade, frustrações, inveja, culpa ou mesmo raiva; entretanto, uma vez que o casal tenha informações sobre as alternativas de tratamento, irá descobrir que as diversas opções existentes oferecem esperança de sucesso com a gravidez.

A Atenção Básica é um espaço adequado para o aconselhamento reprodutivo, o início da investigação de infertilidade e tratamento de algumas doenças que possam interferir negativamente no processo de reprodução.

I. Avaliação clínica

As consultas devem ser realizadas individualmente e também com o casal, uma vez que a infertilidade é uma condição compartilhada sendo mais facilmente ultrapassada quando existe conhecimento comum e quando realizada com comprometimento e cooperação de ambos os parceiros.

ANAMNESE

Inicialmente, deve ser realizada a anamnese do casal, que deve focar os seguintes aspectos (BRASIL, 2002c):

História do problema atual: registrar há quanto tempo o casal tenta a gravidez; duração da infertilidade; indagar sobre o uso de métodos anticoncepcionais e sobre exames e tratamentos já realizados; indagar sobre paternidade e gestação pregressa.

- **História sexual:** são importantes as informações sobre frequência de relações sexuais com penetração vaginal, presença de disfunções sexuais, tais como vaginismo, ejaculação precoce, entre outras. deve-se também investigar o uso de lubrificantes e de duchas vaginais, ou de qualquer outro fator que interfira com o depósito do sêmen, ou que dificulte a migração espermática por meio do trato genital feminino.
- **História menstrual:** ciclos regulares, com presença de muco cervical, dor no meio do ciclo e tensão pré-menstrual, geralmente indicam que ciclos ovulatórios estão ocorrendo. por outro lado, mulheres que apresentam períodos de amenorreia, geralmente, não ovulam. e aquelas com ciclos curtos podem apresentar insuficiência lútea. a queixa de dismenorreia progressiva pode estar associada à endometriose. por sua vez, hipermenorreia ou metrorragia sugerem patologias intrauterinas, tais como miomas ou pólipos.
- **História obstétrica:** Incluindo gestações de relacionamentos anteriores e do atual relacionamento, assim como a ocorrência ou não de complicações. a história de gravidez ectópica anterior está associada a risco aumentado de repetição dessa

condição e à possível alteração estrutural da trompa contralateral. verificar a presença de história familiar de infertilidade, abortamento e má-formação fetal.

- **História patológica pregressa:** Na mulher, deve ser investigado passado de cirurgias pélvicas, tais como miomectomias, exérese de cistos de ovário, apendicectomia, entre outras, que podem levar à formação de processos aderenciais, alterando a relação trompa-ovário. o mesmo pode ser determinado por doença inflamatória pélvica – dip e por infecção pós-aborto e pós-parto. amenorreia pós-aborto ou pós-infecção puerperal pode ter como causa sinéquias intrauterinas. para o homem e a mulher, devem ser investigados anomalias congênitas, exposição a fatores de risco (radiação, quimioterápicos, calor e pesticida), antecedentes de doença febril prolongada, cirurgias pregressas, traumas, antecedentes infecciosos. para o homem, acrescentar investigação de história pregressa de torção de cordão espermático.
- **História pessoal:** Devem ser considerados dados tanto do homem como da mulher, indagando-se sobre início e normalidade da puberdade, hábitos, história sexual, tipo e carga horária de trabalho, rotatividade de horários, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, esforço físico excessivo, estresse, situação familiar e conjugal, dependência de drogas lícitas ou ilícitas, hábitos alimentares e atividade física. sabe-se que os espermatozoides são sensíveis a altas temperaturas, assim, homens que têm o hábito de frequentar saunas ou que trabalham em ambientes muito aquecidos podem ter a espermatogênese prejudicada. por sua vez, a prática de exercícios físicos muito vigorosos e frequentes pode levar à anovulação. o alcoolismo, o tabagismo e o uso de *canabis sativa* (maconha) podem estar associados à diminuição da fertilidade.

EXAME FÍSICO

No homem: Realização de exame físico geral, com aferição da pressão arterial; relação peso/altura. exame específico, com avaliação da virilização, observando-se presença de caracteres sexuais primários e secundários do sexo masculino, testículos, epidídimo, deferentes, escroto e pênis. observar, além da existência de testículos, sua consistência e volume. pesquisar com atenção a presença de varicocele, pois sua correção pode resultar em melhora do padrão espermático.

Na mulher: Realização de exame físico geral, incluindo aferição da pressão arterial, relação peso/altura, palpação da tireoide. exame ginecológico, incluindo exame das mamas, observando-se caracteres sexuais primários e secundários do sexo feminino, com cuidadosa inspeção da vulva, atentando para pilificação, mal-formações e alterações do clitóris. ao exame especular, avaliar trofismo do colo vaginal, 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 colpocitologia oncótica, de acordo

com o protocolo vigente. ao toque bimanual, deve-se excluir ou identificar tumorção dos órgãos pélvicos e avaliar a mobilidade do útero, uma vez que um útero em retroversão fixa pode significar presença de endometriose ou sequela de doença inflamatória pélvica.

EXAMES COMPLEMENTARES

Exames complementares e vacinas que poderão ser realizados na Atenção Básica:

- Colpocitologia oncótica, de acordo com o protocolo vigente do ministério da saúde.
- Sorologia para sífilis (VDRL) para o casal.
- Sorologia anti-HIV para o casal.
- Sorologia para hepatite B (HBSAG) para o casal.
- Sorologia para hepatite C para o casal.
- Sorologia para toxoplasmose IGG e IGM.
- Glicemia de jejum para o casal.
- Sorologia para a rubéola para o casal. se negativa, vacinar tanto o homem quanto a mulher.
- Espermograma, quando houver a possibilidade de solicitá-lo na atenção básica.

2. Orientações

É fundamental conversar com o casal, buscando identificar as expectativas quanto à gravidez, a presença de ansiedade ou apreensão, medo ou outros sentimentos, tentando contribuir com a diminuição do estresse ou ansiedade presente.

Muitos casais não têm conhecimento do que significa período fértil ou de práticas que podem dificultar a concepção. Assim, o esclarecimento sobre os mecanismos da reprodução se faz necessário, como também o aconselhamento, investigação e tratamento de doenças que possam interferir negativamente no processo de reprodução.

De acordo com a avaliação clínica, deve-se orientar o casal quanto à prática sexual, para que seja compatível com a obtenção de gravidez, por um período de três meses, segundo o que se segue:

- Identificar o período fértil.
- Recomendar concentração das relações sexuais no período fértil.
- Eliminar qualquer fator que interfira no depósito do sêmen ejaculado na vagina ou que dificulte a migração espermática por meio do trato genital feminino (lubrificantes, duchas vaginais, e outros).

Após essas medidas iniciais, não havendo gravidez, é indicado prosseguir com a investigação das possíveis causas relacionadas à infertilidade, a partir do que o tratamento mais adequado, em cada caso, poderá ser definido.

3. Encaminhamentos

Encaminhar, quando necessário, com resumo clínico, para um serviço de referência em ginecologia/urologia ou especializado em infertilidade, de acordo com a disponibilidade locorregional, conforme os critérios abaixo:

- Mulher com menos de 30 anos, mais de dois anos de vida sexual ativa, sem anticoncepção.
- Mulher com mais de 30 anos e menos de 40 anos, mais de um ano de vida sexual ativa, sem anticoncepção.
- Mulher com mais de 40 anos e menos de 50 anos, mais de seis meses de vida sexual ativa, sem anticoncepção.
- Cônjuges que apresentam vida sexual ativa, sem uso de anticonceptivos, e possuem fator impeditivo de concepção (obstrução tubária bilateral, amenorreia prolongada, azoospermia etc.), independentemente do tempo de união.
- Ocorrência de duas ou mais interrupções gestacionais subsequentes.

Apresenta-se a seguir conteúdo específico, com o intuito de possibilitar o conhecimento de alguns exames que fazem parte da investigação da infertilidade no homem e na mulher. Contudo, esses exames nem sempre estarão disponíveis na Atenção Básica. Portanto, a decisão sobre o momento de encaminhar a pessoa ou o casal para serviço de referência deverá ser da equipe, a depender das condições existentes para seguir com a investigação. Nos casos em que for necessário encaminhar, a equipe básica de saúde deverá continuar o acompanhamento do casal, participando do processo de investigação e tratamento.

Investigação no homem

O **espermograma** é o primeiro exame específico no que se refere à investigação da infertilidade no homem. O fator masculino pode estar envolvido em 30 a 50% dos casos de infertilidade conjugal, tanto isoladamente como em associação com outros fatores. O sêmen deve ser colhido por masturbação, em local adequado, com abstinência sexual de três a sete dias. Esse exame tem o objetivo de avaliar a quantidade de espermatozoides, sua capacidade de movimentação e a proporção de espermatozoides com formato normal. Um espermograma anormal não deve ser encarado como definitivo. A produção espermática depende de múltiplos fatores, podendo ser extremamente variável em um mesmo indivíduo. Portanto, nenhuma conclusão deve ser tomada com base em apenas um exame. Para avaliação adequada da espermatogênese (formação dos espermatozoides), no mínimo dois exames

devem ser realizados, com um intervalo de pelo menos 15 dias. Os parâmetros mais comumente aceitos como normais são:

- **Volume normal de 1,5 a 5 ml.** Volumes aumentados (hiperespermia) sugerem infecção na próstata e/ou vesículas seminais. Volumes muito diminuídos (hipoespermia) sugerem obstrução ou agenesia/hipoplasia das vias eferentes (ductos ejaculadores, vesículas seminais ou deferentes). Ausência de ejaculado (aspermia) sugere alteração neurológica dos mecanismos de emissão ou ejaculação retrógrada.
- **Cor normal: branca opalescente ou branca acinzentada.** Cor amarelada sugere leucospermia e cor avermelhada sugere hemospermia.
- **Viscosidade normal: filância entre 3 e 5 cm.** Valores maiores que 5 cm sugerem infecção seminal.
- **pH normal entre 7,2 e 8,0.** Valores menores que 7,2 sugerem obstrução dos ductos ejaculatórios, vesículas seminais e/ou ductos deferentes. Valores maiores que 8,0 sugerem infecção seminal.
- **Concentração normal: valores superiores que 20 milhões/ml.** Valores inferiores a 20 milhões/ml – oligozoospermia. Valores inferiores a 5 milhões/ml – oligozoospermia severa. Ausência de espermatozoides – azoospermia.
- **Motilidade espermática normal: 50% ou mais de espermatozoides móveis.** Valores inferiores a 50% – astenozoospermia.
- **Vitalidade espermática normal: 75% ou mais de espermatozoides vivos.** Valores inferiores a 75% – necrozoospermia.
- **Morfologia normal: mais de 50% dos espermatozoides de formas normais.**
- **Contagem de leucócitos normal: menos de 1.000.000 por centímetro cúbico de ejaculado.**

A partir dessa avaliação inicial, se forem necessários outros exames complementares de diagnóstico, tais como processamento seminal prognóstico, espermo-cultura + antibiograma, avaliação hormonal (FSH, Testosterona) avaliação por imagem (ultrassonografia transretal – próstata e vesícula seminal, ultrassonografia de bolsa testicular), biópsia testicular, avaliação genética e mesmo alguns tratamentos que não estão no âmbito da Atenção Básica, deverá ser feito o encaminhamento para serviço especializado.

Investigação na mulher

Há uma série de fatores responsáveis por causar infertilidade no sexo feminino que são denominados de acordo com a parte anatômica envolvida no problema. Diante de avaliação clínica alterada, faz-se necessário investigar quais fatores estão implicados. As possibilidades incluem: fator uterinocervical, fator uterinocorporal, fa-

tor tuboperitoneal, fator ovariano. O fator tuboperitoneal é responsável por mais de 30% das causas, portanto, é fundamental avaliar a saúde das trompas. A investigação na mulher demanda a realização de um conjunto de exames complementares, tais como ecografia transvaginal e pélvica, histerossalpingografia, ultrassonografia seriada, biópsia de endométrio, dosagens hormonais (progesterona, estradiol, prolactina, FSH, LH, TSH, T4 livre, entre outras), avaliação genética, entre outros exames, que se encontram no âmbito da atenção especializada.

Atualmente, existem poucos serviços públicos especializados na área da reprodução humana assistida e a maioria está concentrada nas Regiões Sudeste e Sul. Desse modo, para o devido encaminhamento dos casos que exigirão maior densidade tecnológica para sua resolução, é importante identificar a existência de serviços da rede com possibilidade de atendê-los, bem como verificar a acessibilidade deles.

CAPÍTULO 13

ATENÇÃO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E SEXUAL

A violência é um problema de todos os segmentos da sociedade. É questão de saúde pública, porque afeta a saúde individual e coletiva e exige, para sua prevenção e enfrentamento, a formulação de políticas específicas e a qualificação das equipes para a devida assistência.

Constitui-se em evento complexo que, além das sequelas físicas, quando não leva à morte, deixa sequelas emocionais graves, que podem comprometer de forma permanente a saúde, inclusive a saúde sexual e saúde reprodutiva da pessoa atingida por esse mal.

Causa prejuízos econômicos, por causa dos dias de ausência do trabalho, pelos danos mentais e emocionais que provocam nas vítimas e em suas famílias e pelos anos de produtividade ou de vida perdidos.

Considera-se que existe violência quando:

[...] em uma situação de interação, um ou vários atores agem de maneira direta ou indireta, maciça ou esparsa, causando danos a uma ou a mais pessoas em graus variáveis, seja em sua integridade física, seja em sua integridade moral, em suas posses, ou em suas participações simbólicas e culturais (MICHAUD, 1989).

A OMS revela, em seu Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, que todo ano mais de um milhão de pessoas perdem a vida e muitas outras sofrem lesões fatais por causas violentas (OMS, 2002).

Só no Brasil, na década de 1990, ou seja, num espaço de dez anos, mais de um milhão de pessoas morreram por violência e acidentes. Dessas vítimas, cerca de 400 mil faleceram por homicídios (SOUZA, et al., 2005). Desde o início da década de 1980, acidentes e violência constituem a segunda causa de óbito no País e, para a faixa de 5 a 39 anos, são os principais problemas de vitimização que levará a morte.

Cálculos do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) estimam que 3,3% do PIB brasileiro são gastos com custos diretos da violência, cifra que sobe para 10,5% quando se incluem custos indiretos e transferências de recursos.

Quando se trata da violência doméstica e sexual, as maiores vítimas são mulheres, crianças e adolescentes.

Dados da Vigilância de Violências e Acidentes (Viva), implantada pelo Ministério da Saúde em 2006, referentes ao período de 1º/8/2006 a 31/7/2007, relacionados a 27 municípios brasileiros, mostram que o sexo feminino é a principal vítima das violências doméstica e sexual, da infância até a terceira idade (BRASIL, 2008e).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, quase metade das mulheres assassinadas é morta pelo companheiro, atual ou ex. A violência responde a, aproximadamente, 7% de todas as mortes de mulheres entre 15 e 44 anos, em todo o mundo. Em alguns países, até 69% das mulheres declaram que já foram agredidas fisicamente e até 47% afirmam que sua primeira relação sexual foi forçada (OMS, 2002).

Em 2001, foi realizado estudo sobre violência doméstica e sexual, no Brasil, coordenado pela OMS e conduzido pelo Departamento de Medicina Preventiva, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), em parceria com organizações não governamentais, em que foram pesquisadas mulheres de 15 a 49 anos, moradoras em uma grande cidade (município de São Paulo) e em uma região de características rurais (Zona da Mata pernambucana) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005 apud BRASIL 2007h).

Do total de entrevistadas, 29% das mulheres na cidade de São Paulo e 37% na Zona da Mata de Pernambuco declararam já haver sofrido algum episódio de violência física e/ou sexual por parte de um parceiro ou ex; 10% das mulheres, em São Paulo, e 14%, na Zona da Mata, afirmaram que já foram forçadas fisicamente a ter relações sexuais ou a práticas sexuais que consideram degradantes.

Esse estudo também mostrou que as mulheres que sofreram violência física e/ou sexual tiveram mais problemas de saúde do que aquelas que não apresentavam história de violência. Entre esses problemas, destacam-se: dores ou desconfortos severos, dificuldades de concentração e tonturas e a intenção ou a tentativa de suicídio mais frequente (duas a três vezes mais do que as mulheres que não sofreram violência). Além disso, o uso diário de álcool e a ocorrência de problemas relacionados à bebida, nos últimos 12 meses, também são relatados pelas mulheres que sofreram violência.

Cabe aos profissionais das equipes de saúde não só a prática da assistência, com o atendimento aos efeitos da violência, os cuidados com a reabilitação das sequelas, mas também práticas de proteção integral e prevenção dos maus-tratos.

São necessários a sensibilização e o compromisso de profissionais e gestores, no sentido de implementarem ações de promoção de uma cultura de paz e prevenção das violências, assim como de assistência às vítimas.

É evidente a carência de serviços que estejam aptos para o acolhimento e assistência às pessoas que sofrem esse tipo de agravo. Os instrumentos jurídicos e o sistema de proteção à vítima, isoladamente, não têm conseguido diminuir a incidência desse fenômeno. Portanto, o papel da equipe da Saúde da Família não deve se restringir somente a dar respostas às demandas que chegam até ela, mas trabalhar ativamente com a população residente na sua área de atuação, no sentido do desenvolvimento de linhas de ação, a partir do diagnóstico dos principais problemas enfrentados pela comunidade, entre eles a violência doméstica e sexual.

A unidade básica deve funcionar integrada com a sua comunidade e com as diversas instituições que a integram, como escolas, creches, hospitais, conselhos tutelares, defensoria pública, polícia, entre outros. É fundamental que a unidade de saúde tenha conhecimento dos órgãos de referência para suporte à vítima de violência para que possa trabalhar de maneira integrada, constituindo, juntamente com os demais serviços, uma rede de atenção às vítimas de violência doméstica e sexual.

Pretende-se, com este capítulo, contribuir para a qualificação do trabalho dos profissionais da Saúde da Família, trazendo orientações e informações necessárias para a abordagem dos casos de violência doméstica e sexual, no contexto da Atenção Primária à Saúde.

13.1 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Para o adequado atendimento à vítima de violência doméstica e sexual, é necessário que as equipes de saúde tenham conhecimento das leis e normas que resguardam a vítima e também sobre os direitos e deveres dos profissionais de saúde.

Há desconhecimento sobre a legislação vigente, o que dificulta ainda mais a abordagem desse problema, pois o profissional se sente inseguro sobre que procedimento e conduta seriam mais adequados.

Há o temor de estar adentrando na intimidade da família, compartilhando segredos íntimos e, frequentemente, sendo testemunha de fatos, o que faz com que muitos profissionais demonstrem grande rejeição frente a casos de violência.

Muitas equipes de saúde optam por encaminhar os casos, suspeitos ou confirmados de violência doméstica e sexual, por falta de capacitação, de informação sobre o tema e, sobretudo, por não terem desenvolvido ainda percepção mais clara de que esse é um problema que também pertence à Atenção Básica, que tem papel primordial como ordenadora do cuidado, principalmente se levarmos em consideração a proximidade entre a equipe de saúde e a família.

O conhecimento da legislação faz parte da preparação do profissional na atenção aos casos de violência doméstica e sexual.

A seguir, apresentam-se algumas leis e normas relacionadas à violência doméstica e sexual:

- **Lei Maria da Penha – Lei nº 11.340/06:** sancionada pelo presidente da República, em 7 de agosto de 2006, e está em vigor desde o dia 22 de setembro de 2006. Tipifica a violência doméstica como uma das formas de violação dos direitos humanos. Altera o Código Penal e possibilita que agressores sejam presos em flagrante, ou tenham prisão preventiva decretada quando ameaçarem a integridade física da mulher. Além disso, prevê medidas de

proteção para a mulher que corre risco de morte, como o afastamento do agressor do domicílio e a proibição de sua aproximação física junto à mulher agredida (BRASIL, 2006g).

- **Aborto previsto em lei:** de acordo com o art. 128, inciso II, do Código Penal, o aborto é permitido **quando a gravidez resulta de estupro (aborto sentimental) e em caso de risco de vida para a mulher (aborto terapêutico)**. Nesses casos, exige-se o consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal. O Código Penal não exige qualquer documento – Boletim de Ocorrência Policial, laudo do Instituto Médico Legal ou autorização judicial – para a prática do abortamento no caso de estupro, a não ser o consentimento da mulher. Isso quer dizer que a mulher que sofreu violência sexual não tem o dever legal de registrar essa ocorrência na polícia. E, embora deva ser orientada a tomar as providências policiais e judiciais cabíveis para que o criminoso não fique impune, caso ela não queira fazê-lo, não se pode lhe negar o direito ao abortamento (BRASIL, 2005b, 2005k, 2005f).
- **A Lei nº 10.778**, de 24 de novembro de 2003, que estabelece a notificação compulsória no sistema de vigilância em saúde, no território nacional, dos casos de violência contra a mulher, atendida em serviços públicos e privados de saúde. O cumprimento da medida é fundamental para o dimensionamento do fenômeno da violência e de suas consequências, contribuindo para a implementação de políticas de intervenção e prevenção do problema (BRASIL, 2005f).
- **Lei nº 10.741 de 2003 – Estatuto do Idoso:** prevê no art. 19 que os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra idosos são de notificação obrigatória ao Conselho Municipal ou Estadual dos Direitos do Idoso, Delegacias de Polícia e Ministério Público.
- **O atendimento de pessoas em situação de violência sexual exige o cumprimento dos princípios de sigilo e segredo profissional.** A Constituição no seu art. 5 garante que “são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito à indenização material ou moral decorrente de sua violação”. O art. 154 do Código Penal caracteriza como crime “revelar a alguém, sem justa causa, segredo, de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício, ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem” (BRASIL, 2005f).
- **Em crianças e adolescentes menores de 18 anos de idade**, a suspeita ou confirmação de maus-tratos ou abuso sexual deve ser, obrigatoriamente, comunicada ao Conselho Tutelar ou à Vara da Infância e da Juventude, sem prejuízo de outras medidas legais, conforme determina o art. 13 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.

Essa medida é de extremo valor para oferecer a necessária e apropriada proteção para crianças e adolescentes. Vale ressaltar que o atendimento de crianças e adolescentes se submete aos mesmos fundamentos éticos e legais que exigem o cumprimento dos princípios de sigilo e segredo profissional. Isso significa dizer que, embora o profissional esteja obrigado a notificar casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos ou abuso sexual, em crianças e adolescentes, ao Conselho Tutelar ou à Vara da Infância e da Juventude, deve evitar a exposição deles perante a comunidade, buscando preservar a intimidade e imagem pessoal (BRASIL, 2005f).

- **A assistência à saúde da pessoa que sofre violência doméstica e sexual é prioritária e a recusa infundada e injustificada de atendimento** pode ser caracterizada, ética e legalmente, como omissão. Nesse caso, segundo o art. 13, parágrafo 2º do Código Penal, o médico pode ser responsabilizado civil e criminalmente pela morte da pessoa ou pelos danos físicos e mentais que ela sofrer. No atendimento imediato após a violência, em especial a sexual, também não cabe a alegação do profissional de saúde, de objeção de consciência, na medida em que a pessoa pode sofrer danos ou agravos à saúde em razão da omissão do profissional (BRASIL, 2005f).
- Conforme a **lei trabalhista**, se a violência sexual ocorrer durante o percurso do trabalho, a pessoa deve ser orientada sobre a importância de realizar a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), havendo ou não a necessidade de afastamento do trabalho. Esse procedimento garante direitos para a pessoa em situação de violência sexual que asseguram, entre outros, que ela possa receber atenção necessária à sua saúde (BRASIL, 2005f).
- **Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009**: até o início do segundo semestre de 2009, quando foi sancionada a Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009, o Código Penal Brasileiro trazia a previsão dos seguintes crimes contra a “liberdade sexual”: **estupro** (art. 213); **atentado violento ao pudor** (art. 214); **posse sexual mediante fraude** (art. 215); **atentado ao pudor mediante fraude** (art. 216); e **assédio sexual** (art. 216-A). O estupro era definido da seguinte forma: “Constranger mulher à conjunção carnal, mediante violência ou grave ameaça: pena – reclusão, de seis a dez anos”. Assim, o estupro era um crime contra a liberdade sexual da mulher. Somente a mulher podia ser vítima de estupro. E esse crime somente era praticado mediante conjunção carnal, ou seja, mediante a penetração do pênis na vagina. Constranger mulher à prática de qualquer outro ato libidinoso, como a penetração anal, não caracterizava o estupro, mas, sim, outro crime: o “atentado violento ao pudor” (Código Penal, art. 214). E o homem, quando constrangido, mediante violência (física) ou grave ameaça (psicológica) à prática de qualquer ato libidinoso, também não era vítima de estupro, mas, sim, do crime de “atentado violento ao pudor” (Código Penal, art. 214). Entretanto, a partir da vigência da **Lei nº 12.015/2009**, o conceito de

estupro mudou. Na realidade, os artigos 213 e 214 do Código Penal foram praticamente fundidos. O artigo 214 do Código Penal, que descrevia o “atentado violento ao pudor”, foi revogado, mas o seu texto foi incluído no artigo 213 do Código Penal, que ficou com a seguinte redação: “*Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso: pena – reclusão, de 6 (seis) a 10 (dez) anos*”. Essa é a nova descrição legal do estupro. Portanto, atualmente, a mulher e o homem podem ser vítimas de estupro, quando constrangidos, mediante por violência (física) ou grave ameaça (psicológica) a praticar conjunção carnal (penetração do pênis na vagina) ou qualquer outro ato libidinoso (exemplo: penetração anal ou oral). Além disso, o artigo 216 do Código Penal (“atentado ao pudor mediante fraude”) também foi revogado e o seu texto foi incorporado ao artigo 215 do Código Penal (antes: “posse sexual mediante fraude”; agora: “violação sexual mediante fraude”). Assim, **atualmente, os “crimes contra a liberdade sexual”** são os seguintes: **estupro** (art. 213); **violação sexual mediante fraude** (art. 215); e **assédio sexual** (art. 216-A). Mas não é só. A nova lei criou também um capítulo com a seguinte denominação: “**Dos crimes contra vulnerável**”. Nesse capítulo (Capítulo II, do Título VI), estão previstas as seguintes figuras penais: “estupro de vulnerável” (art. 217-A), que consiste em “*Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 (catorze) anos*”; “**induzimento de menor de 14 anos a satisfazer a lascívia de outrem**” (art. 218); “**satisfação de lascívia mediante a presença de criança ou adolescente**” (art. 218-A); e “**favorecimento da prostituição ou outra forma de exploração sexual de vulnerável**” (art. 218-B). Portanto, todos os crimes previstos nesse Título VI podem ser considerados, de uma forma ampla, como “violência sexual”. Assim, não é necessário que ocorra um constrangimento mediante violência física para que se caracterize uma “violência sexual”, que também abrange a “grave ameaça” e quaisquer outras formas de constrangimento contra a expressão da sexualidade, como a fraude, prevista na “violação sexual mediante fraude” (art. 215). Finalmente, é importante deixar consignado que o antigo Título VI, que se referia aos “**crimes contra os costumes**”, agora tem um novo nome, bem mais adequado: “**Dos crimes contra a dignidade sexual**”. Essa foi mais uma grande conquista dos movimentos feministas, que, com razão, não aceitavam que os crimes acima referidos fossem considerados “crimes contra os costumes”, ou seja, contra a moralidade sexual, determinada por pautas de comportamento ditadas por uma ideologia patriarcal de dominação masculina, que estabelecia um padrão de comportamento sexual de acordo com padrões machistas. Agora, todos os crimes do Título VI violam a “**dignidade sexual**”. Como se vê, o Código Penal, agora, seguindo a atual orientação constitucional e os ditames dos princípios gerados pelos direitos humanos sexuais e reprodutivos, considera a sexualidade como uma expressão da dignidade das pessoas e, em especial, das mulheres.

13.2 ALGUNS CONCEITOS IMPORTANTES RELACIONADOS À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E SEXUAL

- **Negligência, abandono e privação de cuidados:** formas de violência caracterizadas pela ausência, recusa ou deserção da atenção necessária a alguém que deveria receber cuidados. Geralmente, no caso de crianças e adolescentes, caracteriza-se pela omissão dos pais ou de outros responsáveis (inclusive institucionais) em prover as necessidades básicas para os desenvolvimentos físicos, emocionais e sociais. Pode ser provocada por privação de alimentos, medicamentos, falta de atendimento aos cuidados necessários com a saúde, descuido com a higiene, ausência de proteção contra as inclemências do meio (como o frio e o calor), não provimento de estímulos e de condições para a frequência à escola. O abandono é forma extrema de negligência. Com o aumento da população idosa, cada vez mais se evidenciam negligências e privação de cuidados para esse grupo. De acordo com o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (BRASIL, 2008e), no período de agosto de 2006 a julho de 2007, do total de notificações de violência contra idosos, 55% correspondia à violência moral ou psicológica – que fere a honra ou a intimidade, 27% à violência física, 21% ao dano financeiro ou patrimonial, 22% ao abandono e 4% à violência sexual.
- **Síndrome de Munchhausen:** definida como a situação na qual a pessoa conduz outra, em geral crianças, para cuidados médicos com sintomas inventados ou provocados intencionalmente. A pessoa também pode inventar sintomas para si mesma, com a intenção de receber frequentes tratamentos de saúde desnecessários. Esse tipo de violência imprime sofrimentos físicos e psicológicos, como a realização de exames, consultas e internações desnecessárias, o uso de medicamentos, ingestão forçada de substâncias, entre outros.
- **Violência física:** ocorre quando uma pessoa que está em situação de poder em relação à outra causa ou tenta causar dano não acidental, por meio do uso da força física ou de algum tipo de arma que pode provocar ou não lesões externas, internas ou ambas. Segundo concepções mais recentes, o castigo repetido não severo também se considera violência física.
- **Violência sexual:** é a ação que obriga uma pessoa a manter contato sexual, físico ou verbal, ou participar de outras relações sexuais com uso da força, intimidação, coerção, chantagem, suborno, manipulação, ameaça ou qualquer outro mecanismo que anule o limite da vontade pessoal. Manifesta-se como: expressões verbais ou corporais que não são do agrado da pessoa; toques e carícias não desejados; exibicionismo e voyeurismo; prostituição forçada; participação forçada em pornografia; relações forçadas (coerção física ou por medo do que venha a ocorrer).

- **Assédio sexual:** é um tipo de coerção de caráter praticada por uma pessoa em posição hierárquica superior a um subordinado. Caracteriza-se por insinuação de ameaça, ameaça ou hostilidade contra a pessoa baseada em relações assimétricas de poder. Manifesta-se por meio de propostas indecorosas, falas obscenas, pressão para ter relações sexuais que o outro não deseja.
- **Estupro – relação sexual forçada:** “*Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso*”, essa é a nova descrição legal do estupro. Portanto, atualmente, a mulher e o homem podem ser vítimas de estupro, quando constrangidos, mediante violência (física) ou grave ameaça (psicológica) a praticar conjunção carnal (penetração do pênis na vagina) ou qualquer outro ato libidinoso (exemplo: penetração anal ou oral).
- **Abuso sexual em crianças e adolescentes:** consiste em todo ato ou jogo sexual, relação hetero ou homossexual, cujo agressor está em situação de poder superior à criança ou ao adolescente. Pode se apresentar sob a forma de diversas práticas eróticas e impostas à criança ou ao adolescente pela violência física, ameaças ou indução de sua vontade. O abuso sexual geralmente é praticado por adultos que gozam da confiança da criança ou do adolescente, e pode ter caráter incestuoso. O incesto, como forma de violência, caracteriza-se como qualquer relação de caráter sexual entre adulto e uma criança ou adolescente quando existe laço familiar direto ou não, ou mesmo mera relação de responsabilidade.
- **Violência psicológica:** é toda ação ou omissão que causa ou visa a causar dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa. Inclui insultos constantes, humilhação, desvalorização, chantagem e ridicularizações.
- **Violência doméstica:** é toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família. Inclui agressão física, verbal, psicológica, abuso sexual e negligência, entre outras, cometidas dentro ou fora da casa por algum membro da família, incluindo pessoas que exerçam função parental, ainda que sem laços de consanguinidade, ou outras pessoas sem função parental que convivam no espaço doméstico. Incluem-se aí empregados, pessoas que convivem esporadicamente e agregados.

13.3 ATENÇÃO À VÍTIMA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E SEXUAL

O atendimento à vítima de violência doméstica e sexual deve sempre incluir acolhimento, entrevista, registro da história, exame clínico e ginecológico (se a suspeita for de violência sexual), exames complementares e acompanhamento psicológico. Deve-se considerar a necessidade de encaminhamento para intervenções de emergência ou internação hospitalar.

Após o acolhimento e atendimento à vítima, é importante que a equipe discuta e avalie que ações serão mais adequadas para cada caso, ressaltando a importância do trabalho multiprofissional, realizado de maneira continuada, que dê suporte à vítima.

Deve-se realizar ainda a notificação dos casos de violência no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan NET).

O acolhimento é parte fundamental do atendimento às vítimas de violência, principalmente por se tratar do primeiro contato entre a vítima e o profissional de saúde, momento em que o vínculo entre as partes deverá ser desenvolvido. O estabelecimento de uma relação de confiança será fundamental para garantir a continuidade da assistência, assim como o contrário poderá dificultar ou mesmo impedir que a atenção e o acompanhamento tenham continuidade.

Por acolhimento, entende-se o conjunto de medidas, posturas e atitudes dos profissionais de saúde que garantam credibilidade e consideração à pessoa que está sendo atendida. Pressupõe receber e escutar a pessoa, com respeito e solidariedade, buscando-se formas de compreender suas demandas e expectativas.

As pessoas em situação de violência devem ser informadas, sempre que possível, sobre tudo o que será realizado, em cada etapa do atendimento, e a importância de cada medida. Sua autonomia deve ser respeitada, acatando-se a eventual recusa de algum procedimento.

Devem ser oferecidos atendimento psicológico e medidas de fortalecimento para a vítima, ajudando-a a enfrentar os conflitos e os problemas inerentes à situação vivida. O atendimento psicológico deve ser iniciado, sempre que possível, desde a primeira consulta, e mantido durante todo o período de atendimento, pelo tempo que for necessário.

A seguir, estão alguns sinais de alerta para a equipe de saúde que podem indicar situações de violência. É importante salientar que devem ser analisados dentro de um contexto e não configuram isoladamente diagnóstico de violência.

I - Violência doméstica:

- Queixas crônicas, porém vagas, sem causa física óbvia.
- Ferimentos que não condizem com a explicação de como ocorreram.
- Parceiros que observam excessivamente ou controlam os movimentos da mulher com muita insistência ou que não se afastam da mulher.
- Ferimentos físicos durante a gravidez.
- Demora a iniciar o atendimento pré-natal.
- Histórico de tentativa ou tendência ao suicídio.
- Demora em buscar tratamento para ferimentos sofridos.
- Síndrome do intestino irritável.
- Dor pélvica crônica.

2 - Violência sexual:

- Gravidez de mulheres solteiras com menos de 14 anos.
- Infecções sexualmente transmitidas, em crianças.
- Prurido ou sangramento vaginal.
- Evacuação dolorosa ou dor ao urinar.
- Dor pélvica ou abdominal.
- Problemas sexuais e perda de prazer na relação.
- Vaginismo (espasmos musculares nas paredes vaginais, durante relação sexual).
- Ansiedade, depressão, comportamento autodestrutivo.
- Problemas de sono.
- Histórico de sintomas físicos crônicos inexplicáveis.
- Dificuldade ou recusa em fazer exames pélvicos.

A primeira entrevista com a vítima de violência deve atentar para o registro de alguns dados específicos, conforme o que segue:

- **História da violência (registrar em prontuário):**

1. Local, dia e hora aproximada da violência.
2. Tipo de violência sofrida.
3. Forma de constrangimento utilizada.
4. Tipificação e número de agressores.
5. Órgão que realizou o encaminhamento, caso a vítima tenha procurado a unidade por encaminhamento de outra instituição ou órgão.

- **Verificar eventuais medidas prévias ou providências instituídas:**

1. Atendimento de emergência em outro serviço de saúde e medidas de proteção realizadas.
2. Realização do Boletim de Ocorrência Policial.
3. Realização do exame pericial de Corpo de Delito e Conjunção Carnal.
4. Comunicação ao Conselho Tutelar ou à Vara da Infância e da Juventude (para crianças e adolescentes).
5. Outras medidas legais cabíveis.

- **Verificar o acesso e a necessidade da pessoa às diferentes possibilidades de apoio familiar e social, incluindo-se abrigos de proteção.**

São naturais as dificuldades no manejo de um problema tão complexo quanto os casos de violência doméstica e sexual. É importante ressaltar que a equipe de saúde deve buscar se integrar com os profissionais de saúde mental, de serviços

de referência, como os Centros de Apoio Psicossocial à Saúde (CAPS), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), os ambulatórios especializados, entre outros.

Deve-se solicitar o acompanhamento conjunto das vítimas de violência sempre que necessário, numa perspectiva de matriciamento, que proporcione à equipe aumentar o seu poder de resolubilidade e continuar o atendimento à vítima de violência e sua família, sem que necessariamente tenha que encaminhá-la a serviço de referência, o que muitas vezes pode significar a não continuidade do tratamento.

O acompanhamento na unidade básica de saúde traz muitas facilidades para a pessoa a ser tratada e sua família, como a proximidade de seu local de residência, o vínculo com a equipe, a facilidade no acesso à marcação tanto da consulta, quanto de alguns exames. Enfim, a decisão quanto ao encaminhamento deve partir da própria equipe de saúde, considerando as particularidades de cada caso e as suas possibilidades terapêuticas.

A decisão sobre o encaminhamento pode acontecer a qualquer tempo e não deve significar a interrupção do seguimento pela equipe, que deve continuar prestando assistência, trabalhando de maneira integrada com o serviço ao qual a pessoa foi referenciada, mantendo-se atualizada sobre o processo terapêutico. Deve estar preparada para receber a contrarreferência e dar continuidade ao acompanhamento desta família.

A seguir, descrevem-se algumas orientações para o atendimento às vítimas de violência doméstica e sexual.

Traumatismos físicos

Na ocorrência dos traumatismos físicos, genitais ou extragenitais, é necessária avaliação clínica detalhada para verificar a necessidade do atendimento por especialistas, como o ginecologista ou o encaminhamento a serviço de emergência.

Em situações de violência sexual, a mulher pode apresentar grande diversidade de danos físicos. Os hematomas e as lacerações genitais são os mais frequentes.

Nas lesões vulvoperineais superficiais e sem sangramento ativo, deve-se proceder apenas com assepsia local. Havendo sangramento, está indicada a sutura, que deve ser feita com fios delicados e absorvíveis, com agulhas não traumáticas. Nesse caso, considerar o encaminhamento para serviço de emergência, para avaliação por cirurgião ou ginecologista.

Na presença de hematomas, deve-se fazer aplicação precoce de bolsa de gelo. Quando instáveis, os hematomas podem necessitar de drenagem cirúrgica. Na ocorrência de traumatismos físicos, investigar situação vacinal da vítima e sempre considerar profilaxia para o tétano.

Os danos físicos, genitais ou extragenitais, devem ser cuidadosamente descritos no prontuário. Podem ser realizados desenhos e representações esquemáticas para descrever mais facilmente as lesões.

DST não virais

A prevalência das DST em situações de violência sexual é elevada e o risco de infecção depende de diversas variáveis. Entre elas, inclui-se o tipo de violência sofrida (vaginal, oral, anal); o número de agressores; a ocorrência de traumatismos genitais; a idade e susceptibilidade da pessoa; a condição himenal; a presença de DST ou úlcera genital prévia; e a forma de constrangimento utilizada pelo agressor.

Grande parte das infecções genitais decorrentes da violência sexual pode ser evitada. Gonorreia, sífilis, clamidiose, tricomoníase e cancro mole podem ser prevenidos com o uso de medicação adequada. A equipe deve estar apta a realizar a profilaxia das DST não virais em pessoas que foram vítimas de violência sexual, que visa à proteção contra os agentes mais prevalentes e de repercussão clínica relevante.

A profilaxia está indicada em situações de exposição com risco de transmissão dos agentes, independentemente da presença ou gravidade das lesões físicas e idade da pessoa. É importante ressaltar que em todo atendimento à pessoa vítima de violência sexual devem ser solicitados tipo sanguíneo, sorologia para sífilis, cultura de secreção vaginal e do canal cervical, sorologia para hepatite tipo B e sorologia anti-HIV.

Prevenção de DST não virais

Não deverão receber profilaxia de DST não virais casos de violência sexual em que ocorra exposição crônica e repetida com o agressor, situação comum em violência sexual intrafamiliar, ou quando ocorrer uso de preservativo, masculino ou feminino, durante todo o crime sexual (BRASIL, 2005f).

Não é possível estabelecer, com exatidão, o tempo limite para a introdução da profilaxia das DST não virais em situações de violência sexual. Diferentemente do que ocorre na profilaxia da infecção pelo HIV, a prevenção das DST não virais pode ser eventualmente postergada, em função das condições de adesão da pessoa ou mesmo por intolerância gástrica, mais prevalente em situações de estresse. Essa medida não acarreta, necessariamente, danos para o tratamento. Entretanto, recomenda-se que seja realizada precocemente, sempre que possível. O esquema de associação de medicamentos para a profilaxia das DST não virais para pessoas adultas e adolescentes com peso igual ou maior que 45 kg encontra-se no Quadro I (BRASIL, 2005f, 2006j).

Quadro 1: Profilaxia das DST não virais em pessoas adultas adolescentes com mais de 45 kg não gestantes

PENICILINA G BENZATINA Profilaxia da sífilis	2,4 milhões UI (1,2 milhões UI em cada nádega)	IM	Dose única
OFLOXACINA Profilaxia da gonorreia Em menores de 18 anos e gestantes, está contraindicado ofloxacina	400 mg	VO	Dose única
AZITROMICINA Profilaxia da clamidiose e do cancro mole	1 g	VO	Dose única
METRONIDAZOL Profilaxia da tricomoníase	2 g	VO	Dose única

Esse esquema cobre a maioria das DST não virais, permite fácil adesão ao tratamento (doses únicas) e tem poucos efeitos colaterais.

A gravidez, em qualquer idade gestacional, não contraindica a profilaxia para as DST não virais. Nesses casos, visando à segurança fetal, recomenda-se o esquema de associação de medicamentos que se encontra no Quadro 2. O metronidazol e suas alternativas (tinidazol e secnidazol) devem ser evitados durante o primeiro trimestre da gravidez. O tianfenicol e quinolonas são contraindicados em gestantes. O uso de ofloxacina é contraindicado em crianças e em adolescentes com peso menor que 45 kg (BRASIL, 2005f, 2006j).

Quadro 2: Profilaxia das DST não virais em gestantes, crianças e adolescentes (com mais de 45 kg)

PENICILINA G BENZATINA Crianças e adolescentes	50 mil UI/kg (dose máxima: 2,4 milhões UI)	IM	Dose única
Gestantes	2,4 milhões UI (1,2 milhões UI em cada nádega)		
CEFTRIAXONA Crianças e adolescentes	125 mg	IM	Dose única
Gestantes	250 mg		
AZITROMICINA Crianças e adolescentes	20 mg/kg	VO	Dose única
Gestantes	1 g		

METRONIDAZOL			
Crianças e adolescentes	15 mg/kg/dia	VO	8/8 horas por sete dias (máximo: 2 g)
Gestantes após o primeiro trimestre (o metronidazol e suas alternativas – tinidazol e secnidazol – devem ser evitados durante o primeiro trimestre da gravidez)	2 g	VO	Dose única

Em pessoas com história comprovada de hipersensibilidade aos medicamentos de primeira escolha, em especial a penicilina, alternativas às drogas de primeira escolha devem ser utilizadas, conforme o Quadro 3 (BRASIL, 2005f, 2006j).

Quadro 3: Alternativas para a profilaxia das DST não virais

DROGAS DE PRIMEIRA ESCOLHA PARA A PROFILAXIA	ALTERNATIVA PARA GESTANTES	ALTERNATIVA PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES	ALTERNATIVA PARA ADULTOS
Penicilina G benzatina Profilaxia da sífilis	Estearato de eritromicina 500 mg VO a cada seis horas durante 15 dias	Estearato de eritromicina 50 mg/kg/dia VO a cada seis horas por 15 dias	Estearato de eritromicina 500 mg VO a cada seis horas durante 15 dias
Ofloxacina Profilaxia da gonorreia	Ceftriaxona 250 mg IM dose única	Ceftriaxona 125 mg IM dose única	Ceftriaxona 250 mg IM dose única Tianfenicol 2,5 g VO dose única

Continua...

Continuação

Azitromicina Profilaxia da clamídiase	Estearato de eritromicina 500 mg VO a cada seis horas durante sete dias	Estearato de eritromicina 50 mg/kg/dia VO a cada seis horas por 10 a 14 dias	Amoxicilina 500 mg VO a cada oito horas durante sete dias
Azitromicina Profilaxia do cancro mole	Ceftriaxona 250 mg IM dose única, ou Estearato de eritromicina 500 mg VO a cada seis horas durante sete dias	Ceftriaxona 125 mg IM dose única	Ceftriaxona 250 mg IM dose única
Metronidazol Profilaxia da tricomoníase	Secnidazol ou tinidazol 2,0 g VO dose única	Secnidazol 10 mg/kg VO dose única	Secnidazol ou tinidazol 2,0 g VO dose única

HIV

A infecção pelo HIV é grande preocupação para a maioria das mulheres em situação de violência sexual. Os estudos existentes indicam que a possibilidade de infecção em casos de violência sexual está entre 0,8 e 2,7%. Esse risco é comparável, e até mesmo superior, ao observado em outras formas de exposição sexual (heterossexual) única ou em acidentes perfurocortantes entre profissionais de saúde.

O risco de infecção pelo HIV, à semelhança do que ocorre com as outras DST, depende de muitas condições. Entre elas, destacam-se os tipos de exposição sexual (anal, vaginal, oral); o número de agressores; a susceptibilidade da pessoa; a rotura himenal; a exposição a secreções sexuais e/ou sangue; a presença de DST ou úlcera genital prévia; e a carga viral do agressor. Também se associa ao trauma subjacente, na medida em que a escassa lubrificação produz lesões abrasivas e soluções de continuidade mais frequentes, contribuindo para elevar os riscos de infecção.

Os serviços especializados no atendimento a pessoas em situação de violência sexual têm encontrado indicadores consistentes da eficácia profilática dos antirretrovirais, que depende também da adesão ao tratamento.

Por ser um procedimento mais complexo, frequentemente a equipe se sente insegura quando se trata do manejo dessas drogas. É importante que a equipe bá-

sica de saúde tenha conhecimento da indicação da terapia profilática com os antirretrovirais. Os profissionais da Atenção Básica devem procurar referenciar a vítima para serviço apropriado para indicação da terapia mais adequada e dispensa gratuita dos medicamentos.

Ressalta-se que a profilaxia do HIV, com o uso de antirretrovirais, quando indicada, deve ser iniciada no menor prazo possível, com limite de 72 horas da violência sexual.

Hepatites virais

Indica-se a imunoprofilaxia para hepatite B em casos de violência sexual em que ocorrer exposição ao sêmen, sangue ou outros fluidos do agressor.

A abordagem da condição sorológica da pessoa que sofre violência sexual, quando disponível, e a interpretação dos resultados devem ser realizadas. A interpretação dos resultados encontra-se discriminada no Quadro 4. Contudo, a decisão de iniciar a profilaxia da hepatite B não deve estar condicionada à solicitação ou realização de exames complementares, por motivo de tempo.

Em condições de desconhecimento ou dúvida sobre o *status* vacinal, a profilaxia deverá ser administrada.

Quadro 4: Abordagem sorológica da Hepatite B

HBsAg – antígeno de superfície do vírus da hepatite B	Anti-HBc Total – anticorpo contra o antígeno do core do vírus da hepatite B (IgM + IgG)	Diagnóstico	Conduta
+	+	Infecção aguda ou crônica	Anti-HBc IgM – anticorpo contra o antígeno do core do vírus da hepatite b (IgM)
+	-	Fase de incubação ou falso +	Repetir HBsAg
-	+	Contato prévio ou falso +	Solicitar Anti-HBs – anticorpo contra o antígeno de superfície do vírus da hepatite B
-	-	Susceptível	Vacinação e IGHAHB

Com relação à imunoprofilaxia contra hepatite B, as pessoas imunizadas, aquelas com esquema vacinal completo, não necessitam de reforço ou do uso de imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB). Pessoas não imunizadas ou que desconhecem o seu *status* vacinal devem receber a primeira dose da vacina e completar o esquema posteriormente, com um e seis meses após a primeira dose. As pessoas com esquema vacinal incompleto devem completar as doses recomendadas. A vacina, após administração do esquema completo, induz imunidade em 90 a 95% dos casos.

As pessoas em situação de violência sexual devem receber dose única de IGHAHB, 0,06 ml/kg, IM, em sítio de aplicação diferente da vacina e, se a dose da imunoglobulina ultrapassar 5 ml, deve-se dividir a aplicação em duas áreas corporais diferentes.

A IGHAHB pode ser administrada até, no máximo, 14 dias após a violência sexual, embora se recomende o uso nas primeiras 48 horas após a violência.

A vacina para hepatite B deve ser aplicada no músculo deltoide ou na região do vasto lateral da coxa. Deve-se evitar a aplicação na região glútea, por resultar em menor imunogenicidade. O Programa Nacional de Imunizações e o Programa Nacional de Hepatites Virais recomendam o uso de IGHAHB em todas as pessoas em situação de violência sexual não imunizadas ou com esquema vacinal incompleto. Cabe lembrar que para a hepatite C não existem alternativas de imunoprofilaxia. A gravidez, em qualquer idade gestacional, não contraindica a imunização para a hepatite B e nem a oferta de IGHAHB (BRASIL, 2005f, 2006j).

Não deverão receber a imunoprofilaxia para hepatite B pessoas vítimas de violência sexual crônica e repetida com o mesmo agressor, situação frequente em casos de violência sexual intrafamiliar (BRASIL, 2005f, 2006j).

Não deverão receber a imunoprofilaxia para hepatite B pessoas cujo agressor seja sabidamente vacinado ou quando ocorrer uso de preservativo, masculino ou feminino, durante o crime sexual (BRASIL, 2005f, 2006j).

A IGHAHB está disponível nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais – CRIE.

Quadro 5: Imunoprofilaxia para Hepatite B

VACINA ANTI-HEPATITE B

Aplicar IM em deltoide 1,0 ml para adultos e 0,5 ml para crianças menores de 12 anos.

Imunização ativa: a segunda e terceira doses devem ser aplicadas, respectivamente, com um mês e seis meses após a primeira dose.

IMUNOGLOBULINA HUMANA ANTI-HEPATITE B

Aplicar IM em glúteo 0,06 ml/kg dose única.

Imunização passiva.

Embora nem sempre as unidades básicas tenham condições de realizar esse tipo de profilaxia para hepatite B, é importante que os profissionais tenham conhecimento desse procedimento e, sempre que necessário, encaminhem a vítima a serviço que possa realizá-lo.

Risco de gravidez

Mais da metade dos casos de violência sexual ocorre durante o período reprodutivo da vida da mulher, resultando em taxas de gravidez entre 1 a 5%.

A gravidez decorrente da violência sexual representa, para a maioria das mulheres, uma segunda forma de violência. Nesses casos, deve ser oferecida à vítima a opção da anticoncepção de emergência, ação das mais importantes na atenção aos casos de violência sexual.

A anticoncepção de emergência é o método anticonceptivo que previne a gravidez após a violência sexual, utilizando compostos hormonais concentrados e por curto período de tempo.

Ela pode ser prescrita para todas as mulheres expostas a situações que possam resultar em gravidez, por meio de contato certo ou duvidoso com sêmen, independentemente do período do ciclo menstrual em que se encontre, que tenham tido a primeira menstruação e que estejam antes da menopausa. Essa medida é desnecessária se a mulher estiver usando regularmente método anticonceptivo de elevada eficácia, no momento da violência sexual, como o anticoncepcional oral, injetável ou DIU.

Em casos de violência sexual, é necessário registrar a data da última menstruação (DUM), realizar exame físico e solicitar o teste imunológico para gravidez (TIG). A mulher deve ser orientada a retornar à unidade de saúde, assim que possível, se ocorrer atraso menstrual, que pode ser significativo de gravidez.

Anticoncepção de emergência

Os esquemas utilizados para anticoncepção de emergência são de pílulas combinadas de etinilestradiol e levonorgestrel (esquema de Yuzpe) ou pílulas contendo apenas levonorgestrel – pílula anticoncepcional de emergência (PAE).

A mulher deve tomar as pílulas de anticoncepção de emergência até cinco dias (120 horas) após a relação sexual desprotegida, mas, quanto mais precocemente se administra, maior a proteção.

A seguir os esquemas que podem ser utilizados para anticoncepção de emergência (BRASIL, 2005c; CHINAGLIA; PETTA; ALDRIGHI, 2005):

- **Levonorgestrel** (comprimido de 0,75 mg e comprimido de 1,5 mg): uma forma de realizar a anticoncepção de emergência é com o uso de progestágeno isolado (esse é o esquema de primeira escolha, quando possível), o levonorgestrel 0,75 mg

ou 1,5 mg, na dose total de 1,5 mg, que pode ser administrada em dose única oral de 1,5 mg (dois comprimidos de 0,75 mg ou um comprimido de 1,5 mg) ou duas doses de 0,75 mg administradas com intervalo de 12 horas. A dose única apresenta a vantagem de simplificar o uso, evitando o esquecimento da segunda pílula após 12 horas.

- **Método Yuzpe:** utiliza anticoncepcionais hormonais orais combinados (etinilestradiol e levonorgestrel) divididos em duas doses iguais, com intervalo de 12 horas e com dose total de 0,2 mg de etinilestradiol e 1 mg de levonorgestrel. No caso de utilização de pílulas contendo 0,05 mg de etinilestradiol e 0,25 mg de levonorgestrel por comprimido, usar dois comprimidos a cada 12 horas. No caso de utilização de pílulas contendo 0,03 mg de etinilestradiol e 0,15 mg de levonorgestrel por comprimido, usar quatro comprimidos a cada 12 horas.

Para evitar a ocorrência de náuseas, recomendar à mulher que se alimente 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.

Em caso de vômitos dentro de duas horas após tomar as pílulas, a mulher deve tomar nova dosagem. Se o vômito ocorrer após esse período, ela não deve tomar pílulas extras.

13.4 GRAVIDEZ DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL

A mulher em situação de gravidez decorrente de violência sexual assim como a adolescente e seus representantes legais devem ser esclarecidos sobre as alternativas legais quanto ao destino da gestação e sobre as possibilidades de atenção nos serviços de saúde.

É direito dessas mulheres e adolescentes serem informadas da possibilidade de interrupção da gravidez, conforme Decreto-Lei nº 2848, de 7 de dezembro de 1940, art. 128, inciso II, do Código Penal.

Não é necessário que a mulher apresente Boletim de Ocorrência Policial ou que haja autorização judicial que comprove o estupro, para a realização do aborto legal. A palavra da vítima é suficiente para que se dê seguimento aos procedimentos cabíveis nesse caso.

13.5 NOTIFICAÇÃO DOS CASOS DE VIOLÊNCIA

As ações de vigilância em saúde fazem parte das funções realizadas pelas equipes de Atenção Básica. A notificação é um poderoso instrumento de implementação de políticas públicas, uma vez que ajuda a dimensionar os problemas de saúde, a determinar a necessidade de investimentos em núcleos de vigilância e de assistência, o desenvolvimento de programas e ações específicas e também permite o conhecimento da dinâmica dos agravos, incluindo a violência doméstica e sexual.

A notificação dos casos de violência apresenta grande importância, pois ela contribui para que a violência ganhe visibilidade, permitindo o dimensionamento epidemiológico do problema e a criação de políticas públicas voltadas à sua prevenção.

Em 2006, o Ministério da Saúde implantou a Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) com base em dois componentes da ação de vigilância: **vigilância contínua**, que é realizada mediante notificação e investigação de violência doméstica, sexual e outras formas de violência; e **vigilância pontual – inquérito**, que é feita por inquéritos hospitalares e/ou pesquisas periódicas, por amostragem.

A notificação é compulsória em situações de violência contra crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas. A Ficha de Notificação/Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências (Anexo I) é única, independentemente do sexo, faixa etária, raça/cor/etnia, classe social, religião ou orientação sexual da vítima. Encontra-se implantada no sistema Sinan NET.

O correto preenchimento da ficha de notificação dos casos de violência é parte importante do atendimento feito pela equipe.

13.6 REDE DE ATENÇÃO, APOIO E PROTEÇÃO

A atenção às vítimas de violência, de qualquer tipo, e às suas famílias não se restringe aos serviços de saúde. É fundamental que os diversos setores, governamentais e não governamentais, de alguma forma implicados com essa questão, se articulem de forma a constituir uma verdadeira rede de atenção, apoio e proteção a essas pessoas.

Essa rede deve ser composta por entidades, instituições, organizações governamentais e não governamentais, conselhos de direitos, entre outros, respeitando as características de cada município.

A construção dessa rede se faz inicialmente por meio do conhecimento de quem são essas instituições, a partir do que pode se estabelecer um fluxo de atenção e comunicação. Esse fluxo deve proporcionar a troca de experiências, entendendo o atendimento a casos de violência numa perspectiva multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial.

Desse modo, os diferentes profissionais podem contribuir para encontrar a melhor forma de atenção possível para as famílias e, ao mesmo tempo, podem trocar suas experiências, relatar aquelas mais bem sucedidas e aprender com os erros, dando suporte uns aos outros nesse campo de atuação tão complexo.

Portanto, a rede de atenção, apoio e proteção funciona não só para quem recebe a atenção, mas também para o profissional, que pode encontrar espaço para dividir suas dúvidas e ansiedades, a respeito dos casos atendidos e de suas próprias experiências, dentro desse universo de histórias tristes, tragédias e de maus-tratos.

O estabelecimento dessa rede integrada deve ser um compromisso assumido por todos, principalmente pelos gestores, que têm papel decisivo na articulação dos diferentes setores envolvidos, assim como na capacitação dos profissionais, na garantia de insumos e na divulgação para o público em geral.

A criação de um vínculo formal entre as diversas instituições que compõe a rede contribui para o seu fortalecimento.

As unidades básicas de saúde devem ter listagem dos endereços e telefones das diversas instituições que compõem a rede, para melhor comunicação entre os profissionais e para que os usuários possam ter acesso a esses contatos, independentemente de situações emergenciais.

O mapeamento da rede não deve se limitar à mera catalogação; deve servir para avaliar lacunas e as superposições de ações, estimular a troca de informações e facilitar os encaminhamentos. São necessárias sua ampla divulgação e atualização permanente. Esse mapeamento possibilita o reconhecimento dos pares, o que torna o trabalho mais articulado e integrado (BRASIL, 2007b).

REFERÊNCIAS

ABDO, C.H.N.; FLEURY, H.J. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 162-167, 2006.

AGHA, S. Sexual activity and condom use in Lusaka, Zambia. *International Family Planning Perspectives*, United States, 1998, v. 24, n. 1, p. 32-37.

ALDRIGHI, José Mendes; PETTA, Carlos Alberto (Ed.). *Anticoncepção: aspectos contemporâneos*. São Paulo: Editora Atheneu, 2005. 224.

ALDRIGHI, J. M.; SAUERBRONN, A. V. D.; PETTA, C. A. Introdução e classificação dos métodos contraceptivos. In: ALDRIGHI, José Mendes; PETTA, Carlos Alberto (Ed.). *Anticoncepção: aspectos contemporâneos*. São Paulo: Editora Atheneu, 2005, p.1-12.

ALDRIGHI, J. M.; SAUERBRONN, A. V. D.; PETTA, C. A. Anticoncepção Hormonal Oral. In: ALDRIGHI, José Mendes; PETTA, Carlos Alberto (Ed.). *Anticoncepção: aspectos contemporâneos*. São Paulo: Editora Atheneu, 2005, p.91-106.

ALMEIDA, Marina S. Rodrigues. A pré-história do desenvolvimento emocional da criança. 2004. In: *PSICOLOGIA.COM.PT - O Portal dos Psicólogos*. Disponível em: < <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0215.pdf> > Acesso em: 23 set. 2008.

AMARAL, Eliana; VISCOLA, Marco Aurélio Martino; BAHAMONDES, Luis. Contracepção hormonal e anti-retrovirais em mulheres infectadas pelo HIV. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 680-684, nov. 2006.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 4. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. 880 p.

ANDERSON, J. HIV and Reproduction. In: ANDERSON, J. *A Guide to the Clinical Care of Women with HIV*. Preliminary Edition, HRSA, 2000. p. 211-269.

ASOCIACIÓN PARA LA CONSERVACIÓN DEL PATRIMONIO DE CUTIVIRENIA-CPC. *Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos: percepções, problemas e prioridades identificados pelas mulheres Ashaninka da região do Rio Ene do Peru*. Peru: ACPC, 2002. Disponível em: < http://www.iwhc.org/index.php?option=com_content&task=view&id=3079&Itemid=344 >. Acesso em: 18 dez. 2008

BANZATO, Denise Salete Gomes. Sexualidade na Infância e adolescência. *Pediatria Moderna*. São Paulo: Editora Moreira Jr, v. 35, n. 9, p. 760-764, set. 1999.

BARBOSA, Regina Helena Simões. *Mulheres, reprodução e AIDS: as tramas da ideologia na assistência à saúde de gestantes HIV+*. 2001. 310 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001.

BRASIL. Decreto-Lei nº. 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 dez. 1940, Seção 1, p. 23911. Disponível em: < <http://www2.camara.gov.br/internet/legislacao/legin.html/visualizarNorma.html?ideNorma=412868&PalavrasDestaque=> >. Acesso em : 28 nov. 2008.

_____. Ministério da Saúde. *Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. 27 p.

_____. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 1990, Seção 1, p. 18.055. Disponível em: < <http://www2.camara.gov.br/internet/legislacao/legin.html/visualizarNorma.html?ideNorma=365093&PalavrasDestaque=> >. Acesso em: 28 nov. 2008.

_____. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o estatuto da criança e do adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 jul. 1990.

_____. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 jan. 1996.

_____. Ministério da Saúde; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM – ABEn. *Adolescer: compreender, atuar, acolher*. Brasília: ABEn, 2001. 304 p.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. *Caderno de Atenção Básica nº 8 – Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. *Guia de Prevenção das DST/Aids e Cidadania para Homossexuais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. 145 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Planejamento Familiar: manual para o gestor*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. 80 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Assistência em Planejamento Familiar: manual técnico*. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002c. 150 p.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº. 397, de 09 de outubro de 2002. Aprova a Classificação Brasileira de Ocupações – CBO/2002, para uso em todo território nacional e autoriza a sua publicação. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 10 out. 2002d, Seção 1. Disponível em: < <http://www.mtecbo.gov.br/legislacao.asp> >. Acesso em 23 nov. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Nacional de DST e AIDS. *Avaliação da efetividade das ações de prevenção dirigidas às profissionais do sexo, em três regiões brasileiras*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. *Brasil Sem Homofobia: Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e Promoção da Cidadania Homossexual*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b, 82 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. *Marco Legal: saúde, um direito de adolescentes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. 60 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b. 36 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Anticoncepção de Emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005c. 20 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005d. 24 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Perspectiva da equidade no pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal: atenção à saúde das mulheres negras*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005e. 20 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes: norma técnica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005f. 68 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Pesquisa de Conhecimento, Atitudes e Práticas na População Brasileira de 15 a 54 anos, 2004*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005g. 175 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. *Saúde Brasil 2005: uma análise da situação de saúde no Brasil*. Brasília: Ministério da saúde, 2005h. 822 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. *Distritos Sanitários Especiais Indígenas: diretrizes para implantar o Programa de DST/Aids*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005i. 96 p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria N° 426/GM, de 22 de março de 2005. Institui, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 22 mar. 2005j. Seção I, p. 22.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005k. 20 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Caderno de Atenção Básica – nº. 19: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 92 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 52 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Programa Estratégico de Ações Afirmativas: população negra e Aids*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. 60 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política de Humanização. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d. 52 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Anti-retroviral em Gestantes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006e. 176 p.

_____. Ministério da Saúde. *Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006f. 8 p.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *Lei Maria da Penha: lei n. 11340, de 7 de agosto de 2006: coíbe a violência doméstica e familiar contra a mulher*. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2006g. 31 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006h. 163 p.

_____. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico AIDS/DST*. Ano III, n. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2006i.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Manual de Bolso das Doenças Sexualmente Transmissíveis*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006j. 108 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Marco Teórico e Referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a. 56 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Relatório de gestão 2003 a 2006: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b. 128 p.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007c. 58 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007d. 68 p.

_____. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico AIDS/DST*. Ano IV, n. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2007e.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007f.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. *Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência*. Brasília: Presidência da República, 2007g.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Comunicação e Mídia para profissionais de saúde que atuam nos serviços de atenção para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007h. 88 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. *PNDS 2006: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: relatório*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio_final_pnds2006.pdf >. Acesso em: 20 out. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. *Mais Saúde: direito de todos: 2008-2011*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b. 106 p.

_____. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico AIDS/DST*. Ano V, n. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2008c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008d.

_____. Ministério da Saúde. *Temático Prevenção de Violência e Cultura de Paz III*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008e. 60 p.: il. (Painel de Indicadores do SUS, 5).

BRENNAN, M. *Comunicação individual*. [S.l.: s.n.], 1974.

CAETANO, André Junqueira; ALVES, José Eustáquio Diniz; CORRÊA, Sônia (Organizadores). *Dez Anos de Cairo: tendências da fecundidade e direitos reprodutivos no Brasil*. Campinas: Associação Brasileira de Estudos Populacionais – ABEP: Fundo de População das Nações Unidas – UNFPA, 2004. 84 p.

CALLIGARIS, Contardo. *Cartas a um jovem terapeuta: reflexões para psicoterapeutas, aspirantes e curiosos*. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008. 155 p.

CARIDADE, Amparo. O Adolescente e a Sexualidade. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. *Cadernos Juventude Saúde e Desenvolvimento*. Brasília: Ministério da Saúde, 1999, p. 206-212.

CASTRO, Mary Garcia; ABRAMOVAY, Miriam; SILVA, Lorena Bernadete da. *Juventudes e sexualidade*. Brasília: UNESCO Brasil, 2004. 428 p.

CAVASIN, S. (Org.). *Gravidez entre adolescentes de 10 a 14 anos: estudo exploratório em cinco capitais brasileiras e vulnerabilidade social: relatório de pesquisa*. Rio de Janeiro: ECOS, 2004.

CHINAGLIA, Magda Loureiro Motta; PETTA, Carlos Alberto; ALDRIGHI, José Mendes. Anticoncepção de Emergência. In: ALDRIGHI, José Mendes; PETTA, Carlos Alberto (Editores). *Anticoncepção: aspectos contemporâneos*. São Paulo: Editora Atheneu, 2005, p. 121-128.

COIMBRA JUNIOR, C. E. A.; GARNELO, Luiza. Questões de Saúde Reprodutiva da Mulher Indígena no Brasil. In: MONTEIRO, Simone; SANSONE, Livio (Org.). *Etnicidade na América Latina: Um Debate sobre Raça, Saúde e Direitos Reprodutivos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004, p. 153-173.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA-CFM. Resolução CFM nº 1.246, de 08 de janeiro de 1988. Código de Ética Médica. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 26 jan. 1988. Disponível em: < <http://www.portalmedico.org.br/novoportal/index5.asp> >. Acesso em: 17 dez. 2008.

CONSULTA REGIONAL: TRABAJO SEXUAL E VIH/SIDA EM AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, 2007, Lima. Recomendaciones de Lima. 19 p. Não publicado.

CONSULTA NACIONAL SOBRE DST/AIDS, DIREITOS HUMANOS E PROSTITUIÇÃO, I., 2008a, Brasília. *I Consulta Nacional sobre DST/AIDS, Direitos Humanos e Prostituição*. 11 p. Não publicado.

_____. *Recomendações. Eixo Promoção da Saúde e Equidade: Elementos para o acesso universal*. Não publicado.

CORRÊA, S.; ALVES, J. E. D.; JANNUZZI, P. de M. *Direitos e Saúde Sexual e Reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores*. In: CAVENAGHI, Suzana (Org.). *Indicadores municipais de Saúde Sexual e Reprodutiva*. Rio de Janeiro: ABEP, Brasília: UNFPA, 2006, p. 27-62.

CORRÊA, S.; ÁVILA, M. B. Direitos Sexuais e Reprodutivos: pauta global e percursos brasileiros. In: BERQUÓ, E. (Org.). *Sexo & Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil*. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2003, p. 17-73.

CREMESP – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. *Cadernos Cremesp – Ética em Ginecologia e Obstetrícia*. 3. ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2004. 141 p.

CROXATTO, Horácio B. *Noções Básicas sobre a Geração de um Novo Ser Humano e sobre a Pílula de Contracepção de Emergência*. Instituto Chileno de Medicina Reprodutiva, 2001a. Disponível em: < <http://www.anticoncepcao.org.br/html/literatura/literatura.htm>. > Acesso em: 19 dez. 2008.

_____. *Informe Técnico sobre a Apresentação de Laboratórios Recalcine SA para o Registro Sanitário do Produto Farmacêutico Levonorgestrel Comprimidos Recobertos 0,75 mg para Anticoncepção de Emergência*. Instituto Chileno de Medicina Reprodutiva, 2001b. Disponível em: <http://www.ipas.org.br/rhamas/arquivos/informe.doc>. Acesso em: 19 dez. 2008.

DALLABETTA, G.; LYN, M.; LAGA, M.; ISLAM, M. DST: Impacto global do problema e desafios para o controle. In: DALLABETTA, G.; LAGA, M.; LAMPTEY, P. (Org.). *Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis*. Manual de Planejamento e Coordenação de Programas. Rio de Janeiro: Editora Te Corá, 1997, p. 1-22.

DALGALARRONDO, Paulo. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2008.

DIAZ, Juan; PETTA, Carlos Alberto; ALDRIGHI, José Mendes. Os Critérios Médicos de Elegibilidade para o Uso de Métodos Anticoncepcionais. In: ALDRIGHI, José Mendes; PETTA, Carlos Alberto (Ed.). *Anticoncepção: aspectos contemporâneos*. São Paulo: Editora Atheneu, 2005, p. 13-60.

DINIZ, Simone G. *Fique Amiga Dela: dicas para entender a linguagem de suas partes mimosas*. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 2003. 32 p.

DUNCAN, Bruce B.; SCHMIDT, Maria Inês; GIUGLIANI, Elsa R. J. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 1600 p.

ELLEY, A. et al. Can Chlamydia Trachomatis Directly Damage your sperm? *The Lancet Infectious Diseases*. United States, v. 5, n. 1, p. 53-57, jan. 2005.

FAÚNDES, A. Reproductive Tract Infections. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, London, v. 46, p. 181-187, 1994.

FERNANDEZ, A.M. *La mujer de la ilusion*. Pactos y contratos entre hombres y mujeres. Buenos Aires: Paidós, 1994. ISBN 950-12-702490

FINOTTI, Marta; ALDRIGHI, José Mendes; PETTA, Carlos Alberto. Anticoncepção no Climatério. In: ALDRIGHI, José Mendes; PETTA, Carlos Alberto (Ed.). *Anticoncepção: aspectos contemporâneos*. São Paulo: Editora Atheneu, 2005, p. 139-148.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia da autonomia: Saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996. 165 p.

FORO MUNDIAL PARA LA INVESTIGACIÓN SOBRE LA SALUD Y ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Aspectos de la investigación sobre la salud sexual y reproductiva em países com ingresos bajos e intermedios*. Ginebra - Suiza: 2007. 68 p.

GALVÃO, Loren; DÍAZ, Juan (Org.). *Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios*. São Paulo: Hucitec; Population Council, 1999. 389 p.

GALVÃO, Loren. Saúde sexual e reprodutiva, saúde da mulher e saúde materna: a evolução dos conceitos no mundo e no Brasil. In: GALVÃO, Loren; DIAZ, Juan (orgs). *Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios*. São Paulo: Hucitec; Population Council, 1999. p.165-179.

GALVÃO, M. T. G.; CERQUEIRA, A. T. A. R.; MARCONDES-MACHADO, J. Contraceptive measures and HIV transmission protection among women whit HIV/AIDS. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 38, n. 2, 2004.

GARNELO, Luiza; MACEDO, Guilherme; BRANDÃO, Luis Carlos. *Povos indígenas e a construção de políticas de saúde no Brasil*. Brasília: Organização Pan Americana de Saúde, 2003. 120 p.

GAVRANIC, Arlete M. G. T. Prostituição. In: *Instituto Brasileiro Interdisciplinar de Sexologia e Medicina Psicossomática*. Disponível em: < <http://www.isexp.com.br/si/site/1006?idioma=portugues> >. Acesso em: 28 nov. 2008.

GERTIG, D.; KAPIGA, S.; SHAO, J.; HUNTER, D. Risk factors for sexually transmitted diseases among women attending family planning clinics in Dar-Es-Salaam, Tanzania. *Genitourinary Medicine*, United States, v. 73, n. 1, p. 39-43, fev. 1997.

GOGNA, M. Factores psicosociales y culturales em La prevención y tratamiento de las enfermedades de transmission sexual. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 14, supl. 1, p. 81-85, 1998.

GOWDAK, Demétrio; GOWDAK, Luís Henrique. *Atlas de Anatomia Humana*. São Paulo: Editora FTD, 1989.

GROMATZKY, Celso; LUCON, Antonio Marmo; BAUTZER, Carlos Ricardo Doi. Vasectomia. In: ALDRIGHI, José Mendes; PETTA, Carlos Alberto (Ed.). *Anticoncepção: aspectos contemporâneos*. São Paulo: Editora Atheneu, 2005, p.187-196.

GUAZZELLI, Cristina Aparecida Falbo. et al. Anticoncepção na Adolescência. In: ALDRIGHI, José Mendes; PETTA, Carlos Alberto (Ed.). *Anticoncepção: aspectos contemporâneos*. São Paulo: Editora Atheneu, 2005, p.129-134.

GUIMARÃES, C. “Mas eu conheço ele!” In: PARKER, R.; GALVÃO, J. (Org.). *Quebrando o Silêncio. Mulheres e AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará, 1996, p. 169-180.

GUIMARÃES, Katia and MERCHAN-HAMANN, Edgar. Comercializando fantasias: a representação social da prostituição, dilemas da profissão e a construção da cidadania. *Revista Estudos Feministas* [online]. 2005, v. 13, n. 3, p. 525-544. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X200500030004&lng=en&nrm=iso >. Acesso em: 18 nov. 2008.

GUTMAN, L. Gonococcal Diseases in Infants and Children. In: Holmes et.al. *Sexually Transmitted Diseases*. New York: McGraw-Hill Inc, 1999.

GUYTON, Arthur C.; HALL, John E. *Fisiologia Humana e Mecanismos das Doenças*. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. 639 p.

HATCHER, Robert A. et al. *Pontos essenciais da Tecnologia de Anticoncepção: um manual para pessoal clínico*. Baltimore: Universidade Johns Hopkins/Escola de Saúde Pública/Centro de Programas de Comunicação, 2001.

HEBLING, E. *Mulheres e AIDS: relações de gênero e condutas de risco*. 1997. 133 f. Dissertação (Mestrado em Educação). Campinas, Universidade Estadual de Campinas, 1997.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Síntese de Indicadores Sociais, 2004. In: *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística*. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/home/estatística/população/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2004/default.shtm> >. Acesso em: 11 mar 2008.

_____. Coordenação de População e Indicadores Sociais. *Tendências Demográficas: uma análise dos indígenas com base nos resultados da amostra dos Censos Demográficos 1991 e 2000*. Rio de Janeiro: IBGE, 2005.

_____. *Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2008*. Rio de Janeiro: IBGE, 2008. il. (Série Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica n. 23).

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. *Boletim*. Edição nº 64, 25 de junho de 2007.

JENNINGS, V. H.; AREVALO, M. El Método de Días Fijos para la Planificación Familiar. *Boletín Médico de IPPF*. 2003, Tomo 37, n. 5, p. 3-4.

KAPLAN, H.S. *A Nova Terapia do Sexo*. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1977.

KAPLAN, Harold I.; SADOCK, Benjamin J. *Manual de Psiquiatria Clínica*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

KARINEN, L. et al. Association Between Chlamydia Trachomatis antibodies and Subfertility in the Northern Finland Birth Cohort 1966 (NFBC 1966), at the age of 31 years. *Epidemiology and Infections*, London, v. 132, n. 5, p. 977-984, out. 2004.

KASS, N. E. Policy, ethics, and reproductive choice: pregnancy and childbearing among HIV-infected women. *Acta Paediatrica*, 400(Suppl), p. 95-98, ago. 1994.

KINSEY, A. S.; POMEROY, W. B.; MARTIN, C.R. *Sexual Behavior in the Human Male*. Filadélfia: Sauders, 1948.

KLAUS, Marshal H.; KENNEL, John H.; KLAUS, Phyllis H. *Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Tradução Maria Rita Hofmeister. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. 187p.

KNAPP, Paulo et al. *Terapia Cognitivo-comportamental na Prática Psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed, 2004.

LELOUP, Jean-Yves. *O corpo e seus símbolos: uma antropologia essencial*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998. 133 p.

LIMA, Sônia Maria Rolim Rosa. Os Métodos Comportamentais e de Barreira. In: ALDRIGHI, José Mendes; PETTA, Carlos Alberto (editores). *Anticoncepção: aspectos contemporâneos*. São Paulo: Editora Atheneu, 2005, p.61-83.

LIMA, C.A. (Coord.) et al. *Violência Faz Mal à Saúde*. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

LOURENÇO, Mário. Afectos, Sexualidade e Desenvolvimento Humano. *Revista Saúde Mental* [on-line], Vale e Vale, Editores Lda, v. 4, n. 2, mar./abr. 2002, p. 20-28. Disponível em: < http://www.saude-mental.net/pdf/vol4_rev2_artigo2.pdf >. Acesso em: 23 set. 2008.

MacDONALD, D. S. Notes on the socioeconomic and cultural factors influencing the transmission of HIV in Bostswana. *Social Science and Medicine*, England, v. 42, n. 9, p. 1325-1333, maio 1996.

MAGALHÃES, Jarbas; PETTA, Carlos Alberto; ALDRIGHI, José Mendes. Dispositivo Intrauterino. In: ALDRIGHI, José Mendes; PETTA, Carlos Alberto (editores). *Anticoncepção: aspectos contemporâneos*. São Paulo: Editora Atheneu, 2005, p.85-89.

MARDH, P. A. Tubal Factor Infertility, WITH SPECIAL REGARD to CHLAMYDIAL SALPINGITIS. *Current opinion in infectious diseases*, United States, v. 17, n. 1, p. 49-52, fev. 2004.

MASTERS, W.H.; JOHNSON, V.E. *A Resposta Sexual Humana*. São Paulo: Roca, 1984.

MEDEIROS NETO, Geraldo. Peso e Fertilidade: uma relação familiar. [200-]. Campanha Proteja sua Fertilidade. In: *Clínica e Centro de Pesquisa em Reprodução Humana Roger Abdelmassih*. Disponível em: < http://www.abdelmassih.com.br/in_campanha_proteja_fertilidade09.php >. Acesso em: 18 dez. 2008.

MERESMAN, Sérgio; GIL, Marta de Almeida. Sinalizando a saúde para todos: HIV/ Aids e Pessoas com Deficiência. [200-]. In: *Planeta Educação*. Coluna Aprender com as Diferenças. Portal educacional desenvolvido pela empresa Vitae Futurekids. Apresenta artigos diversos, informações didáticas sobre diferentes matérias, obras literárias, jogos, mapas interativos, legislação educacional, entre outros conteúdos, destinados a estudantes, pais e professores. Disponível em: < <http://www.planetaeducacao.com.br/novo/artigo.asp?artigo=499> >. Acesso em: 18 dez. 2008.

MICHAUD, Y.A. *Violência*. São Paulo: Ática. 1989.

MINKHOFF, H.; SANTORO, N. Ethical considerations in the treatment of infertility in women whif human immunodeficiency vírus infection. *New England Journal Medicine*, England, v. 342, n. 23, p. 1748-1750, jun. 2000.

MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.R. *É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública*. Rio de Janeiro: Claves/ENSP/Fiocruz, 1999.

MINAYO, M.C.S.; SOUZA E.R. (Org.). *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

MINAYO, M.C.S. A Violência Social sob a Perspectiva da Saúde Pública. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.10 supl.1, p. 07-18, 1994.

_____. *A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica*. Rio de Janeiro: Claves/ENSP/Fiocruz, 2007.

_____. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2008.

NACIONES UNIDAS. *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo: el Cairo*, 5 a 13 de septiembre de 1994. Nueva York: Naciones Unidas, 1995. Disponível em: < http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/572_filename_final-report_icpd_spa.pdf > Acesso em: 16 dez. 2008.

NEGREIROS, Teresa Creusa de Góes Monteiro. Sexualidade e gênero no envelhecimento. *Revista Alceu*. v. 5, n. 9, p. 77-86, jul./dez. 2004.

O'LEARY, S.; CHENEY, B. Em que medida as mulheres correm risco? In: O'LEARY, S.; CHENEY, B. (Org.). *A Tripla Ameaça: Aids e mulheres*. Rio de Janeiro: Dossiê Panos, 1993, p.213-234.

OLIVEIRA, M.; FIGUEIREDO, ND. Crítica sobre políticas, ações e programas de saúde Implementados no Brasil. In: LOPES, F. (Org.). In: *Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade*. (Relatório Final – Convênio)

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. IV Conferência mundial sobre a mulher. *Plataforma de ação*. Pequim: ONU, 1995.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Brasília: OMS\OPAS, 2002.

_____. Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa. *Critérios médicos de elegibilidade para uso de métodos anticoncepcionais*. 3. ed. Genebra, Suíça: 2004.

_____. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos: Actualización 2008*. 4. ed. Ginebra, Suíza: 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; JOHNS HOPKINS; AGÊNCIA PARA O DESENVOLVIMENTO INTERNACIONAL DOS ESTADOS UNIDOS. *Planejamento Familiar: um manual global para profissionais e serviços de saúde*. [S.l.]: 2007. 388 p.

PAIVA, V. Sexualidades adolescentes: escolaridade, gênero e o sujeito sexual. In: PARKER, R.; BARBOSA, R. (organizadores). *Sexualidades Brasileiras*. Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará, 1993. p. 213-234.

PAIVA, V.; LATORRE, M.; GRAVATO, N.; LACERDA, R. (ENHANCING CARE INITIATIVE-BRAZIL). Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/AIDS em São Paulo. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n.6, 2002, p. 1609-1620.

PASSOS, E. P.; CUNHA-FILHO, J. S. L.; FREITAS, F. M. de. Infertilidade. In: DUNCAN, B. B. et al. *Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 446-451.

PETCHESKY, R. P. Direitos Sexuais: um novo conceito na prática política internacional. In: BARBOSA, R. M.; PARKER, R. (Org.). *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Editora 34, 1999. p. 15-38.

PETTA, Carlos Alberto; BASSALOBRE, Daniela Fink Hasan; ALDRIGHI, José Mendes. Anticoncepção Hormonal: Injetáveis e Implantes Subdérmicos. In: ALDRIGHI, José Mendes; PETTA, Carlos Alberto (Ed.). *Anticoncepção: aspectos contemporâneos*. São Paulo: Editora Atheneu, 2005. p. 107-119.

POPULATION COUNCIL DO BRASIL; REPROLATINA; UNIVERSIDADE DE MICHIGAN. *Anticoncepção On-Line*. Disponível em: < <http://www.anticoncepcao.org.br> >. Acesso em: set. 2008.

PNUD BRASIL. *Atlas Racial Brasileiro*, 2004. Disponível em: < http://www.pnud.org.br/publicacoes/atlas_racial/index.php >. Acesso em: 11 mar. 2008.

PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA. Princípios sobre a Aplicação da Legislação Internacional de Direitos Humanos em Relação à Orientação Sexual e Identidade de Gênero. Tradução Jones de Freitas. 2007. Disponível em: < <http://www.clam.org.br/pdf/Yogyakarta.pdf> >. Acesso em: out. 2008.

RAGGIO, Armando. *O que é isto: a economia da saúde?* Texto apresentado no VII Congresso Nacional da Rede Unida. Curitiba: jul. 2006. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/texto_econsaude_armando_raggio.pdf >. Acesso em: 25 mai. 2009.

REIS, Fernando Marcos dos; CAMARGOS, Aroldo Fernando; ALDRIGHI, José Mendes. Anticoncepção na Lactação. In: ALDRIGHI, José Mendes; PETTA, Carlos Alberto (Ed.). *Anticoncepção: aspectos contemporâneos*. São Paulo: Editora Atheneu, 2005. p. 135-137.

RESSÉGUIER, Jean-Paul. *A noção de escuta e a harmonização do corpo sensível*. [S.l.: s.n.], Dez. 1988.

RODRIGUES, Marlene Teixeira. O sistema de justiça criminal e a prostituição no Brasil contemporâneo: administração de conflitos, discriminação e exclusão. *Sociedade e Estado* [online], v. 19, n. 1, p. 151-172, 2004. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922004000100007&lng=en&nrm=iso > Acesso em: 18 nov. 2008.

ROHDEN, Fabíola. *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2001.

ROSAS, Cristiano Fernando. Laqueadura Tubária: Aspectos Médicos e Ético-Legais. In: ALDRIGHI, José Mendes; PETTA, Carlos Alberto (Ed.). *Anticoncepção: aspectos contemporâneos*. São Paulo: Editora Atheneu, 2005. p.171-186.

ROSENBERG, M. J.; GOLLUB, E. L. Commentary: Methods Women Can Use That May Prevent Sexually Transmitted Disease, Including HIV. *American Journal of Public Health*, United States, v. 82, n. 11, p. 1473-1478, nov. 1992.

ROSSI, A. S. *Fatores associados às opções reprodutivas de mulheres vivendo com HIV*. 2003. 99 f. Dissertação (Mestrado em Tocoginecologia)—Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2003.

SALIBA, O. et al. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. *Revista de Saúde Pública*, Araçatuba, v. 41, n. 3, p. 472-477, 2007.

SANGI-HAGHPEYKAR, H.; POINDEXTER, A.; BATEMAN, L. Consistency of Condom use among user of infectable contraceptives. *Family Planning Perspectives*, v. 29, n. 2, p. 67-69, mar./abr. 1997.

SZEJER, M.; STEWART, R. *Nove meses na vida de uma mulher. Uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SILVA, Maria Cecília Pereira da. Características da sexualidade infantil de zero a seis. In: SILVA, Maria Cecília Pereira da. (Org.). *Sexualidade começa na infância*. 1. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. p. 51-72.

SPEROFF, Leon; GLASS, Robert H.; KASE, Nathan G. *Endocrinologia Ginecológica Clínica e Infertilidade*. 5. ed. São Paulo: Editora Manole Ltda, 1995. 1069 p.

TAQUETTE, Stella et al. *Mulher adolescente/jovem em situação de violência*. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2007. 178 p.

TOLOSA, Hérbene Antonio de. *A menopausa*. 3. ed. São Paulo: Contexto, 2001. 64 p. (Coleção Conhecer e Enfrentar).

UNAIDS. *Overview of the Global Aids Epidemic. Report on the global AIDS epidemic* [online]. 2006. Disponível em: < http://data.unAids.org/pub/GlobalReport/2006/2006_GR_CH02_en_pdf >. Acesso em: 17 jan. 2009.

UNITED NATIONS EDUCATIONAL, SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION. *Projeto 914BRA3002*. Brasília: Funasa/MS, 2004.

USP. Núcleo de Estudos de Violência da Universidade de São Paulo. Comissão Teotônio Vilela de Direitos Humanos. *3º Relatório Nacional sobre os Direitos Humanos no Brasil – 2002-2005*. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2006.

VAN DAM, C. HIV, STD and their current impact on reproductive health: the need for control of sexually transmitted diseases. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, Ireland, v. 50, sup.2, p. 121-129, 1995

VENTURA, Miriam (Org.). *Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos na Perspectiva dos Direitos Humanos: síntese para gestores, legisladores e operadores do direito*. Rio de Janeiro: Advocaci, 2003. 120 p.

VENTURA, Miriam. *Direitos Reprodutivos no Brasil*. Brasília: Fundo de População das Nações Unidas – UNFPA, 2004. 196 p.

VILLELA, W. Práticas de saúde, gênero e prevenção de HIV/AIDS. In: *II Seminário Saúde Reprodutiva em Tempos de AIDS*. GALVÃO, J.; BARBOSA, R.; PARKER, R. (Org.). Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS/Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 1997. p. 66-72.

VILLELA, W.; ARILHA, M. Sexualidade, Gênero e Direitos Sexuais e Reprodutivos. In: BERQUÓ, E. (Org.). *Sexo & Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil*. Campinas-SP: Editora da Unicamp, 2003. p. 95-145.

WESLEY, Y. et al. Reproductive decision making in mothers with HIV-1. *Health Care Woman Int*, [S.l.] v. 21, p. 291-304, 2000.

WIKIPÉDIA. Desenvolvido pela Wikipédia Foundation. Apresenta conteúdo enciclopédico. Disponível em: < <http://pt.wikipedia.org/wiki/Prostitui%C3%A7%C3%A3o> >. Acesso em: 18 nov. 2008.

WINNICOTT, D. W. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1971.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global Strategy for STI Prevention and Control Meeting*. Geneva, nov. 2004. Disponível em: < <http://www.who.int/en/> >.

_____. *Sexually Transmitted and Other Reproductive Tract Infections: a guide to essential practice*. 2005. Disponível em: < <http://www.who.int/en/> >.

ZIMMERMAN, David E. *Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica – uma abordagem didática*. Porto Alegre: Artmed, 1999.

ANEXOS

291

ANEXO A

FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO

FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

Nº _____

Definição de caso: Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL	
	2 Agravado/doença VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS	3 Data da Notificação
	4 UF 5 Município de Notificação	Código (IBGE)
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	7 Data da Ocorrência
	8 Nome	9 Data de Nascimento
	10 (ou) Idade 1-Hora 2-Dia 3-Mês 4-Ano 11 Sexo M - Masculino F - Feminino 1-Ignorado 12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4-Idade gestacional ignorada 5-Não 6-Não se aplica 9-Ignorado 13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena	
Dados de Residência	14 Escolaridade 1-Analfabeto 2-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colégio ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colégio ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10-Não se aplica	
	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe
	17 UF 18 Município de Residência	19 Distrito/Regional municipal
	20 Bairro	21 Geo campo 1 22 Geo campo 2
	23 Logradouro (rua, avenida,...)	24 Número
Dados Complementares	25 Complemento (apto., casa, ...)	26 Ponto de Referência
	27 CEP	28 (DDD) Telefone
	29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)
Investigação de Casos Confirmados	31 Ocupação CBO	32 Estado Civil 1 - Solteiro 2 - Casado 3 - Viúvo 4 - Separado judic. 5 - União consensual 9 - Ignorado
	33 Relações sexuais 1 - Com homens 2 - Com mulheres 3 - Com homens e mulheres	34 Estuda atualmente? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
	35 Tipo de deficiência 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Física Mental Visual Auditiva	36 Natureza da lesão CID 10
Dados da Ocorrência	37 Local de ocorrência 01 - Residência 02 - Habitação coletiva 03 - Via pública 04 - Ambiente de trabalho 05 - Escola 06 - Creche 07 - Estabelecimento de saúde 08 - Instituição de longa permanência 09 - Instituição prisional 10 - Bar ou similar 11 - Outros 99 - Ignorado	
	38 UF 39 Município de Ocorrência	40 Distrito de ocorrência
	41 Bairro de ocorrência	42 Geo ocorr 1 43 Geo ocorr 2 44 Endereço de ocorrência (rua, avenida,...) 45 Número
	46 Zona de ocorrência 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	47 Hora da ocorrência (0 - 24 horas)
	48 Violência de repetição? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	49 A violência sugere auto-agressão? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
50 Meio de agressão 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Arma branca Força corporal Arma de fogo Enforcamento/sufocação Objeto contundente Outros		51 Tipo de violências 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Física Sexual Trabalho infantil Psicológica / Moral Exploração sexual Violência patrimonial Negligência Tráfico de seres humanos Outros

Violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais

SVS 08/08/2005

CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA

292

CADERNOS DE
ATENÇÃO BÁSICA

Dados do Agressor	52 Número de envolvidos 1 - Um ☐ 2 - Dois ou mais ☐ 9 - Ignorado	53 Relação com a vítima 01 - Pai 02 - Mãe 03 - Cônjuge/ companheiro/ namorado 04 - Ex-cônjuge/ ex-companheiro/ ex-namorado 05 - Padrasto 06 - Madrasta 07 - Filho (a) 08 - Outros familiares 09 - Amigo/ conhecido 10 - Cuidador 11 - Pessoa com relação institucional 12 - Patrão/ chefe 13 - Desconhecido 99 - Ignorado
	Danos ocorridos devido ou como consequência da violência / agressão 54 Violência Sexual ☐ 1- Sim, com penetração 2 - Sim, sem penetração 3 - Não 9- Ignorado 55 Tipo de penetração 1- Sim 2 - Não 9 - Ignorado ☐ Oral ☐ Anal ☐ Vaginal 56 Houve ejaculação? ☐ 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado 57 Uso de camisinha? ☐ 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado	
Danos	58 Evolução do Caso 1 - Alta 2 - Encaminhamento ambulatorial 3 - Encaminhamento hospitalar 4 - Evasão / Fuga 5 - Óbito pela agressão 5 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado 59 Se óbito pela agressão, data:	
	60 Procedimento 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado ☐ Profilaxia DST ☐ Profilaxia HIV ☐ Profilaxia Hepatite B ☐ Coleta de secreção vaginal ☐ Contracepção de emergência ☐ Coleta de sangue ☐ Coleta de sêmen	
Conclusão	61 Consequências da ocorrência no momento da notificação ☐ Aborto ☐ Gravidez ☐ DST ☐ Tentativa de suicídio ☐ Outros	
	62 Encaminhamento da vítima para outros setores 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado ☐ Conselho tutelar ☐ Delegacia de proteção da infância e adolescência ☐ Ministério Público ☐ Vara da infância / juventude ☐ Outras delegacias ☐ Programa sentinela ☐ Delegacia da mulher ☐ Casa de proteção / abrigo ☐ Unidade básica de assistência social ☐ Outros	
Informações complementares e observações 		
Notificador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde
	Nome	Função
		Assinatura
Violência doméstica, sexual e/ou violências interpessoais		SVS 08/08/2005

ANEXO B

293

LEI Nº 9.263, DE 12 DE JANEIRO DE 1996²¹

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

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA: Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

CAPÍTULO I**DO PLANEJAMENTO FAMILIAR**

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

Art. 2º Para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

Parágrafo único – É proibida a utilização das ações a que se refere o caput para qualquer tipo de controle demográfico.

Art. 3º O planejamento familiar é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde.

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

I – a assistência à concepção e contracepção;

II – o atendimento pré-natal;

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

IV – o controle das doenças sexualmente transmissíveis;

V – o controle e prevenção do câncer cervicouterino, do câncer de mama e do câncer de pênis.

²¹ Disponível em: <<http://legislacao.planalto.gov.br/legislacao/nsf/Viwer/Identificacao/lei%209.263-1996?OpenDocument>>. Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 15.1.1996.

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

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

Art. 5º – É dever do Estado, por meio do Sistema Único de Saúde, em associação, no que couber, às instâncias componentes do sistema educacional, promover condições e recursos informativos, educacionais, técnicos e científicos que assegurem o livre exercício do planejamento familiar.

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

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

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

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

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

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

Art. 10. Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações: (Artigo vetado e mantido pelo Congresso Nacional – Mensagem nº 928, de 19.8.1997 <[Mensagem_Veto/Mv928-97.htm](#)>)

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

II – risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro conceito, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

§ 1º É condição para que se realize a esterilização o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

§ 2º É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores.

§ 3º Não será considerada a manifestação de vontade, na forma do § 1º, expressa durante ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente.

§ 4º A esterilização cirúrgica como método contraceptivo somente será executada por meio da laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, sendo vedada por meio da histerectomia e ooforectomia.

§ 5º Na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges.

§ 6º A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei.

Art. 11. Toda esterilização cirúrgica será objeto de notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde. (Artigo vetado e mantido pelo Congresso Nacional) Mensagem nº 928, de 19.8.1997 <[Mensagem_Veto/Mv928-97.htm](#)>

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

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

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

Parágrafo único. Só podem ser autorizadas a realizar esterilização cirúrgica as instituições que ofereçam todas as opções de meios e métodos de contracepção reversíveis. (Parágrafo vetado e mantido pelo Congresso Nacional) Mensagem nº 928, de 19.8.1997 <[Mensagem_Veto/Mv928-97.htm](#)>

CAPÍTULO II

DOS CRIMES E DAS PENALIDADES

Art. 15. Realizar esterilização cirúrgica em desacordo com o estabelecido no art. 10 desta Lei. (Artigo vetado e mantido pelo Congresso Nacional) Mensagem nº 928, de 19.8.1997 <[Mensagem_Veto/Mv928-97.htm](#)>

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

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

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

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

III – por meio de histerectomia e ooforectomia;

IV – em pessoa absolutamente incapaz, sem autorização judicial;

V – por meio de cesária indicada para fim exclusivo de esterilização.

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

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

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

Pena – reclusão, de um a dois anos.

Parágrafo único – Se o crime for cometido contra a coletividade, caracteriza-se como genocídio, aplicando-se o disposto na Lei nº 2.889, de 1º de outubro de 1956 <L2889.htm>.

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

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

Art. 19. Aplica-se aos gestores e responsáveis por instituições que permitam a prática de qualquer dos atos ilícitos previstos nesta Lei o disposto no caput e nos §§ 1º e 2º do art. 29 do Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 <../Decreto-Lei/Del2848.htm> – Código Penal.

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

I – se particular a instituição:

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

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

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

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

CAPÍTULO III

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 22. Aplica-se subsidiariamente a esta Lei o disposto no Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 <../Decreto-Lei/Del2848.htm> – Código Penal, e, em especial, nos seus arts. 29, caput, e §§ 1º e 2º; 43, caput e incisos I, II e III; 44, caput e incisos I e II e III e parágrafo único; 45, caput e incisos I e II; 46, caput e parágrafo único; 47, caput e incisos I, II e III; 48, caput e parágrafo único; 49, caput e §§ 1º e 2º; 50, caput, § 1º e alíneas e § 2º; 51, caput e §§ 1º e 2º; 52; 56; 129, caput e § 1º, incisos I, II e III, § 2º, incisos I, III e IV e § 3º.

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

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

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

Brasília, 12 de janeiro de 1996; 175º da Independência e 108º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

EQUIPE TÉCNICA

Supervisão Geral:

Claunara Schilling Mendonça -
Departamento de Atenção Básica/SAS/MS

Organização:

Nulvio Lermen Júnior – Coordenação de
Gestão da Atenção Básica/DAB/SAS/MS

Isa Paula Hamouche Abreu – Departamento
de Ciência e Tecnologia/SCTIE/MS

Izabeth Cristina Campos da Silva Farias –
Coordenação de Gestão da Atenção Básica/
DAB/SAS/MS

Lauda Baptista Barbosa Bezerra de Melo –
Coordenação de Gestão da Atenção Básica/
DAB/SAS/MS

Regina Rodrigues de Moraes – Coordenação
de Gestão da Atenção Básica/DAB/SAS/MS

Samantha Pereira França – Coordenação de
Gestão da Atenção Básica/DAB/SAS/MS

Coordenação Editorial:

Antônio Sergio de Freitas Ferreira
Inaiara Bragante
Renata Ribeiro Sampaio

Equipe de Elaboração:

Ana Cristina Barreto Peixoto Sampaio –
Coordenação de Gestão da Atenção Básica/
DAB/SAS/MS

Ana Sudária de Lemos Serra – Área Técnica
de Saúde do Adolescente e do Jovem/DAPE/
SAS/MS

Andréa Duarte Lins – Área Técnica de Saúde
da Pessoa com Deficiência/DAPE/SAS/MS

Daniela Gontijo – Área Técnica de Saúde no
Sistema Penitenciário/DAPE/SAS/MS

Denis Ribeiro – Programa Nacional de DST e
Aids/SVS/MS

Fabiane Minozzo – Coordenação de
Acompanhamento e Avaliação/DAB/SAS/MS

Gilmara Lúcia dos Santos – Coordenação
Geral de Apoio à Gestão Participativa e
Controle Social/DAGEP/SGEP/MS

Isa Paula Hamouche Abreu – Departamento
de Ciência e Tecnologia/Decit/SCTIE/MS

Ivana Drummond Cordeiro – Programa
Nacional de DST e Aids/SVS/MS

Izabeth Cristina Campos da Silva Farias –
Coordenação de Gestão da Atenção Básica/
DAB/SAS/MS

José Ivo dos Santos Pedrosa – Coordenação
de Apoio à Educação Popular e à Mobilização
Social/DAGEP/SGEP/MS

José Luís Teles – Área Técnica de Saúde do
Idoso/DAPE/SAS/MS

Lauda Baptista Barbosa Bezerra de Melo –
Coordenação de Gestão da Atenção Básica/
DAB/SAS/MS

Marcelo Defaveri – Área Técnica de Saúde do
Idoso/DAPE/SAS/MS

Marden Marques Soares Filho – Coordenação
de Apoio à Educação Popular e à Mobilização
Social/DAGEP/SGEP/MS

Maria Alice Correia Pedotti – Área Técnica de
Saúde da Pessoa com Deficiência/DAPE/SAS/MS

Regina Rodrigues de Moraes – Coordenação
de Gestão da Atenção Básica/DAB/SAS/MS

Samantha Pereira França – Coordenação de
Gestão da Atenção Básica/DAB/SAS/MS

Sara Volpato Gominho – Grupo Técnico de
Gerenciamento de Projetos/DAB/SAS/MS

Stefanie Kulpa – Coordenação de Gestão da
Atenção Básica/DAB/SAS/MS

Vera Lopes – Programa Nacional de DST e
Aids/SVS/MS

Revisão Técnica:

Marcelo Dala Bernardina Dalla – Associação
Capixaba de Medicina de Família e
Comunidade

Suzanne Jacob Serruya – Assessora Regional
de Saúde Reprodutiva do Centro Latino-
Americano de Perinatologia (CLAP)/Saúde da
Mulher e Reprodutiva (SMR) OPS/OMS

Colaboradores:

Antônia Maria Pereira – Departamento de Atenção Básica/SAS/MS

Ana Maria Costa – Departamento de Apoio à Gestão Participativa/SGEP/MS

Cláudia Spinola Leal Costa – Coordenação Geral de Apoio à Gestão Participativa e Controle Social/DAGEP/SGEP/MS

Daphne Rattner – Área Técnica de Saúde da Mulher/DAPE/SAS/MS

Espedito Mangueira de Lima – Departamento de Apoio à Gestão Participativa/SGEP/MS

Gerlaine Torres Martini – Coordenação Geral de Apoio à Gestão Participativa e Controle Social/DAGEP/SGEP/MS

Lena Vânia Carneiro Peres – Área Técnica de Saúde da Mulher/DAPE/SAS/MS

Lidiane Ferreira Gonçalves – Área Técnica de Saúde da Mulher/DAPE/SAS/MS

Liliane Brun Ribeiro – Área Técnica de Saúde da Mulher/DAPE/SAS/MS

Luciana Nunes Fonseca – Área Técnica de Saúde da Mulher/DAPE/SAS/MS

Maria Vilma Bonifácio de Almeida – Coordenação Geral de Apoio à Gestão Participativa e Controle Social/DAGEP/SGEP/MS

Paulo Moraes – Departamento de Atenção Básica/SAS/MS

Raimunda Nonata Mesquita Formiga – Departamento de Atenção Básica/SAS/MS

Rubens Wagner Bressanin – Coordenação de Gestão da Atenção Básica/DAB/SAS/MS

Samara Kielmann Almeida dos Reis – Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência – DAPE/SAS/MS

Tatiana Lionço – Assessoria do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas/SAS/MS

Thereza de Lamare – Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem/DAPE/SAS/MS

Arte-final e diagramação:

Daniel Coelho Moutinho

Normalização:

Aline Santos Jacob

299

CADERNOS DE
ATENÇÃO BÁSICA

Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana

Nº 179
Março/2016



protocolo

RELATÓRIO DE RECOMENDAÇÃO



2015 Ministério da Saúde.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da CONITEC.

Estas recomendações representam a visão do Ministério da Saúde do Brasil, a qual foi obtida após uma avaliação cuidadosa das evidências científicas disponíveis, recomendações internacionais e contribuições aportadas durante o processo de elaboração e consulta pública. Espera-se que os profissionais de saúde considerem plenamente estas recomendações no exercício de seu julgamento clínico. Entretanto, estas recomendações não substituem a capacidade dos profissionais de saúde ou os isentam da responsabilidade de tomar decisões apropriadas considerando as circunstâncias individuais da mulher e em consulta com a mulher.

Informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos

Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede, 8º andar

CEP: 70058-900, Brasília – DF

E-mail: conitec@saude.gov.br



CONTEXTO

Em 28 de abril de 2011, foi publicada a Lei nº 12.401, que altera diretamente a Lei nº 8.080 de 1990 dispondo sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologias em saúde no âmbito do SUS. Essa lei define que o Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC, tem como atribuições a incorporação, exclusão ou alteração de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou alteração de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.

Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) são documentos que visam a garantir o melhor cuidado de saúde possível diante do contexto brasileiro e dos recursos disponíveis no Sistema Único de Saúde. Podem ser utilizados como material educativo dirigido a profissionais de saúde, como auxílio administrativo aos gestores, como parâmetro de boas práticas assistenciais e como documento de garantia de direitos aos usuários do SUS.

Os PCDT são os documentos oficiais do SUS para estabelecer os critérios para o diagnóstico de uma doença ou agravo à saúde; o tratamento preconizado incluindo medicamentos e demais tecnologias apropriadas; as posologias recomendadas; os cuidados com a segurança dos doentes; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos a serem buscados pelos profissionais de saúde e gestores do SUS.

Os medicamentos e demais tecnologias recomendadas no PCDT se relacionam às diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde a que se aplicam, bem como incluem as tecnologias indicadas quando houver perda de eficácia, contra-indicação, surgimento de intolerância ou reação adversa relevante, provocadas pelo medicamento, produto ou procedimento de primeira escolha. A nova legislação estabeleceu que a elaboração e atualização dos PCDT será baseada em evidências científicas, o que quer dizer que levará em consideração os critérios de eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade das intervenções em saúde recomendadas.

Para a constituição ou alteração dos PCDT, a Portaria GM nº 2.009 de 2012 instituiu na CONITEC uma Subcomissão Técnica de Avaliação de PCDT, com as



seguintes competências: definir os temas para novos PCDT, acompanhar sua elaboração, avaliar as recomendações propostas e as evidências científicas apresentadas, além de revisar periodicamente, a cada dois anos, os PCDT vigentes.

Após concluídas todas as etapas de elaboração de um PCDT, a aprovação do texto é submetida à apreciação do Plenário da CONITEC, com posterior disponibilização do documento em consulta pública para contribuição de toda sociedade, antes de sua deliberação final e publicação.

O Plenário da CONITEC é o fórum responsável pelas recomendações sobre a constituição ou alteração de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, além dos assuntos relativos à incorporação, exclusão ou alteração das tecnologias no âmbito do SUS, bem como sobre a atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). É composto por treze membros, um representante de cada Secretaria do Ministério da Saúde – sendo o indicado pela Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) o presidente do Plenário – e um representante de cada uma das seguintes instituições: Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, Conselho Nacional de Saúde - CNS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS e Conselho Federal de Medicina - CFM. Cabe à Secretaria-Executiva da CONITEC – exercida pelo Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (DGITS/SCTIE) – a gestão e a coordenação das atividades da Comissão.

Conforme o Decreto nº 7.646 de 2011, a publicação do PCDT é de responsabilidade do Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos após manifestação de anuência do titular da Secretaria responsável pelo programa ou ação, conforme a matéria.

Para a garantia da disponibilização das tecnologias previstas no PCDT e incorporadas ao SUS, a lei estipula um prazo de 180 dias para a efetivação de sua oferta à população brasileira.



APRESENTAÇÃO DAS DIRETRIZES

Nas últimas décadas, o Brasil vivenciou uma mudança no padrão de nascimento, as operações cesarianas tornaram-se o modo de nascimento mais comum, chegando a 56,7% de todos os nascimentos ocorridos no país (85% nos serviços privados, 40% nos serviços públicos). Deve-se ressaltar que, quando realizada sob indicações médicas, a operação cesariana é uma cirurgia segura e essencial para a saúde materna e infantil. Entretanto, quando realizada sem uma justificativa pode agregar riscos desnecessários sem que haja um benefício claro.

Diante desse quadro, torna-se imprescindível a qualificação da atenção à gestante, a fim de garantir que a decisão pela via de parto considere os ganhos em saúde e seus possíveis riscos, de forma claramente informada e compartilhada entre a gestante e a equipe de saúde que a atende.

As **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana** compõem um esforço da Coordenação Geral de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde para a qualificação do modo de nascer no Brasil e será acompanhada pelas **Diretrizes de Atenção à Gestante: parto normal**. Esses documentos em conjunto visam a orientar as mulheres brasileiras, os profissionais de saúde e os gestores, nos âmbitos público ou privado, sobre importantes questões relacionadas às vias de parto, suas indicações e condutas, baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis.

Para a construção deste documento, enfatizou-se uma participação ampliada de diversos grupos de interessados, além do rigor científico, incluindo profissionais especialistas, representantes de classes profissionais e de serviços de saúde, organizações de defesa dos direitos das mulheres, especialistas em metodologia científica, órgãos vinculados à saúde nos âmbitos público e privado, além do envolvimento de revisores externos. As contribuições de todos foram compartilhadas em encontros presenciais e comunicação à distância.

O documento resultante do consenso obtido pelo grupo ampliado foi apresentado à Subcomissão Técnica de Avaliação de PCDT da CONITEC e aprovado



pelo Plenário da CONITEC no dia 02 de abril de 2015, em sua 34ª Reunião. As **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana** foram então encaminhadas para consulta pública, recebendo valiosas contribuições de toda a sociedade.

CONSULTA PÚBLICA

Um total de 3.541 pessoas aportaram contribuições sobre diferentes aspectos e recomendações do documento proposto, incluindo 2218 profissionais de saúde e 1323 pessoas leigas e usuários dos serviços de saúde. Todas as recomendações foram lidas e submetidas à análise temática. As contribuições foram agrupadas por tema, recomendação e conteúdo da contribuição. Os quadros abaixo resumizam os principais temas abordados pelos participantes da consulta pública.

O grupo elaborador deu consideração plena aos aportes recebidos e buscou aperfeiçoar as presentes diretrizes de acordo com as contribuições recebidas. É interessante ressaltar que parte substancial das sugestões de modificação ocorreu em áreas onde o grau de evidência era considerado baixo.

A versão revisada após consulta pública, das **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana**, foi então encaminhada para revisão externa e novamente apresentada para o grupo consultivo. Após as últimas modificações solicitadas pelos revisores externos e grupo consultivo, a versão final das diretrizes foi aprovada pela CONITEC/MS e está aqui apresentada.

Quadro: Principais temas abordados pelos profissionais de saúde

Tema

Pediatra para recepcionar o recém-nascido de cesariana

Local do parto vaginal após cesariana

Cesariana a pedido

Versão cefálica externa

Parto pélvico vaginal



Quadro: Principais temas abordados pelos usuários dos serviços de saúde

Temas

Procedimento cesariana deve ser realizado somente em casos necessários, com indicações claras e baseadas em evidência

Direito de a gestante optar por cesariana

Oposição à cesariana a pedido

Melhorar a comunicação e informação sobre o parto e o nascimento para as mulheres

Incentivo às ações de estímulo ao parto normal/natural

Necessidade do profissional pediatra na sala de parto

Discordância sobre a recomendação da apresentação pélvica do bebê ser uma indicação absoluta para cesariana

Discordância quanto a recomendação do parto normal após cesariana precisar se assistido em ambiente hospitalar

Necessidade de atualização da busca das evidências científicas

Necessidade de atualização dos médicos ginecologistas obstetras

Apoio ao parto domiciliar

DELIBERAÇÃO FINAL

Aos 06 (seis) dias do mês de agosto de 2015, reuniu-se a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde – CONITEC, regulamentada pelo Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011, que, na presença dos membros, deliberou por unanimidade recomendar a aprovação das Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana.

De acordo com decisão do Plenário do Conselho Nacional de Saúde, os seus representantes na CONITEC participam das discussões em pauta, entretanto não votam nas matérias que são deliberadas pela Comissão.

Foi assinado o Registro de Deliberação nº 141/2015.



DECISÃO

PORTARIA Nº 306, DE 28 DE MARÇO DE 2016

Aprova as Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana.

O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições,

considerando a necessidade de se estabelecerem parâmetros sobre a operação cesariana no Brasil e diretrizes nacionais para a sua utilização e acompanhamento das mulheres a ela submetidas;

considerando que os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas são resultado de consenso técnico-científico e são formulados dentro de rigorosos parâmetros de qualidade e precisão de indicação;

considerando o Registro de Deliberação nº 141, de 06 de agosto de 2015, da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), que aprova as Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana, e o respectivo Relatório de Deliberação nº 179, de outubro de 2015; e

considerando a avaliação técnica do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES/SAS/MS), resolve:

Art. 1º - Ficam aprovadas, na forma do Anexo, disponível no sítio: www.saude.gov.br/sas, as "Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana".

Parágrafo único - As diretrizes de que trata este artigo, que contêm as recomendações para a operação cesariana, são de caráter nacional e devem utilizadas pelas Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios na regulação do acesso assistencial, autorização, registro e ressarcimento dos procedimentos correspondentes.



Art. 2º - É obrigatória a cientificação da gestante, ou de seu responsável legal, dos potenciais riscos e eventos adversos relacionados ao procedimento cirúrgico ou uso de medicamentos para a operação cesariana.

Art. 3º - Os gestores estaduais, distrital e municipais do SUS, conforme a sua competência e pactuações, deverão estruturar a rede assistencial, definir os serviços referenciais e estabelecer os fluxos para o atendimento das gestantes em todas as etapas descritas no Anexo desta Portaria.

Art. 4º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ALBERTO BELTRAME

Publicado no DOU nº 59, Seção 1, pág. 58, de 29/03/2016.



Diretrizes de Atenção à Gestante: a Operação Cesariana

Ministério da Saúde

Brasília, Outubro de 2015



SUMÁRIO

RESUMO EXECUTIVO	12
INTRODUÇÃO	18
ESCOPO E OBJETIVOS	21
PÚBLICO-ALVO	22
MÉTODOS	22
CAPÍTULO 1 – CUIDADO CENTRADO NA MULHER	28
CAPÍTULO 2 – CESARIANA PROGRAMADA	32
CAPÍTULO 3 – PARTO VAGINAL COM CESARIANA PRÉVIA	54
CAPÍTULO 4 – CUIDADO DO RECÉM-NASCIDO (PECULIARIDADES DA OPERAÇÃO CESARIANA)	68
CAPÍTULO 5 – LIGADURA TUBÁRIA E CESARIANA	76
ATUALIZAÇÃO DAS DIRETRIZES	78
CONFLITO DE INTERESSE	78
GLOSSÁRIO	79
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	86
APÊNDICE 1 – MEMBROS DO GRUPO CONSULTIVO, GRUPO ELABORADOR E REVISÃO EXTERNA	94
APÊNDICE 2 - DIRETRIZES INCLUÍDAS E EXCLUÍDAS NA BUSCA SISTEMÁTICA.....	98
APÊNDICE 3 - RESULTADO DA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE COM O INSTRUMENTO AGREE II.	100
APÊNDICE 4 – QUESTÕES INCLUÍDAS NO ESCOPO E NÃO RESPONDIDAS POR ESTA DIRETRIZ	101
APÊNDICE 5 - QUESTÕES INCLUÍDAS NO ESCOPO E RESPONDIDAS POR ESTA DIRETRIZ	104



RESUMO EXECUTIVO

O momento do nascimento suscita questões sobre o processo do parto e via de parto, autonomia da gestante na escolha do modo de nascimento e estratégias de saúde envolvidas para redução de morbidade e mortalidade materna e infantil. A taxa de cesariana no Brasil situa-se em torno de 56%, com ampla variação entre os serviços públicos e privados. Estudos recentes da Organização Mundial da Saúde (OMS) sugerem que taxas populacionais de cesariana superiores a 10% não contribuem para a redução da mortalidade materna, perinatal ou neonatal. Considerando as características da nossa população, que apresenta entre outros distintivos um elevado número de operações cesarianas anteriores, a taxa de referência ajustada para a população brasileira gerada a partir do instrumento desenvolvido para este fim pela OMS estaria ao redor de 25-30%.

Como as indicações de cesariana têm despertado divergência de opiniões no país, propõem-se esta diretriz para orientar profissionais de saúde e a população em geral sobre as melhores práticas relacionadas ao tema baseadas nas evidências científicas existentes.

Por iniciativa do Ministério da Saúde do Brasil, e contando com a participação de um grande grupo consultivo, 72 questões sobre cesariana foram discutidas e elaboradas com a finalidade de nortear esta diretriz. Utilizando uma metodologia de adaptação de diretrizes clínicas (ADAPTE), um conjunto de diretrizes sobre cesarianas foi avaliado do ponto de vista metodológico (AGREE II) e duas diretrizes foram selecionadas para adaptação ao contexto brasileiro: 1) *Caesarean Section*, elaborada pelo NICE (*The National Institute for Health and Care Excellence / United Kingdom Department of Health*, publicada em 2011 e atualizada em 2013) e 2) a diretriz de assistência ao parto para mulheres com cesarianas prévias do Colégio Francês de Ginecologistas e Obstetras (publicada em 2013). As evidências científicas relevantes a cada pergunta ou conjunto de perguntas foram resumidas e classificadas. As recomendações dessas diretrizes foram discutidas por especialistas e representantes da sociedade civil brasileira, além de representantes e consultores do Ministério da Saúde. Informações adicionais sobre as evidências referidas nesta diretriz podem ser encontradas nas versões ampliadas das diretrizes utilizadas para a adaptação, o *Caesarean section* (NICE, 2013) e *Delivery for women with a previous caesarean: guidelines for clinical practice from the French College of Gynecologists and Obstetricians* (CNGOF, 2013). As recomendações para direcionamento de conduta sobre cesariana no Brasil estão no quadro a seguir.



RECOMENDAÇÕES		QUALIDADE DA EVIDÊNCIA
CUIDADO CENTRADO NA MULHER		
Oferta de Informações	É recomendado fornecer informações para as gestantes durante a atenção pré-natal, parto e puerpério baseadas em evidências atualizadas, de boa qualidade, apontando benefícios e riscos sobre as formas de parto e nascimento, incluindo a gestante no processo de decisão.	BAIXA
Termo de Consentimento	É recomendada a obtenção de um termo de consentimento livre e esclarecido de todas as mulheres que serão submetidas à cesariana programada. Quando a decisão pela cesariana programada for tomada, é recomendado o registro dos fatores que influenciaram na decisão e, quando possível, qual deles é o mais influente.	MUITO BAIXA
CESARIANA PROGRAMADA		
Apresentação Pélvica	Em apresentação pélvica, e na ausência de contraindicações*, a versão cefálica externa é recomendada a partir de 36 semanas de idade gestacional, mediante termo de consentimento livre e esclarecido. A versão cefálica externa deve ser ofertada às mulheres e realizada por profissional experiente com esta manobra, em ambiente hospitalar. As contraindicações para a versão cefálica externa podem incluir o trabalho de parto, comprometimento fetal, sangramento vaginal, bolsa rota, obesidade materna, cesariana prévia, outras complicações maternas e inexperiência do profissional. Em situações nas quais a versão cefálica externa estiver contraindicada*, não puder ser praticada ou não tiver sucesso, a cesariana é recomendada para gestantes com fetos em apresentação pélvica. A cesariana programada por apresentação pélvica é recomendada a partir de 39 semanas de idade gestacional. Sugere-se aguardar o início do trabalho de parto. Na situação de a mulher decidir por um parto pélvico vaginal, é recomendado que seja informada sobre o maior risco de morbidade e mortalidade perinatal e neonatal e que a assistência seja realizada	ALTA



	por profissionais experientes na assistência ao parto pélvico, mediante termo de consentimento livre e esclarecido. Durante a assistência pré-natal, as mulheres devem ser informadas sobre as instituições e profissionais que assistem ao parto pélvico. *Contraindicações para a versão cefálica externa podem incluir o trabalho de parto, comprometimento fetal, sangramento vaginal, bolsa rota, obesidade materna, cesariana prévia, outras complicações maternas e inexperiência do profissional.	
Gestação múltipla	Em gestação gemelar não complicada cujo primeiro feto tenha apresentação cefálica, é recomendado que a decisão pelo modo de nascimento seja individualizada considerando as preferências e prioridades da mulher, as características da gestação gemelar (principalmente corionicidade), os riscos e benefícios de operação cesariana e do parto vaginal de gêmeares, incluindo o risco de uma cesariana de urgência/emergência antes ou após o nascimento do primeiro gemelar. No caso de gestação gemelar não complicada cujo primeiro feto tenha apresentação não cefálica, a cesariana é recomendada.	BAIXA
Nascimentos pré-termo	Na ausência de outras indicações, a cesariana não é recomendada como forma rotineira de nascimento no trabalho de parto pré-termo em apresentação cefálica.	BAIXA
Fetos pequenos para a idade gestacional	Na ausência de outras indicações, a cesariana não é recomendada como forma rotineira de nascimento em fetos pequenos para idade gestacional.	BAIXA
Placenta prévia	A cesariana programada é recomendada como forma de nascimento para fetos que têm placentas centro-total ou centro-parcial.	BAIXA
Acretismo placentário	Em gestantes com placenta prévia é recomendada a realização de um exame ultrassonográfico com Doppler entre 28 e 32 semanas de idade gestacional, ou antes, se possível, para investigação de acretismo placentário. É recomendado que as gestantes com diagnóstico ultrassonográfico de acretismo placentário recebam atenção especializada em serviços de referência. Em gestantes com acretismo placentário, é recomendado programar a cesariana. Nas situações de suspeita de placenta increta e/ou percreta, é recomendado programar a cesariana entre 34 e 36 semanas. No momento do procedimento, é recomendada a presença de dois	BAIXA BAIXA/MUITO BAIXA



	obstetras experientes, anestesista e pediatra para o procedimento, bem como equipe cirúrgica de retaguarda. É recomendada a tipagem sanguínea e a reserva de hemoderivados para eventual necessidade durante o procedimento. O serviço de referência deve assegurar condições de suporte para pacientes em estado grave.	
Preditores da progressão do trabalho de parto	A utilização de pelvimetria clínica não é recomendada para prever a ocorrência de falha de progressão do trabalho de parto ou definir a forma de nascimento. A utilização de dados antropométricos maternos (por exemplo, a altura materna ou tamanho do pé) não são recomendados para prever a falha de progressão do trabalho de parto.	ALTA BAIXA
HIV	Para gestantes em uso de antirretroviral e com supressão da carga viral sustentada, caso não haja indicação de cesárea por outro motivo a via de parto vaginal é indicada. Em mulheres com carga viral desconhecida ou maior que 1.000 cópias/ml após 34 semanas de gestação, a cesárea eletiva na 38ª semana de gestação diminui o risco de transmissão vertical. Confirmar a idade gestacional adequadamente, a fim de se evitar a prematuridade iatrogênica. Utilizar parâmetros obstétricos, como data da última menstruação correta, altura uterina, ultrassonografia precoce (preferencialmente no 1º trimestre, ou antes, da 20ª semana). A cesárea eletiva deve ser realizada na 38ª semana de gestação, a fim de se evitar a prematuridade e/ou o trabalho de parto e a ruptura prematura das membranas. Caso a gestante com indicação para a cesárea eletiva, inicie o trabalho de parto antes da data prevista para a cirurgia e chegue à maternidade com dilatação cervical mínima (menor que 4 cm), o obstetra deve iniciar a infusão intravenosa do AZT e realizar a cesárea, se possível, após 3 horas de infusão. Sempre que possível proceder ao parto empelidado (retirada do neonato mantendo as membranas corioamnióticas íntegras). Não realizar ordenha do cordão umbilical, ligando -o imediatamente após a retirada do RN. Realizar a completa hemostasia de todos os vasos da parede	ALTA



	abdominal e a troca das compressas ou campos secundários antes de se realizar a histerotomia, minimizando o contato posterior do recém-nascido com sangue materno. Utilizar antibiótico profilático , tanto na cesárea eletiva quanto naquela de urgência: dose única endovenosa de 2g de cefalotina ou cefazolina, após o clampeamento do cordão.	
Hepatite B	A cesariana não é recomendada como forma de prevenção da transmissão vertical em gestantes com infecção por vírus da hepatite B.	MODERADA
Hepatite C	A cesariana não é recomendada como forma de prevenção da transmissão vertical em gestantes com infecção por vírus da hepatite C. A cesariana programada é recomendada para prevenir a transmissão vertical do HIV e Hepatite C em mulheres com esta co-infecção.	MODERADA BAIXA
Herpes vírus (HSV)	A cesariana é recomendada em mulheres que tenham apresentado infecção primária do vírus do Herpes simples durante o terceiro trimestre da gestação. A cesariana é recomendada em mulheres com infecção ativa (primária ou recorrente) do vírus do Herpes simples no momento do parto.	MUITO BAIXA
Obesidade	A cesariana não é recomendada como forma rotineira de nascimento de fetos de mulheres obesas.	MODERADA
Profilaxia de infecção na cesariana	É recomendado oferecer antibioticoprofilaxia antes da incisão na pele na intenção de reduzir infecção materna. A escolha do antibiótico para reduzir infecção pós-operatória deve considerar fármacos efetivos para endometrite, infecção urinária e infecção de sítio cirúrgico. Durante a cesariana, é recomendada a remoção da placenta por tração controlada do cordão e não por remoção manual, para reduzir o risco de endometrite.	BAIXA ALTA
PARTO VAGINAL COM CESARIANA PRÉVIA		
Assistência à mulher com cesariana prévia	É recomendado um aconselhamento sobre o modo de nascimento em gestantes com cesariana prévia que considere: as preferências e prioridades da mulher, os riscos e benefícios de uma nova cesariana e os riscos e benefícios de um parto vaginal após uma cesariana, incluindo o risco de uma cesariana não planejada.	BAIXA



	É recomendado que as mulheres com cesarianas prévias sejam esclarecidas de que há um aumento no risco de ruptura uterina com o parto vaginal após cesariana prévia. Este risco é, a princípio, baixo, porém aumenta à medida que aumenta o número de cesarianas prévias. Na ausência de outras contraindicações, é recomendado encorajar as mulheres com uma cesariana prévia a tentativa de parto vaginal, mediante termo de consentimento livre e esclarecido. É recomendado que a conduta em relação ao modo de nascimento de fetos de mulheres com duas cesarianas prévias seja individualizada considerando os riscos e benefícios de uma nova cesariana e os riscos e benefícios de um parto vaginal após duas cesarianas, incluindo o risco aumentado de rotura uterina e de cesariana adicional não planejada, e as preferências e prioridades da mulher, mediante termo de consentimento livre e esclarecido. Durante a assistência pré-natal, as mulheres devem ser informadas sobre as instituições e profissionais que assistem ao parto vaginal após duas cesarianas. Os profissionais e instituições de saúde devem ter resguardada sua autonomia em relação à aceitação ou não da assistência ao parto vaginal após duas cesarianas. A cesariana é recomendada em mulheres com três ou mais cesarianas prévias. O trabalho de parto e parto vaginal não é recomendado para mulheres com cicatriz uterina longitudinal de cesariana anterior.	BAIXA
	A avaliação ultrassonográfica da cicatriz uterina pós-cesariana segmentar e pelvimetria não são recomendadas de rotina em mulheres com uma ou mais cesarianas prévias.	BAIXA E MODERADA
	Em mulheres com cesariana prévia e intervalo interpartal inferior a 15 meses (ou intergestacional inferior a seis meses), é recomendado individualizar a conduta relativa ao modo de nascimento.	BAIXA
	Para as gestantes que desejam um parto vaginal (espontâneo ou induzido) após cesariana é recomendada a monitorização materno-fetal intermitente e assistência que possibilite acesso imediato à cesariana.	BAIXA
	Em mulheres com cesariana prévia e indicação para indução de	MODERADA E



	trabalho de parto, é recomendado o uso de balão cervical ou ocitocina. O uso de misoprostol para indução do parto em mulheres com cicatriz de cesariana prévia, independente do número de cesáreas, não é recomendado.	BAIXA
CUIDADO DO RECÉM-NASCIDO (PECULIARIDADES DA OPERAÇÃO CESARIANA)		
	Quando o nascimento ocorrer por operação cesariana, é recomendada a presença de um médico pediatra adequadamente treinado em reanimação neonatal. Em situações onde não é possível a presença de um médico pediatra em nascimentos por operação cesariana, é recomendada a presença de um profissional médico ou de enfermagem adequadamente treinado em reanimação neonatal.	Portaria SAS/MS 371 de 07/05/14 e NT 16/2014 de 10/06/2014
Cuidado do recém-nascido	É recomendado o cuidado térmico para o recém-nascido de cesariana.	BAIXA
	O contato pele-a-pele precoce entre a mãe e o recém-nascido deve ser assegurado e facilitado.	ALTA
	É recomendado clampeamento tardio do cordão umbilical para o RN a termo e pré termo com ritmo respiratório normal, tônus normal e sem líquido meconial. Nos casos de mães isoimunizadas, ou portadoras dos vírus HIV ou HTLV, o clampeamento deve ser imediato.	ALTA
	É recomendado suporte adicional para a mulher que foi submetida à cesariana para ajudá-las a iniciar o aleitamento materno tão logo após o parto.	ALTA
Ligadura tubária		
Ligadura tubária	É recomendado que o modo de nascimento não seja determinado em função da realização da ligadura tubária.	Lei 9.263/96



INTRODUÇÃO

O Brasil vive uma epidemia de operações cesarianas, com aproximadamente 1,6 milhão de cesarianas realizadas a cada ano. Nas últimas décadas a taxa nacional de operações cesarianas tem aumentado progressivamente e a cesariana tornou-se o modo mais comum de nascimento em nosso país. A taxa de operação cesariana no Brasil está ao redor de 56%, havendo uma diferença importante entre os serviços públicos de saúde (40%) e os serviços privados de saúde (85%)(1).

Em condições ideais, a operação cesariana é uma cirurgia segura e com baixa frequência de complicações graves. Além disso, quando realizada em decorrência de razões médicas, a operação cesariana é efetiva na redução da mortalidade materna e perinatal. Entretanto, a operação cesariana é frequentemente utilizada de forma desnecessária, sem razões médicas que possam justificar as altas taxas observadas em nosso meio. É importante salientar que o conjunto de evidências científicas que abordam a operação cesariana programada em relação com a tentativa de parto vaginal é de baixa qualidade, não permitindo afirmar com clareza benefícios e riscos para mulheres que não precisem dela.

Deve-se considerar que embora as complicações maternas graves associadas à operação cesariana sejam muito pouco frequentes, quando esse procedimento é realizado centenas de milhares de vezes ao ano, observa-se um número expressivo de complicações cirúrgicas graves (2, 3). Juntamente com as questões sociais, estruturais e biomédicas que determinam a mortalidade materna em nosso país, acredita-se que as complicações maternas graves decorrentes da operação cesariana possam ser um fator contribuinte adicional para a atenuação da velocidade de redução da mortalidade materna no Brasil, (2-5). Do ponto de vista neonatal, principalmente pela realização de operações cesarianas desnecessárias em mulheres com idade gestacional ao redor da 37ª semana (peritérmo), o procedimento passa a ser um fator contribuinte para a prematuridade tardia iatrogênica, da ocorrência de desconforto respiratório neonatal e internação em unidades de terapia intensiva neonatal (4). Mas, além dos seus efeitos na morbidade e mortalidade materna e neonatal, a operação cesariana pode interferir na vinculação mãe e bebê, no aleitamento materno e no futuro



reprodutivo da mulher além de possíveis repercussões de longo prazo na saúde da criança (6).

Da mesma forma que a operação cesariana possui implicações complexas, são também complexas as causas do uso excessivo da operação cesariana no Brasil. Essas causas incluem a maneira como a assistência ao nascimento é organizada em nosso país (ainda bastante centrada na atuação individual dos profissionais em contraposição à abordagem multidisciplinar e de equipe), as características socioculturais, a qualidade dos serviços que assistem aos nascimentos e as características da assistência pré-natal, que comumente deixa de preparar adequadamente as mulheres para o parto e nascimento.

Estudos recentes da Organização Mundial da Saúde (OMS) sugerem que taxas populacionais de cesariana superiores a 10% não contribuem para a redução da mortalidade materna, perinatal ou neonatal (7). Entretanto, em que pese o fato de que taxas de cesariana tão baixas quanto 9% a 16% sejam possíveis e seguras em determinadas populações (8), o mesmo pode não ser verdadeiro em populações com características diferentes. Deve-se salientar que diversos fatores podem influenciar a taxa de cesarianas fazendo com que taxas mais baixas possam não ser factíveis em um prazo curto. Alguns desses fatores são individuais (por exemplo, as características demográficas, clínicas e obstétricas das mulheres), outros são de ordem estrutural ou sistêmica (por exemplo, o modelo de atenção obstétrica), e há aqueles possivelmente mais subjetivos, como as preferências dos profissionais de saúde e das mulheres. Considerando que as características individuais das mulheres e da gestação podem influenciar de maneira independente a taxa de cesariana (por exemplo, paridade, cesariana prévia, apresentação fetal, modo de início do trabalho de parto entre outras características), a OMS desenvolveu uma ferramenta para gerar uma referência adaptada às características da população obstétrica (9). Essa ferramenta foi desenvolvida e validada com mais de 10 milhões de nascimentos em 43 países (incluindo o Brasil). A aplicação desse modelo aos dados da Pesquisa Nacer no Brasil (10) possibilita a identificação de uma taxa que poderia ser considerada como de referência para a população brasileira, situando-se entre 25 e 30%.

Entretanto, como o perfil demográfico, obstétrico e de complicações dos serviços de saúde pode variar, mais importante do que buscar uma taxa específica, os maiores esforços devem ser direcionados para assegurar que as mulheres que realmente necessitem da cesariana a recebam de maneira segura e oportuna. Neste



sentido, o presente documento visa oferecer aos profissionais de saúde e às mulheres brasileiras uma diretriz informada por evidências científicas sobre importantes questões relacionadas à cesariana.

ESCOPO E OBJETIVOS

Os trabalhos para elaboração destas diretrizes iniciaram-se com a criação de um grupo consultivo e um grupo elaborador (Apêndice 1). Esses grupos reuniram-se em julho de 2014 em Brasília a fim de definir o escopo destas Diretrizes sobre a Cesariana. Participaram da oficina indivíduos e instituições convidadas pela Coordenação Geral de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, no intuito de estabelecer as questões de saúde relacionadas ao tema que seriam respondidas no processo de adaptação. Após exposição da metodologia de trabalho e discussão sobre o escopo, definiu-se que as presentes diretrizes iriam buscar responder um total de 72 perguntas consideradas prioritárias pelo grupo consultivo. Questões como a técnica cirúrgica ou anestésica, ou o manejo de outras situações específicas não foram priorizadas pelo grupo consultivo e assim não foram incluídas no escopo deste documento. Durante o desenvolvimento das diretrizes e, particularmente após a consulta pública, percebeu-se que havia maior necessidade de reflexão e amadurecimento sobre possíveis recomendações relativas a realização de operações cesarianas a pedido. Considerando a base de evidências disponíveis, as contribuições recebidas durante a consulta pública e as possíveis implicações para os serviços de saúde, o grupo consultivo optou por retirar das presentes diretrizes recomendações sobre a cesariana a pedido. Nos meses que se seguirem ao lançamento das presentes diretrizes, esforços serão realizados para aprofundar o entendimento sobre a abordagem mais apropriada para a solicitação de operações cesarianas por parte das mulheres, ao mesmo tempo em que se desenvolvem as demais recomendações que foram selecionadas no escopo mas não incluídas nas presentes diretrizes.

Esta diretriz tem como finalidades principais avaliar e sintetizar a informação científica em relação a algumas práticas comuns na atenção à cesariana programada, de modo a fornecer subsídios e orientação a todos os envolvidos no cuidado, no



intuito de promover e proteger a saúde e o bem-estar da mulher e da criança. Não foram abordadas nestas diretrizes situações em que a cesariana ocorre no cuidado intraparto, de urgência, ou em gestantes com comorbidades cujas indicações do procedimento podem variar de acordo com a patologia específica (por exemplo, pré-eclâmpsia, diabetes, lúpus). As questões propostas foram distribuídas em capítulos acerca dos cuidados à mulher e ao recém-nascido, à cesariana programada e o parto vaginal após uma cesariana prévia.

PÚBLICO-ALVO

As “Diretrizes de Atenção à Gestante: a Operação Cesariana” estão diretamente relacionadas ao modo de nascimento e fornecem informações a mulheres, gestantes ou não, seus parceiros e população em geral sobre as circunstâncias do procedimento. Para os profissionais de saúde que assistem ao nascimento (obstetras, enfermeiras(os) obstétricas(os), obstetrizes, pediatras, anestesistas, dentre outros), essas diretrizes pretendem constituir-se em referencial para as condutas relacionadas ao procedimento e os cuidados com a mulher e o recém-nascido.

MÉTODOS

As presentes diretrizes são oriundas do trabalho normativo da Coordenação Geral de Saúde das Mulheres do Ministério da Saúde do Brasil e têm a finalidade de promover o uso de políticas e práticas informadas por evidências científicas em nosso território. A tarefa de desenvolver diretrizes informadas por evidências científicas envolve a realização de diversas revisões sistemáticas, classificação das evidências científicas, sua interpretação e o desenvolvimento de recomendações em consenso incluindo os profissionais de saúde e os representantes da sociedade civil. Outros países e organizações já passaram por esse processo e existe hoje uma metodologia específica para reduzir a duplicação de esforços e permitir a adaptação de diretrizes a outros países. Considerando que a base de evidências é comum, a Coordenação Geral de Saúde das Mulheres e a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS



(CONITEC) do Ministério da Saúde do Brasil optaram por adaptar diretrizes recentes, informadas por evidência e de boa qualidade para a nossa realidade, utilizando para isso a metodologia ADAPTE(11). Essa metodologia consiste em um conjunto de procedimentos padronizados para adaptar à nossa realidade, de forma transparente, as melhores e mais recentes recomendações informadas por evidência.

O processo incluiu os passos a seguir:

- 1) Constituição de um grupo técnico elaborador das diretrizes que foi responsável por secretariar o grupo consultivo, redigir o documento, realizar considerações sobre a adaptação das recomendações à realidade brasileira e considerar contribuições aportadas durante a consulta pública e revisão externa do documento.
- 2) Constituição de um grupo consultivo, com ampla participação de profissionais especialistas na atenção à saúde da mulher e da criança, como obstetras, enfermeiras obstétricas e obstetrizes, pediatras e representantes de entidades da sociedade civil organizada (Apêndice 1).
- 3) Definição do escopo das diretrizes pelos grupos elaborador e consultivo a fim de estabelecer as questões de saúde relevantes para o cenário brasileiro a serem respondidas pela diretriz.
- 4) Busca sistemática de diretrizes recentes, informadas por evidências e relevantes ao escopo escolhido nas bases de dados Medline, Tripdatabase, US Guideline ClearingHouse, Google Scholar, PAHO, WHO, Embase, ACOG, RCOG, NICE, ICSI, GIN, Scottish & New Zealand Guidelines. A estratégia de busca básica utilizada nestas diretrizes foi: ([caesarean] OR [caesarian] OR [caesarean section] OR [caesarean delivery] OR [caesarian section] OR [caesarian delivery]) AND ([guideline] OR [guidance] OR [algorithm] OR [recommendation]). Foram encontradas 29 diretrizes, das quais 19 estavam duplicadas e foram incluídas 10 diretrizes no processo de avaliação da qualidade (Apêndice 2).
- 5) As diretrizes identificadas na etapa anterior foram avaliadas quanto a sua qualidade metodológica por três participantes do grupo elaborador, que de forma independente e mascarada, aplicaram o instrumento AGREE II através do site: www.agreetrust.org (12). A avaliação da qualidade das diretrizes consideradas incluiu os objetivos das diretrizes, as questões clínicas abordadas, a participação do público-alvo, rigor



metodológico, clareza da apresentação das evidências e recomendações, aplicabilidade das diretrizes e independência editorial. De acordo com os critérios de qualidade propostos pelo instrumento, foram selecionadas as diretrizes sobre cesarianas elaboradas pelo NICE (*The National Institute for Health and Care Excellence / United Kingdom Department of Health*, publicada em 2011 e atualizada em 2013)(6) e de assistência ao parto para mulheres com cesarianas prévias do Colégio Francês de Ginecologia e Obstetrícia (publicada em 2013)(13) (Apêndice 3).

6) O processo de adaptação das recomendações iniciou-se com a busca nas diretrizes selecionadas, por respostas às questões de saúde incluídas no escopo brasileiro. Das 72 questões originalmente listadas no escopo destas diretrizes, um total de 42 questões estavam contempladas nas diretrizes internacionais selecionadas para adaptação. A questão relativa à taxa de referência para o Brasil foi respondida por metodologia específica desenvolvida pela OMS e detalhada na parte inicial do documento. A lista de questões não respondidas pelas diretrizes identificadas encontram-se no Apêndice 4.

7) Seguindo o escopo definido para a realidade brasileira e baseado nas recomendações das diretrizes selecionadas no processo, o grupo elaborador preparou um esboço inicial do presente documento para apreciação pelo grupo consultivo. Em situações pontuais, onde existiam evidências científicas recentes, disponibilizadas após a fase de elaboração das diretrizes internacionais selecionadas, a base de evidências foi atualizada. No processo de adaptação, como não é realizada a revisão sistemática inicial para cada questão do escopo pelo grupo elaborador, a análise crítica da evidência é baseada nas informações fornecidas pela diretriz-fonte. Foram incluídas informações sobre a população brasileira, e referências relevantes como parte das considerações do grupo consultivo, mas evitou-se a inclusão de novas informações e referências na base de evidências para as recomendações.

8) De maneira geral, o esboço inicial das recomendações procurou manter-se fiel às recomendações dos documentos fonte. Em reunião em Brasília, em 23 de março de 2015, esses grupos se reuniram a fim de estabelecer consenso a respeito das recomendações, discutindo sobre o seu conteúdo e formato.

9) Em observação à legislação brasileira sobre a incorporação de tecnologias e de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas no SUS, constantes na Lei nº 8.080 de



1990 alterada pela Lei nº 12.401 de 2011, nos Decretos nº 7.508 e 7.646 de 2011 e na Portaria nº 2.009 de 2012, o documento foi submetido à avaliação pela Subcomissão Técnica de Avaliação de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), assim como ao próprio Plenário da CONITEC em sua 34ª Reunião.

10) Com a recomendação favorável do Plenário da CONITEC, o documento foi submetido à consulta pública.

11) As contribuições aportadas durante o processo de consulta pública foram consideradas e uma nova versão do documento foi produzida.

12) O documento foi então enviado para os membros do grupo consultivo e para revisores externos (Apêndice 1). De acordo com as sugestões dos revisores externos, o documento foi apresentado novamente para o grupo consultivo dia 21 de julho de 2015 quando foram discutidas e aprovadas as recomendações que serão adotadas nas diretrizes brasileiras. No processo de adaptação, as recomendações das diretrizes-fonte podem ser aceitas, aceitas com modificações específicas ou recusadas. Por meio das interações com o grupo consultivo e com os participantes da consulta pública, as recomendações foram ajustadas para a realidade local.

12) Aprovação final pela CONITEC e Ministério da Saúde.

As respostas das questões de saúde foram agrupadas por temas em capítulos e respondidas de acordo com o processo de adaptação (Apêndice 5). Como as diretrizes selecionadas utilizaram metodologias diferentes para classificação das evidências científicas, seguem em tabelas, as classificações utilizadas pelo NICE (Tabela 1) e Colégio Francês de Ginecologia e Obstetrícia (Tabela 2). As questões não respondidas pelas diretrizes selecionadas serão abordadas em um momento posterior (Apêndice 4).

Para mais informações sobre o conjunto de evidências científicas sugere-se a consulta aos documentos originais preparados pelo NICE e pelo CNGOFⁱ.

ⁱ NICE/Caesarean section: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg132/resources/guidance-caesarean-section-pdf>

Delivery for women with a previous cesarean: guidelines for clinical practice from the French College of Gynecologists and Obstetricians (CNGOF) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23810846>.



As questões não respondidas serão abordadas em um documento que será preparado a partir de 2016.

Tabela 1. Classificação de níveis de evidência utilizado pelo NICE-UK.

Nível de evidência		Qualidade da evidência
1a	Revisão sistemática ou metanálise com estudos clínicos randomizados	ALTA
1b	Pelo menos um ensaio clínico randomizado	ALTA
2a	Pelo menos um estudo controlado bem desenhado sem randomização	MODERADA
2b	Pelo menos um estudo quase-experimental bem desenhado, como uma coorte	MODERADA
3	Estudos descritivos não-experimentais bem desenhado, como estudos comparativos, de correlação, caso-controle e série de casos	BAIXA
4	Opinião de comitê de experts e/ou experiência clínica de autoridades respeitadas.	MUITO BAIXA

Tabela 2. Classificação de níveis de evidência utilizada pelo Colégio Francês de Ginecologia e Obstetrícia.

Nível de evidência		
LE1	Ensaio clínico randomizado muito robusto, metanálise com ensaios clínicos randomizados	ALTA
LE2	Ensaio clínico randomizado não muito robusto, estudos comparativos não randomizados bem desenhados	MODERADA
LE3	Estudo de caso-controle	BAIXA
LE4	Estudos comparativos não randomizados com grande viés, estudos retrospectivos, estudos transversais e série de casos.	BAIXA



CAPITULO 1 – CUIDADO CENTRADO NA MULHER

O cuidado na oferta de informação e planejamento do modo de nascimento são discutidos neste capítulo com ênfase na abordagem quanto aos riscos e benefícios relacionados à cesariana programada comparada ao parto vaginal. Não foram abordadas nestas diretrizes situações em que a cesariana ocorre no cuidado intraparto, de urgência, ou em gestantes com comorbidades cujas indicações do procedimento podem variar de acordo com a patologia específica.

As gestantes devem receber informações baseadas em evidência e apoio para que realizem decisões informadas sobre o modo de nascimento?

Oferta de informações

O momento do nascimento costuma trazer questões delicadas para as mulheres, muitas vezes devido à desinformação sobre o processo do parto e o modo de nascimento.

Uma revisão sistemática com seis ensaios clínicos randomizados (ECR) incluindo 1443 gestantes avaliou o efeito da informação educativa no pré-natal e aspectos como ansiedade, amamentação, cuidados com a criança, apoio e ajuste psicossocial da mulher. O maior ECR (n=1275) demonstrou um aumento de parto vaginal após cesariana relacionado à educação no pré-natal, porém a maioria dos ECR tem difícil interpretação devido ao pequeno tamanho da amostra e à baixa qualidade metodológica (14). Um ECR avaliando o impacto do uso de folhetos informativos para gestantes no pré-natal não mostrou benefícios relacionados à postura ativa da mulher quanto às decisões sobre a gravidez, comparado com aquelas que não receberam os folhetos, no entanto, as mulheres mostraram-se satisfeitas por receber o informativo (15) (qualidade de evidência 1b).



Riscos e benefícios de uma cesariana programada comparada ao parto vaginal planejado

Nove estudos observacionais foram incluídos na revisão sistemática realizada pelo NICE-UK (6) comparando as repercussões de uma cesariana programada e um parto vaginal planejado. Em todos os estudos, a decisão do modo de nascimento foi realizada no pré-natal e não no momento do parto. Todas as mulheres do estudo apresentavam risco habitual (baixo risco), sem complicações, e tanto a cesariana quando o parto vaginal foram planejados pelas gestantes. Não foram incluídas cesarianas de urgência após tentativa de parto vaginal. A qualidade dos estudos existentes é baixa ou muito baixa.

As evidências da revisão sistemática demonstraram que não há diferença na incidência de lesão cervical e vesical, lesão iatrogênica, embolia pulmonar, falência renal aguda, infecção e ruptura uterina em gestantes submetidas à cesariana programada. Três estudos avaliaram taxa de mortalidade materna, um deles mostrou maior mortalidade em cesariana programada (16) e dois estudos não obtiveram diferença significativa comparando com parto vaginal (17, 18). Dos três estudos que avaliaram incidência de histerectomia pós-parto, dois evidenciaram maior risco de histerectomia em mulheres submetidas à cesariana programada (17, 18), um estudo mostrou maior risco de trombose venosa profunda (17), choque cardiogênico (17) e maior tempo de internação hospitalar (19) comparando com parto vaginal. Um estudo avaliou dor abdominal e perineal nos primeiros três dias pós-parto, evidenciando menos dor na cesariana programada (20) e um estudo mostrou maior chance de lesão vaginal quando a gestante submetida a parto vaginal planejado (18). Quanto às repercussões neonatais, a revisão evidenciou maior risco de admissão em unidade de terapia intensiva (UTI) neonatal nos recém-nascidos de cesariana programada, não havendo diferença significativa com relação à incidência de hipóxia e encefalopatia isquêmica, hemorragia intracraniana e morbidade respiratória quando comparados ao nascidos de parto vaginal (21, 22) (qualidade de evidência 3).



Resumo das Evidências

Apesar da baixa qualidade dos estudos existentes sobre riscos e benefícios da cesariana programada e do parto vaginal, os riscos e complicações da cesariana devem ser ponderados para auxiliar na tomada de decisão quanto ao modo de nascimento.

Considerações

A informação sobre indicações de cesariana, sobre o procedimento e seus riscos, suspeita de comprometimento fetal, apresentação anômala, repercussões para futuras gestações deve ser feita de maneira clara e acessível, respeitando influências socioculturais e individuais da gestante. Não foram encontrados muitos estudos dissertando sobre a forma de abordagem e o instrumento de oferta de informação a respeito do modo de nascimento. Porém, considera-se que a abordagem do tema pode ser em grupo de gestantes ou individual, a discussão sobre assuntos inerentes a gestação e ao processo do nascimento pode ajudar a esclarecer dúvidas e também a fomentar questionamentos sobre os riscos e as situações em que a cesariana é necessária. A gestante deve receber a informação sobre riscos e benefícios de uma cesariana sendo mostrados os dados atualizados de literatura disponíveis, na expectativa de que cada mulher tenha o melhor entendimento sobre o procedimento e assim possa tomar decisões informadas a este respeito.

Recomendação:

- 1) É recomendado fornecer informações para as gestantes durante a atenção pré-natal, parto e puerpério baseadas em evidências atualizadas, de boa qualidade, apontando benefícios e riscos sobre as formas de parto e nascimento, incluindo a gestante no processo de decisão.**

Deve ser obtido um consentimento informado?

Quais informações devem ser discutidas com a mulher na obtenção do consentimento informado?



Consentimento informado

O termo de consentimento para cesariana deve ser obtido para todas as mulheres que serão submetidas ao procedimento. No termo de consentimento devem estar incluídas as condições clínicas da paciente, opções de tratamento, riscos e benefícios do procedimento, incluindo o risco da não realização da cesariana. A informação deve ser fornecida de forma clara e acessível respeitando linguagem e características socioculturais (qualidade de evidência 4). Não há estudos que evidenciem a melhor forma de obter o consentimento informado e como devem ser fornecidas as informações.

Considerações

As evidências devem ser discutidas com a gestante respeitando sua dignidade, privacidade, características culturais e autonomia, considerando também sua situação clínica atual. Na ausência de estudos a respeito de consentimento informado para cesariana, como não existe legislação sobre emissão de termo de consentimento, as recomendações foram baseadas no código de ética médica que disserta sobre termo de consentimento para procedimentos cirúrgicos (Resolução CFM1.931/2009).

Recomendação:

- 2) É recomendada a obtenção de um termo de consentimento livre e esclarecido de todas as mulheres que serão submetidas à cesariana programada.**
- 3) Quando a decisão pela cesariana programada for tomada, é recomendado o registro dos fatores que influenciaram na decisão e, quando possível, qual deles é o mais influente.**



CAPÍTULO 2 – CESARIANA PROGRAMADA

Este capítulo é destinado a considerar situações em que se pretende programar a cesariana de forma eletiva. Não foram abordadas nestas diretrizes: cesariana de urgência, intraparto ou em gestantes com comorbidades cujas indicações do procedimento podem variar de acordo com a patologia específica.

Apresentação pélvica

Na ausência de outras indicações, a operação cesariana deve ser oferecida para mulheres com gestação única e feto em apresentação pélvica?

O que deve preceder este oferecimento?

Em que momento deve ser realizada?

A versão cefálica externa deve ser oferecida para mulheres com gestação única e feto em apresentação pélvica antes da operação cesariana?

Em que momento deve ser realizada?

A apresentação pélvica ocorre em 4% do total de gestações únicas. A versão cefálica externa é uma opção para fetos em apresentação pélvica(6).

Uma revisão sistemática Cochraneⁱⁱ com 8 ECR, (n=1308 mulheres), mostrou redução de 60% dos partos não cefálicos utilizando versão cefálica externa em mulheres com gestação pélvica com mais de 36 semanas, comparando com aquelas em que a versão não foi utilizada (n=1305, RR=0,42, IC 95% 0,29-0,61). A versão cefálica externa também foi associada a uma redução nas taxas de cesariana (n=1305; RR=0,57; IC 95% 0,40-0,82) (17, 18) (evidência 1a)(23, 24). Realizar versão cefálica externa com menos de 37 semanas não diminuiu o número de partos não cefálicos (RR=1,02, IC 95% 0,89-1,17) (25) (evidência 1a). Entretanto, devem ser consideradas algumas complicações relacionadas ao procedimento: frequência cardíaca fetal não tranquilizadora (comumente bradicardia transitória, 1,1-16%), sangramento vaginal

ⁱⁱ A revisão sistemática Cochrane foi atualizada em 2015, após atualização do NICE (2013), e no processo de adaptação, os dados desta revisão foram atualizados para esta diretriz.



indolor (1,1%), ruptura de placenta (0,4-1%), desencadear trabalho de parto (3%) (24, 26) (qualidade de evidência 1b).

Avaliando o efeito do modo de nascimento em gestações a termo com apresentação pélvica, uma revisão sistemática incluindo três ECR (n=2396) mostrou redução de mortalidade perinatal e neonatal (RR=0,33, IC 95% 0,19-0,56) assim como morbidade neonatal grave quando se ofereceu uma cesariana. O risco de mortalidade perinatal e neonatal ou morbidade neonatal grave foi de 1,6% no grupo de cesariana programada e 5% no parto vaginal planejado (qualidade de evidência 1b). A redução do risco absoluto de morbidade e mortalidade neonatal foi de 3,4% com cesariana programada (evidência 1a)(27). A proporção de partos pélvicos decresce com a idade gestacional chegando a 30% em gestações com menos de 28 semanas. A taxa de sobrevivência em partos pélvicos em fetos pré-termo é maior com cesariana programada (86,5%) comparado com parto vaginal planejado (77,4%)(28)(qualidade de evidência 3).

Resumo das Evidências

A versão cefálica externa apresenta-se como uma alternativa efetiva em mulheres com apresentação pélvica, visando diminuir as complicações de um parto pélvico. A cesariana programada também pode ser uma alternativa na assistência a mulher com feto de apresentação pélvica.

Considerações

Apesar de as evidências mostrarem os benefícios da versão cefálica externa em mulheres com fetos em apresentação pélvica, o procedimento exige habilidade técnica do profissional e parece não ser efetiva em fetos pré-termo. Quando optado pela versão cefálica externa, a mulher deve ser esclarecida de seus riscos e benefícios, maternos e fetais, além da possibilidade de falha do procedimento, e que o feto pode retornar à apresentação pélvica ou outra apresentação anômala após o procedimento podendo ocorrer dias após sua realização e que o procedimento não é obrigatório. Mediante um Termo de Consentimento Esclarecido, a versão externa deve ser



realizada em ambiente hospitalar, com recursos para permitir procedimentos de urgência e emergência, caso alguma complicação ocorra.

Considerando que a versão espontânea para apresentação cefálica pode ocorrer a qualquer momento durante a gravidez e que cesarianas programadas precocemente estão associadas a aumento da morbidade neonatal, além do incremento na morbidade materna, quando se oferece uma cesariana por apresentação pélvica recomenda-se aguardar o termo completo (pelo menos 39 semanas).

Considerando ainda que o risco absoluto de mortalidade neonatal é baixo, apesar do aumento do risco relativo já demonstrado, e os potenciais vieses do estudo que mais influencia a revisão sistemática da Biblioteca Cochrane (Term Breech Trial)(29), recomenda-se que os resultados desses estudos sejam apresentados às gestantes de forma que a decisão pelo modo de nascimento seja informada por evidências e que o direito da mulher que pretende ter um parto pélvico vaginal seja respeitado. Entretanto, sugere-se que apenas profissionais experientes no manejo do parto pélvico prestem assistência ao parto nessa modalidade e que um termo de consentimento esclarecido seja obtido das mulheres que pleiteiem um parto vaginal com fetos em apresentação pélvica. Caso a gestante não deseje ser submetida à versão cefálica externa ou o profissional não tenha habilidade técnica para realizar o procedimento, a operação cesariana programada surge como opção de nascimento.

Recomendações:

- 4) Em apresentação pélvica, e na ausência de contraindicações*, a versão cefálica externa é recomendada a partir de 36 semanas de idade gestacional, mediante termo de consentimento livre e esclarecido.**
- 5) A versão cefálica externa deve ser ofertada às mulheres e realizada por profissional experiente com esta manobra, em ambiente hospitalar.**
- 6) As contraindicações para a versão cefálica externa podem incluir o trabalho de parto, comprometimento fetal, sangramento vaginal, bolsa rota, obesidade materna, cesariana prévia, outras complicações maternas e in experiência do profissional.**
- 7) Em situações nas quais a versão cefálica externa estiver contraindicada*, não puder ser praticada ou não tiver sucesso, a cesariana é recomendada para gestantes com fetos em apresentação pélvica.**



- 8) A cesariana programada por apresentação pélvica é recomendada a partir de 39 semanas de idade gestacional. Sugere-se aguardar o início do trabalho de parto.
- 9) Na situação de a mulher decidir por um parto pélvico vaginal, é recomendado que seja informada sobre o maior risco de morbidade e mortalidade perinatal e neonatal e que a assistência seja realizada por profissionais experientes na assistência ao parto pélvico, mediante termo de consentimento livre e esclarecido.
- 10) Durante a assistência pré-natal, as mulheres devem ser informadas sobre as instituições e profissionais que assistem ao parto pélvico.

***Contraindicações para a versão cefálica externa podem incluir o trabalho de parto, comprometimento fetal, sangramento vaginal, bolsa rota, obesidade materna, cesariana prévia, outras complicações maternas e in experiência do profissional.**



Gestação múltipla

Na ausência de outras indicações, a operação cesariana deve ser oferecida para mulheres com gestações gemelares não complicadas, cujo primeiro feto está em apresentação cefálica?

Na ausência de outras indicações, a operação cesariana deve ser oferecida para mulheres com gestações gemelares não complicadas, cujo primeiro feto está em apresentação não cefálica?

Aproximadamente 15 em 1000 gestações são gemelares. Nos últimos anos tem havido um aumento da frequência das gestações gemelares devido aos procedimentos de reprodução assistida (30). A maior morbidade e mortalidade perinatal de gestações gemelares está associada à prematuridade, baixo peso ao nascer, discordância de crescimento entre os fetos, monocorionicidade e relacionadas ao nascimento do segundo feto (31-33) (qualidade de evidência 3).

Uma revisão sistemática incluindo um único ECR (n=60), comparou cesariana e parto vaginal em gestações gemelares cujo segundo feto está em apresentação não cefálica. Não houve diferença nas repercussões neonatais como trauma de parto ou morte perinatal, no entanto, o estudo era muito pequeno para estimar com acurácia essas variáveis. Não houve diferença no tempo de internação hospitalar e o grupo que teve cesariana programada teve mais risco de febre puerperal comparado ao parto vaginal (RR=3,67, IC 95% 1,15-11,69) (34, 35) (qualidade de evidência 1b). A revisão incluiu ainda três coortes retrospectivas que também não mostraram diferença consistente entre os grupos quanto a mortalidade neonatal, trauma de parto, complicações neurológicas, hiperbilirrubinemia, hipoglicemia ou taquipneia transitória (34) (qualidade de evidência 1b). Cesarianas programadas de gemelares realizadas entre 36-37 semanas e seis dias estão associadas a aumento de taquipnéia transitória do recém-nascido (TTRN) e distúrbios respiratórios em um ou nos dois fetos comparadas com cesarianas realizadas entre 38 e 40 semanas (RR=5,94, IC 95% 0,78-45,01) (36) (qualidade de evidência 2b).



Resumo das Evidências

Poucos estudos controlados foram incluídos na revisão do NICE sobre gestações gemelares. Não foram identificados pelo NICE estudos de boa qualidade para gestações múltiplas com mais de dois fetos e modo de nascimento, assim como os desfechos neonatais e o melhor momento para uma cesariana programada.

Considerações

Após a atualização do NICE em 2013, um grande estudo randomizado sobre modo de nascimento em gestação gemelares comparou a operação cesariana programada versus parto vaginal planejado (com cesarianas apenas se indicado) para mulheres com gestações cujo primeiro feto estava em apresentação cefálica. O *Twin Birth Study* incluiu um total de 1398 mulheres (2795 fetos) e concluiu que em gestações gemelares entre 32 semanas e 38 semanas e 6 dias de idade gestacional, a cesariana programada não diminuiu nem aumentou o risco de morte fetal ou neonatal, ou de morbidade neonatal grave (37) (qualidade de evidência 1b).

Assim, diferentes abordagens são possíveis e podem ser necessárias de acordo com as características da gestação gemelar, principalmente a corionicidade e a presença ou não de comorbidades. A determinação da época e modo de nascimento deve ser individualizada.

Recomendação:

- 11) Em gestação gemelar não complicada cujo primeiro feto tenha apresentação cefálica, é recomendado que a decisão pelo modo de nascimento seja individualizada considerando as preferências e prioridades da mulher, as características da gestação gemelar (principalmente corionicidade), os riscos e benefícios de operação cesariana e do parto vaginal de gemelares, incluindo o risco de uma cesariana de urgência/emergência antes ou após o nascimento do primeiro gemelar.**
- 12) No caso de gestação gemelar não complicada cujo primeiro feto tenha apresentação não cefálica, a cesariana é recomendada.**



Nascimentos pré-termo

Na ausência de outras indicações, a operação cesariana deve ser oferecida para mulheres em trabalhos de parto pré-termo sem outras complicações maternas ou fetais?

Um grande número de estudos observacionais mostrou maior taxa de morbidade (como paralisia cerebral) e mortalidade neonatal em recém-nascidos pré-termo (38, 39) (qualidade de evidência 3). A revisão sistemática realizada a respeito do tema incluiu seis ECR, três ECR com fetos cefálicos e três ECR com fetos em apresentação pélvica. Um a cada seis dos recém-nascidos alocados para cesariana nasceu de parto vaginal, e vice-versa. Os resultados produzidos foram inconclusivos devido à grande taxa de descontinuidade e dificuldade de recrutamento (40) (qualidade de evidência 1b).

A melhor forma de nascimento para fetos pré-termo ainda é incerta. A cesariana foi proposta para melhorar as taxas de mortalidade, porém nesses casos a maior dificuldade técnica no procedimento deve ser considerada. (38) (qualidade de evidência 3).

Resumo das Evidências

Os estudos sobre modo de nascimento em fetos pré-termo são de baixa qualidade e não permitem concluir sobre os desfechos neonatais comparando parto vaginal e cesariana programada.

Considerações

Existe incerteza sobre o melhor modo de nascimento de fetos pré-termo. Muitos serviços têm optado pela operação cesariana considerando outros fatores, como a apresentação pélvica, sinais de sofrimento fetal e a expectativa de sobrevivência após o parto. Portanto, não se recomenda cesariana de rotina em função exclusiva da prematuridade e sugere-se individualizar a conduta, devendo-se levar em conta a idade gestacional, integridade de membranas, posição fetal e comorbidades, entre outros fatores.



Recomendação:

- 13) Na ausência de outras indicações, a cesariana não é recomendada como forma rotineira de nascimento no trabalho de parto pré-termo em apresentação cefálica.**

Fetos pequenos para a idade gestacional

Na ausência de outras indicações, a operação cesariana deve ser oferecida para gestantes com fetos pequenos para a idade gestacional?

Fetos pequenos para idade gestacional (PIG) têm mais risco de hipóxia, complicações neonatais e alterações no desenvolvimento neuropsicomotor. Estudos observacionais mostram que fetos PIG têm maior risco de morte neonatal quando expostos ao trabalho de parto em comparação com aqueles que não foram expostos (RR=1,79, IC 95% 1,54-1,86) (41) (qualidade de evidência 3). A cesariana pode reduzir a necessidade de reanimação neonatal (OR= 0,20, IC 95% 0,08-0,66) (42) (qualidade de evidência 3), porém não mostrou diferença na redução de paralisia cerebral em fetos PIG (43).

Resumo das Evidências

Os poucos estudos encontrados sobre modo de nascimento em fetos PIG são retrospectivos, com baixa validade interna. Não foi evidenciado benefício da cesariana na redução de desfechos neonatais negativos graves como mortalidade neonatal e paralisia cerebral.

Considerações

Como não foram encontrados estudos de boa qualidade evidenciando melhores desfechos neonatais com a cesariana comparando com parto vaginal, sugere-se individualizar a conduta relativa ao nascimento de fetos PIG.



Recomendação:

14) Na ausência de outras indicações, a cesariana não é recomendada como forma rotineira de nascimento em fetos pequenos para idade gestacional

Placenta prévia

Na ausência de outras indicações, a operação cesariana deve ser oferecida para mulheres cujos fetos têm placentas centro-total ou centro-parcial?

A placenta de inserção baixa (placenta prévia) é a indicação primária de cesariana em cerca de 3% na Inglaterra (30). Quando detectada com 20 semanas de gestação costuma se resolver. Deve ser repetida a ultrassonografia com 32 semanas e se permanecer o diagnóstico de placenta prévia centro-total ou centro-parcial com 36 semanas ou mais, a cesariana está indicada. A cesariana de mulheres com placenta prévia tem risco aumentado de perda sanguínea maior que 1000 ml comparado com cesariana por outras indicações (RR=3,97, IC 95% 3,24-4,85) (30) (qualidade de evidência 3).

Resumo das Evidências

As evidências encontradas relacionadas às complicações da cesariana em mulheres com placenta prévia são provenientes de estudos observacionais de boa qualidade.

Considerações

O NICE não apresenta estudos quanto ao melhor modo de nascimento em placentas de inserção baixa. Classicamente as formas de placenta prévia centro-total ou centro-parcial têm sido definidas como indicação absoluta de cesariana, uma vez que ocluem o canal cervical no momento do parto e é evidente o risco de hemorragia e morte fetal caso o trabalho de parto progrida nessa circunstância, podendo ocorrer o óbito materno. Diante dessa situação não há como conduzir ECR e, considerando os riscos associados, sugere-se programar cesariana eletiva a partir de 37 semanas na presença de placenta prévia centro-total ou centro-parcial. Todavia, a placentação só



pode ser adequadamente avaliada no terceiro trimestre, porque antes desse período, em decorrência do crescimento uterino, pode ocorrer alteração da relação entre placenta e orifício cervical externo, modificando o diagnóstico. Na ausência de estudos comprovando vantagens da cesariana em casos de placenta prévia não centro-total ou centro-parcial, o trabalho de parto pode ser conduzido em outras formas de placenta de inserção baixa.

Recomendação:

15) A cesariana programada é recomendada como forma de nascimento para fetos que têm placentas centro-total ou centro-parcial.

Acretismo placentário

Para mulheres com placenta baixa entre 32 e 34 semanas de gestação e antecedente de cesariana prévia, um exame ecográfico com Doppler deve ser oferecido para o diagnóstico de acretismo placentário?

Em mulheres em que foi possível estabelecer o diagnóstico anteparto de acretismo placentário, deve ser oferecido encaminhamento para um centro de referência?

As gestantes com cesariana prévia têm um risco de 0,6-1,3% de desenvolver placenta de inserção baixa e dessas 11-14% podem evoluir com acretismo placentário. Quanto maior o número de cesarianas anteriores, maior o risco de placenta prévia e, por conseguinte maior risco de acretismo placentário (duas cesarianas prévias tem risco de 23-40% de acretismo placentário enquanto três cesarianas ou mais tem risco de 35-67% de acretismo em uma próxima gestação) (44).

Em uma revisão sistemática do NICE (6) avaliando a acurácia dos exames de imagem na investigação de acretismo placentário em gestantes com cesariana prévia, foram incluídos cinco estudos (45-49). Dois estudos retrospectivos(47, 49) e dois prospectivos(45, 46) avaliaram acurácia do exame ultrassonográfico para diagnóstico de placenta acreta em mulheres com cesariana prévia e um estudos retrospectivo(47) utilizou avaliação ultrassonográfica com Doppler colorido.



Dois estudos avaliaram a acurácia da ressonância nuclear magnética (RNM) para investigação de acretismo placentário em gestantes com cesariana prévia. Os estudos mostraram que a RNM tem alta sensibilidade e especificidade, assim como altos valores preditivos positivos e negativos na avaliação de acretismo placentário (45, 48). Considerando a prática clínica, os autores da revisão sugerem que os exames para investigação de placenta prévia sejam realizados entre 32-34 semanas de gestação (6).

Os efeitos do diagnóstico pré-natal de acretismo placentário através de exames de imagem e as repercussões maternas e perinatais foram também avaliados na revisão do NICE (6). Dois estudos observacionais foram incluídos comparando um grupo com diagnóstico pré-natal de acretismo e um segundo grupo sem diagnóstico de acretismo até o parto. Um estudo mostrou menor perda sanguínea e menor necessidade de histerectomia de emergência nas gestantes com diagnóstico pré-natal (50) enquanto o segundo estudo mostrou menor necessidade de hemotransfusão e maior número de admissões em UTI neonatal dos recém-nascidos (RR=1,57, IC 95% 1,16-2,28) no grupo com diagnóstico pré-natal de acretismo (51) (qualidade de evidência 2b).

Resumo das Evidências

A maioria dos estudos avaliou as gestantes com cerca de 30 semanas de gestação, mostrando que a ultrassonografia com doppler tem alta sensibilidade e especificidade, assim como altos valores preditivos positivos e negativos para diagnóstico de acretismo placentário. Dos três estudos que avaliaram a acurácia da ultrassonografia com doppler, dois são de moderada qualidade e um de baixa qualidade. Os estudos que avaliaram acurácia da RNM para investigação de invasão placentária em placenta acreta são de moderada qualidade evidenciando também altos valores preditivos positivos e negativos, e alta sensibilidade.

Considerações

A ultrassonografia é o exame inicial na investigação de acretismo placentário, especialmente em gestantes com cesariana prévia. Na suspeita de acretismo



evidenciada por exame ultrassonográfico, a RNM pode complementar a investigação evidenciando a extensão da invasão. Nos lugares em que o exame esteja disponível, deve-se explicar o procedimento de RNM para a gestante, que é um procedimento relativamente seguro, desde que seja realizado sem contraste.

Como o procedimento cirúrgico da cesariana de uma gestante com acretismo placentário é de maior complexidade, com risco de histerectomia dentre outras complicações, a cesariana deve ser programada, de preferência em serviços de referência. A cesariana deve ser programada com equipe médica experiente nesse tipo de abordagem, equipe cirúrgica de retaguarda, (de preferência Cirurgião Geral ou Urologista), suporte hospitalar para cuidados intensivos e acesso a hemoderivados caso haja necessidade de transfusão.

Recomendação:

- 16) Em gestantes com placenta prévia é recomendada a realização de um exame ultrassonográfico com Doppler entre 28 e 32 semanas de idade gestacional, ou antes, se possível, para investigação de acretismo placentário.**
- 17) É recomendado que as gestantes com diagnóstico ultrassonográfico de acretismo placentário recebam atenção especializada em serviços de referência.**
- 18) Em gestantes com acretismo placentário, é recomendado programar a cesariana. Nas situações de suspeita de placenta increta e/ou percreta, é recomendado programar a cesariana entre 34 e 36 semanas.**
- 19) No momento do procedimento, é recomendada a presença de dois obstetras experientes, anestesiista e pediatra para o procedimento, bem como equipe cirúrgica de retaguarda.**
- 20) É recomendada a tipagem sanguínea e a reserva de hemoderivados para eventual necessidade durante o procedimento.**
- 21) O serviço de referência deve assegurar condições de suporte para pacientes em estado grave.**

Preditores da progressão do trabalho de parto

A pelvimetria clínica deve ser utilizada para prever a ocorrência de falha de progressão de trabalho de parto?

A pelvimetria clínica deve ser utilizada no processo de decisão quanto à via de parto?

O tamanho do pé, a altura materna, e estimativas de tamanho fetal (ecográficas ou clínicas) devem ser utilizadas para prever a ocorrência de falha de progressão de trabalho de parto?



Estudos observacionais não demonstraram validade em testes para prever falha de progressão do trabalho de parto (tamanho do pé, a altura materna e estimativa de tamanho fetal) (52, 53) (qualidade de evidência 3). A pelvimetria clínica ou por Raio-X tem sido utilizada como instrumento para prever a necessidade de cesariana. Revisão sistemática da Cochrane contendo quatro ECR (n=895) relacionou os efeitos de pelvimetria radiológica e modo de parto. Dois desses ECR incluíram mulheres com cesariana prévia. As mulheres nas quais se realizou pelvimetria tiveram mais chance de evoluir para cesariana (OR=2,97, IC 95% 1,63-288), não sendo observada diferença nas repercussões neonatais (asfixia, admissão em unidade intensiva neonatal) e deiscência de sutura (54) (qualidade de evidência 1a). Não há evidência que apoie o uso da pelvimetria para prever a ocorrência de falha de progressão do trabalho de parto.

Resumo das Evidências

Os testes de pelvimetria para prever falha de progressão do trabalho de parto foram avaliados por estudos de boa qualidade, sendo a conclusão desses estudos desfavoráveis à prática da pelvimetria.

Considerações

A ultrassonografia, a pelvimetria e outros testes apresentam limitações em sua capacidade de prever falha na progressão do trabalho de parto. Portanto, o acompanhamento do trabalho de parto ainda é a melhor forma de evidenciar desproporção cefalopélvica. Tendo em vista as evidências mais recentes sobre evolução do trabalho de parto, com a curva de Zhang et al. (2010) (55), limites menos rígidos para documentar falha de progressão podem ser adotados, não havendo obrigatoriedade de intervir em um trabalho de parto que se estende além dos limites habituais se mãe e concepto se encontram bem. Por outro lado, a macrosomia fetal, (que pode ser causa de desproporção cefalopélvica) consiste em um grande desafio para o profissional que assiste ao parto, dada a sua associação com dificuldades no parto e resultados adversos. A confiabilidade dos métodos disponíveis para detecção



da macrosomia anteparto permanece incerta e não permite definir a melhor maneira de conduzir as gestações de fetos suspeitos de macrosomia(56). Apesar dessa incerteza sobre a detecção anteparto de fetos macrosômicos, sugere-se maior atenção e conduta individualizada quando há suspeita de macrosomia fetal (por exemplo, peso fetal estimado superior a 4.500g). Entretanto, em gestações de baixo risco, o conjunto de evidências científicas, não corrobora a utilização sistemática e de rotina da ultrassonografia para predição do peso fetal a termo.

Recomendação:

- 22) A utilização de pelvimetria clínica não é recomendada para prever a ocorrência de falha de progressão do trabalho de parto ou definir a forma de nascimento.**
- 23) A utilização de dados antropométricos maternos (por exemplo, a altura materna ou tamanho do pé) não são recomendados para prever a falha de progressão do trabalho de parto.**

Transmissão vertical de infecções e modo de nascimento

Na ausência de outras indicações, a operação cesariana deve ser oferecida a mulheres vivendo com uma infecção pelo vírus HIV para prevenir a transmissão vertical? Em que circunstâncias esta operação deve ser oferecida para evitar a transmissão vertical?

HIV

Indicação da via de parto em gestantes vivendo com HIV/AIDS

O Brasil apresenta recomendações específicas do Ministério da Saúde para diminuir transmissão vertical em gestantes HIV positivas (atualizadas em 2015). Assim, as recomendações destas diretrizes de cesariana para gestantes vivendo com HIV/AIDS seguiram as orientações do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais.

Para gestantes em uso de antirretroviral e com supressão da carga viral sustentada, caso não haja indicação de cesárea por outro motivo a via de parto vaginal é indicada (qualidade de evidência 1b). Em mulheres com carga viral desconhecida ou maior que 1.000 cópias/ml após 34 semanas de gestação, a cesárea eletiva na 38ª semana de gestação diminui o risco de transmissão vertical. (57-61).



Recomendação:

- 24) Para gestantes em uso de antirretroviral e com supressão da carga viral sustentada, caso não haja indicação de cesárea por outro motivo a via de parto vaginal é indicada. Em mulheres com carga viral desconhecida ou maior que 1.000 cópias/ml após 34 semanas de gestação, a cesárea eletiva na 38ª semana de gestação diminui o risco de transmissão vertical. Confirmar a idade gestacional adequadamente, a fim de se evitar a prematuridade iatrogênica. Utilizar parâmetros obstétricos, como data da última menstruação correta, altura uterina, ultrassonografia precoce (preferencialmente no 1º trimestre, ou antes, da 20ª semana).
- 25) A cesárea eletiva deve ser realizada na 38ª semana de gestação, a fim de se evitar a prematuridade e/ou o trabalho de parto e a ruptura prematura das membranas.
- 26) Caso a gestante com indicação para a cesárea eletiva, inicie o trabalho de parto antes da data prevista para a cirurgia e chegue à maternidade com dilatação cervical mínima (menor que 4 cm), o obstetra deve iniciar a infusão intravenosa do AZT e realizar a cesárea, se possível, após 3 horas de infusão.
- 27) Sempre que possível proceder ao parto empelcado (retirada do neonato mantendo as membranas corioamnióticas íntegras).
- 28) Não realizar ordenha do cordão umbilical, ligando-o imediatamente após a retirada do RN.
- 29) Realizar a completa hemostasia de todos os vasos da parede abdominal e a troca das compressas ou campos secundários antes de se realizar a histerotomia, minimizando o contato posterior do recém-nascido com sangue materno.
- 30) Utilizar antibiótico profilático, tanto na cesárea eletiva quanto naquela de urgência: dose única endovenosa de 2g de cefalotina ou cefazolina, após o clampeamento do cordão.

Hepatite B

Na ausência de outras indicações, a operação cesariana deve ser oferecida a mulheres vivendo com uma infecção pelo vírus da hepatite B para prevenir a transmissão vertical?

A soroprevalência de anticorpo anti-HBc no Brasil é de 7,4% (IC 95% 6,8%-8,0%) (62). A transmissão vertical do vírus B para o recém-nascido costuma ocorrer durante o parto e pós-parto através de contato com sangue, líquido amniótico e secreção vaginal. Uma coorte (n=447) comparou cesariana e parto vaginal e taxa de transmissão



vertical do vírus B. Todas as mulheres utilizaram imunoglobulina para o vírus B e os autores sugerem que a combinação cesariana e imunoglobulina deve ser considerada em gestantes com níveis sérios elevados de HBV-DNA(63) (qualidade de evidência 2a).

Resumo das Evidências

Não existem ECR avaliando o benefício da cesariana na redução de transmissão vertical do vírus B. Os estudos avaliando cesariana e redução de transmissão vertical não permitem generalização.

Considerações

Não existem estudos randomizados que possam determinar os benefícios da cesariana e redução de transmissão vertical. Consideram-se pontos importantes para redução da transmissão vertical, a detecção e o tratamento precoce da hepatite B (antes ou durante o pré-natal), a administração de imunoglobulina para vírus B no parto e vacinação adequada para o recém-nascido.

Recomendação:

31) A cesariana não é recomendada como forma de prevenção da transmissão vertical em gestantes com infecção por vírus da hepatite B.

Hepatite C

Na ausência de outras indicações, a operação cesariana deve ser oferecida a mulheres vivendo com uma infecção pelo vírus da hepatite C para prevenir a transmissão vertical?

O risco de transmissão vertical por vírus da hepatite C é baixo, em torno de 3-5%, mas chega a 20-30% de transmissão em mulheres com co-infecção com HIV (62). Uma coorte com 441 mulheres portadora de hepatite C estimou um risco de transmissão vertical de 6,7% (IC 95% 4,0-10,2), e aquelas mulheres com co-infecção



para HIV tiveram 3,8 vezes mais risco de transmissão para os recém-nascidos (RNs) (64) (qualidade de evidência 2b). As mulheres com infecção por vírus C não tiveram diferença quanto à transmissão vertical comparando os tipos de parto (OR 1,19, IC 95% 0,64-2,20). A análise de subgrupo de mulheres portadoras de co-infecção com HIV (n=503, 35,4%) mostrou redução de 60% de transmissão do vírus da hepatite C quanto submetidas à cesariana (OR= 0,46, IC 95% 0,23-0,80) (qualidade de evidência 3). Não foi relatado uso de terapia antirretroviral nessas mulheres (64).

Resumo das Evidências

Quanto ao modo de nascimento e transmissão vertical de hepatite C, não existem ECR, apenas estudos observacionais retrospectivos de qualidade moderada.

Considerações

Considerando os poucos estudos a respeito da prevenção transmissão vertical em hepatite C, não se pode recomendar a cesariana para todas as gestantes com hepatite C. No entanto, quando há co-infecção com HIV a cesariana programada é a melhor opção de nascimento.

Recomendação:

- 32) A cesariana não é recomendada como forma de prevenção da transmissão vertical em gestantes com infecção por vírus da hepatite C.**
- 33) A cesariana programada é recomendada para prevenir a transmissão vertical do HIV e Hepatite C em mulheres com esta co-infecção.**

Herpes vírus (HSV)

Na ausência de outras indicações, a operação cesariana deve ser oferecida a mulheres com infecção primária ativa do vírus da Herpes simples (HSV) durante o terceiro trimestre da gestação?

A operação cesariana deve ser oferecida a mulheres com infecção ativa recorrente do vírus da Herpes simples?

A infecção neonatal do HSV-2 está associada com morbidade grave e alta taxa de mortalidade, podendo ocorrer transmissão através do canal de parto durante o



nascimento (65). Poucas séries de casos apoiam as evidências sobre transmissão vertical do HSV-2, no entanto, a alta mortalidade suporta as recomendações. Um estudo avaliou 101 gestantes que tiveram infecção herpética genital (primária ou recorrente) durante o terceiro trimestre de gestação. O risco de herpes neonatal foi maior nas que tiveram infecção primária (três casos de herpes neonatal em nove expostos) (66). Em estudo com 15923 mulheres em início de trabalho de parto, 56 delas relataram infecção por HSV e 18 (35%) apresentavam infecção primária no momento do parto. Seis recém-nascidos (33%) cujas mães tinham infecção primária no parto desenvolveram herpes neonatal (67) (qualidade de evidência 3). Nenhum estudo permitiu avaliar associação entre o modo de nascimento e transmissão do herpes vírus. Três ECR avaliaram o uso de aciclovir oral para prevenção de infecção herpética recorrente no parto em gestantes com 36 semanas. Os estudos evidenciaram redução de cesariana devido a herpes genital, porém não conseguiram evidenciar benefício do aciclovir na redução de transmissão vertical do vírus (68-70) (qualidade de evidência 1b).

Resumo das Evidências

Os estudos encontrados relacionando herpes vírus na gestação e herpes neonatal são de casuística pequena e baixa qualidade. ECR de boa qualidade não evidenciaram redução de transmissão vertical do herpes vírus com uso de aciclovir.

Considerações

Apesar de os estudos serem de baixa qualidade, acredita-se haver plausibilidade biológica para que se considere a operação cesariana como capaz de contribuir para a redução da transmissão vertical do herpes vírus em gestantes com infecção primária ativa no último trimestre da gestação. Acredita-se que a mesma consideração seja válida para mulheres com infecção herpética ativa (primária ou secundária) no momento do parto. O aciclovir não traz benefício na redução de transmissão vertical do herpes vírus seja na infecção primária ou recorrente e não deve ser utilizado.



Recomendação:

- 34) A cesariana é recomendada em mulheres que tenham apresentado infecção primária do vírus do Herpes simples durante o terceiro trimestre da gestação.**
- 35) A cesariana é recomendada em mulheres com infecção ativa (primária ou recorrente) do vírus do Herpes simples no momento do parto.**

Obesidade

Na ausência de outras indicações, a operação cesariana deve ser oferecida para gestantes obesas?

Existe algum valor de índice de massa corporal a partir do qual a cesariana deva ser oferecida?

A obesidade é uma morbidade crônica que está associada com maior necessidade de cuidados às gestantes obesas durante o pré-natal e parto, maior risco de complicações maternas e neonatais além de maior risco de cesariana. Uma coorte contendo 591 gestantes obesas extremas ($IMC > 50 \text{ kg/m}^2$) comparou cesariana programada e parto vaginal planejado. Foram incluídas nulíparas e multíparas, com cesariana prévia e complicações gestacionais como diabetes e pré-eclâmpsia e após ajuste de covariáveis não se evidenciou diferença nas complicações anestésicas, pós-natais e neonatais, exceto distocia de ombro que foi maior naquelas que tiveram partos normais (3% vs 0%, $p=0,0019$) (qualidade de evidência 2b). Contudo, as evidências não apoiam a indicação de cesariana para obesas extremas, decisão que deve ser individualizada (22).

Resumo das Evidências

O principal estudo analisando o modo de nascimento e obesidade é de boa qualidade e mostra que nem mesmo nos casos de obesidade extrema a cesariana traz melhores desfechos que o parto vaginal.



Considerações

A gestação de mulheres com IMC maior que 50kg/m² habitualmente está associada com outras morbidade como hipertensão, diabetes, além de um maior risco de complicações cirúrgicas. Com base em estudos populacionais, considera-se que não há benefícios da cesariana em nenhum grau de obesidade, inclusive nas obesas extremas (IMC>50kg/m²). A cesariana não deve ser considerada como o modo preferencial de nascimento para fetos de gestantes obesas, devendo sua indicação ser individualizada dependendo das comorbidades associadas à gestante.

Recomendação:

36) A cesariana não é recomendada como forma rotineira de nascimento de fetos de mulheres obesas.

Profilaxia de infecção na cesariana

Quais intervenções devem ser realizadas para reduzir a ocorrência de infecção operatória na cesariana?

Infecção pós-parto é uma importante causa de morbidade materna e pode prolongar o tempo de internação hospitalar relacionada ao parto. Seis ECR (n=2566) avaliaram o modo de nascimento e infecção pós-parto. A incidência de infecção em cesariana foi 6,4% comparado a 4,9% em parto vaginal. O maior ECR sugere uso de antibiótico profilático durante a cesariana(71). Duas coortes conduzidas em Israel (n=75947) (72) e nos Estados Unidos (n=33251) (73) avaliaram o risco de infecção e tipo de parto. A primeira coorte evidenciou uma incidência de infecção puerperal em mulheres submetidas à cesariana de 2,6% comparada a 0,2% naquelas cujos partos foram vaginais (RR= 14,97 IC 95% 11,96-18,74)(72). No outro estudo, o risco de infecção puerperal também foi maior nas mulheres que tiveram cesariana (7,9%) comparadas àquelas que tiveram parto vaginal (1,8%) (RR=4,51 IC 95% 4,00-5,09) (73) (qualidade de evidência 1a).

Uma revisão sistemática incluiu 81 ECR (n=11957) analisando benefício da profilaxia com antibióticos durante a cesariana. O uso de profilaxia antibiótica em



cesariana reduziu a incidência de febre puerperal (RR=0,45 IC 95% 0,39-0,52), endometrite (RR=0,39 IC 95% 0,34-0,43), infecção do sítio operatório (RR=0,41 IC 95% 0,35-0,48), infecção urinária (RR=0,54 IC 95% 0,46-0,64) e infecção grave (RR=0,42 IC 95% 0,28-0,65)(74). Para avaliar a eficácia de diferentes regimes de antibioticoprofilaxia, uma revisão sistemática incluiu cinco ECR, concluindo que tanto ampicilina quanto as cefalosporinas de primeira geração têm mesma eficácia em reduzir endometrite pós-operatória. Não foi evidenciado benefício no uso de antibióticos de maior espectro ou múltiplas doses (75) (qualidade de evidência 1a).

Durante o procedimento cirúrgico, metanálise contendo cinco ECR avaliou o risco de endometrite de acordo com o método de remoção da placenta na cesariana. A remoção manual da placenta durante a cesariana aumentou o risco de endometrite comparada à remoção espontânea (RR=1,54 IC 95% 1,23-1,92) (76) (qualidade de evidência 1a). Quatro estudos compararam a necessidade ou não de sutura do tecido subcutâneo e o risco de infecção pós-cesariana. Não foi encontrada diferença significativa na sutura do tecido subcutâneo. No entanto, em uma metanálise de 2 ECR (n=75, n=91) contendo mulheres com mais de 2cm de tecido subcutâneo, a sutura do tecido subcutâneo reduziu o risco de infecção de sítio cirúrgico (RR= 0,42 IC 95% 0,22-0,81) (77, 78) (qualidade de evidência 1a).

Resumo das Evidências

Os estudos analisados relacionando infecção, profilaxia de infecção e antibioticoprofilaxia associados à cesariana são de boa qualidade, mas como os esquemas de antibióticos utilizados foram diferentes, não foi possível determinar qual esquema específico para profilaxia de infecção em cesariana. ECR de boa qualidade avaliaram remoção placentária e necessidade de sutura do tecido subcutâneo.

Considerações

Os estudos de profilaxia de infecção em cesariana foram realizados em diversos países (Estados Unidos, Turquia, Irã, dentre outros), utilizando grandes amostras e demonstraram boa validade externa com poder de generalização. As cefalosporinas de primeira geração parecem uma opção custo-efetiva para profilaxia antibiótica. Alguns



estudos associaram aparecimento de enterocolite necrosante dos recém-nascidos à exposição de amoxicilina-clavulanato. Assim, não se considera amoxicilina-clavulanato indicado na profilaxia de infecção em cesariana.

Recomendação:

- 37) É recomendado oferecer antibioticoprofilaxia antes da incisão na pele na intenção de reduzir infecção materna.**
- 38) A escolha do antibiótico para reduzir infecção pós-operatória deve considerar fármacos efetivos para endometrite, infecção urinária e infecção de sítio cirúrgico.**
- 39) Durante a cesariana, é recomendado a remoção da placenta por tração controlada do cordão e não por remoção manual, para reduzir o risco de endometrite.**



CAPÍTULO 3 – PARTO VAGINAL COM CESARIANA PRÉVIA

Assistência à mulher com cesariana prévia

Com o crescente número de mulheres submetidas a uma cesariana primária nas últimas décadas, cresce proporcionalmente o número de gestantes com cesariana(s) prévia(s), sendo o modo de nascimento neste contexto motivo de pesquisa e discussão. Com base nas evidências avaliadas, este capítulo visa nortear o aconselhamento de gestantes com cesariana(s) prévia(s).

A operação cesariana deve ser oferecida de rotina para mulheres com uma cesariana prévia?

A operação cesariana deve ser oferecida de rotina para mulheres com duas ou mais cesarianas prévias?

As mulheres com duas ou mais cesarianas prévias podem ter um parto vaginal subsequente?

A operação cesariana deve ser realizada em mulheres com uma ou mais operações cesarianas prévias e que solicitem nova operação cesariana?

Como proceder caso uma mulher com CS prévia solicite uma nova CS?

Existe um número máximo de cesarianas prévias que seja compatível com parto vaginal seguro?

Riscos e benefícios de uma cesariana programada comparada ao trabalho de parto planejado em mulheres com cesariana prévia

A taxa de mortalidade materna em mulheres com cesariana prévia é um evento raro. No entanto, o risco de ruptura uterina é maior naquelas mulheres com cesariana prévia que entraram em trabalho de parto mas tiveram falha na progressão do trabalho de parto e evoluíram para uma nova cesariana (risco de 0,2-0,8% em mulheres com uma cesariana prévia) (qualidade de evidência LE2)(79). Em mulheres com cesariana anterior, a taxa de mortalidade materna é maior nas gestantes submetidas a uma nova cesariana programada comparadas àquelas que tiveram parto vaginal planejado (RR= 3,94, IC 95% 1,20-12,5)(44). Quanto à necessidade de



hemotransusão (RR= 0,76, IC 95% 0,67-0,85) e ruptura uterina (RR= 0,03, IC 95% 0,011-0,082), o risco foi menor nas gestantes submetidas a uma nova cesariana (44). Dois estudos observacionais estudaram mulheres com cesariana prévia que tentaram parto vaginal obtendo uma taxa de sucesso de 74-80% (80) em um estudo e 72-76% no segundo estudo (81).

Comparando as mulheres com uma cesariana prévia que tiveram parto vaginal planejado e cesariana programada, independente da idade gestacional, a taxa de ruptura uterina (RA= 5,1 casos a menos por 1000 mulheres submetidas a nova cesariana, IC 95% 2,3-11,2) e infecção pós-parto é baixa (RA= 14 casos a menos por 1000 mulheres submetidas a nova cesariana). O tempo de internação hospitalar é maior (diferença média de 1,37 dia a mais para aquelas submetidas a uma nova cesariana) e a necessidade de hemotransusão é menor nas mulheres submetidas a nova cesariana (RR=0,795 IC 95% 0,714-0,884) (44, 79) (qualidade de evidência LE2). Não houve diferença significativa nas taxas de histerectomia, necessidade de hemotransusão, febre puerperal, lesão vesical e cirúrgica em mulheres que tiveram parto vaginal após duas ou mais cesarianas prévias comparado com parto vaginal (80, 81). Uma ou duas cesarianas prévias são situações que possibilitam trabalho de parto e parto vaginal, porém há risco maior de ruptura uterina e necessidade de hemotransusão (79). A revisão sistemática do CNGOF incluiu os mesmos estudos encontrados no NICE, dentre outros, mostrando resultados semelhantes quanto a risco de mortalidade materna, ruptura uterina e morbidade materna febril. (Tabela 3)

Dekker et al. 2010 quantificou o risco de ruptura uterina em mulheres com uma cesariana prévia (n = 29008) baseado em dados de 1998-2000. Das 48 rupturas uterinas confirmados, 37 foram rupturas completas, destas rupturas completas, o descolamento prematuro da placenta foi a única variável que mostrou aumento do risco de ruptura uterina para cada subgrupos de cesariana prévia: repetir cesariana sem trabalho; trabalho de parto espontâneo com aumento de ocitocina; indução do parto com apenas ocitocina; indução com apenas prostaglandinas; indução tanto com ocitocina quanto prostaglandinas; e indução sem ocitocina sem prostaglandinas. A taxa global de no parto vaginal após cesariana foi de 54%. Quando todos os subgrupos foram comparados com trabalho de parto espontâneo, sem aumento de ocitocina e



cesariana programada tiveram o menor risco de ruptura uterina (OR = 0,11, 95% CI 0,04-0,34) e rotura uterina completo (OR ajustado = 0,04, 95% CI ,01-,30). O risco de ruptura uterina foi 3 a 5 vezes maior quando o trabalho de parto foi induzido, por qualquer meio. O maior risco de qualquer ruptura uterina foi de ocitocina após o início do trabalho de parto espontâneo (OR ajustado = 9,99, 95% CI 4,71-21,21)(82).

As complicações neonatais em mulheres com cesariana que entraram em trabalho de parto e evoluíram para cesariana intraparto são maiores comparadas com aquelas que preferiram cesariana programada. Contudo, a prevalência dessas complicações é muito baixa. O risco de mortalidade perinatal para quem tentou parto vaginal e evoluiu para cesariana é de 2,9/1000 nascido vivos comparado a 1,8/1000 nascidos vivos para aquelas com fizeram novas cesarianas programadas, enquanto o risco absoluto neonatal é de 1,1/1000 e 0,6/1000 nascidos vivos, respectivamente. Necessidade de intubação por aspiração de líquido meconial foi maior naqueles que tiveram cesariana após tentar parto vaginal enquanto houve mais taquipneia transitória do recém-nascido nos RN de cesariana programada (83) (qualidade de evidência LE2). Houve menos hipóxia isquêmica neonatal e mais admissões em UTI nos recém-nascidos de cesariana, em gestantes com cesariana prévia comparado com aquelas que tiveram parto vaginal (44).

Um estudo de coorte prospectiva, com mulheres de 37 semanas de idade gestacional e uma cesariana prévia, teve randomização parcial durante o seguimento (n= 2345, 22 mulheres aceitaram ser randomizadas, 10 para cesariana e 12 para tentar parto vaginal): 1098 preferiram nova cesariana e 1225 tentaram parto vaginal. A taxa de parto vaginal foi de 43,2% e o desfecho primário foi relacionado às repercussões neonatais. O risco de mortalidade perinatal ou morbidade grave foi significativamente menor para os recém-nascidos no grupo de cesariana programada em comparação com o grupo de parto vaginal planejado (0,9% versus 2,4%; RR= 0,39; IC 95% 0,19-0,80). Com relação ao desfecho materno, observaram menos hemorragia grave no grupo que teve nova cesariana (perda de sangue $\geq 1,500$ ml e / ou transfusão de sangue), (0,8% [9/1108] versus 2,3% [29/1237]; RR 0,37 ; 95% CI 0,17-0,80)(84).

Outra coorte retrospectiva de 2000-2005 (n=21389, com 2092 mulheres pertencentes à categoria 5 da classificação de Robson, cesariana prévia) teve taxa de



parto vaginal de 20,2% (incluindo mulheres com cesariana anterior e múltiplas cesarianas). Ao longo dos anos do estudo, a taxa de parto vaginal após uma cesariana anterior variou de 28,3 a 40,7%. Hemorragia pós-parto no grupo que teve parto vaginal com cesariana prévia foi significativamente maior para as mulheres em comparação com aquelas sem cesariana prévia (Categorias 1 a 4 da classificação de Robson, sem cesariana prévia) (16% vs. 11%, $p = 0,02$). Para as mulheres que tiveram um parto vaginal instrumental com cesariana prévia não houve diferença significativa comparado àquelas com Robson 1-4 (30% vs. 29%, $p = 0,84$)(85). Admissões em unidade de terapia intensiva neonatal ou berçário de cuidados especiais não tiveram diferença significativa para grupos Robson 1-4 em comparação com o grupo Robson 5 para partos vaginais (Robson 1-4 4% vs 4% Robson 5, respectivamente) ou partos vaginais instrumentais (Robson 1-4 8% vs 9% Robson 5, respectivamente, $p = 0,72$)(85). Houve apenas 5 Rupturas uterina ou deiscência, sendo 4 delas no grupo de cesariana prévia, não foi possível realizar análise estatística segundo os autores.

Condições que influenciam na decisão do tipo de parto em mulheres com cesariana prévia

Três situações estão fortemente relacionadas a um parto vaginal após cesariana prévia: história de parto vaginal prévio, especialmente se esse ocorreu após uma cesariana prévia, escore de Bishop favorável ou cérvix considerada favorável na admissão na sala de parto e trabalho de parto espontâneo (86) (qualidade de evidência LE2).

Existem algumas situações que reduzem a taxa de sucesso para um parto vaginal após cesariana prévia. Falha de progressão do trabalho de parto, parada secundária da descida, história de duas cesarianas (apesar de a taxa de parto vaginal após duas cesarianas ser de 70%), idade materna maior que 40 anos, IMC maior que 30Kg/m^2 , idade gestacional maior que 41 semanas e RN com mais de 4000g. Além disso, necessidade de indução de trabalho de parto diminui a taxa de parto vaginal em mulheres com cesariana anterior (86) (qualidade de evidência LE3).

Morbidade materna como diabetes, obesidade, idade materna e multiparidade podem reduzir as taxas de parto vaginal em gestantes com cesariana prévia, no



entanto não contraindicam este modo de parto. A taxa de parto vaginal após cesariana antes de 37 semanas até o termo é semelhante e o risco de ruptura uterina é baixo (87). As repercussões neonatais são semelhantes comparando parto vaginal planejado e cesariana programada em gestantes com cesariana prévia com menos de 37 semanas (88). O risco de ruptura uterina aumenta quando o intervalo interpartal diminui em mulheres com cesariana prévia (87), porém não contraindica o parto vaginal subsequente se as condições obstétricas forem favoráveis.

Resumo das Evidências

A revisão sistemática do CNGOF, assim como a do NICE, incluíram grandes estudos observacionais avaliando as repercussões de um parto vaginal comparado à cesariana programada em gestantes com cesariana prévia. Os estudos incluídos têm qualidade de evidência moderada a baixa. Os dados neonatais não foram incluídos na revisão sistemática do NICE e a qualidade de evidência dos estudos com desfechos neonatais utilizados tanto do NICE quanto do CNGOF é muito baixa.

Considerações

O aconselhamento sobre o modo de nascimento em gestantes com cesariana prévia deve considerar: a) as preferências e prioridades da mulher; b) os riscos e benefícios de uma nova cesariana; e c) os riscos e benefícios de um parto vaginal após uma cesariana, incluindo o risco de uma cesariana de não planejada (de urgência). É importante informar às mulheres com três ou mais cesarianas que o risco de infecção, lesão vesical e traumatismo cirúrgico não varia no parto vaginal, porém existe maior risco de ruptura uterina no parto vaginal. A ruptura uterina é uma situação grave, com risco de óbito fetal e materno, requerendo intervenção cirúrgica imediata. Esse risco deve ser pesado contra os riscos de lesão vesical, hemorragia e histerectomia, entre outras morbidades, que aumentam quando se aumenta o número de cesarianas.

Os riscos de um parto vaginal após cesariana em geral são baixos, com uma boa taxa de sucesso para o parto vaginal. Deve ser informado à gestante com cesariana prévia e história de um parto vaginal que existe uma maior chance de evoluir para um parto vaginal do que aquelas que não tiveram um parto vaginal prévio.



Na diretriz inglesa (NICE), não há recomendação específica sobre o número total de cesarianas prévias compatíveis com uma prova de trabalho de parto, enquanto o Colégio Francês de Ginecologia e Obstetrícia (CNGOF) recomenda cesariana para mulheres com três ou mais cesarianas anteriores. Na verdade, essas mulheres com três ou mais cesarianas são relativamente raras em nosso meio, uma vez que no Brasil é comumente realizada a ligadura tubária por ocasião da terceira cesariana. A opção por um parto vaginal nesses casos terá pouco impacto sobre a taxa global de cesarianas.

Todavia, o risco aumentado de ruptura uterina quando se realiza uma prova de trabalho de parto deve ser pesado contra o risco aumentado de hemorragia, histerectomia, lesão vesical e de alças intestinais quando se repete uma cesariana depois de múltiplas cesarianas. Desta forma, sugere-se que as mulheres sejam devidamente esclarecidas sobre o risco de ruptura uterina (em torno de 1%) e suas consequências (inclusive histerectomia, morte fetal e encefalopatia hipóxico-isquêmica) e os riscos de uma nova cesariana e que a decisão em relação ao modo de nascimento considere o desejo e a autonomia feminina, obtendo-se um termo de consentimento pós-informação.

Entende-se que o limite de quando tornar a nova cesariana mandatória em relação ao número de cesarianas prévias foi determinado de forma parcialmente arbitrária pelo grupo elaborador das diretrizes francesas. As diretrizes do grupo NICE são menos prescritivas em relação a isso. Outros grupos, como o ACOG e mesmo a prática brasileira tendem a ser mais restritivos em relação à possibilidade de parto vaginal após duas cesariana prévias. Essa é uma questão de ponderação de riscos (particularmente relacionados à ruptura uterina). Assim, considera-se mais apropriada a individualização da decisão sobre o modo de nascimento em gestações de mulheres com duas cesarianas prévias e mais adequada a cesariana em mulheres com três cesarianas prévias.

A investigação de acretismo placentário em gestantes com duas cesarianas prévias é pertinente, para mulheres que forem realizar tentativa de um parto vaginal. Apesar de raros, nos casos de cesarianas cuja incisão uterina tenha sido longitudinal, aconselha-se o registro do fato no prontuário médico, pois essa condição contraindica



uma tentativa de parto vaginal subsequente. Sugere-se a obtenção de um termo de consentimento pós-informação quer para um parto vaginal quer para uma cesárea programada na presença de uma ou mais cicatrizes de cesárea anterior.

Recomendação:

- 40) É recomendado um aconselhamento sobre o modo de nascimento em gestantes com cesariana prévia que considere: as preferências e prioridades da mulher, os riscos e benefícios de uma nova cesariana e os riscos e benefícios de um parto vaginal após uma cesariana, incluindo o risco de uma cesariana não planejada.**
- 41) É recomendado que as mulheres com cesarianas prévias sejam esclarecidas de que há um aumento no risco de ruptura uterina com o parto vaginal após cesariana prévia. Este risco é, a princípio, baixo, porém aumenta à medida que aumenta o número de cesarianas prévias.**
- 42) Na ausência de outras contraindicações, é recomendado encorajar as mulheres com uma cesariana prévia a tentativa de parto vaginal, mediante termo de consentimento livre e esclarecido.**
- 43) É recomendado que a conduta em relação ao modo de nascimento de fetos de mulheres com duas cesarianas prévias seja individualizada considerando os riscos e benefícios de uma nova cesariana e os riscos e benefícios de um parto vaginal após duas cesarianas, incluindo o risco aumentado de rotura uterina e de cesariana adicional não planejada, e as preferências e prioridades da mulher, mediante termo de consentimento livre e esclarecido.**
- 44) Durante a assistência pré-natal, as mulheres devem ser informadas sobre as instituições e profissionais que assistem ao parto vaginal após duas cesarianas.**
- 45) Os profissionais e instituições de saúde devem ter resguardada sua autonomia em relação a aceitação ou não da assistência ao parto vaginal após duas cesarianas.**
- 46) A cesariana é recomendada em mulheres com três ou mais cesarianas prévias.**
- 47) O trabalho de parto e parto vaginal não é recomendado para mulheres com cicatriz uterina longitudinal de cesariana anterior.**

A avaliação ultrassonográfica da cicatriz uterina pós-cesariana segmentar é útil para informar a decisão sobre a via de parto em mulheres com uma ou mais cesarianas prévias?

Deve-se oferecer às mulheres com operação cesariana prévia a realização de algum exame subsidiário antes da definição da via de parto?



A avaliação da cicatriz uterina segmentar por ultrassonografia utiliza técnicas de medição transvaginal ou abdominal podendo ser estudado a espessura do “segmento inferior do útero” após 36 semanas e com a bexiga repleta. A mais recente revisão sistemática sobre risco de ruptura ou deiscência uterina em mulheres com cesariana prévia procurou encontrar um limiar ótimo para predição desse risco. Analisando a espessura do segmento entre 2 e 3,5 mm (estudos robustos incluindo 1834 mulheres, com 121 rupturas ou deiscências uterinas detectadas), não foi encontrada utilidade clínica da ultrassonografia para avaliação de cicatriz uterina, não sendo possível determinar um ponto de corte da espessura miometrial para o risco de ruptura uterina(89) (qualidade de evidência LE2).

Apesar de o peso do recém-nascido maior que 4000g diminuir a taxa de sucesso de um parto vaginal após cesariana, a avaliação ultrassonográfica para estimar o peso fetal é muito imprecisa. A taxa de falso-positivo para peso fetal maior que 4000g é de aproximadamente de 50%. A pelvimetria radiológica está associada a aumento na taxa de cesariana programada sem reduzir o risco de ruptura uterina, portanto, o método não é necessário para definir o modo de nascimento em gestantes com cesariana prévia (86) (qualidade de evidencia LE2).

Resumo das Evidências

Os estudos encontrados na revisão sistemática têm qualidade moderada a baixa.

Considerações

Como a taxa de falso-positivo do exame ultrassonográfico é alta e não há evidência do benefício da pelvimetria para mulheres com cesariana prévia, esses testes não devem ser solicitados para prever falha de progressão do trabalho de parto. Entretanto, uma altura uterina elevada (40cm ou mais) associada à estimativa de peso por ultrassonografia acima de 4.000g, é altamente sugestiva de feto macrossômico e a tentativa de parto vaginal após cesariana pode ser não recomendada. Também não há evidência do benefício da ultrassonografia na predição de ruptura uterina com a



medição do “segmento inferior do útero”. História de parto vaginal prévio, escore de Bishop favorável ou cérvix considerada favorável na admissão na sala de parto, além de trabalho de parto espontâneo são condições que podem auxiliar na tomada de decisão quanto ao modo de nascimento em mulheres com cesariana prévia(86) (qualidade de evidência LE2).

Recomendação:

48) A avaliação ultrassonográfica da cicatriz uterina pós-cesariana segmentar e pelvimetria não são recomendadas de rotina em mulheres com uma ou mais cesarianas prévias.

O intervalo interpartal é útil para informar a decisão sobre a via de parto em mulheres com uma ou mais cesarianas prévias?

Revisão sistemática do CNGOF incluindo cinco coortes retrospectivas avaliou o risco de ruptura uterina associado com um curto intervalo entre as gestações de mulheres com cesariana prévia(90-94)(qualidade de evidência LE3). Shipp (2001) observou que intervalos interpartais de até 18 meses após uma cesariana estiveram associados com um risco aumentado de ruptura uterina sintomática(90). Este autor encontrou um risco de 2,3% no intervalo interpartal inferior a dezenove meses versus 1,1% nos anos seguintes (OR= 3,0 IC 95% 1,2-7,2)(90). Huang (2002) observou que mulheres com intervalos interpartais menores que 19 meses tiveram uma menor taxa de parto vaginal(91). Bujold (2010) em um estudo com 188 mulheres observou uma taxa de ruptura uterina de 5% quando o período intergestacional é inferior ou igual a nove meses, 1,9% entre 9 a 15 meses e 1,1% com mais de 15 meses(92). Em 2002, Bujold havia observado que mulheres com intervalos interpartais inferiores a 24 apresentavam um aumento de 2-3 vezes no risco de ruptura uterina(93). Stamilio (2007), em uma coorte multicêntrica com 25005 mulheres incluindo 128 casos de ruptura uterina, as mulheres com intervalo intergestacional inferior a 6 meses apresentaram taxa de ruptura de 2,2%, enquanto aquelas com mais de 6 meses entre as gestações apresentaram taxa de ruptura uterina de 0,9%(95).



Resumo das Evidências

Os estudos encontrados na revisão sistemática têm qualidade moderada a baixa.

Considerações

O risco de ruptura uterina parece aumentar com a redução do intervalo entre os partos. Se do ponto de vista individual o risco de complicações graves pode ser considerado relativamente baixo, esse pode não ser o caso quando se considera a questão do ponto de vista populacional. Monitorização fetal intermitente, uma equipe treinada capaz de detectar a iminência de ruptura uterina e acesso imediato à cesariana na suspeita de ruptura uterina são condições que minimizam o risco independentemente do intervalo interpartal.

Recomendação:

49) Em mulheres com cesariana prévia e intervalo interpartal inferior a 15 meses (ou intergestacional inferior a seis meses), é recomendado individualizar a conduta relativa ao modo de nascimento.

Qual deve ser o profissional preferencial para assistência ao trabalho de parto e parto de gestantes com uma cesariana prévia?

Qual o local onde se deve assistir ao trabalho de parto e parto de uma gestante com uma cesariana prévia?

Existe algum cuidado adicional ou peculiaridade na assistência ao trabalho de parto e parto de mulheres de gestantes com uma cesariana prévia?

As complicações relacionadas à assistência ao parto vaginal em mulheres com cesariana prévia requerem equipe cirúrgica contendo médico obstetra e anestesista preparados para realizar cesariana de emergência. Gestantes com placenta anterior, no local da cicatriz da cesariana, com risco de placenta de inserção baixa e suspeita de acretismo placentário, devem ser assistidas em ambiente hospitalar capaz de oferecer suporte intensivo e com disponibilidade de classificação sanguínea, hematimetria e uso de hemoderivados, caso necessário(96).



O trabalho de parto deve ser conduzido, preferencialmente, pelo mesmo obstetra (exceto em casos de indisponibilidade ou troca de plantão). Todos os membros da equipe (enfermeiras obstétrizes, obstetra e anestesista) devem estar alertas para os sinais de ruptura uterina. Durante o trabalho de parto de mulheres com cesarianas prévias, é recomendada a monitorização materno-fetal intermitente e condições de acesso imediato à cesariana, caso necessário. Deve ser aconselhado intervalo de um ano antes de nova gravidez (96).

Resumo das Evidências

Os estudos incluídos na revisão do CNGOF para estabelecer local de parto e cuidados relacionados às mulheres com cesariana prévia são de muito baixa qualidade.

Considerações

A diretriz francesa baseou o aconselhamento e os cuidados com gestantes de cesariana prévia na opinião de especialistas. Entende-se que é importante a monitorização fetal intermitente, e que o acesso imediato à cesariana deve estar disponível na suspeita de ruptura uterina com obstetra, anestesista e pediatra presentes para a assistência ao parto. Dependendo do contexto obstétrico, informações adicionais devem ser fornecidas à paciente, especialmente se o parto for induzido. Sugere-se a obtenção de um termo de consentimento pós-informação quer para um parto vaginal quer para uma cesárea programada na presença de uma ou mais cicatrizes de cesárea anterior.

Recomendação

50) Para as gestantes que desejam um parto vaginal (espontâneo ou induzido) após cesariana é recomendada a monitorização materno-fetal intermitente e assistência que possibilite acesso imediato à cesariana.

Em mulheres com cesariana prévia, qual deve ser a técnica preferencial para indução de trabalho de parto?



Seis estudos observacionais avaliaram os riscos do parto vaginal em mulheres com cesariana prévia. O maior estudo incluiu 35.854 mulheres na Escócia de 1985-98 com uma cesariana prévia que desejavam parto vaginal ou estavam com mais de 41 semanas de gestação. A taxa de parto vaginal foi de 74,2% e 0,35% de ruptura uterina. O risco de ruptura uterina foi maior naquelas sem parto vaginal prévio (OR ajustado=2,5 IC 95% 1,6-3,9) e submetidas à indução com prostaglandina (PGE2) (OR=2,9, IC 95% 2,0-4,3)(97). Um estudo multicêntrico prospectivo americano evidenciou que o parto vaginal era menos provável em mulheres submetidas à indução tanto naquelas com cesariana quanto as sem cesariana prévia (65% vs. 51%, respectivamente)(98). A indução aumenta moderadamente o risco de cesariana não planejada e aumenta em duas vezes o risco de ruptura uterina quando comparada com o trabalho de parto espontâneo(99)(qualidade de evidência LE2). A indução com ocitocina está associada com risco mínimo a moderado de ruptura uterina comparado ao parto espontâneo(99) (qualidade de evidência LE2).

Apenas um estudo avaliou o uso de misoprostol comparado com ocitocina em mulheres com cesariana prévia e foi interrompido prematuramente após a inclusão de 38 mulheres devido a preocupações com a segurança para as pacientes. Dezesete mulheres tinham sido incluídas no grupo que recebeu misoprostol, e 21 mulheres do grupo de ocitocina. Não houve diferença significativa nos resultados preliminares, porém ocorreram dois casos de ruptura uterina no grupo do misoprostol, o que não ocorreu no grupo da ocitocina (um estudo; 38 mulheres; RR=6,11, 95% CI 0,31-119,33)(100).

Resumo das Evidências

Não foi encontrado nenhum ECR de boa qualidade para determinar qual a melhor forma de indução em mulheres com cesariana prévia. Os estudos observacionais são de qualidade moderada. Não existem dados suficientes para avaliar risco de ruptura uterina e indução mecânica com balão no colo uterino.



Considerações

A indução do parto em gestantes com cesariana prévia aumenta moderadamente o risco de ruptura uterina durante o trabalho de parto comparada ao trabalho de parto espontâneo. A indução eletiva deve ser evitada (LE4)(13), devendo ser considerada somente com indicações médicas específicas.

Nos casos de indução, uma história de parto vaginal prévio e exame cervical favorável são importantes fatores para influenciar na decisão de indução. A diretriz francesa não recomenda indução do parto na presença de duas ou mais cicatrizes de cesariana, porém não há menção a essa restrição nas diretrizes do NICE.

O uso de ocitocina está associado a risco mínimo a moderado de ruptura uterina, mas a ocitocina pode ser utilizada com cautela se necessário. O trabalho de parto espontâneo com o mínimo de intervenções possível é ideal em gestantes com cesariana prévia. O NICE e o CNGOF também mencionam, de forma geral, que o uso de balão no colo (método mecânico de indução) pode ser indicado em gestantes com cesariana prévia, iniciando o processo de indução naquelas mulheres com Bishop desfavorável que desejam um parto vaginal. Nas duas diretrizes (NICE e CNGOF), o uso de misoprostol em gestantes com cesariana prévia não é recomendado por aumentar muito o risco de ruptura uterina. Devido ao reduzido número de evidências sobre o assunto, sugere-se que o uso cauteloso de balão cervical ou ocitocina na indução dessas mulheres é viável para a realidade brasileira nas mulheres com indicação médica de indução do parto. Obstetras e anestesistas deverão estar sempre presentes no local de assistência ao parto.

Dependendo do contexto obstétrico, informações adicionais devem ser fornecidas à paciente, especialmente se o parto for induzido, obtendo-se o termo de consentimento pós-informação.

Recomendação:

- 51) Em mulheres com cesariana prévia e indicação para indução de trabalho de parto, é recomendado o uso de balão cervical ou ocitocina.**
- 52) O uso de misoprostol para indução do parto em mulheres com cicatriz de cesariana prévia, independente do número de cesáreas, não é recomendado.**



CAPÍTULO 4 – CUIDADO DO RECÉM-NASCIDO (PECULIARIDADES DA OPERAÇÃO CESARIANA)

A taxa de mortalidade neonatal no Brasil é de 9,2 por mil nascidos vivos. Segundo os dados do NICE, não há relação direta entre as taxas de parto cesariano e resultados neonatais. As taxas de mortalidade perinatal podem diminuir na presença de uma taxa baixa de cesárea ou permanecer estáveis enquanto os partos cesárea aumentam (nível de evidência 4)(101, 102). Um estudo de coorte (n = 11.702) não demonstrou diferença na mortalidade neonatal entre o nascimento vaginal e cesariano, no entanto o estudo não tinha capacidade suficiente (poder do estudo) para avaliar este desfecho (risco relativo de 1,09 IC 95% 0,14-8,38) (nível de evidência 2)(101-103).

Há necessidade de profissional de saúde treinado em reanimação neonatal na recepção de um recém-nascido por cesariana?

Em um estudo de coorte, os recém-nascidos de parto cesariano e com anestesia regional eram mais propensos a ter um índice de Apgar de primeiro minuto inferior a 4 (6,3%) quando comparados com recém-nascidos de parto vaginal (1,3%; RR 3,04 IC 95% 1,80-5,13) (nível de evidência 2b)(104). Dois estudos descritivos citam que o parto cesariano é uma situação em que é necessário a presença de pediatra ao nascimento (nível de evidência 3)(105, 106). Uma série de 460 partos mostrou que houve maior incidência de reanimação neonatal em partos cesarianos planejados quando comparados com partos vaginais. Resultados semelhantes foram encontrados em outros dois estudos(107, 108). Da série de 59 partos cesarianos de urgência, 24 foram indicados por sofrimento fetal, dos quais 12 recém-nascidos necessitaram de reanimação neonatal. Não houve nenhuma diferença na necessidade de reanimação entre recém-nascidos com apresentação cefálica em parto cesariano (1,8%) e parto vaginal (2,7%) sem evidência de sofrimento fetal(nível de evidência 3)(109). Um



grande estudo observacional nos EUA (n = 3940) relatou que recém-nascidos por cesariana sob anestesia geral tiveram um risco aumentado de ter de Apgar de 1 e 5 minutos menores que 7 quando comparados com aqueles que nasceram por cesariana com anestesia regional (Apgar de primeiro minuto inferior a 7: RR 3,13 IC 95% 2,5-3,88 e Apgar de 5 minutos: RR 3,6, IC 95% 1,81 to 7,00) e necessidade de reanimação neonatal (RR 2,02, IC 95% 1,39-2,9) (nível de evidência 3)(110). Esses achados são compatíveis com aqueles encontrados no NSCSA(111).

Resumo das Evidências

Os estudos disponíveis considerados no guideline do NICE são classificados com nível de evidência 2 e 3 e alguns apontam índices de Apgar mais baixos e maior necessidade de reanimação neonatal na cesariana. Os estudos apontam para a necessidade de um profissional de saúde capacitado no atendimento neonatal, em especial na cesariana sob anestesia geral ou quando há evidência de sofrimento fetal.

Considerações do grupo elaborador

De acordo com a Portaria 371/2014 do Ministério da Saúde(112): “O atendimento ao recém-nascido, no momento do nascimento em estabelecimentos de saúde que realizam partos, consiste na assistência por profissional capacitado, médico (preferencialmente pediatra ou neonatologista) ou profissional de enfermagem (preferencialmente enfermeiro obstetra ou neonatal)” (1º artigo, parágrafo único). “É capacitado em reanimação neonatal o médico ou profissional de enfermagem, que tenha realizado treinamento teórico-prático, conforme Nota Técnica SAS/MS 16 de 2014” (artigo 3º)(112).

Recomendação:

- 53) Quando o nascimento ocorrer por operação cesariana, é recomendada a presença de um médico pediatra adequadamente treinado em reanimação neonatal.**
- 54) Em situações onde não é possível a presença de um médico pediatra em nascimentos por operação cesariana, é recomendada a presença de um profissional médico ou de enfermagem adequadamente treinado em reanimação neonatal.**



Algum cuidado especial em termos de proteção térmica ao recém-nascido através da operação cesariana?

Contato pele a pele precoce deve ser instituído?

Dois estudos descritivos foram encontrados relacionando cesariana e hipotermia neonatal (qualidade de evidência 3). O ambiente aquecido costuma fazer parte da rotina padrão para cuidados com o RN, independente do modo de nascimento. Um ECR demonstrou que os pais também podem manter a conservação da temperatura corporal aquecido de RN saudáveis (113) (qualidade de evidência 1b). Uma revisão sistemática contendo 16 ECR e 1 quase-randomizado (n=806), dois deles incluindo RN de cesariana avaliou as repercussões do contato pele-a-pele no cuidado neonatal de RN saudáveis. De modo geral, houve maior taxa de duração da amamentação (OR=2,15, IC 95% 1,10-4,22), menos choro do RN (OR= 21,89, IC 95% 5,2 – 92,3) e maior índice de afetividade materna para aqueles RN que tiveram contato pele-a-pele precoce (114) (qualidade de evidência 1a). Um ERC contendo mulheres submetidas à cesariana mostrou que o contato pele-a-pele precoce (até 12 horas do parto) melhorou percepção materna do RN, teve efeitos positivos no comportamento materno e melhorou o desempenho das habilidades de maternagem (115)(qualidade de evidência 1b).

Resumo das Evidências

Todos os estudos que avaliam o contato pele-a-pele e repercussões materno-fetais demonstraram os benefícios do contato precoce, no entanto 12 ECR têm uma qualidade metodológica baixa. Esses benefícios do contato precoce associados à relação de maternagem também são evidentes nas mulheres submetidas à cesariana.



Considerações

Assegurar o contato pele a pele imediato e contínuo do RN saudável, com sua mãe é uma das recomendações preconizadas pelo Ministério da Saúde do Brasil (MS), fortalecendo os laços maternos e favorecendo também o aquecimento do RN que tem tendência a hipotermia. É importante verificar a temperatura do ambiente que deverá está em torno de 26 graus para evitar a perda de calor, colocando o RN sobre o abdômen ou tórax da mãe de acordo com sua vontade, de bruços e cobri-lo com uma coberta seca e aquecida (112).

Recomendação:

55) É recomendado o cuidado térmico para o recém-nascido de cesariana.

56) O contato pele-a-pele precoce entre a mãe e o recém-nascido deve ser assegurado e facilitado.

Na operação cesariana o clampeamento de cordão deve ser precoce ou oportuno (i.e. após dois minutos de nascimento ou parada de pulsação do cordão)?

Uma revisão contendo 531 recém-nascidos de nove diferentes ECR demonstrou que os benefícios do clampeamento tardio do cordão incluem diminuição da anemia, melhora da perfusão pulmonar e melhores taxas amamentação. Policitemia, hiperviscosidade, hiperbilirrubinemia, taquipnéia transitória do recém-nascido e sensibilização em mãe RH negativa são consequências desfavoráveis que podem ocorrer com o clampeamento tardio do cordão(116). Um ECR realizado no Reino Unido (n=554) comparou clampeamento tardio e precoce em partos vaginais não observou diferença nos desfechos neonatais e maternos(117) (qualidade de evidência 1b). Dois estudos avaliaram a propensão à anemia e o clampeamento precoce ou tardio do cordão. O primeiro ECR (n=40) evidenciou que o clampeamento do cordão em 45 segundos reduziu a necessidade de transfusão sanguínea nas primeiras 6 semanas de vida do RN (RR= 3,33, IC 95% 1,07-10,03)(119), enquanto o outro ECR não mostrou diferença no hematócrito de criança nos dois grupos tardio e precoce (120). Ambos os



estudos demonstraram que é possível realizar o clampeamento tardio do cordão em cesarianas.

Em relação ao recém-nascido pré-termo, revisão sistemática da Biblioteca Cochrane, publicada em 2012, avaliou 15 estudos com 738 neonatos de idade gestacional entre 24 e 36 semanas, cujo cordão foi clampeado entre 30 e 180 segundos depois do nascimento. O clampeamento tardio de cordão resultou em diminuição do número de prematuros que receberam transfusões sanguíneas (OR 0,61; IC95% 0,46-0,81), que apresentaram hemorragia intracraniana (OR 0,62; IC95% 0,41-0,85) e enterocolite necrosante (OR 0,62; IC95% 0,43-0,90), porém houve elevação do nível de pico de hiperbilirrubinemia indireta(116). Tais achados parecem estar relacionados à elevação do volume de sangue circulante no recém-nascido, com estabilização mais rápida da pressão arterial em consequência da transfusão placentária. No entanto, os dados dessa revisão foram insuficientes para definir as evidências a respeito de óbito neonatal, hemorragia intraventricular ou parenquimatosa graus III/IV, segundo a classificação de Papille et al. e leucomalácia periventricular(118). Deve-se ressaltar, ainda, que não existem evidências sobre os efeitos do clampeamento tardio do cordão em neonatos pré-termo com a vitalidade comprometida ao nascer.

Resumo das Evidências

Estudos controlados randomizados e não randomizados foram incluídos em revisão para avaliar os benefícios do clampeamento tardio do cordão umbilical. A qualidade metodológica dos estudos é variável e pouco consistente, no entanto pode-se analisar os benefícios do clampeamento do cordão. Os estudos que avaliaram a propensão à anemia são de pouco poder metodológico não sendo possível avaliar outros desfechos. Mais ensaios clínicos randomizados precisam ser realizados para determinar o efeito do clampeamento tardio do cordão no acompanhamento neonatal incluindo mães Rh-negativo e nos casos de taquipneia transitória do recém-nascido.



Considerações

Assim como o NICE, a portaria 371 do MS recomenda o clampeamento tardio do cordão umbilical em recém-nascido de termo (idade gestacional 37-41 semanas) que está respirando ou chorando, com tônus muscular em flexão, sem líquido amniótico meconial ou seja, ele apresenta boa vitalidade e não necessita de qualquer manobra de reanimação(112, 119). Em relação ao RN pré-termo, segundo as evidências disponíveis atualmente, recomenda-se que, após a extração completa do concepto, os profissionais de saúde devem avaliar a pulsação do cordão umbilical, os movimentos respiratórios e a movimentação muscular. Se o paciente pré-termo mostrar pulsação no cordão acima de 100 bpm, tiver iniciado a respiração e apresentar movimentação ativa, o clampeamento mais tardio do cordão umbilical, entre 30-60 segundos, pode ser benéfico para facilitar a transfusão placentó-fetal. Caso a vitalidade do recém nascido esteja comprometida ou existam dúvidas sobre a adequação da frequência cardíaca, a movimentação muscular e o início da respiração espontânea indica-se clampear imediatamente o cordão para que o pediatra ou neonatologista avalie de forma imediata a necessidade dos procedimentos de reanimação. Como não há estudos consistentes com gestantes Rh negativos e casos de taquipnéia transitória do RN, esse procedimento só é recomendado em RN saudáveis, com tônus normal, função respiratória normal e na ausência de líquido meconial.

Recomendação:

- 57) É recomendado clampeamento tardio do cordão umbilical para o RN a termo e pré termo com ritmo respiratório normal, tônus normal e sem líquido meconial.**
- 58) Nos casos de mães isoimunizadas, ou portadoras dos vírus HIV ou HTLV, o clampeamento deve ser imediato.**

Nas operações cesarianas, apoio adicional deve ser garantido a fim de que a amamentação precoce possa ser iniciada tão logo possível (isto é, imediatamente após o parto ou dentro da primeira hora)?

A maioria das mulheres (70%) escolhem o tipo de nascimento que melhor favoreça a amamentação. Diversos estudos compararam aleitamento materno e tipo



de parto. Três ECR mediram a taxa de amamentação comparando cesariana e parto vaginal (40, 71, 120). De maneira geral, não houve diferença os grupos (RR= 0,94, IC 95% 0,89 –1,00) (qualidade de evidência 1a). Um estudo avaliou a taxa de amamentação após três meses do parto comparando parto vaginal e cesariana programada, não encontrando diferença significativa (Cesariana 68% vs. 70% no parto vaginal, RR=0,98 IC 95% 0,92-1,05)(71) (qualidade de evidência 1b). Um estudo no Reino Unido evidenciou diferença no aleitamento materno de mulheres submetidas a parto vaginal (76%) e cesariana (39%) (qualidade de evidência 2a). Seis estudos populacionais relevantes mostraram que as taxas de aleitamento materno inicial foram maiores no parto vaginal(121-125). Dois desses estudos que seguiram as pacientes entre 3 e 6 meses não mostraram diferença nas taxas de amamentação entre parto vaginal e cesariana (123, 124) (qualidade de evidência 2a).

Resumo das Evidências

Estudos populacionais realizados em países como Inglaterra e China indicam que o parto vaginal está associado a maiores taxas de aleitamento materno. Alguns ECR e coortes não mostraram diferença na taxa de amamentação e duração do aleitamento comparando parto vaginal e cesariana.

Considerações

Estimular o aleitamento materno na primeira hora de vida, exceto em casos de mães HIV ou HTLV positivas, seguindo as determinações da portaria 371 do MS(112) é uma iniciativa que pode melhorar as taxas de aleitamento no Brasil. É importante postergar os procedimentos de rotina do recém-nascido nessa primeira hora de vida. Entende-se que a limitação de movimentos e os cuidados pós-cesariana podem retardar o contato da mãe com RN nas primeiras horas do parto, sendo necessário apoio no aleitamento materno até a apojadura e saída do ambiente hospitalar.



Recomendação:

59) É recomendado suporte adicional para a mulher que foi submetida à cesariana para ajudá-las a iniciar o aleitamento materno tão logo após o parto.



CAPITULO 5 – LIGADURA TUBÁRIA E CESARIANA

Na ausência de outras indicações, a cesariana deve ser oferecida como método para a realização da ligadura tubária?

A esterilização definitiva voluntária no Brasil (ligadura tubária ou vasectomia) segue legislação específica encontrada no § 4º art. 10, lei 9.263/96 – Constituição Federal Portaria nº 048/99(126).

A legislação vigente estabelece que a realização de esterilização definitiva somente pode ser realizada em pessoas maiores de 25 anos ou com mais de 2 filhos vivos e período de 60 dias entre manifestação da vontade e ato cirúrgico.

A mesma legislação prevê que a realização de ligadura tubária não pode ser realizada no momento do parto, exceto:

- Nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores.
- Risco de vida materno em uma futura gestação.
- Risco de vida para o futuro neonato.

O planejamento familiar deve ter acompanhamento por equipe multidisciplinar a fim de desencorajar a esterilização precoce e caso a mulher mantenha relação conjugal, o cônjuge deve também consentir a realização do procedimento.

Considerações

Existe legislação específica que regulamenta a realização de laqueadura tubária no Brasil. Portanto, estas diretrizes seguem o disposto por essa legislação. De toda forma, um aconselhamento contraceptivo adequado e multidisciplinar para diminuir o número de gestações não planejadas, sendo a ligadura uma opção definitiva de contracepção que não deve ser motivo direto para realização da cesariana. Recomenda-se que as gestantes com duas ou mais cesarianas prévias que desejam e preenchem critérios legais para ligadura tenham aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal.



Recomendação:

60) É recomendado que o modo de nascimento não seja determinado em função da realização da ligadura tubária.



ATUALIZAÇÃO DAS DIRETRIZES

Esta diretriz será atualizada a cada cinco anos ou antes, mediante novas atualizações do guideline NICE-UK e CNGOF. No futuro, as recomendações incluídas nestas diretrizes poderão ser modificadas em decorrência do surgimento de novas evidências científicas. O Ministério da Saúde poderá incluir novas perguntas a serem respondidas no período de atualização.

CONFLITO DE INTERESSE

Os membros do grupo elaborador declaram não apresentar conflitos de interesse.



GLOSSÁRIO

Aciclovir	Medicamento utilizado para o tratamento de doenças causadas por vírus Herpes Genital.
Acretismo placentário ou placenta acreta	Consiste na aderência anormal da placenta na parede uterina. A placenta fica grudada na parede do útero.
Acurácia	Capacidade de um teste diagnóstico em identificar de forma correta quando algum paciente possui a doença.
Amoxicilina-clavulonato	Medicamento antibiótico.
Ampicilina	Medicamento antibiótico.
Anteparto	Período da gestação que antecede o parto.
Antibioticoprofilaxia	Ato de fornecer antibiótico para prevenir uma infecção.
Anticorpo anti-HBc	Tipo de exame para diagnosticar Hepatite C.
Apojadura	É conhecida como a “Descida do leite” e costuma ocorrer a partir do terceiro dia após o parto.
Apresentação cefálica	Posição em que o bebê está “de cabeça para baixo” dentro do útero.
Apresentação pélvica	Posição em que o bebê está sentado dentro do útero.
Bolsa íntegra	Bolsa d’água quando ainda não rompeu.
Bolsa rota	Rompimento da bolsa d’água.
Bradycardia	Frequência de batimento cardíaco menor que o esperado. No caso do feto, menos de 100 batimentos por minuto.
Canal cervical	Canal do colo do útero que tem forma cilíndrica e promove a comunicação entre o útero e a vagina.
Canal de parto	Espaço de saída do feto no momento do nascimento. É constituído de uma parte óssea (pelve ou “bacia”) e uma parte mole (que compõe a vagina e a vulva).
Carga viral	É um exame que conta a quantidade de vírus presente em uma certa quantidade de sangue.
Cefalosporinas	Grupo de medicamentos antibióticos.
Cesariana prévia	Quando a mulher já foi submetida à cesariana anteriormente.



Choque cardiogênico	Incapacidade do coração bombear uma quantidade adequada de sangue para os órgãos, causando queda da pressão arterial, falta de oxigênio nos tecidos e acúmulo de líquidos nos pulmões. (http://www.tuasaude.com/choque-cardiogenico/)
Clampeamento	Momento do corte do cordão umbilical.
Co-infecção	Mais de uma infecção ao mesmo tempo.
Coorte	Tipo de estudo em que o investigador acompanha um grupo de indivíduos ao longo do tempo a fim de observar se há relação entre algum fator de risco e o desenvolvimento de uma doença.
Depressão puerperal	Tipo de depressão que afeta mulheres após terem dado a luz a um bebê.
Desenvolvimento Neuropsicomotor	Desenvolvimento do sistema nervoso, psicológico e da movimentação (andar, falar, sentar, etc.)
Desproporção céfalo-pélvica	Ocorre quando a cabeça do feto é maior que o espaço por onde ele deve passar na pelve da mãe.
Distócia	Distúrbio que impede a progressão do trabalho de parto.
Doulas	Mulheres (mais comumente leigas) que durante o parto oferecem apoio, conforto, estímulo e companhia à gestante durante o parto e nos cuidados com o bebê.
Embolia pulmonar	Obstrução de vasos nos pulmões por coágulos (trombos ou êmbolos) que provocam problema respiratório grave.
Encefalopatia isquêmica	Alteração neurológica incluindo distúrbios de consciência, alterações do tônus e dos reflexos e convulsões causada por falta de fluxo sanguíneo no cérebro.
Endometrite	Infecção no útero.
Escore de Apgar	Escala de avaliação do bem-estar do bebê. Índice de Apgar acima de 7 é o ideal.
Escore de Bishop	Avaliação do colo uterino através do toque vaginal que pode evidenciar a progressão do trabalho de parto e a chance de se ter um parto vaginal.
Esterilização	Provocar a infertilidade da mulher.
Exame ecográfico com Doppler	Ultrassonografia obstétrica. O Doppler avalia a função da placenta.
Falência renal aguda	É a perda súbita da capacidade de os rins filtrarem resíduos,



sais e líquidos do sangue.

Fármacos	Medicamentos
Febre puerperal	Ocorrência de febre maior ou igual a 38°C que aparece após 24 horas do parto e nos primeiros dez dias após o parto.
Fetal	Tudo que diz respeito ao feto.
Gemelar	Diz respeito a gravidez de gêmeos.
HBV-DNA	Exame de DNA do vírus da hepatite B.
Hematócrito	É a percentagem de volume ocupada pelos glóbulos vermelhos ou hemácias no volume total de sangue.
Hematologista	Especialidade médica que estuda e trata as doenças do sangue.
Hemoderivados	Produtos derivados do sangue utilizados para transfusão de sangue.
Hemorragia intracraniana	É um derrame de sangue no interior do crânio.
Hemotransfusão	É a transferência de sangue ou hemoderivados para uma pessoa.
Hepatite B	Inflamação no fígado provocada por vírus B.
Hepatite C	Inflamação no fígado provocada por vírus C.
Herpes Vírus	Vírus que infecta a boca e/ou órgãos genitais provocando feridas.
Hiperbilirrubinemia	É uma concentração anormalmente alta de bilirrubina no sangue.
Hiperviscosidade	É o aumento da viscosidade do sangue.
Hipoglicemia	É um distúrbio provocado pela baixa concentração de glicose no sangue.
Hipotermia neonatal	Consiste na temperatura corporal do recém-nascido anormalmente baixa.
Hipóxia	Ocorre quando há diminuição de oxigênio nos tecidos orgânicos, sendo causada por diferentes fatores.
Histerectomia	Cirurgia de retirada do útero.
Infecção herpética genital	Herpes genital.
Infecção primária	Infecção que ocorreu pela primeira vez.



Isoimunização	Quando a mãe e o bebê têm sangue de tipos diferentes e estes se misturam em algum momento durante a gestação e o parto, pode ocorrer a formação de anticorpos (proteínas de defesa) contra o tipo de sangue diferente, afetando principalmente as gestações subsequentes.
Isoimunizadas	Mulheres que tem anticorpos (proteínas de defesa) contra o tipo de sangue diferente do delas.
Ligadura tubária	Consiste no método de esterilização feminina caracterizado pelo corte cirúrgico das tubas uterinas, que fazem o caminho dos ovários até o útero.
Lesão cervical	Trauma na região do colo do útero, na porção inferior do útero.
Lesão iatrogênica	Trauma, doença, efeitos adversos ou complicações causadas por ou resultantes do tratamento médico.
Lesão vesical	Trauma na região da bexiga.
Ligadura/hemostasia	Maneira de coagular o sangue, ajuda na cicatrização de feridas.
Líquido meconial	Líquido amniótico (da bolsa d'água) misturado às primeiras fezes do feto ou recém-nascido.
Monocorionicidade	Diz respeito à presença de uma única placenta para os dois fetos de uma gestação gemelar.
Morbidade	Doenças, complicações. Em epidemiologia, significa a taxa de portadores de determinada doença em relação à população total estudada, em determinado local e em determinado momento.
Morbidade crônica	Doença crônica
Morbidade respiratória	Desconforto respiratório, "falta de ar".
Mortalidade	Óbitos. Taxa epidemiológica para quantificar o número de óbitos ocorridos em relação ao número de habitantes.
Múltiparas	Mulheres que já tiveram mais de um parto.
Neonatal	Relativo ao recém-nascido (RN) ou ao período de quatro semanas que se segue ao nascimento.
Nulíparas	Mulheres que nunca tiveram parto.
Ocitocina	Hormônio sintético utilizado para induzir ou aumentar contrações do trabalho de parto.



Paralisia cerebral	Alteração no sistema nervoso que leva à dificuldade de falar, se movimentar, engolir, dentre outros problemas neurológicos.
Pelve ou Cavidade pélvica	Conhecida como “bacia”, é o espaço que contém os componentes abdominais, como a bexiga, órgãos genitais, ovários e útero, além dos ossos do quadril, sacro e cóccix. Faz parte do canal de parto.
Pelvimetria	Exame para medir a pelve (“bacia”) óssea da mulher, a parte óssea do canal de parto.
Perfusão pulmonar	Irrigação do sangue nos pulmões.
Perinatal	Compreende o período entre as 22 semanas completas de gestação e os 7 dias completos após o nascimento.
Perineal	Relativo ao períneo; região do corpo humano que, nas mulheres, começa abaixo da vulva e se estende até o ânus.
Placenta anterior	A placenta está voltada para a posição à frente da mulher.
Placenta prévia centro-parcial	A placenta recobre parcialmente o canal de parto
Placenta prévia centro-total	A placenta recobre totalmente o canal de parto.
Placenta Prévia ou Placenta de inserção baixa	A placenta está posicionada abaixo da localização do feto. A placenta se apresenta primeiro no canal de parto do que o feto..
Policitemia	Aumento de glóbulos vermelhos no sangue.
Pós-cesariana segmentar	Após cesariana.
Pré-eclâmpsia	Caracterizada por pressão arterial elevada, acompanhada pela eliminação de proteínas pela urina (proteinúria) ou de retenção de líquidos (edema), que ocorre entre a 20ª semana de gravidez e o final da primeira semana depois do parto.
Prematuridade	Relativo a um recém-nascido prematuro ou pré-termo; ou seja, aquele nascido antes das 37 semanas de gravidez.
Pré-termo	Parto ou nascimento que ocorre antes das 37 semanas de gravidez.
Primíparas	Mulheres quando têm seu primeiro parto.
Profilático	Preventivo
Profilaxia antibiótica	Antibiótico para prevenir uma infecção.



Puerperal	O estado puerperal é o período compreendido entre a expulsão da placenta até os 42 dias após o parto.
Pulsção do cordão	O cordão umbilical possui vasos sanguíneos cuja pulsção pode ser sentida e contada.
Reprodução assistida	Área da ginecologia em que ajuda casais inférteis a terem filhos de maneira artificial, com medicação e procedimentos como inseminação e fertilização in vitro, vulgarmente conhecidos como “bebê de proveta”.
Ruptura uterina	Condição patológica em que o útero se rompe.
Sítio cirúrgico	Espaço próprio para a realização de cirurgias;
Soropositivas	Mulheres infectadas com o vírus HIV.
Soroprevalência	Prevalência do teste positivo para algum vírus ou bactéria no sangue.
Sutura	Técnica utilizada para fechar uma abertura cirúrgica ou lesão, ligando ou unindo pele, músculos, vasos sanguíneos e outros tecidos do corpo com pontos cirúrgicos.
Taquipnéia transitória	Desconforto respiratório transitório, intermitente.
Tecido adiposo	Camada do corpo formada pelas células de gordura.
Tecido subcutâneo	Tecido gorduroso abaixo da pele.
Terapia antirretroviral	Medicação para tratamento de vírus (no texto para o HIV).
Termo	É o período localizado entre 37 e 42 semanas da gestação.
Tocofobia	Aversão, medo ou ansiedade exagerada em relação ao parto vaginal
Tônus	Tensão elástica, sente-se leve contração.
Tração controlada do cordão	Segurar o cordão umbilical com um pouco de tensão.
Transmissão vertical	Transmissão de uma doença infecciosa da mãe para o filho durante a gravidez, no momento do parto e/ou por meio do aleitamento materno.
Traumatismo cirúrgico	Trauma físico provocado por um procedimento cirúrgico.
Trombose venosa profunda	Obstrução de uma veia da perna ou braço que impede a circulação de sangue no local.

**Vasectomia**

Técnica cirúrgica para esterilização dos homens.

Versão cefálica externa

Manobra realizada sobre o abdome materno para virar o feto que está atravessado no útero ou sentado, de forma a posicioná-lo com a cabeça para baixo, a posição ideal para o parto.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MS/SVS/DASIS - Dados de 2012. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos %u2013 SINASC e SIP/ANS. 2013.
2. Lumbiganon P, Laopaiboon M, Gulmezoglu AM, Souza JP, Taneepanichskul S, Ruyan P, et al. Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007-08. *Lancet*. 2010 Feb 6;375(9713):490-9. PubMed PMID: 20071021. Epub 2010/01/15. eng.
3. Villar J, Valladares E, Wojdyla D, Zavaleta N, Carroli G, Velazco A, et al. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet*. 2006 Jun 3;367(9525):1819-29. PubMed PMID: 16753484. Epub 2006/06/07. eng.
4. Souza JP, Cecatti JG, Faundes A, Morais SS, Villar J, Carroli G, et al. Maternal near miss and maternal death in the World Health Organization's 2005 global survey on maternal and perinatal health. *Bulletin of the World Health Organization*. 2010 Feb;88(2):113-9. PubMed PMID: 20428368. Pubmed Central PMCID: PMC2814475. Epub 2010/04/30. eng.
5. Victora C. A operação cesariana freia a redução da mortalidade materna no Brasil. *Comunicação Pessoal*, 2015. <http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,cesarea-freia-queda-de-mortalidade-materna-diz-especialista,1521306>.
6. NICE. Caesarean section. 2011;www.nice.org.uk/guidance/CG55. London - UK.
7. WHO Statement on Caesarean Section Rates. 2015.
8. Betran AP, Torloni MR, Zhang J, Ye J, Mikolajczyk R, Deneux-Tharaux C, et al. What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies. *Reproductive health*. 2015 Jun 21;12(1):57. PubMed PMID: 26093498. Epub 2015/06/22. Eng.
9. JP Souza, AP Betran, A Dumont, B de Mucio, CM Gibbs Pickens, C Deneux-Tharaux, E Ortiz-Panozo, E Sullivan, E Ota, G Togoobaatar, G Carroli, H Knight, Jun Zhang, JG Cecatti, JP Vogel, K Jayaratne, do Carmo Leal M, Gissler M, Morisaki N, Lack N, Oladapo OT, Tuncalp O, Lumbiganon P, Mori R, Quintana S, Costa Passos AD, Marcolin AC, Zongo A, Blondel B, Hernández B, Hogue CJ, Prunet C, Landman C, Ochrir C, Cuesta C, Pileggi-Castro C, Walker D, Alves D, Abalos E, Moises ECD, Vieira EM, Duarte G, Perdon G, Gurol-Urganci I, Takahiko K, Moscovici L, Campodonico L, Oliveira-Ciabati L, Laopaiboon M, Danansuriya M, Nakamura-Pereira M, Costa ML, Torloni MR, Kramer MR, Borges P, Olkhanud PB, Perez-Cuevas R, Agampodi SB, Mittal S, Serruya S, Bataglia V, Li Z, Temmerman M, Gulmezoglu AM. C-Model global reference for caesarean section rates: a multicountry cross-sectional study. *BJOG* 2015; DOI: 10.1111/1471-0528.13509.
10. Cecatti JG. Beliefs and misbeliefs about current interventions during labor and delivery in Brazil. *Cadernos de saude publica*. 2014 Aug;30 Suppl 1:S17-8. PubMed PMID: 25167182. Epub 2014/08/29. eng.
- por.
11. The ADAPTE Collaboration. The ADAPTE Process: Resource Toolkit for Guideline Adaptation. Version 2.0. Available from: <http://www.g-i-n.net>. 2009.
12. Brouwers M, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, Fervers B, Graham ID, Grimshaw J, Hanna S, Littlejohns P, Makarski J, Zitzelsberger L for the AGREE Next Steps Consortium. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. *Can Med Assoc J*. Dec 2010; 182:E839-842; doi:10.1503/090449. 2010.
13. Sentilhes L, Vayssiere C, Beucher G, Deneux-Tharaux C, Deruelle P, Diemunsch P, et al. Delivery for women with a previous cesarean: guidelines for clinical practice from the French College of Gynecologists and Obstetricians (CNGOF). *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*. 2013 Sep;170(1):25-32. PubMed PMID: 23810846. Epub 2013/07/03. eng.
14. Gagnon AJ. Individual or group antenatal education for childbirth/parenthood. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2000 (4):CD002869. PubMed PMID: 11034780. Epub 2000/10/18. eng.
15. O'Cathain A, Walters SJ, Nicholl JP, Thomas KJ, Kirkham M. Use of evidence based leaflets to promote informed choice in maternity care: randomised controlled trial in everyday practice. *BMJ (Clinical research ed)*. 2002 Mar 16;324(7338):643. PubMed PMID: 11895822. Pubmed Central PMCID: PMC84396. Epub 2002/03/16. eng.



16. Deneux-Tharaux C, Carmona E, Bouvier-Colle MH, Breart G. Postpartum maternal mortality and cesarean delivery. *Obstetrics and gynecology*. 2006 Sep;108(3 Pt 1):541-8. PubMed PMID: 16946213. Epub 2006/09/02. eng.
17. Joseph KS, Liu S, Rouleau J, Kirby RS, Kramer MS, Sauve R, et al. Severe maternal morbidity in Canada, 2003 to 2007: surveillance using routine hospitalization data and ICD-10CA codes. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada : JOGC = Journal d'obstetrique et gynecologie du Canada : JOGC*. 2010 Sep;32(9):837-46. PubMed PMID: 21050516. Epub 2010/11/06. eng.
18. Dahlgren LS, von Dadelszen P, Christilaw J, Janssen PA, Lisonkova S, Marquette GP, et al. Caesarean section on maternal request: risks and benefits in healthy nulliparous women and their infants. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada : JOGC = Journal d'obstetrique et gynecologie du Canada : JOGC*. 2009 Sep;31(9):808-17. PubMed PMID: 19941705. Epub 2009/11/28. eng.
19. Geller EJ, Wu JM, Jannelli ML, Nguyen TV, Visco AG. Maternal outcomes associated with planned vaginal versus planned primary cesarean delivery. *American journal of perinatology*. 2010 Oct;27(9):675-83. PubMed PMID: 20235001. Epub 2010/03/18. eng.
20. Schindl M, Birner P, Reingrabner M, Joura E, Husslein P, Langer M. Elective cesarean section vs. spontaneous delivery: a comparative study of birth experience. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 2003 Sep;82(9):834-40. PubMed PMID: 12911445. Epub 2003/08/13. eng.
21. Geller EJ, Wu JM, Jannelli ML, Nguyen TV, Visco AG. Neonatal outcomes associated with planned vaginal versus planned primary cesarean delivery. *Journal of perinatology : official journal of the California Perinatal Association*. 2010 Apr;30(4):258-64. PubMed PMID: 19812591. Epub 2009/10/09. eng.
22. Homer CS, Kurinczuk JJ, Spark P, Brocklehurst P, Knight M. Planned vaginal delivery or planned caesarean delivery in women with extreme obesity. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*. 2011 Mar;118(4):480-7. PubMed PMID: 21244616. Epub 2011/01/20. eng.
23. Hofmeyr GJ. External cephalic version facilitation for breech presentation at term. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2001 (4):CD000184. PubMed PMID: 11687071. Epub 2001/11/01. eng.
24. Van Veelen AJ, Van Cappellen AW, Flu PK, Straub MJ, Wallenburg HC. Effect of external cephalic version in late pregnancy on presentation at delivery: a randomized controlled trial. *British journal of obstetrics and gynaecology*. 1989 Aug;96(8):916-21. PubMed PMID: 2673337. Epub 1989/08/01. eng.
25. Hofmeyr GJ. External cephalic version for breech presentation before term. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2000 (2):CD000084. PubMed PMID: 10796123. Epub 2000/05/05. eng.
26. Lau TK, Lo KW, Rogers M. Pregnancy outcome after successful external cephalic version for breech presentation at term. *American journal of obstetrics and gynecology*. 1997 Jan;176(1 Pt 1):218-23. PubMed PMID: 9024118. Epub 1997/01/01. eng.
27. Hofmeyr GJ, Hannah ME. Planned caesarean section for term breech delivery. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2003 (3):CD000166. PubMed PMID: 12917886. Epub 2003/08/15. eng.
28. Confidential Enquiry into Stillbirths and Deaths in Infancy. An enquiry into the quality of care and its effect on the survival of babies born at 27-28 weeks. Project 27/28. London: TSO. 2003.
29. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. *Lancet*. 2000 Oct 21;356(9239):1375-83. PubMed PMID: 11052579. Epub 2000/10/29. eng.
30. Thomas J PS. RCOG Clinical Effectiveness Support Unit. The National Sentinel Caesarean Section Audit Report. . 2001. London-UK.
31. Rydhstrom H, Ingemarsson I. A case-control study of the effects of birth by caesarean section on intrapartum and neonatal mortality among twins weighing 1500-2499 g. *British journal of obstetrics and gynaecology*. 1991 Mar;98(3):249-53. PubMed PMID: 2021562. Epub 1991/03/01. eng.
32. Sheay W, Ananth CV, Kinzler WL. Perinatal mortality in first- and second-born twins in the United States. *Obstetrics and gynecology*. 2004 Jan;103(1):63-70. PubMed PMID: 14704246. Epub 2004/01/06. eng.
33. Smith GC, Pell JP, Dobbie R. Birth order, gestational age, and risk of delivery related perinatal death in twins: retrospective cohort study. *BMJ (Clinical research ed)*. 2002 Nov 2;325(7371):1004. PubMed PMID: 12411358. Pubmed Central PMCID: PMC131015. Epub 2002/11/02. eng.



34. Crowther CA. Caesarean delivery for the second twin. The Cochrane database of systematic reviews. 2000 (2):CD000047. PubMed PMID: 10796103. Epub 2000/05/05. eng.
35. Rabinovici J, Barkai G, Reichman B, Serr DM, Mashiach S. Randomized management of the second nonvertex twin: vaginal delivery or cesarean section. American journal of obstetrics and gynecology. 1987 Jan;156(1):52-6. PubMed PMID: 3799768. Epub 1987/01/01. eng.
36. Chasen ST, Madden A, Chervenak FA. Cesarean delivery of twins and neonatal respiratory disorders. American journal of obstetrics and gynecology. 1999 Nov;181(5 Pt 1):1052-6. PubMed PMID: 10561617. Epub 1999/11/16. eng.
37. Barrett JF, Hannah ME, Hutton EK, Willan AR, Allen AC, Armson BA, et al. A randomized trial of planned cesarean or vaginal delivery for twin pregnancy. The New England journal of medicine. 2013 Oct 3;369(14):1295-305. PubMed PMID: 24088091. Pubmed Central PMCID: PMC3954096. Epub 2013/10/04. eng.
38. Jain A, Fleming P. Project 27/28. An enquiry into the quality of care and its effect on the survival of babies born at 27-28 weeks. Archives of disease in childhood Fetal and neonatal edition. 2004 Jan;89(1):F14-6. PubMed PMID: 14711846. Pubmed Central PMCID: PMC1721629. Epub 2004/01/09. eng.
39. Murphy DJ, Sellers S, MacKenzie IZ, Yudkin PL, Johnson AM. Case-control study of antenatal and intrapartum risk factors for cerebral palsy in very preterm singleton babies. Lancet. 1995 Dec 2;346(8988):1449-54. PubMed PMID: 7490990. Epub 1995/12/02. eng.
40. Wallace RL, Schiffrin BS, Paul RH. The delivery route for very-low-birth-weight infants. A preliminary report of a randomized, prospective study. The Journal of reproductive medicine. 1984 Oct;29(10):736-40. PubMed PMID: 6512783. Epub 1984/10/01. eng.
41. Kinzler WL, Ananth CV, Smulian JC, Vintzileos AM. The effects of labor on infant mortality among small-for-gestational-age infants in the USA. The journal of maternal-fetal & neonatal medicine : the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstet. 2002 Sep;12(3):201-6. PubMed PMID: 12530619. Epub 2003/01/18. eng.
42. Levy BT, Dawson JD, Toth PP, Bowdler N. Predictors of neonatal resuscitation, low Apgar scores, and umbilical artery pH among growth-restricted neonates. Obstetrics and gynecology. 1998 Jun;91(6):909-16. PubMed PMID: 9610995. Epub 1998/06/04. eng.
43. Westgren M, Dolfen T, Halperin M, Milligan J, Shennan A, Svenningsen NW, et al. Mode of delivery in the low birth weight fetus. Delivery by cesarean section independent of fetal lie versus vaginal delivery in vertex presentation. A study with long-term follow-up. Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica. 1985;64(1):51-7. PubMed PMID: 3976377. Epub 1985/01/01. eng.
44. Guise JM, Eden K, Emeis C, Denman MA, Marshall N, Fu RR, et al. Vaginal birth after cesarean: new insights. Evidence report/technology assessment. 2010 Mar(191):1-397. PubMed PMID: 20629481. Epub 2010/07/16. eng.
45. Warshak CR, Eskander R, Hull AD, Scioscia AL, Mattrey RF, Benirschke K, et al. Accuracy of ultrasonography and magnetic resonance imaging in the diagnosis of placenta accreta. Obstetrics and gynecology. 2006 Sep;108(3 Pt 1):573-81. PubMed PMID: 16946217. Epub 2006/09/02. eng.
46. Twickler DM, Lucas MJ, Balis AB, Santos-Ramos R, Martin L, Malone S, et al. Color flow mapping for myometrial invasion in women with a prior cesarean delivery. The Journal of maternal-fetal medicine. 2000 Nov-Dec;9(6):330-5. PubMed PMID: 11243289. Epub 2001/03/13. eng.
47. Shih JC, Palacios Jaraquemada JM, Su YN, Shyu MK, Lin CH, Lin SY, et al. Role of three-dimensional power Doppler in the antenatal diagnosis of placenta accreta: comparison with gray-scale and color Doppler techniques. Ultrasound in obstetrics & gynecology : the official journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology. 2009 Feb;33(2):193-203. PubMed PMID: 19173239. Epub 2009/01/29. eng.
48. Masselli G, Brunelli R, Casciani E, Poletti E, Piccioni MG, Anceschi M, et al. Magnetic resonance imaging in the evaluation of placental adhesive disorders: correlation with color Doppler ultrasound. European radiology. 2008 Jun;18(6):1292-9. PubMed PMID: 18239921. Epub 2008/02/02. eng.
49. Bronsteen R, Valice R, Lee W, Blackwell S, Balasubramaniam M, Comstock C. Effect of a low-lying placenta on delivery outcome. Ultrasound in obstetrics & gynecology : the official journal of the



International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology. 2009 Feb;33(2):204-8. PubMed PMID: 19173234. Epub 2009/01/29. eng.

50. Wong HS, Hutton J, Zuccollo J, Tait J, Pringle KC. The maternal outcome in placenta accreta: the significance of antenatal diagnosis and non-separation of placenta at delivery. The New Zealand medical journal. 2008 Jul 4;121(1277):30-8. PubMed PMID: 18677328. Epub 2008/08/05. eng.

51. Warshak CR, Ramos GA, Eskander R, Benirschke K, Saenz CC, Kelly TF, et al. Effect of predelivery diagnosis in 99 consecutive cases of placenta accreta. Obstetrics and gynecology. 2010 Jan;115(1):65-9. PubMed PMID: 20027036. Epub 2009/12/23. eng.

52. Hanzal E, Kainz C, Hoffmann G, Deutinger J. An analysis of the prediction of cephalopelvic disproportion. Archives of gynecology and obstetrics. 1993;253(4):161-6. PubMed PMID: 8161249. Epub 1993/01/01. eng.

53. Gorman RE, Noble A, Andrews CM. The relationship between shoe size and mode of delivery. Midwifery today and childbirth education. 1997 Spring(41):70-1. PubMed PMID: 9136429. Epub 1997/04/01. eng.

54. Pattinson RC FE-ME. Pelvimetry for fetal cephalic presentations at or near term. The Cochrane database of systematic reviews. 2001;<http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/main.php?lib=COC&searchExp=pelvimetry&lang=pt>.

55. Zhang J, Landy HJ, Branch DW, Burkman R, Haberman S, Gregory KD, et al. Contemporary patterns of spontaneous labor with normal neonatal outcomes. Obstetrics and gynecology. 2010 Dec;116(6):1281-7. PubMed PMID: 21099592. Pubmed Central PMCID: PMC3660040. Epub 2010/11/26. eng.

56. Rossi AC, Mullin P, Prefumo F. Prevention, management, and outcomes of macrosomia: a systematic review of literature and meta-analysis. Obstetrical & gynecological survey. 2013 Oct;68(10):702-9. PubMed PMID: 25101904. Epub 2014/08/08. eng.

57. Calvert C, Ronsmans C. HIV and the risk of direct obstetric complications: a systematic review and meta-analysis. PloS one. 2013;8(10):e74848. PubMed PMID: 24124458. Pubmed Central PMCID: PMC3790789. Epub 2013/10/15. eng.

58. Elective caesarean-section versus vaginal delivery in prevention of vertical HIV-1 transmission: a randomised clinical trial. Lancet. 1999 Mar 27;353(9158):1035-9. PubMed PMID: 10199349. Epub 1999/04/13. eng.

59. Lavender T, Hofmeyr GJ, Neilson JP, Kingdon C, Gyte GM. Caesarean section for non-medical reasons at term. The Cochrane database of systematic reviews. 2012;3:CD004660. PubMed PMID: 22419296. Pubmed Central PMCID: PMC4171389. Epub 2012/03/16. eng.

60. The mode of delivery and the risk of vertical transmission of human immunodeficiency virus type 1--a meta-analysis of 15 prospective cohort studies. The International Perinatal HIV Group. The New England journal of medicine. 1999 Apr 1;340(13):977-87. PubMed PMID: 10099139. Epub 1999/04/01. eng.

61. Recommendations for Use of Antiretroviral Drugs in Pregnant HIV-1-Infected Women for Maternal. Health and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the United States. Uptodate 2015. <http://aidsinfo.nih.gov/guidelines>. 2015.

62. Ministério da Saúde. Estudo de prevalência de base populacional das infecções pelos vírus das hepatites A, B e C nas capitais do Brasil.

. 2010. p. 27-36.

63. Lee SD TY, Wu TC, Lo KJ, Wu JC, Yang ZC. Role of caesareansection in prevention of mother-infant transmission of hepatitis B virus. Lancet. 1998;833-4.

64. Gibb DM, Goodall RL, Dunn DT, Healy M, Neave P, Cafferkey M, et al. Mother-to-child transmission of hepatitis C virus: evidence for preventable peripartum transmission. Lancet. 2000 Sep 9;356(9233):904-7. PubMed PMID: 11036896. Epub 2000/10/19. eng.

65. Clemens SAC FC. Soroprevalência de anticorpos contra vírus herpes simples 1-2 no Brasil. Revista de Saúde Pública. 2010;44(4).

66. Nahmias AJ, Josey WE, Naib ZM, Freeman MG, Fernandez RJ, Wheeler JH. Perinatal risk associated with maternal genital herpes simplex virus infection. American journal of obstetrics and gynecology. 1971 Jul 15;110(6):825-37. PubMed PMID: 4327295. Epub 1971/07/15. eng.



67. Brown ZA, Benedetti J, Ashley R, Burchett S, Selke S, Berry S, et al. Neonatal herpes simplex virus infection in relation to asymptomatic maternal infection at the time of labor. *The New England journal of medicine*. 1991 May 2;324(18):1247-52. PubMed PMID: 1849612. Epub 1991/05/02. eng.
68. Scott LL, Sanchez PJ, Jackson GL, Zeray F, Wendel GD, Jr. Acyclovir suppression to prevent cesarean delivery after first-episode genital herpes. *Obstetrics and gynecology*. 1996 Jan;87(1):69-73. PubMed PMID: 8532270. Epub 1996/01/01. eng.
69. Brocklehurst P, Kinghorn G, Carney O, Helsen K, Ross E, Ellis E, et al. A randomised placebo controlled trial of suppressive acyclovir in late pregnancy in women with recurrent genital herpes infection. *British journal of obstetrics and gynaecology*. 1998 Mar;105(3):275-80. PubMed PMID: 9532986. Epub 1998/04/09. eng.
70. Braig S, Luton D, Sibony O, Edlinger C, Boissinot C, Blot P, et al. Acyclovir prophylaxis in late pregnancy prevents recurrent genital herpes and viral shedding. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*. 2001 May;96(1):55-8. PubMed PMID: 11311761. Epub 2001/04/20. eng.
71. Hannah ME, Hannah WJ, Hodnett ED, Chalmers B, Kung R, Willan A, et al. Outcomes at 3 months after planned cesarean vs planned vaginal delivery for breech presentation at term: the international randomized Term Breech Trial. *Jama*. 2002 Apr 10;287(14):1822-31. PubMed PMID: 11939868. Epub 2002/04/10. eng.
72. Chaim W, Bashiri A, Bar-David J, Shoham-Vardi I, Mazor M. Prevalence and clinical significance of postpartum endometritis and wound infection. *Infectious diseases in obstetrics and gynecology*. 2000;8(2):77-82. PubMed PMID: 10805361. Pubmed Central PMCID: PMC1784665. Epub 2000/05/11. eng.
73. Hebert PR, Reed G, Entman SS, Mitchel EF, Jr., Berg C, Griffin MR. Serious maternal morbidity after childbirth: prolonged hospital stays and readmissions. *Obstetrics and gynecology*. 1999 Dec;94(6):942-7. PubMed PMID: 10576180. Epub 1999/11/27. eng.
74. Smaill F, Hofmeyr GJ. Antibiotic prophylaxis for cesarean section. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2002 (3):CD000933. PubMed PMID: 12137614. Epub 2002/07/26. eng.
75. Hopkins L SF. Antibiotic prophylaxis regimens and drugs for cesarean section. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2001 (12).
76. Wilkinson CS EM. Manual removal of placenta at caesarean section. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2003 (12).
77. Allaire AD, Fisch J, McMahon MJ. Subcutaneous drain vs. suture in obese women undergoing cesarean delivery. A prospective, randomized trial. *The Journal of reproductive medicine*. 2000 Apr;45(4):327-31. PubMed PMID: 10804490. Epub 2000/05/11. eng.
78. Cetin A, Cetin M. Superficial wound disruption after cesarean delivery: effect of the depth and closure of subcutaneous tissue. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*. 1997 Apr;57(1):17-21. PubMed PMID: 9175664. Epub 1997/04/01. eng.
79. Beucher G, Dolley P, Levy-Thissier S, Florian A, Dreyfus M. [Maternal benefits and risks of trial of labor versus elective repeat caesarean delivery in women with a previous caesarean delivery]. *Journal de gynecologie, obstetrique et biologie de la reproduction*. 2012 Dec;41(8):708-26. PubMed PMID: 23159201. Epub 2012/11/20. Benefices et risques maternels de la tentative de voie basse comparee a la césarienne programmee en cas d'antecedent de césarienne. fre.
80. Cahill AG, Tuuli M, Odibo AO, Stamilio DM, Macones GA. Vaginal birth after caesarean for women with three or more prior caesareans: assessing safety and success. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*. 2010 Mar;117(4):422-7. PubMed PMID: 20374579. Epub 2010/04/09. eng.
81. Tahseen S, Griffiths M. Vaginal birth after two caesarean sections (VBAC-2)-a systematic review with meta-analysis of success rate and adverse outcomes of VBAC-2 versus VBAC-1 and repeat (third) caesarean sections. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*. 2010 Jan;117(1):5-19. PubMed PMID: 19781046. Epub 2009/09/29. eng.
82. Dekker GA, Chan A, Luke CG, Priest K, Riley M, Halliday J, et al. Risk of uterine rupture in Australian women attempting vaginal birth after one prior caesarean section: a retrospective population-based cohort study. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*. 2010 Oct;117(11):1358-65. PubMed PMID: 20716251. Epub 2010/08/19. eng.



83. Lopez E, Patkai J, El Ayoubi M, Jarreau PH. [Benefits and harms to the newborn of maternal attempt at trial of labor after prior caesarean versus elective repeat caesarean delivery]. *Journal de gynecologie, obstetrique et biologie de la reproduction*. 2012 Dec;41(8):727-34. PubMed PMID: 23141133. Epub 2012/11/13. Benefices et risques neonataux de la tentative de voie basse comparee a la césarienne programmee en cas d'antecedent de césarienne. fre.
84. Crowther CA, Dodd JM, Hiller JE, Haslam RR, Robinson JS. Planned vaginal birth or elective repeat caesarean: patient preference restricted cohort with nested randomised trial. *PLoS medicine*. 2012;9(3):e1001192. PubMed PMID: 22427749. Pubmed Central PMCID: PMC3302845. Epub 2012/03/20. eng.
85. Rozen G, Ugoni AM, Sheehan PM. A new perspective on VBAC: a retrospective cohort study. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*. 2011 Mar;24(1):3-9. PubMed PMID: 20447886. Epub 2010/05/08. eng.
86. Haumonte JB, Raylet M, Sabiani L, Franke O, Bretelle F, Boubli L, et al. [Predictive factors for vaginal birth after cesarean section]. *Journal de gynecologie, obstetrique et biologie de la reproduction*. 2012 Dec;41(8):735-52. PubMed PMID: 23142356. Epub 2012/11/13. Quels facteurs influencent la voie d'accouchement en cas de tentative de voie basse sur uterus cicatriciel ? fre.
87. Kayem G, Raiffort C, Legardeur H, Gavard L, Mandelbrot L, Girard G. [Specific particularities of uterine scars and their impact on the risk of uterine rupture in case of trial of labor]. *Journal de gynecologie, obstetrique et biologie de la reproduction*. 2012 Dec;41(8):753-71. PubMed PMID: 23142359. Epub 2012/11/13. Criteres d'acceptation de la voie vaginale selon les caracteristiques de la cicatrice uterine. fre.
88. Schmitz T. [Particular maternal or fetal clinical conditions influencing the choice of the mode of delivery in case of previous cesarean]. *Journal de gynecologie, obstetrique et biologie de la reproduction*. 2012 Dec;41(8):772-81. PubMed PMID: 23131716. Epub 2012/11/08. Situations cliniques particulieres, maternelles ou foetales, influencant le choix du mode d'accouchement en cas d'antecedent de césarienne. fre.
89. Jastrow N, Chaillet N, Roberge S, Morency AM, Lacasse Y, Bujold E. Sonographic lower uterine segment thickness and risk of uterine scar defect: a systematic review. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada : JOGC = Journal d'obstetrique et gynecologie du Canada : JOGC*. 2010 Apr;32(4):321-7. PubMed PMID: 20500938. Epub 2010/05/27. eng.
90. Shipp TD, Zelop CM, Repke JT, Cohen A, Lieberman E. Interdelivery interval and risk of symptomatic uterine rupture. *Obstetrics and gynecology*. 2001 Feb;97(2):175-7. PubMed PMID: 11165577. Epub 2001/02/13. eng.
91. Huang WH, Nakashima DK, Rumney PJ, Keegan KA, Jr., Chan K. Interdelivery interval and the success of vaginal birth after cesarean delivery. *Obstetrics and gynecology*. 2002 Jan;99(1):41-4. PubMed PMID: 11777508. Epub 2002/01/05. eng.
92. Bujold E, Gauthier RJ. Risk of uterine rupture associated with an interdelivery interval between 18 and 24 months. *Obstetrics and gynecology*. 2010 May;115(5):1003-6. PubMed PMID: 20410775. Epub 2010/04/23. eng.
93. Bujold E, Mehta SH, Bujold C, Gauthier RJ. Interdelivery interval and uterine rupture. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2002 Nov;187(5):1199-202. PubMed PMID: 12439503. Epub 2002/11/20. eng.
94. Rochelson B, Pagano M, Conetta L, Goldman B, Vohra N, Frey M, et al. Previous preterm cesarean delivery: identification of a new risk factor for uterine rupture in VBAC candidates. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine : the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstet*. 2005 Nov;18(5):339-42. PubMed PMID: 16390795. Epub 2006/01/05. eng.
95. Stamilio DM, DeFranco E, Pare E, Odibo AO, Peipert JF, Allsworth JE, et al. Short interpregnancy interval: risk of uterine rupture and complications of vaginal birth after cesarean delivery. *Obstetrics and gynecology*. 2007 Nov;110(5):1075-82. PubMed PMID: 17978122. Epub 2007/11/06. eng.
96. Gallot D, Delabaere A, Desvignes F, Vago C, Accoceberry M, Lemery D. [Information and facilities recommendations concerning trial of labour in the context of scarred womb]. *Journal de gynecologie, obstetrique et biologie de la reproduction*. 2012 Dec;41(8):782-7. PubMed PMID: 23141131. Epub 2012/11/13. Quelles sont les recommandations d'organisation et d'information en cas de proposition de tentative de voie basse pour uterus cicatriciel ? fre.



97. Smith GC, Pell JP, Pasupathy D, Dobbie R. Factors predisposing to perinatal death related to uterine rupture during attempted vaginal birth after caesarean section: retrospective cohort study. *BMJ (Clinical research ed)*. 2004 Aug 14;329(7462):375. PubMed PMID: 15262772. Pubmed Central PMCID: PMC509342. Epub 2004/07/21. eng.
98. Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, Spong CY, Leindecker S, Varner MW, et al. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. *The New England journal of medicine*. 2004 Dec 16;351(25):2581-9. PubMed PMID: 15598960. Epub 2004/12/16. eng.
99. Deruelle P, Lepage J, Depret S, Clouqueur E. [Induction of labor and intrapartum management for women with uterine scar]. *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*. 2012 Dec;41(8):788-802. PubMed PMID: 23142358. Epub 2012/11/13. Mode de déclenchement du travail et conduite du travail en cas d'uterus cicatriciel. fre.
100. Jozwiak M, Dodd JM. Methods of term labour induction for women with a previous caesarean section. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2013;3:CD009792. PubMed PMID: 23543582. Epub 2013/04/02. eng.
101. Lidegaard O, Jensen LM, Weber T. Technology use, cesarean section rates, and perinatal mortality at Danish maternity wards. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 1994 Mar;73(3):240-5. PubMed PMID: 8122506. Epub 1994/03/01. eng.
102. O'Driscoll K, Foley M. Correlation of decrease in perinatal mortality and increase in cesarean section rates. *Obstetrics and gynecology*. 1983 Jan;61(1):1-5. PubMed PMID: 6823339. Epub 1983/01/01. eng.
103. Minkoff HL, Schwarz RH. The rising cesarean section rate: can it safely be reversed? *Obstetrics and gynecology*. 1980 Aug;56(2):135-43. PubMed PMID: 7393501. Epub 1980/08/01. eng.
104. Annibale DJ, Hulsey TC, Wagner CL, Southgate WM. Comparative neonatal morbidity of abdominal and vaginal deliveries after uncomplicated pregnancies. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. 1995 Aug;149(8):862-7. PubMed PMID: 7633538. Epub 1995/08/01. eng.
105. Kroll L, Twohey L, Daubeney PE, Lynch D, Ducker DA. Risk factors at delivery and the need for skilled resuscitation. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*. 1994 Jun 30;55(3):175-7. PubMed PMID: 7958161. Epub 1994/06/30. eng.
106. Eidelman AI, Schimmel MS, Bromiker R, Hammerman C. Pediatric coverage of the delivery room: an analysis of manpower utilization. *Journal of perinatology : official journal of the California Perinatal Association*. 1998 Mar-Apr;18(2):131-4. PubMed PMID: 9605304. Epub 1998/05/30. eng.
107. Jacob J, Pfenninger J. Cesarean deliveries: when is a pediatrician necessary? *Obstetrics and gynecology*. 1997 Feb;89(2):217-20. PubMed PMID: 9015023. Epub 1997/02/01. eng.
108. Gonzalez F, Juliano S. Is pediatric attendance necessary for all cesarean sections? *The Journal of the American Osteopathic Association*. 2002 Mar;102(3):127-9. PubMed PMID: 11926690. Epub 2002/04/03. eng.
109. Hogston P. Is a paediatrician required at caesarean section? *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*. 1987 Sep;26(1):91-3. PubMed PMID: 3666267. Epub 1987/09/01. eng.
110. Ong BY, Cohen MM, Palahniuk RJ. Anesthesia for cesarean section--effects on neonates. *Anesthesia and analgesia*. 1989 Mar;68(3):270-5. PubMed PMID: 2919765. Epub 1989/03/01. eng.
111. Thomas J, Paranjothy S, James D. National cross sectional survey to determine whether the decision to delivery interval is critical in emergency caesarean section. *BMJ (Clinical research ed)*. 2004 Mar 20;328(7441):665. PubMed PMID: 15023829. Pubmed Central PMCID: PMC381217. Epub 2004/03/17. eng.
112. Ministério da Saúde do Brasil, Portaria 371. 2014. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.html.
113. Christensson K. Fathers can effectively achieve heat conservation in healthy newborn infants. *Acta paediatrica (Oslo, Norway : 1992)*. 1996 Nov;85(11):1354-60. PubMed PMID: 8955466. Epub 1996/11/01. eng.
114. Anderson GC, Moore E, Hepworth J, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2003 (2):CD003519. PubMed PMID: 12804473. Epub 2003/06/14. eng.
115. McClellan MS, Cabianca WA. Effects of early mother-infant contact following cesarean birth. *Obstetrics and gynecology*. 1980 Jul;56(1):52-5. PubMed PMID: 7383488. Epub 1980/07/01. eng.



116. Rabe H, Diaz-Rossello JL, Duley L, Dowswell T. Effect of timing of umbilical cord clamping and other strategies to influence placental transfusion at preterm birth on maternal and infant outcomes. The Cochrane database of systematic reviews. 2012;8:CD003248. PubMed PMID: 22895933. Epub 2012/08/17. eng.
117. McDonnell M, Henderson-Smart DJ. Delayed umbilical cord clamping in preterm infants: a feasibility study. Journal of paediatrics and child health. 1997 Aug;33(4):308-10. PubMed PMID: 9323618. Epub 1997/08/01. eng.
118. Papile LA, Burstein J, Burstein R, Koffler H. Incidence and evolution of subependymal and intraventricular hemorrhage: a study of infants with birth weights less than 1,500 gm. The Journal of pediatrics. 1978 Apr;92(4):529-34. PubMed PMID: 305471. Epub 1978/04/01. eng.
119. McDonald SJ, Middleton P, Dowswell T, Morris PS. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. Evidence-based child health : a Cochrane review journal. 2014 Jun;9(2):303-97. PubMed PMID: 25404605. Epub 2014/11/19. eng.
120. Lumley J, Lester A, Renou P, Wood C. A failed RCT to determine the best method of delivery for very low birth weight infants. Controlled clinical trials. 1985 Jun;6(2):120-7. PubMed PMID: 4006485. Epub 1985/06/01. eng.
121. Samuels SE, Margen S, Schoen EJ. Incidence and duration of breast-feeding in a health maintenance organization population. The American journal of clinical nutrition. 1985 Sep;42(3):504-10. PubMed PMID: 4036850. Epub 1985/09/01. eng.
122. Vestermark V, Hogdall CK, Birch M, Plenov G, Toftager-Larsen K. Influence of the mode of delivery on initiation of breast-feeding. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1990;38:33-8.
123. Bruce NG, Khan Z, Olsen ND. Hospital and other influences on the uptake and maintenance of breast feeding: the development of infant feeding policy in a district. Public health. 1991 Sep;105(5):357-68. PubMed PMID: 1754659. Epub 1991/09/01. eng.
124. Ever-Hadani P, Seidman DS, Manor O, Harlap S. Breast feeding in Israel: maternal factors associated with choice and duration. Journal of epidemiology and community health. 1994 Jun;48(3):281-5. PubMed PMID: 8051528. Pubmed Central PMCID: PMC1059960. Epub 1994/06/01. eng.
125. Leung GM, Ho LM, Lam TH. Breastfeeding rates in Hong Kong: a comparison of the 1987 and 1997 birth cohorts. Birth (Berkeley, Calif). 2002 Sep;29(3):162-8. PubMed PMID: 12153646. Epub 2002/08/03. eng.
126. BRASIL. § 4º art. 10, Lei n. 9263, de 12 de janeiro de 1996. Constituição Federal Portaria nº 048/99. Dispõe sobre planejamento familiar e esterilização voluntária. Portal da Legislação: Leis Ordinárias. 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9263.htm.



APÊNDICE 1 – MEMBROS DO GRUPO CONSULTIVO, GRUPO ELABORADOR E REVISÃO EXTERNA

Grupo Consultivo

Associação Brasileira de Obstetristas e Enfermeiros Obstetras - ABENFO

Kelly Cristina Almeida Borgonove

Kleyde Ventura de Souza

Valdercy Herdy

Virginia Leismann Moretto

Agência Nacional de Saúde - ANS

Aline Monte de Mesquita

Jacqueline Torres

Karla S. Coelho

AMIL

Maria Elisa Cabanelas

Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA

Eduardo André Viana Alves

Maria Angela da Paz

Benafran J. Bezerra

ARTEMIS

Raquel Almeida Marques

Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn

Iraci do Carmo de França

Associação Médica Brasileira - AMB

Antonio Jorge Salomão

Cochrane Brasil

Maria Regina Torloni

Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS - CONITEC

Clarice Alegre Petramale

**Conselho Federal de Enfermagem – Cofen**

Maria do Rosario de Fatima B. Sampaio

Conselho Federal de Medicina – CFM

Almerindo Brasil de Sousa

Antonio Jorge Salomão

Roberto Magliano de Moraes

Conselho Nacional de Saúde - CNS

Maria do Espirito Santo dos Santos

Coordenação Geral de Saúde do Adolescente – Ministério da Saúde

Maria da Guia

Coordenação Geral de Saúde das Crianças e Aleitamento Materno – Ministério da Saúde

Ana Paula da Cruz

Mariane Curado Borges

Paulo V. Bonilha Almeida

Tatyana Coimbra

Coordenação Geral de Saúde dos Homens - Ministério Da Saúde

Michelle Leite da Silva

Coordenação Geral de Saúde das Mulheres - Ministério da Saúde

Amanda F. de Vico

Camilla Schneck

Maria Esther de Albuquerque Vilela

Sonia Lansky

Departamento de Ciência e Tecnologia – Ministério da Saúde

Betânia Leite

Dayane Gabriele A. Silveira

Nathan Mendes

Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias no SUS – Ministério da Saúde

Ana Carolina de F. Lopes

Aline S. Silva

Ávila Teixeira Vidal

Jorgiany Emerick Ebeidalla



Roberta Buarque Rabelo

Tacila Pires

Vania C. Canuto Santos

FEBRASGO

Etelvino de Souza Trindade

Sérgio Hecker Luz

Federação Brasileira de Hospitais

Eduardo de Oliveira

João Henrique Araujo Fernandes

Walter Lyrio do Valle

FENASAÚDE

Mauro Blini

Vera Queiros Sampaio de Souza

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Ensp/Fiocruz

Maria da Guia Leal

Maria Helena Bastos

GEAP

Fernando Santos

Luciana Rodriguez Teixeira

Silvana Souza Lima da Silva

Hospital Albert Einstein

Eduardo Cordioli

Instituto Fernandes Figueiras – Fiocruz

Maria do Carmo Leal

Organização Pan Americana de Saúde – OPAS/OMS

Rodolfo Gomes

Parto do Princípio

Denise Yoshie Niy

Deborah Rachel A. Delage Silva

**REHUNA**

Daphne Rattner

Ricardo H. Jones

Sociedade Brasileira de Pediatria

Dennis Burns

UNIMED

Amílcar José Ribeiro Carvalho

Jeyner Valério Junior

Paulo Tarcísio Pinheiro da Silva

Grupo Elaborador

João Paulo Souza (Coordenador) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/ USP

Giordana Campos Braga - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/ USP

Melania Amorim - Universidade Federal de Campina Grande e Instituto de Medicina Integral

Professor Fernando Figueira/ IMIP

Sérgio Marba – Universidade Estadual de Campinas/UNICAMP e Coordenação Geral de Saúde das Criança e Aleitamento Materno

Revisores Externos

Marcos Dias - Instituto Fernandes Figueiras/ Fiocruz

Renato Passini - Universidade Estadual de Campinas/UNICAMP

Rodolfo Pacagnella - Universidade Estadual de Campinas/UNICAMP



APÊNDICE 2 - DIRETRIZES INCLUÍDAS E EXCLUÍDAS NA BUSCA SISTEMÁTICA.

Diretrizes Incluídas:

NICE/Caesarean section

<http://www.nice.org.uk/guidance/cg132/resources/guidance-caesarean-section-pdf>

Delivery for women with a previous cesarean: guidelines for clinical practice from the French College of Gynecologists and Obstetricians (CNGOF)

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23810846>.

Diretrizes Excluídas:

Vaginal Birth After Previous Cesarean Delivery do Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia (ACOG)

<http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Practice-Bulletins/Committee-on-Practice-Bulletins-Obstetrics/Vaginal-Birth-After-Previous-Cesarean-Delivery>

Vaginal Birth After Previous Cesarean Delivery da Sociedade Canadense de Ginecologia e Obstetrícia (SOGC)

<http://sogc.org/guidelines/guidelines-for-vaginal-birth-after-previous-caesarean-birth-replaces-147-july-2004/>

Vaginal Birth After Previous Cesarean Delivery da Sociedade Australiana de Ginecologia e Obstetrícia

http://www.health.qld.gov.au/qcg/documents/g_vbac5-1.pdf

Safe Prevention of the Primary Cesarean Delivery – ACOG

<http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Obstetric-Care-Consensus-Series/Safe-Prevention-of-the-Primary-Cesarean-Delivery>



Caesarean delivery on maternal request- ACOG

<http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Cesarean-Delivery-on-Maternal-Request>

South Australian guideline – Caesarean section

http://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/49ceed004ee1e678aeb1afd150ce4f37/Caesarean+section+PPG_June2014.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=49ceed004e1e678aeb1afd150ce4f37

Projeto Diretrizes do Brasil – 2002

http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/032.pdf



APÊNDICE 3 - RESULTADO DA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE COM O INSTRUMENTO AGREE II

Diretriz avaliada	Pontuação	Recomenda a utilização da diretriz?
NICE -UK	83%	Sim, com modificações específicas
Delivery for women with a previous cesarean: guidelines for clinical practice from the French College of Gynecologists and Obstetricians (CNGOF)	72%	Sim, com modificações específicas
VBAC AGOC	44%	Não
VBAC SOGC	44%	Não
VBAC Australian	39%	Não
Safe Prevention of the Primary Cesarean Delivery - ACOG	33%	Não
Caesarean delivery on maternal request- ACOG	33%	Não
South Australiana guideline – Caesarean section	33%	Não
Projeto Diretrizes do Brasil - 2002	17%	Não

*NICE-The National Institute for Health and Care Excellence / United Kingdom Department of Health, publicado em 2011 e atualizado em 2013.

ACOG – Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia

VBAC- Parto Vaginal após Cesariana

SOGC – Sociedade Canadense de Ginecologia e Obstetrícia



APÊNDICE 4 – QUESTÕES INCLUÍDAS NO ESCOPO E NÃO RESPONDIDAS POR ESTA DIRETRIZ

Capítulo 1 - Cuidado centrado na mulher

Como estas informações devem ser oferecidas? (por exemplo: através de grupos? Individual?)

Capítulo 2 - Cesariana programada

Existe algum ponto de corte em termos de peso estimado por ecografia para oferecer a operação cesariana à gestante?

Na ausência de outras indicações, a operação cesariana deve ser oferecida a mulheres com lesões sugestivas de infecção pelo vírus do papiloma humano (HPV)?

Na ausência de outras indicações, a operação cesariana deve ser oferecida a mulheres com infecção pelo estreptococo beta-hemolítico do grupo B?

Na ausência de outras indicações, a operação cesariana deve ser oferecida a mulheres com circular de cordão?

Na ausência de outras indicações, a operação cesariana deve ser oferecida a mulheres com feto morto?

Na ausência de outras indicações, a operação cesariana deve ser oferecida a mulheres com oligohidrânio?

Na ausência de outras indicações, a operação cesariana deve ser oferecida a mulheres com polihidrânio?

Na ausência de outras indicações, a operação cesariana deve ser oferecida a mulheres com mais de 35 anos de idade?

Na ausência de outras indicações, a operação cesariana deve ser oferecida a mulheres com doença mental?



Capítulo 3 - Operação cesariana a pedido

Como aconselhar uma mulher que solicita a operação cesariana? Qual o conteúdo que deve ser discutido? (utilizar o fact-sheet sobre operação cesariana)

Se a razão apresentada para a solicitação da operação cesariana é ansiedade em relação ao parto ou partofobia, a mulher deve ser encaminhada para avaliação e suporte psicológico?

Quais são as possíveis linhas de cuidado para tratamento da ansiedade relacionada ao parto e a partofobia? Os grupos de gestante podem contribuir para o tratamento da ansiedade relacionada ao parto e a partofobia?

Se mesmo após o aconselhamento a mulher mantém a solicitação de operação cesariana para o parto, uma segunda opinião médica deve ser obtida?

No caso de operação cesariana a pedido, existe uma idade gestacional mínima para a sua realização?

Capítulo 6 – Estratégias para redução da taxa de cesariana no Brasil

(Este Capítulo relaciona-se à implementação da diretriz)

O uso de auditoria e devolução com pactuação de metas é recomendado para a redução das taxas de cesariana em serviços de saúde?

Existe alguma ferramenta que possa auxiliar gestores a determinar de forma customizada qual seria uma taxa de cesariana de referência para serviços de saúde?

O monitoramento das taxas de cesariana em populações estratégicas (por exemplo, as primíparas e mulheres com cesariana prévia) é recomendado para a redução das taxas de cesariana em serviços de saúde?

O uso da classificação de Robson é recomendado para a redução das taxas de cesariana em serviços de saúde?

Quais são os indicadores de processo sensíveis para monitorar a redução da taxa de CS?

Quais são as práticas clínicas e não clínicas efetivas e potencialmente efetivas para reduzir cesarianas?



- Acompanhante do parto
- Versão cefálica externa
- Segunda opinião
- Educação continuado e simulações

Indução de TP

Uso de protocolos clínicos para VBAC

Mudança do modelo de assistência ao parto (Público e privado)

Para redução das taxas de cesariana, deve ser estimulado o emprego de equipes transdisciplinares na assistência ao trabalho de parto e parto? (incluindo obstetriz/enfermeira obstétrica, obstetra, pediatra, fisioterapeuta, doula)

A realização do pré-natal e parto com o mesmo médico está associado ao aumento das taxas de cesariana? A utilização de plantões obstétricos, com equipes compostas por médicos e enfermeiras obstétricas/obstetrizes está associado a melhores resultados maternos e neonatais, incluindo a redução da taxa de cesariana? A utilização de plantões obstétricos, com equipes compostas somente por médicos, está associado a melhores resultados maternos e neonatais, incluindo a redução da taxa de cesariana? O modelo de remuneração por procedimento está associado ao aumento das taxas de cesariana? O pagamento por desembolso direto ao profissional está associado ao aumento das taxas de cesariana? O modelo de pagamento por desempenho está associado a redução das taxas de cesariana? O modelo de pagamento por salário fixo mensal está associado a redução da taxa de cesariana?

A ANS deve pactuar de taxas de cesariana de referência com os convênios e seguros de saúde?



APÊNDICE 5 - QUESTÕES INCLUÍDAS NO ESCOPO E RESPONDIDAS POR ESTA DIRETRIZ

Capítulo 1 - Cuidado centrado na mulher

1. As gestantes devem receber informações baseadas em evidência e apoio para que realizem decisões informadas sobre o parto? Quem deve oferecer estas informações?
2. Qual o conteúdo e formato destas informações?
3. Deve ser obtido um consentimento informado? Quem deve obter o consentimento informado? Em que momento o consentimento informado deve ser obtido?
4. Quais informações devem ser discutidas com a mulher na obtenção do consentimento informado?

Capítulo 2 - Cesariana programada

5. Na ausência de outras indicações, a operação cesariana deve ser oferecida para mulheres com gestação única e feto em apresentação pélvica? O que deve preceder este oferecimento? Em que momento deve ser realizada?
6. A versão cefálica externa deve ser oferecida para mulheres com gestação única e feto em apresentação pélvica antes da operação cesariana? Onde a versão cefálica externa deve ser realizada? Em que momento deve ser realizada?
7. Na ausência de outras indicações, a operação cesariana deve ser oferecida para mulheres com gestações gemelares não complicadas, cujo primeiro feto está em apresentação cefálica?
8. Na ausência de outras indicações, a operação cesariana deve ser oferecida para mulheres com gestações gemelares não complicadas, cujo primeiro feto está em apresentação não cefálica?



9. Na ausência de outras indicações, a operação cesariana deve ser oferecida para mulheres em trabalhos de parto pré-termo sem outras complicações maternas ou fetais?
10. Na ausência de outras indicações, a operação cesariana deve ser oferecida para gestantes com fetos pequenos para a idade gestacional?
11. Na ausência de outras indicações, a operação cesariana deve ser oferecida para mulheres cujos fetos têm placentas centro-total ou centro-parcial?
12. Na ausência de outras indicações, a operação cesariana deve ser oferecida para mulheres cujos fetos têm placentas baixas (não centro-totais ou centro-parciais)?
13. Para mulheres com placenta baixa entre 32 e 34 semanas de gestação e antecedente de cesariana prévia, um exame ecográfico com Doppler deve ser oferecido para o diagnóstico de acretismo placentário?
14. Em mulheres em que foi possível estabelecer o diagnóstico anteparto de acretismo placentário, deve ser oferecido encaminhamento para um centro de referência? Realização de Ressonância Nuclear Magnética (RNM) deve ser oferecida nestes casos?
15. Quais são as intervenções disponíveis para mulheres com acretismo placentário?
16. Como fazer o diagnóstico da desproporção céfalo-pélvica? A pelvimetria clínica deve ser utilizada para prever a ocorrência de falha de progressão de trabalho de parto? A pelvimetria clínica deve ser utilizada no processo de decisão quanto à via de parto?
17. O tamanho do pé, a altura materna, e estimativas de tamanho fetal (ecográficas ou clínicas) devem ser utilizadas para prever a ocorrência de falha de progressão de trabalho de parto?
18. Na ausência de outras indicações, a operação cesariana deve ser oferecida a mulheres vivendo com uma infecção pelo vírus HIV para prevenir a transmissão vertical? Em que circunstâncias esta operação deve ser oferecida para evitar a transmissão vertical?



19. Na ausência de outras indicações, a operação cesariana deve ser oferecida a mulheres vivendo com uma infecção pelo vírus da hepatite B para prevenir a transmissão vertical?
20. Na ausência de outras indicações, a operação cesariana deve ser oferecida a mulheres vivendo com uma infecção pelo vírus da hepatite C para prevenir a transmissão vertical?
21. Na ausência de outras indicações, a operação cesariana deve ser oferecida a mulheres com infecção primária ativa do vírus da Herpes simples (HSV) durante o terceiro trimestre da gestação? A operação cesariana deve ser oferecida a mulheres com infecção ativa recorrente do vírus da Herpes simples?
22. Na ausência de outras indicações, a operação cesariana deve ser oferecida para gestantes obesas? Existe algum valor de índice de massa corporal a partir do qual a cesariana deva ser oferecida?
23. Quais intervenções devem ser realizadas para reduzir a ocorrência de infecção operatória na cesariana?

Capítulo 4 – Parto vaginal com cesariana prévia

24. A operação cesariana deve ser oferecida de rotina para mulheres com uma cesariana prévia?
25. A operação cesariana deve ser oferecida de rotina para mulheres com duas ou mais cesarianas prévias?
26. As mulheres com duas ou mais cesarianas prévias podem ter um parto vaginal subsequente?
27. A operação cesariana deve ser realizada em mulheres com uma ou mais operações cesarianas prévias e que solicitem nova operação cesariana?
28. Como proceder caso uma mulher com CS prévia solicite uma nova CS?



29. A avaliação ultrassonográfica da cicatriz uterina pós-cesariana segmentar é útil para informar a decisão sobre a via de parto em mulheres com uma ou mais cesarianas prévias?
30. Deve-se oferecer às mulheres com operação cesariana prévia a realização de algum exame subsidiário antes da definição da via de parto?
31. O intervalo interpartal é útil para informar a decisão sobre a via de parto em mulheres com uma ou mais cesarianas prévias?
32. Existe um número máximo de cesarianas prévias que seja compatível com parto vaginal seguro?
33. Qual deve ser o profissional preferencial para assistência ao trabalho de parto e parto de gestantes com uma cesariana prévia?
34. Qual o local onde se deve assistir ao trabalho de parto e parto de uma gestante com uma cesariana prévia?
35. Existe algum cuidado adicional ou peculiaridade na assistência ao trabalho de parto e parto de mulheres de gestantes com uma cesariana prévia?
36. Em mulheres com cesariana prévia, qual deve ser a técnica preferencial para indução de trabalho de parto?

Capítulo 5 – Cuidado do Recém-Nascido (peculiaridades da operação cesariana)

37. Um profissional de saúde treinado em reanimação neonatal deve estar presente na sala de parto para recepcionar o recém-nascido? Precisa ser o pediatra? Tipo de anestesia influencia em qual profissional deve estar presente?
38. Algum cuidado especial em termos de proteção térmica ao recém-nascido através da operação cesariana?
39. Contato pele a pele precoce deve ser instituído?
40. Na operação cesariana o clampeamento de cordão deve ser precoce ou oportuno (i.e. após dois minutos de nascimento ou parada de pulsação do cordão)?



41. Nas operações cesarianas, suporte adicional deve ser garantido a fim de que a amamentação precoce possa ser iniciada tão logo possível (isto é, imediatamente após o parto ou dentro da primeira hora)?

Capítulo 6 - Estratégias para redução da taxa de cesariana no Brasil

42. Na ausência de outras indicações, a cesariana deve ser oferecida como método para a realização da ligadura tubária?

ADVERTÊNCIA

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União


Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro
PORTARIA Nº 1.319, DE 5 DE JUNHO DE 2007

Aprova diretrizes e orientações gerais para a realização do procedimento de vasectomia parcial ou completa.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando que a assistência em planejamento familiar deve incluir a oferta de todos os métodos e técnicas para a concepção e a anticoncepção, cientificamente aceitos, de acordo com a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que regulamenta o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar;

Considerando que a consciência de um planejamento familiar condizente com a escala social é direito de todo cidadão, entendido "...como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal";

Considerando a Portaria nº 48, de 11 de fevereiro de 1999;

Considerando a Portaria nº 252/GM, de 6 de fevereiro de 2006, que institui a Política Nacional de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade; e

Considerando a necessidade de ampliar o acesso ao procedimento de vasectomia, resolve:

Art. 1º Aprovar, na forma do Anexo a esta Portaria, as diretrizes e orientações gerais para a realização do procedimento de vasectomia parcial ou completa.

Art. 2º Alterar, a partir da competência junho de 2007, a descrição e o valor total do procedimento da Tabela de Procedimentos do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde - SIH/SUS, da seguinte forma:

De:

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	Valor (R\$)
0811107	Vasotomia	28,42

Para:

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	Faixa Etária (cód.)	Valor (R\$)
0811107	Vasectomia Parcial ou Completa	64 a 72 (a partir de 25 anos)	103,18

Art. 3º Redefinir o procedimento, código 31005098 (Vasectomia Parcial ou Completa), da Tabela de Procedimentos do Sistema de Informação Hospitalar-SIH/SUS, para ser realizado nas modalidades de atendimento Hospitalar e Hospital Dia.

Art. 4º Incluir o procedimento referido no artigo 2º desta Portaria no elenco de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade, Portaria nº 252/GM, de 6 de fevereiro de 2006.

Art. 5º Estabelecer que os recursos orçamentários, objeto desta Portaria, corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.1220.8585-Atenção à Saúde da População nos Municípios Habilitados em Gestão Plena do Sistema e nos Estados Habilitados em Gestão Plena Avançada.

Art. 6º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO**ANEXO****1. Introdução**

Atendendo ao disposto no Artigo 10 da Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que regula o parágrafo 7º da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências; somente é permitida a esterilização voluntária sob as seguintes condições:

I - em homens com capacidade civil plena e maiores de 25 anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico;

II - em caso de risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro conceito, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos; e

III - será obrigatório constar no prontuário médico o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldade de reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

2. Orientações Gerais

Este procedimento só tem uma finalidade, a esterilização masculina, que consiste:

I - antisepsia regiões inguinais D e E com iodofor aquoso ou PVPI ou clorexedina;

II - anestesia local com xilocaina 1 ou 2%;

III - incisão de uma lado (entre 1 a 1,5cm);

IV - identificação do deferente, ressecção de pequeno seguimento, com ligadura com vycril das extremidades;

V - aproximação subcutâneo com o mesmo vycril;

VI - cola da pela ou ponto simples;

VII - idem procedimento no lado contralateral; e

VIII - tempo previsto para a realização do procedimento, aproximadamente de 30 minutos.

OBS: Não existe afastamento pós-operatório. O paciente deverá retornar para controle 15 dias após e fazer espermograma para confirmação do procedimento.

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO

Publicado em: 30/12/2019 | Edição: 251-C | Seção: 1 - Extra | Página: 1

Órgão: Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro

PORTARIA Nº 3.932, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2019

Define, para o exercício de 2020, a estratégia de acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Portaria nº 3.992/GM/MS, de 28 de dezembro de 2017, que altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde;

Considerando a necessidade de dar continuidade à estratégia de ampliação do acesso aos procedimentos cirúrgicos eletivos;

Considerando a oficina sobre a estratégia de ampliação do acesso aos procedimentos cirúrgicos eletivos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), realizada em julho de 2019, com objetivo de conhecer as necessidades, fragilidades, demandas e experiências no que diz respeito ao acesso e à realização de procedimentos cirúrgicos eletivos; e

Considerando a necessidade de reorganizar e ampliar o acesso aos procedimentos cirúrgicos eletivos, em especial àqueles com demanda reprimida identificada, resolve:

Art. 1º Fica definida, para o exercício de 2020, a estratégia de acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 2º Fica estabelecido limite financeiro no montante de R\$ 250.000.000,00 (duzentos e cinquenta milhões de reais), a ser disponibilizado aos Estados e ao Distrito Federal por meio do Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), conforme Anexo I.

§ 1º A alocação dos recursos aos Estados e ao Distrito Federal será proporcional à população do ano de 2019, de acordo com as estimativas para o Tribunal de Contas da União (TCU).

§ 2º A alocação dos recursos para a gestão estadual e para os gestores municipais será definida por meio de pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), devendo ser encaminhada ao Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde do Ministério da Saúde (DRAC/SAES/MS) em até 60 dias a contar da publicação desta Portaria.

§ 3º A qualquer tempo, durante a vigência desta Portaria, a CIB poderá repactuar os limites financeiros programados para a gestão estadual e para os gestores municipais ou remanejá-los, visando ao melhor cumprimento da estratégia. Quaisquer alterações nos valores e formas inicialmente pactuadas na CIB somente passarão a vigorar após comunicação oficial ao DRAC/SAES/MS e publicação de portaria específica.

Art. 3º Para efeito da estratégia a que se refere esta Portaria, serão considerados Procedimentos Cirúrgicos Eletivos, financiados por meio do FAEC, aqueles constantes do Anexo II e do Anexo III, atendendo aos seguintes critérios:

I - será considerada a quantidade de procedimentos que exceder a meta física de produção mensal, estabelecida por gestor, financiada por meio do limite financeiro de Média e Alta Complexidade (MAC), disponível no sítio eletrônico www.saude.gov.br/atencao-especializada-e-hospitalar, e referente à média mensal da produção aprovada no teto MAC relativa aos procedimentos constantes do Anexo II e do Anexo III no ano de 2018, em conformidade com os bancos de dados nacionais;

II - utilizar os instrumentos de registro Autorização de Internação Hospitalar (AIH) ou Autorização de Procedimentos Ambulatoriais (APAC), conforme a modalidade do atendimento, em caráter de atendimento 1 - Eletivo; e

III - utilizar séries numéricas específicas, conforme o instrumento de registro, da seguinte forma:

- a) AIH: o quinto dígito do número de autorização dever ser preenchido com valor "5"; e
- b) APAC: o quinto dígito do número de autorização deve ser preenchido com valor "6".

Parágrafo único. De forma excepcional, poderão ser contemplados com recursos do limite financeiro estabelecido no art. 2º as gestões estaduais e municipais que não atendam ao critério estabelecido no Inciso I, mas que tenham produção aprovada no teto MAC relativa aos procedimentos constantes do Anexo II e do Anexo III no ano de 2019, em conformidade com os bancos de dados nacionais, mediante deliberação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), desde que haja o comprometimento da respectiva gestão com a execução dos procedimentos e após comunicação oficial da CIB ao DRAC/SAES/MS.

Art. 4º Os procedimentos cirúrgicos relacionados no Anexo II e no Anexo III desta Portaria poderão ter a crítica de idade e de permanência a menor liberada desde que esta seja autorizada pelo gestor no momento do processamento da Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

Art. 5º Deverá ser pactuada na CIB ou no Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF) a programação de procedimentos cirúrgicos eletivos a serem ofertados.

Art. 6º Cabe aos gestores estaduais, municipais e do Distrito Federal, a organização e a definição dos critérios regulatórios que garantam o acesso preferencial aos pacientes cuja solicitação já esteja inserida na regulação.

Art. 7º Em caráter excepcional e restrito à vigência desta Portaria, fica facultado aos gestores a complementação dos valores dos procedimentos constantes do Anexo II a esta Portaria, com recursos federais, até o limite de 100% do valor da Tabela SUS.

§ 1º Os valores diferenciados deverão ser registrados, obrigatoriamente, nos Sistemas de Informações Ambulatoriais e Hospitalares (SIA/SUS e SIH/SUS).

§ 2º Fica excluída a complementação de valores, até o limite de 100% do valor da Tabela SUS, pagos pelos gestores com recursos federais aos procedimentos referentes às cirurgias de catarata constantes do Anexo III.

Art. 8º O Fundo Nacional de Saúde adotará as medidas necessárias para as transferências dos recursos aos Fundos de Saúde Municipais, Estaduais e do Distrito Federal até o limite financeiro estabelecido no art. 2º após a apuração da produção mensal registrada na base de dados do SIA/SUS e do SIH/SUS.

Art. 9º Os recursos orçamentários, objeto desta Portaria, correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho - 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade - Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) - Plano Orçamentário 0005.

Art. 10 Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir da competência janeiro a dezembro de 2020.

LUIZ HENRIQUE MANDETTA

ANEXO I

UF	População	Valor (R\$)	
	Absoluta	Relativa	
Acre	881.935	0,42%	1.050.000,00
Alagoas	3.337.357	1,59%	3.975.000,00
Amapá	845.731	0,40%	1.000.000,00
Amazonas	4.144.597	1,97%	4.925.000,00

Bahia	14.873.064	7,08%	17.700.000,00
Ceará	9.132.078	4,35%	10.875.000,00
Distrito Federal	3.015.268	1,43%	3.575.000,00
Espírito Santo	4.018.650	1,91%	4.775.000,00
Goiás	7.018.354	3,34%	8.350.000,00
Maranhão	7.075.181	3,37%	8.425.000,00
Mato Grosso	3.484.466	1,66%	4.150.000,00
Mato Grosso do Sul	2.778.986	1,32%	3.300.000,00
Minas Gerais	21.168.791	10,07%	25.175.000,00
Pará	8.602.865	4,09%	10.225.000,00
Paraíba	4.018.127	1,91%	4.775.000,00
Paraná	11.433.957	5,44%	13.600.000,00
Pernambuco	9.557.071	4,55%	11.375.000,00
Piauí	3.273.227	1,56%	3.900.000,00
Rio de Janeiro	17.264.943	8,22%	20.550.000,00
Rio Grande do Norte	3.506.853	1,67%	4.175.000,00
Rio Grande do Sul	11.377.239	5,41%	13.525.000,00
Rondônia	1.777.225	0,85%	2.125.000,00
Roraima	605.761	0,29%	725.000,00
Santa Catarina	7.164.788	3,41%	8.525.000,00
São Paulo	45.919.049	21,85%	54.625.000,00
Sergipe	2.298.696	1,09%	2.725.000,00
Tocantins	1.572.866	0,75%	1.875.000,00
Brasil	210.147.125	100,00%	250.000.000,00

ANEXO II

Código	Procedimento
0403020123	TRATAMENTO CIRURGICO DE SINDROME COMPRESSIVA EM TUNEL OSTEO-FIBROSO AO NIVEL DO CARPO
0404010016	ADENOIDECTOMIA
0404010024	AMIGDALECTOMIA
0404010350	TIMPANOPLASTIA (UNI / BILATERAL)
0404010482	SEPTOPLASTIA PARA CORREÇÃO DE DESVIO
0404010520	SEPTOPLASTIA REPARADORA NÃO ESTÉTICA
0405020015	CORRECAO CIRURGICA DE ESTRABISMO (ACIMA DE 2 MUSCULOS)
0405020023	CORRECAO CIRURGICA DO ESTRABISMO (ATE 2 MUSCULOS)
0405030045	FOTOCOAGULACAO A LASER (por sessão)
0405030142	VITRECTOMIA POSTERIOR
0405030169	VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO E ENDOLASER
0405030177	VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO/ÓLEO DE SILICONE/ENDOLASER
0405030193	PAN-FOTOCOAGULAÇÃO DE RETINA A LASER
0405050020	CAPSULOTOMIA A YAG LASER
0405050321	TRABECULECTOMIA
0406020566	TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (BILATERAL)
0406020574	TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (UNILATERAL)
0407020276	FISTULECTOMIA / FISTULOTOMIA ANAL
0407020284	HEMORROIDECTOMIA
0407030026	COLECISTECTOMIA
0407030034	COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA
0407040064	HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA
0407040080	HERNIOPLASTIA INCISIONAL

0407040099	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)
0407040102	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)
0407040110	HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE
0408010142	REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTOS DESCOMPRESSIVOS)
0408020300	TENOSINOVECTOMIA EM MEMBRO SUPERIOR
0408020326	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEDO EM GATILHO
0408040092	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO QUADRIL NÃO CIMENTADA / HÍBRIDA
0408050063	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO JOELHO
0408050160	RECONSTRUCAO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)
0408050659	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HALUX VALGUS C/ OSTEOTOMIA DO PRIMEIRO OSSO METATARSIANO
0408050896	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL / TOTAL
0408060212	RESSECÇÃO DE CISTO SINOVIAL
0409010200	NEFRECTOMIA PARCIAL
0409010219	NEFRECTOMIA TOTAL
0409010286	NEFROSTOMIA C/ OU S/ DRENAGEM
0409010294	NEFROSTOMIA PERCUTANEA
0409010561	URETEROLITOTOMIA
0409030040	RESSECCAO ENDOSCOPICA DE PROSTATA
0409040240	VASECTOMIA
0409060011	CERCLAGEM DE COLO DO UTERO
0409060100	HISTERECTOMIA (POR VIA VAGINAL)
0409060119	HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL)
0409060127	HISTERECTOMIA SUBTOTAL
0409060135	HISTERECTOMIA TOTAL
0409060151	HISTERECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA
0409060186	LAQUEADURA TUBARIA

ANEXO III

Código	Procedimento
0405050097	FACECTOMIA C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR
0405050100	FACECTOMIA S/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR
0405050119	FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR RIGIDA
0405050372	FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRAVEL

Este conteúdo não substitui o publicado na versão certificada.